

Algunos conceptos sobre eutanasia, muerte digna y cuidados paliativos

Dres Mario Valerga,¹ Luis Trombetta²

¹ Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Docente adscripto, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

² Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Profesor titular, Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas - Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires, Sede Hospital de Enfermedades Infecciosas "Francisco J. Muñiz" - Uspallata 2272. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

A lo largo de nuestra existencia buscamos, mediante distintos estímulos, alcanzar una buena calidad de vida, y que asimismo lo sea nuestra muerte. Muchos enfermos solicitan, en su fase final, no extender su agonía en las salas de los hospitales y en las unidades de terapia intensiva. La medicina siempre ha tratado de prolongar la vida de las personas –a veces a cualquier costo– mediante el desarrollo de técnicas de reanimación y de aparatos capaces de mantener artificialmente vivos a los pacientes por un tiempo indeterminado, prácticas que, en ocasiones, llevan a la distanasia o el encarnizamiento terapéutico. Pero debe tenerse en cuenta que el enfermo moriente es siempre el protagonista principal y a él le corresponde autorizar o rechazar ciertos cuidados para su salud, e incluso determinar qué calidad de vida le parece aceptable. La propuesta de la medicina paliativa consiste en promover el reajuste del paciente y de su familia a una nueva realidad, para lograr afrontar lo mejor posible la situación de enfermedad terminal.

Palabras claves. Muerte digna, eutanasia, cuidados paliativos.

Some Concepts about Euthanasia, Dignified Death and Palliative Care

Summary

Throughout our existence we seek, through different stimuli, to achieve a good quality of life, and that our death is also good. Many patients request, in their final phase, not to extend their agony in hospital wards and intensive care units. Medicine has always tried to prolong people's lives -sometimes at any cost- through the development of resuscitation techniques and devices capable of artificially keeping patients alive for an indeterminate time, practices that sometimes lead to dysthanasia or therapeutic stubbornness. But it should be noted that the dying patient is always the main protagonist and it is up to him to authorize or reject certain care for his health, and even determine what quality of life seems acceptable to him. The proposal of palliative care consists of promoting the readjustment of the patient and his family to a new reality, in order to cope as well as possible the situation of terminal illness.

Keywords. Dignified death, euthanasia, palliative care.

Introducción

A lo largo de nuestra existencia buscamos, mediante distintos estímulos, alcanzar una buena calidad de vida, y también podemos anhelar que asimismo lo sea nuestra muerte. Muchos enfermos solicitan, en su fase final, no extender su agonía

Correspondencia. Dr Mario Valerga - Dr Luis Trombetta
Correo electrónico: mvalerga59@gmail.com
lusumar@fibertel.com.ar

en las salas de los hospitales y en las unidades de terapia intensiva, mostrando una realidad: no todas las personas desean entregarse pasivamente al sufrimiento sin esperanza, a la pérdida de la autonomía o a la inconsciencia en el final de sus vidas. Entonces, vale preguntarse, ¿sirve un no-morir que sea *estar vivos* de cualquier modo? Vivir y morir no son conceptos antagónicos, sino que se integran. Morir puede ser considerado un proceso, que se va desarrollando a medida que vivimos.

La medicina siempre ha tratado de prolongar la vida de las personas, evitando o alejando lo más posible el instante de la muerte –a veces a cualquier costo– mediante el desarrollo de técnicas de reanimación y de aparatos capaces de mantener artificialmente vivos a los pacientes por un tiempo indeterminado.¹ Es necesario, entonces, tener presente cuál es el objetivo en el que se va a centrar la atención del profesional. Si este pone el acento en la lucha contra la enfermedad, indudablemente estará más dispuesto a intentar mantener al paciente con vida, a toda costa; si, por el contrario, ese acento se dirige al paciente, es decir, si tiene en cuenta que esa enfermedad se desarrolla en un ser humano y que el campo de batalla en el que habrá de luchar será ese hombre, mujer o niño que es su paciente, probablemente su decisión sea muy diferente.

Eutanasia

La eutanasia es un término que en nuestra sociedad tiene una carga emotiva de tipo negativo. Paradójicamente, deriva de las voces griegas *eu* (buena) y *thanatos* (muerte). Es decir, hace alusión a un *buen morir*. Desde algún punto de vista, puede entenderse como una muerte digna, sin sufrimientos innecesarios y en las mejores condiciones que cada caso permita.²

En la eutanasia, debe considerarse la existencia de dos sujetos: un paciente incurable y un sujeto que lleva a cabo la técnica eutanásica. Si se destaca la figura del sujeto paciente, se trata de un suicidio asistido. Si, en cambio, se destaca la figura del otro sujeto, se trata de un homicidio con consentimiento de la víctima.

Cabe destacar que, dependiendo de las voluntades en juego, la eutanasia puede clasificarse en voluntaria e involuntaria.³

La eutanasia voluntaria es aquella en la que el paciente acepta que se suspendan los tratamientos terapéuticos que le prolongan la vida. Este tipo de eutanasia se caracteriza en que el paciente presta su consentimiento para la acción (suministrar fármacos) o la omisión (suspensión del tratamiento o desconexión de aparatos) cuyo resultado esperado es el fin de la vida.

Por otra parte, la eutanasia involuntaria es aquella en la cual el paciente no presta su consentimiento para la muerte. En ella, el fin de la vida se produce ya sea sin tal consentimiento o bien

contra su voluntad. En estos casos se habla de “dar una muerte piadosa”.

Ambas clases de eutanasia pueden a su vez subclasificarse en activa y pasiva.

La eutanasia activa es aquella en la que existe una acción positiva, deliberada, de causar la muerte del enfermo, como puede ser la administración de una dosis letal de una sustancia. La eutanasia pasiva es aquella que consiste en la inhibición de actuar o en el abandono del tratamiento iniciado, evitando intervenir en el proceso hacia la muerte. Se lleva a cabo mediante actos de omisión como no suministrar los medicamentos necesarios, un soporte vital o la debida atención.

La criptoeutanasia es una forma encubierta de eutanasia pasiva directa, que consiste en una sedación desproporcionada que produce la muerte del paciente.

El suicidio asistido ocurre cuando una persona contribuye a la muerte de otra, pero es esta la que directamente se quita la propia vida.

La distanasia es el alargamiento de la vida mediante medios desproporcionados. Es una acción y una intención tendientes a prolongar la vida por todos los medios al alcance. También se la conoce con el nombre de ensañamiento terapéutico. Incluye las intervenciones médicas que no son adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas respecto de los resultados que podrían esperarse.

En cuanto al objetivo que se persigue, está en el polo opuesto de la eutanasia.

Pero, ambos extremos se unen en la intencionalidad de alterar el curso natural de morir y en que ambas son éticamente inadmisibles.

Muerte digna y paliativismo

Dejar morir en paz cuando el momento ha llegado se considera la peor de las derrotas médicas. La muerte inevitable de un paciente representa todavía una amenaza y un fracaso, y el deseo de impedirle lleva al médico, en muchas ocasiones, a recomendar al paciente y a su familia nuevos procedimientos, aun sabiendo que son totalmente inútiles para el caso. Todo esto, para encubrir su incapacidad de aceptar la muerte y de cambiar –con humanidad y humildad– el rumbo de sus intervenciones, que deberían, en lugar de intentar curar al paciente, dedicarse a aliviarlo y preparar a la familia para el final. Si cada médico se atreviera, como un ejercicio ético, a mirar en retrospectiva su práctica clínica y reflexionara sobre la justificación de muchas de sus intervenciones en pacientes con enfermedades incurables en su etapa terminal, seguramente admitiría que en varios casos se realizaron esfuerzos inútiles e injustificados, con altos costos económicos, físicos y emocionales para el paciente y su familia, tan solo para postergar la muerte un día o unas horas más o para extender la vida una semana sin tener en cuenta su calidad.⁴

La figura del médico, independientemente de su

especialidad, es importante en estos casos de enfermos terminales, en cuanto a que debe hacer un esfuerzo por despojarse de la figura de protagonista que siempre gozó en la relación médico-paciente, en aras de hacer prevalecer la voluntad y necesidades del paciente sufriente.

Este potencial renovador solo podrá lograrse si el médico se mantiene fiel a la concepción global del ser humano que estuvo en su origen. Para ello, es necesario tener presente los principios éticos que resguardan la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como la etapa final de la vida, y que pueden resumirse en el respeto por esa dignidad y la aceptación de la finitud de la condición humana.⁵

Es así como surgen en el mundo entero los movimientos –de tipos tanto eutanásicos como no eutanásicos– a favor del derecho a morir dignamente, un derecho susceptible ahora más que nunca de ser violado, debido a los abusos de la tecnología. Es fácil distinguir entre la eutanasia por omisión y el no incurrir en encarnizamiento terapéutico. En efecto, no aplicar o suspender cuidados médicos puede ser, algunas veces, una forma de conducta eutanásica, mientras que otras veces es el modo correcto de cumplir el mandato ético, de no someter al paciente incurable y terminal a tratamientos inútiles y probadamente ineficaces.⁶

No aplicar o suspender cuidados médicos es también una forma ética de respetar a aquellos pacientes que se niegan a someterse a determinados tratamientos, pues el médico no puede violentar, fuera de casos de obvia incapacidad o pérdida de razón, el deseo del paciente de no ser tratado. Este tiene un deber ético de cuidar su salud y su vida, y de aceptar los tratamientos para preservarlas, si se trata de medios que ofrecen una esperanza y beneficios razonables y que pueden obtenerse y aplicarse sin graves inconvenientes, dolor o gasto.

El paciente puede, por consiguiente, rechazar aquellos tratamientos que no ofrezcan una esperanza razonable de beneficio y que no pueden recibirse si no es con gran sufrimiento o con gastos o inconvenientes graves. Surge de esta manera el concepto de *muerte digna*. Según Hottois, la muerte digna es un derecho ante la implementación de actos médicos fútiles, la distansia y el encarnizamiento terapéutico. El enfermo muriente es siempre el protagonista principal y a él le corresponde autorizar o rechazar cuidados para su salud, e incluso determinar qué calidad de vida le parece aceptable.⁷

El paciente debe recibir información veraz sobre los diagnósticos, las opciones terapéuticas, las alternativas y las probabilidades de éxito y de complicaciones. Las opiniones del médico y del paciente cuentan en cada decisión. Los puntos de vista son amplios y las convicciones, muchas veces, encontradas.

Quizás la mejor manera de llegar a un punto en común sea, justamente, humanizar la ciencia ante el sufrimiento y comprender los alcances de nues-

tras acciones y de nuestros conocimientos. Con miras de atender a esta problemática que se presenta, comienzan a tener relevancia los cuidados paliativos. Estos le dan la posibilidad al paciente terminal de adoptar una postura activa en lo que al proceso de su muerte respecta, atento a que los médicos lo vayan preparando para ir aceptando la gravedad de la situación, para ir tomando las decisiones que sean necesarias a partir de la evolución o involución de la enfermedad y, finalmente, para poder elegir, dentro de lo posible, la manera de vivir su muerte.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la medicina paliativa (MP) como aquella que se ocupa de los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva en la que el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales, cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La MP afirma la vida y considera que la muerte es un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. En suma, la propuesta de los cuidados paliativos consiste en promover el reajuste del paciente y su familia a una nueva realidad, para lograr que se afronte de la mejor manera posible la situación de enfermedad terminal.⁹

El modelo de atención médica propuesto por la MP contiene en sí el potencial para un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Este potencial renovador de la MP solo podrá llevarse a cabo si esta disciplina no sucumbe ante el peligro de transformarse en una técnica más (la técnica de controlar el dolor y otros síntomas), sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona en su origen.

Bibliografía

1. Blanco L. Muerte digna. OMS/OPS. 2017:1-4.
2. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica. 2000;VI(1):91-101.
3. Calderillo Domínguez D. Revista de Comunicación Vivat Academia. 2005;VII (68):1-46.
4. García Ramírez S. Una reflexión jurídica sobre la muerte. Bol Mex Der Comp. 2004;37(11):861-918.
5. Lorda P, Barrio Cantalejo I, Alarcos Martínez F, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85.
6. Gherardhi C. Eutanasia. Medicina. 2003;63(1):63-9.
7. Hottois G. El paradigma bioético. Una ética para la tecnocracia. Antrophos, Barcelona. 1991:59.
8. Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. Acta Bioethica. 2000;VI(1): 27-46.
9. Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico. OPS. 1998:3-137. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/cuidados-paliativos-guias-para-manejo-clinico>