

Nacional  Re

Selección Vida



Cardiopatía isquémica

Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia



CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica, también llamada enfermedad coronaria, se produce cuando las arterias que suministran sangre al músculo del corazón se obstruyen, de manera parcial o completa.

El músculo cardíaco, al igual que cualquier otro órgano de nuestro cuerpo, necesita recibir sangre rica en oxígeno, en su caso, a través de la llamada circulación coronaria. La aorta, el principal conducto de suministro de sangre, da lugar a las diferentes arterias, las encargadas de llevar la sangre al corazón (coronarias) son dos:

- **Arteria coronaria derecha:** suministra sangre al lado derecho del corazón, encargado de llevar la sangre a los pulmones
- **Arteria coronaria izquierda:** es de mayor calibre, dado que la parte izquierda cardíaca

se encarga de bombear la sangre al resto del cuerpo; se ramifica a su vez en la arteria descendente anterior y la arteria circunfleja

PREVALENCIA E INCIDENCIA

Es una enfermedad bastante frecuente en los países occidentales. Se estima que en Europa causa la muerte de cuatro millones de personas anualmente, cifra que representa hasta el 47% de todos los fallecimientos.

La prevalencia de la cardiopatía isquémica aumenta con la edad y es superior en los hombres que en las mujeres, incluso en edades avanzadas. Se estima que la incidencia de enfermedad coronaria en edades entre 65 y 94 años se duplica en los varones y se triplica en las mujeres respecto a edades entre 35 y 64 años.

CAUSAS DE ENFERMEDAD CORONARIA

La causa de la cardiopatía isquémica es la arteriosclerosis, es decir, una inflamación crónica de las arterias que provoca un endurecimiento y acumulación de placas de colesterol (placas de ateroma) en sus paredes, lo que favorece la formación de trombos.

La arterioesclerosis es una enfermedad que puede afectar a todas las arterias del cuerpo y causar diferentes síntomas en función del órgano afectado. Si se produce en las arterias que llevan la sangre

al cerebro, puede manifestarse en forma de ictus o accidente vascular cerebral; si se produce en las arterias que abastecen de sangre al propio corazón causa la llamada cardiopatía isquémica.

La aterosclerosis comienza en las primeras décadas de la vida, sin embargo, los síntomas no aparecen hasta que la estenosis de la arteria coronaria es grave y provoca un desequilibrio entre el aporte de oxígeno que llega al músculo cardíaco (miocardio) y sus necesidades.

Cuando se produce esta situación puede ocurrir que haya una isquemia miocárdica crónica (angina de pecho estable), es decir, una disminución en el aporte de oxígeno que llega al músculo o bien una oclusión súbita por trombosis de la arteria, dando lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio).

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se puede prevenir de forma significativa si se conocen y controlan sus factores de riesgo cardiovascular.

Los principales factores que la producen son:

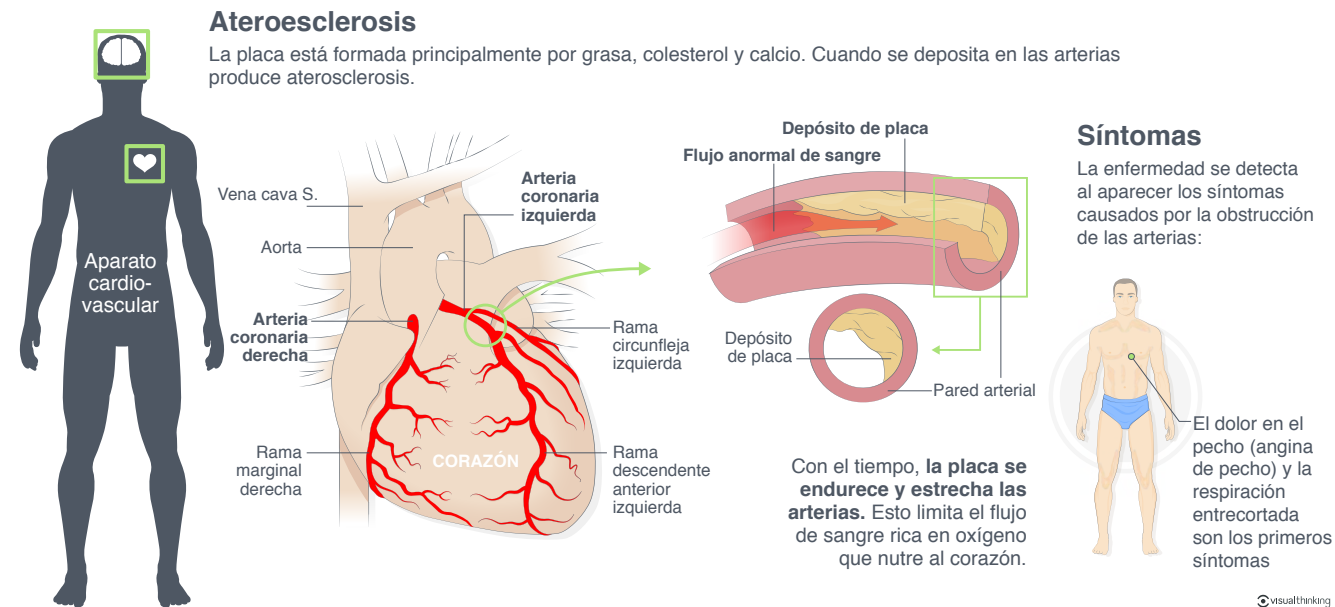
1. Edad avanzada
2. Sexo masculino, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
3. Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
4. Aumento de las cifras de colesterol total y, en especial, del colesterol LDL
5. Disminución de los valores en sangre del colesterol HDL
6. Tabaquismo
7. Hipertensión arterial
8. Diabetes mellitus
9. Obesidad
10. Sedentarismo

TIPOS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Distinguimos tres formas de presentación de la cardiopatía isquémica:

- Angina de pecho estable
- Infarto agudo de miocardio
- Angina de pecho inestable

La enfermedad coronaria se debe a la **obstrucción de las arterias coronarias** por el crecimiento de la placa esclerótica.



ANGINA DE PECHO ESTABLE

En el caso de la angina de pecho estable existe una isquemia crónica (falta de oxígeno al músculo cardíaco) de forma que el dolor se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos con el reposo o tras la administración de cierta medicación a nivel sublingual.

Los pacientes con angina de pecho estable deben vigilar los factores de riesgo cardiovascular y seguir controles periódicos para prevenir la aparición de nuevos. Para corregirlos se debe:

- Abandonar el tabaco
- Vigilar la hipertensión y la diabetes
- Vigilar peso y dieta (baja en colesterol y grasas)
- Reducir el colesterol LDL

Además, los pacientes recibirán un tratamiento farmacológico, salvo contraindicaciones, encaminado a aumentar el aporte de oxígeno al corazón y reducir su trabajo.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El infarto agudo de miocardio es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, que se produce como consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. La consecuencia final de este proceso es la muerte (necrosis) del territorio que riega la arteria obstruida.

De esta primera aproximación se desprende que la gravedad del infarto de miocardio dependerá de la cantidad de músculo cardíaco dañado, cuanto más extenso sea, mayor riesgo de muerte o de secuelas graves.

La necrosis del territorio muscular que se queda sin riego sanguíneo es progresiva. El daño se incrementa con el tiempo y, una vez muere la porción de músculo cardíaco, es imposible recuperar su función.

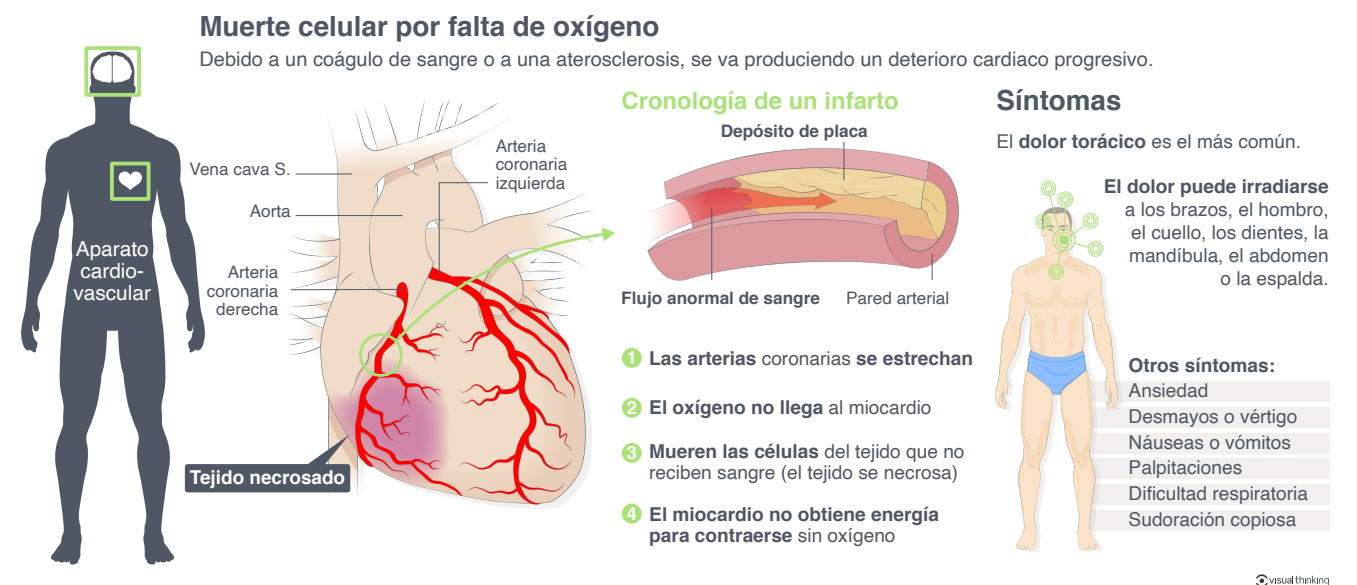
Sin embargo, y esto es importante, el daño sí se puede interrumpir si el miocardio vuelve a recibir sangre por medio de procedimientos que desatascan la arteria bloqueada, de lo que nos ocuparemos a continuación.

Tratamiento del infarto agudo de miocardio

Es muy importante acudir lo antes posible a un servicio hospitalario para aplicar un tratamiento efectivo para “desatascar” la arteria coronaria. Este tratamiento puede ser:

- Trombolisis o fibrinólisis: se administran fármacos por vía intravenosa que disuelven el trombo
- Angioplastia o colocación de un stent: se recanaliza de forma mecánica con catéteres la arteria obstruida
- Bypass: se coloca una vena o una arteria que puentea la zona del trombo

El infarto de miocardio es la **necrosis de parte del corazón por falta de riego debido a una obstrucción arterial**.



La elección de uno u otro método depende de factores clínicos y de los antecedentes personales, así como del tiempo de evolución del infarto.

ANGINA DE PECHO INESTABLE

La angina de pecho inestable se desencadena de forma similar al infarto, con la diferencia de que no existe una oclusión completa de la arteria coronaria, por lo que no se llega a producir la muerte de las células cardíacas.

Los síntomas son indistinguibles del infarto, pero de menor duración e intensidad. Los pacientes con angina de pecho inestable tienen un riesgo elevado de acabar presentando un infarto, una arritmia grave o, incluso, una muerte súbita.

Diagnóstico

El diagnóstico de la cardiopatía isquémica se establece con la ayuda de:

1. Sospecha clínica elevada (presencia de dolor torácico)
2. Prueba de esfuerzo o ergometría: permite confirmar el diagnóstico y establecer un pronóstico. Básicamente consiste en realizar un ejercicio continuo en cinta rodante o bicicleta ergométrica mientras se valora la respuesta clínica del paciente (si

aparece dolor) y se monitoriza mediante un electrocardiograma.

3. Arteriografía, cateterismo o coronariografía: es el método de referencia para valorar la presencia de estenosis cardíacas. Además, permite la dilatación de la estenosis y, si fuera necesario, la colocación de stent.

Pronóstico

El pronóstico de la cardiopatía isquémica es muy variable, ya que depende de:

1. Extensión de la enfermedad
2. Daño del músculo cardíaco
3. Rapidez en recibir el tratamiento tras sufrir el infarto, lo idóneo es que se produzca en los primeros 90 minutos tras aparecer los primeros síntomas
4. De la respuesta del paciente al tratamiento en los primeros 28 días tras sufrir un infarto. En los estudios se ha observado que, aproximadamente, la mitad de las personas que sufren un infarto agudo de miocardio fallecen en los primeros 28 días tras el mismo
5. Los factores de riesgo del paciente y la optimización de los mismos

LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA (LORE)

La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), la ley 3/2021 del 24 de marzo de 2021-09-15 pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.

De entrada hay que señalar que es una ley compleja y extensa, que consta de un preámbulo, cinco capítulos y siete disposiciones adicionales. En este artículo revisaremos los aspectos más importantes de la misma.

CONTENIDO DE LOS CAPÍTULOOS

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir.

Finalmente, el capítulo V regula las Comisiones de Garantía y Evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta Ley.



Tima Miroshnichenko

MÉDICO RESPONSABLE Y MÉDICO CONSULTOR

De entrada hay que señalar una serie de puntos clave: se ha establecido un registro de objetores, que será único en cada comunidad –tanto para el ámbito público como privado–, se ha creado una comisión de garantías y evaluación, donde una serie de expertos resolverán las propuestas, amparadas en un procedimiento de buena práctica.

Se establece la figura del médico responsable, que es elegido por el paciente, puede pertenecer a cualquier especialidad médica (desde la Atención Primaria hasta la hospitalaria), que es el encargado de coordinar y cerrar el proceso, y es el responsable último de la administración de los fármacos.

Junto al médico responsable se encuentra la figura de médico consultor, que es elegido por el médico responsable, no puede ser objetor y no puede pertenecer al mismo equipo médico que el médico responsable.

REQUISITOS DEL PACIENTE

El paciente debe cumplir una serie de requerimientos:

1. Mayor de edad
2. Nacionalidad española o residencia en España desde hace, al menos, dos meses
3. Ser consciente de la solicitud que está realizando
4. Disponer por escrito del diagnóstico, tratamiento y previsión evolutiva de la enfermedad
5. Haber realizado la solicitud, al menos, en dos ocasiones, separadas temporalmente en 15 días
6. Padecer una enfermedad grave o incurable, en la que el sufrimiento físico o psíquico sea constante y sin posibilidad de controlar
7. La elección debe ser voluntaria y libre

La solicitud de la eutanasia se debe realizar por escrito, teniendo que ser fechada y firmada por el paciente y se debe realizar en presencia de personal sanitario. La solicitud se puede revocar, aplazar o volver a activar cuantas veces quiera.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

El procedimiento de la eutanasia se inicia cuando el paciente realice la solicitud al médico responsable, el cual deberá dejar transcurrir 15 días hasta que el paciente realice la segunda petición.

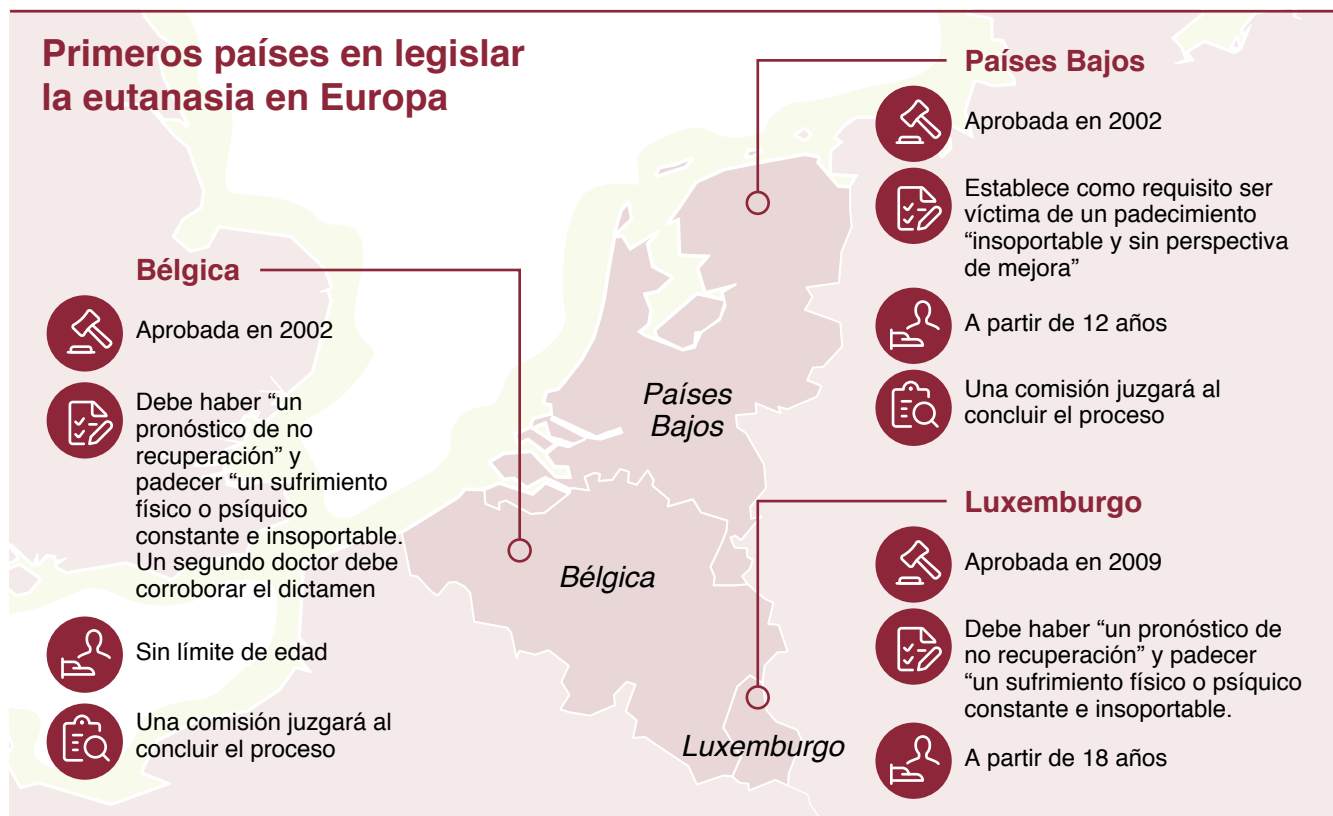
Una vez que haya sido valorada por ambos facultativos se elevará la propuesta a la comisión de garantía y evaluación, la cual está compuesta por veinticinco miembros y cuya función es dictaminar la resolución definitiva, que comunicarán al médico responsable.

En ese momento el médico responsable tiene un plazo máximo de 10 días para analizar el caso, comprobar que se cumplen los requerimientos y, en tal caso, notificarlo al médico consultor.

El personal sanitario puede ser objetor de conciencia para realizar las prácticas eutanásicas, teniendo que ser una decisión individual, realizarse por escrito de forma confidencial y pudiendo darse de alta y baja tantas veces como crea necesaria.

Por último, señalar que se establecen dos modalidades de eutanasia: directa y autoadministrada por el paciente. Es importante subrayar que la eutanasia se puede realizar en el ámbito de la sanidad pública (Centro de Salud y Centros hospitalarios), sanidad privada, centros sociosanitarios e, incluso, en el propio domicilio del paciente.

Primeros países en legislar la eutanasia en Europa



EUTANASIA EN EUROPA

PAÍSES BAJOS

Fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, en 2002, y lo hizo a través de una ley que también regula el suicidio asistido. Establece como requisito ser víctima de un padecimiento "insostenible y sin perspectiva de mejora" y la petición debe ser voluntaria, informada y consciente. El médico debe dejar por escrito que el paciente rechazó todas las alternativas sobre cuidados y debe consultar con un segundo doctor, que tiene que emitir un dictamen sobre el cumplimiento de los criterios. Incluye a los menores de edad desde los 12 años, que requieren el consentimiento de sus progenitores. Las llamadas comisiones regionales de comprobación deben juzgar al terminar el proceso si se ha actuado conforme a la ley.

BÉLGICA

Diez años después de que se iniciara el proceso legislativo, Bélgica aprobó la regulación de la eutanasia, también en 2002, junto a un programa de cuidados paliativos. La ley no establece límite de edad, pero en caso de los menores un equipo pediátrico debe evaluar su "capacidad de discernimiento" y tiene que

sufrir una enfermedad terminal. En todos los casos el médico debe contar con la revisión de un segundo doctor, que debe redactar un informe. Y también con un psiquiatra si el médico opina que el fallecimiento "no sucederá en un corto periodo de tiempo". La persona debe tener "un pronóstico de no recuperación" y padecer "un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable", establece la norma. Una comisión federal evalúa la aplicación de la ley en todos los casos. La norma no distingue entre eutanasia y suicidio asistido.

LUXEMBURGO

En 2009 Luxemburgo se convirtió en el tercer país de Europa en legislar sobre la eutanasia y el suicidio asistido. La ley incluye también una regulación propia de cuidados paliativos. Solo es aplicable a mayores de 18 años que deben encontrarse en la misma situación que describe la ley belga, que prácticamente calca la redacción luxemburguesa en este punto. El médico debe, salvo oposición del paciente, consultar no solo con un segundo especialista, que debe redactar un informe, sino también con su equipo médico habitual y una persona de confianza que el paciente designa.

Fuente: eldiario.es

Selección Vida

Depósito legal:M-344-97



SELECCIÓN VIDA es una publicación editada por el Dpto. Ramos Personales de **NACIONAL DE REASEGUROS, S.A.** en colaboración con el Doctor Pedro Gargantilla Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es