



Editorial

Castigo cruel o medicina deficiente

Dr. Enrique Hernández-Cortez

Director de la Revista Anestesia en México

Tras la ejecución errada de un preso condenado a muerte por homicidio en Oklahoma, surgieron varias preguntas a la comunidad médica. Un prisionero sufrió demasiado el proceso de ser ejecutado artificialmente en el cuarto de la muerte de una prisión, cuando las drogas administradas para tal propósito fallaron y prolongaron la agonía. Finalmente el condenado a muerte falleció de un infarto al miocardio y no por los efectos farmacológicos de los medicamentos administrados.

El diario Tulsa World escribió que el condenado a muerte seguía vivo, levanto la cabeza, y su cuerpo comenzó a sacudirse bruscamente. Las convulsiones empeoraron durante los minutos siguientes. Tras la administración de la primera inyección mecanizada supuestamente letal se aplicaron un segundo y un tercer fármaco, según lo marca el protocolo para la práctica de la inyección letal, hasta que el preso sentenciado a morir finalmente dejó de respirar. Otro condenado a muerte del estado de Ohio, sufrió de manera similar durante la administración de la inyección letal. Después de la primera inyección el reo pareció jadear y después convulsionó durante al menos diez minutos antes de morir a causa de un coctel de fármacos que se usaron en su ejecución. El extremo ocurrió en un reo masculino de 55 años de edad, condenado a muerte, el cual murió después de más de una hora de que comenzará la primera inyección letal.

El dolor y el sufrimiento al momento de la muerte violan la octava enmienda de la Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica que prohíbe someter a las personas a tratamientos crueles. El sufrimiento fue equiparable a la sensación de “*ser quemado vivo*”. Al parecer las fallas en la inyección letal han existido desde hace décadas pero nunca más irresponsables que en los últimos años.

En ambos casos los condenados a muerte fueron torturados en un acto malévolo cuasi experimental y a toda luz anticonstitucional por las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica. Lo que es peor, es probable que los sentenciados a muerte hayan fallecido por otras causas ajenas a la acción de los medicamentos administrados.

El método de inyección letal consiste de tres pasos, cada uno acompañado de un medicamento que, en teoría, garantiza su éxito. Los medicamentos contenidos en las jeringas para la inyección letal contienen midazolam,

hidromorfona, bromuro de vecuronio y cloruro de potasio. Medicamentos que son administrados por medio de dos catéteres colocados en las venas de los brazos, generalmente por tres personas ejecutoras. Cada uno de ellos inyecta un medicamento diferente. En algunos estados en lugar del midazolam se administra pentobarbital al parecer con mejores resultados. El primer paso consiste en anestesiarse al condenado, por lo que se le aplica el pentobarbital o pentotal sódico, sustituido ahora por el clorhidrato de midazolam. Después se le suministra al reo bromuro de vecuronio, que provoca parálisis y bloqueo de la respiración, mientras que el tercer fármaco es cloruro potásico, que para que el corazón deje de latir y se provoque la muerte.

Alemania y el Reino Unido decidieron no vender el tiopental sódico, conocido como *pentotal*, uno de los tres componentes del coctel utilizado en la inyección letal que se aplica a los prisioneros en las cárceles de Estados Unidos. La principal compañía que fabricaba el tiopental, dejó de elaborarlo en Italia por ser poco costeable. Hoy se produce en países como la India.

El problema de los fármacos para producir la muerte mediante inyección letal a los condenados a muerte, se pasó a una serie de jueces quienes determinarán si los medicamentos usados en estos casos pueden servir como hipnóticos para provocar la muerte sin sufrimiento. El debate médico se ha centrado en el midazolam y se ha cuestionado la utilidad de este fármaco.

En Miami un grupo de abogados que representan a siete condenados a muerte mediante inyección letal, apelaron a la Corte Federal de Jacksonville para que se detenga el uso de midazolam, porque no ofrece garantías para las ejecuciones.

Hay 3,125 personas esperando en el llamado “corredor de la muerte”. El tiempo promedio de espera entre condena y ejecución es de 15 años. Estados Unidos es uno de los cinco países que más ejecuciones realiza, después de China, Irán, Irak y Arabia Saudita, según un informe de Amnistía Internacional.

El tiopental es un hipnótico barato que hoy en día son pocas las compañías que lo elaboran, se utiliza para inducir el sueño en los sentenciados a la pena de muerte antes de suministrarles los otros compuestos del coctel, como el cloruro de potasio y el relajante muscular cuyas acciones



producen apnea y asistolia. Las penurias, por falta de pentotal, para las treinta y cinco entidades estadounidenses que ejecutan presos han obligado a usar el compuesto midazolam.

Aunque la constitución de los Estados Unidos de Norteamérica permite la aplicación de la pena de muerte en la mayoría de los estados de ese país, solo el 62% de los estadounidenses consideran a la pena de muerte como aceptable. Independientemente de lo que significa la pena de muerte en varios países como China, Irak, Estados de Estados Unidos de Norteamérica, Irán, y Arabia Saudita, lo más cuestionable es porque los fármacos utilizados en la inyección letal no funcionan correctamente.

Estamos ante varios problemas por investigar. ¿Se trata de una técnica de inyección letal deficiente, supervisada por un médico no anestesiólogo?, ¿O nos enfrentamos a una serie de medicamentos deficientes en su origen, que se compran baratos a otros países? Datos del Centro de Información sobre la pena de muerte indican que la aplicación de la pena capital le cuesta al estado de Florida 51 millones de dólares por año, una cifra mayor a lo que costaría la cadena perpetua.

Se sospecha de acciones inadecuadas de farmacéuticas cobijadas por la comunidad de muchos gobiernos corruptos, principalmente de países pobres, que venden medicamentos a centros sociales con altos índices de discriminación, como es el caso de los condenados a muerte, violando protocolos de leyes éticas sobre todo aquellos relacionados con el uso de fármacos. Algunos de estas drogas se usan en procedimientos brutalmente oscuros, como son los trasplantes de órganos en China, cuyos donadores se realizan en contra de su voluntad, ya que son generalmente reos condenados a la pena de muerte, y en donde no se respetan o se ignoran los códigos de ética, como el de Nüremberg (1947), cuya génesis fueron las atrocidades de la medicina nazi o la *Declaración de Helsinki* (1964).

Richard Hall y cols en su artículo *Drug shortages in canadian anesthesia*¹, reporto recientemente, que el 66% de los anestesiólogos han reportado una escás de

medicamentos y productos biomédicos de carácter anestésico, con un impacto importante en su seguridad de la práctica clínica anestésica, principalmente en las dos últimas décadas. Sus causas más importantes son múltiples y están relacionadas con el costo de los mismos. La mayoría de los productos e insumos médicos vienen de fuera de los Estados Unidos de Norteamérica, por ser más económicos en su manufactura. Dentro de los productos anestésicos con mayor escasez se encuentran los relajantes musculares, el etomidato, el diacepam, tiopental, morfina y propofol. El mismo artículo menciona que otras causas de la escasez de medicamentos podrían ser, productos defectuosos que conducen a mayores efectos secundarios, o a una potencia disminuida de los mismos².

La crisis económica mundial ha obligado a las autoridades a comprar medicamentos del extranjero a bajo costo, pasando la seguridad del paciente a un segundo término. Una pregunta obligada es si estos fármacos que proceden de otros países, como el caso del propofol de la India, son utilizados con seguridad en los países que los importan. Independientemente de que se trata de inyecciones letales para condenados a muerte o para su uso cotidiano en anestesia o en sedación. Estaremos realmente administrando drogas con la potencia requerida por las agencias que controlan su uso, su fabricación y permisos para la comercialización. La *FDA* en Estados Unidos de Norteamérica, la *Medicines And Healthcare Products Regulatory Agency* en el Reino Unido, o la *Cofepris* en México.

Referencias

1. Hall R, Bryson GI, Flowerdew G, Neilipovitz D. *Drug shortages in canadian anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia* 2013;60:9920-9930.
2. De Oliveira GS, Theiken LS, McCarthy RJ. Shortage of perioperative drugs: Implications for anesthesia practice and patient safety. *Anesth Analg* 2011;113:1429-1435.