

La medicina paliativa frente a la eutanasia

*Si en verdad queréis contemplar el espíritu de la muerte,
abrid de par en par vuestro corazón en el cuerpo de la vida.
Porque la vida y la muerte son una,
así como son uno el río y el mar.*

Jalil Gibran

**Drs. Wilson Astudillo Alarcón*,
Carmen Mendinueta Aguirre**
y Edgar Astudillo Alarcón***.**

* *Neurólogo Consultor Hospital Matía Calvo. Médico del Ambulatorio de Bidebieta. La Paz. San Sebastián.*

** *Médica. Centro de Salud de Hernani. Guipúzcoa.*

*** *Adjunto de Neurocirugía. Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. San Sebastián.*

RESUMEN La Medicina Paliativa ofrece muchas posibilidades para el control de los síntomas molestos de los enfermos terminales y apoyo a sus familiares. Se revisan las causas de sufrimiento, suicidio y de petición de eutanasia, su manejo y el proceso de toma de decisiones en la fase terminal. Se insiste en la participación de toda la sociedad en la búsqueda de medios para reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida que permanece y no para terminar con ella.

SUMMARY Palliative Medicine offers many possibilities to reach a good control of the bothering symptoms of terminal patients and to the support of their families. We review the different causes of suffering, suicide and of request of euthanasia as the process of Medical Decision-Making in the care of the Dying. It is necessary to search for ways to reduce the suffering and to improve the quality of life that remains instead of how to finish it earlier.

La medicina paliativa frente a la eutanasia

Para afrontar los importantes retos sociales que representan los cuidados del moribundo, del enfermo irreversible o del lesionado físico severo, actualmente existen dos corrientes contrapuestas: 1) la Eutanasia, y 2) los Cuidados Paliativos. La primera, actúa específicamente con la idea de terminar de manera voluntaria con la vida de alguien afectado de una enfermedad incurable o intensamente dolorosa y que lo pide de

manera insistente. Representa un tópico de mucha controversia y no es una práctica admitida [1]. Los Cuidados Paliativos o cuidados intensivos de confort, al contrario, asocian una actitud humanista y de justicia a técnicas médicas apropiadas para conseguir el alivio y control de los síntomas molestos, sin impedir que el proceso natural de la muerte siga su curso. Consideran al enfermo y a su familia una unidad a tratar y se esfuerzan en obtener para éste, la máxima calidad de vida mientras exista.

¿ Realmente los moribundos desean morir antes ? La verdad es que rara vez piden la eutanasia, sino más bien tiempo para vivir, en particular si tanto ellos como sus familiares reciben apoyo intenso de naturaleza física, psicológica y espiritual [1,2,3]. Actuar con la intención de quitar la vida del paciente en base a su requerimiento, no es ético y se califica en el Código Penal como homicidio, porque es un acto de matar y por lo tanto moralmente equivocado y demasiado peligroso para tenerlo legalmente establecido [1,4]. El egoísmo y la falta de solidaridad de parte de la sociedad, suelen a veces encontrar argumentos insospechados que se camuflan hasta tal punto en la apariencia de buenos sentimientos que los protagonistas llegan a creer en lo correcto de su proceder [3]

Dignidad del enfermo

Los que están a favor de la eutanasia la tienden a justificar diciendo que ésta proporciona una muerte con dignidad, soluciona una pobre calidad de vida, y

que termina con el sufrimiento sin sentido. Pero, ¿es la muerte alguna vez digna? La dignidad de los seres humanos está derivada de su propio valor, no del valor para algo o por algo [1,5,6] y aunque el proceso de una enfermedad y declinar pueden cambiar significativamente a la persona, nunca pueden ni deben retirar su dignidad a menos que otros lo permitan.

Algunos proponen la eutanasia como una solución a una pobre calidad de vida, pero, ¿podemos realmente tener la claridad y certeza suficientes para comprender lo que verdaderamente da calidad, significado y propósito a la existencia humana? Como bien se pregunta Latimer [1], «¿Qué clase de espejo podríamos sostener para aquellos que sienten que sus vidas no tienen calidad o valor?» El hombre debe seguir siendo considerado un ser capaz de relacionarse con los demás y por tanto posible sujeto de alegrías y dolores según reciba amor y amistad, y no un organismo cualquiera sobre el que se pueda intervenir indistintamente [5].

El médico normalmente tiene que asistir a personas que pierden su vigor físico, sus facultades mentales, la vida en definitiva, y deberá reconocer siempre detrás de una apariencia degradada toda la dignidad del hombre para hacerle sentir que importa por lo que es y que así lo será hasta el último minuto de su existencia. Ser débil en la tradición médica era título suficiente para hacerse acreedor al respeto y a la protección. El respeto médico a la vida es también respeto a la vida doliente. Se ayudará a dignificar la muerte cuando se abstenga de tratamientos dolorosos e injustificados y cuando se los suspenda porque ya no son útiles [6].

Significado del sufrimiento

Los criterios de sufrimiento intratable, petición voluntaria y deseo sostenido de morir son demasiado imprecisos e inseguros en algunas manos médicas [1]. Aunque es universal, el papel del sufrimiento en el desarrollo humano no está todavía plenamente comprendido. La eutanasia se ha propuesto como un alivio del sufrimiento sin sentido, ¿pero qué es lo que carece de valor? ¿Qué gana la humanidad al retirar el sufrimiento quitando la vida al que lo sufre? Mejor sería ayudar a encontrar un significado a la aflicción de tal forma que provea al enfermo y a los que le cuidan, un contexto de propósito de vida, no sólo físico o psicológico [1,7]. Quizás el mayor reto subyace en cómo hacerlo.

Causas del sufrimiento

Se experimenta el sufrimiento cuando se percibe una inminente destrucción de la persona y éste continúa hasta que desaparece la amenaza de desintegración o se restaura de alguna manera su integridad. Puede abarcar el dolor físico pero en modo alguno se limita a él, lo que implica que una intervención médica, si bien teóricamente adecuada, no sólo pueda ser incapaz de aliviar el sufrimiento, sino originarlo [7].

La relación interpersonal puede ser la clave para la comprensión y reducción del sufrimiento, o su alivio completo [1]. Todos reconocemos ciertas agresiones que producen de forma casi invariable la aflicción: la muerte o desgracia de seres amados, la impotencia, el desamparo, la tortura, la pérdida del trabajo, la traición, la agonía física, la pérdida de la memoria y el temor. Puede haber pesadumbre en relación con cualquier aspecto de la persona, bien sea en el ámbito del rol social, identificación con su grupo, relación con sí mismo, con su propio cuerpo, con la familia, o con una fuente transpersonal y trascendente de significado. Cada persona lo expresa y lo lleva de forma individual siendo posible escuchar a veces inesperadamente que sufre, o todo lo contrario, que no se queje cuando la mayoría lo haría.

La enfermedad provoca alteraciones en la relación de la persona con su cuerpo, con las cosas que hace, con su mundo interior y hasta con su vida secreta, temores, deseos, amores, fantasías y esperanzas [7]. El sufrimiento puede originarse también como un efecto indeseable de los tratamientos sobre su aspecto físico y capacidades o su percepción del futuro. ¿Cómo podría ser de otro modo, cuando la Medicina se ha ocupado tan poco de la naturaleza y las causas del sufrimiento? Esta carencia se debe a la falta de conocimientos y de una comprensión global de las personas porque tendemos a circunscribir nuestra tarea a cuidar sólo una parte del enfermo, la visible, pero éste también es mente, espíritu y entorno.

Manejo del sufrimiento

Es tiempo de que todos los profesionales reconozcamos que si no se puede restaurar la salud nuestras metas en la etapa terminal deben ser el alivio del sufrimiento tanto físico como psicológico del paciente y el apoyo a su familia. El cuidado médico correcto puede reducir el impacto de la enfermedad, mientras que la desatención es capaz de aumentar la desorganización causada por la misma.

Si bien los moribundos y sus familias no hacen una

distinción entre la procedencia física e inmaterial del sufrimiento de la forma como lo hacen los médicos, el control del sufrimiento físico es fundamental en sí mismo porque permite establecer una adecuada relación con los enfermos al desaparecer una de sus mayores preocupaciones: el temor a sufrir y a no ser atendido [8]. Los pacientes que manifiestan dolor severo relacionado a una causa necesitan alivio del mismo, no la muerte como ayuda porque el dolor desorganiza la interioridad del hombre en su estructura vital y psicológica con una fuerza superior a cualquier otro estímulo y les impide vivir este tiempo que les queda tan confortablemente como les sea posible [9]. Si el dolor es psicoespiritual, requieren un cuidado psicosocial afectuoso, personal, eficaz, consejos espirituales, pero sobre todo, necesitan compañía [1].

Muchos médicos no escuchan con la suficiente atención a los enfermos, particularmente a los moribundos y el tiempo que pasan con ellos es muy corto pero ellos también necesitan contar a alguien su historia, expresar sus pensamientos sobre su vida, enfermedad, presente y futuro, así como saber que no se actuará contra su voluntad y que serán partícipes de las decisiones sobre su tratamiento. Un aumento de los síntomas pide que el médico dedique más tiempo para escucharles y que redoble sus esfuerzos para conseguir un nivel más adecuado de control de los mismos. En ocasiones, éstos son demasiado complejos para un solo médico por lo que éste buscará el apoyo de un equipo interdisciplinar, y de otras medidas coadyuvantes no farmacológicas como la relajación, terapia musical, terapia ocupacional, etc. El empleo experto de medicamentos, a su vez, estará basado en 3 principios: su individualización, un análisis de su eficacia para modificar las dosis de los fármacos y una actitud preventiva o de control de los síntomas en su fase final. El uso apropiado de fármacos ordinarios puede ser útil para la gran mayoría de molestias. Se recordará que en esta etapa final, el seguimiento del paciente no precisa incluir todo esfuerzo para prolongar la vida, cualquiera que sea la calidad y debe reconocer que lo que se haría en un paciente con una condición remediable aguda puede ser lesivo y no está necesariamente indicado [10].

Existen pacientes cuyo sufrimiento mental o físico no es aliviado porque los médicos no tienen la suficiente experiencia en el uso de fármacos, por temores a la adicción o efectos indeseables y por el uso de dosis inadecuadas. Así, de 124 pacientes con enfermedad de neurona motora referidos para cuidados

paliativos a un hospice, mientras se decía que sólo 15 % requerían control de síntomas, su examen reveló que en realidad el dolor, insomnio y constipación estaban presentes en 70 % de ellos, y se alivió con tratamiento en una proporción similar [10].

El dolor físico puede ceder en el 90 % de los casos con el uso de la morfina oral, por lo que el caso contrario expresa más la inexperiencia del médico que la severidad de la enfermedad. Si el dolor es severo y su alivio puede acortar la vida del paciente, se aumentarán las dosis de analgésicos hasta reducirlo adecuadamente a pesar de que pueda aparecer una depresión respiratoria como una reacción indeseable. El buen médico no puede olvidar el riesgo de que el remedio resulte peor que la enfermedad. Esto, conocido como el principio de doble efecto, puede ayudar a decidir si se pueden aceptar algunos efectos lesivos en una acción médica determinada. Se preferirá esa posibilidad cuando no haya otra alternativa reconociendo que la causa de la muerte es la enfermedad o la lesión y no el tratamiento apropiado que se ha administrado en esas circunstancias [1,6,11]. Para invocarlo, las intenciones y motivos deben ser evidentes siendo mayor la parte positiva que se espera de la intervención que el efecto indeseable, que no será deseado o planificado como la verdadera meta de la acción [12]. Esta situación puede darse con la utilización de opiáceos para el dolor intratable o disnea, dado que pueden producir una depresión respiratoria y reducir así la vida.

Los teólogos y filósofos deberían procurar ayudar a los sanitarios a encontrar algún sentido al sufrimiento que ven y a desarrollar respuestas más apropiadas ante el mismo, además de respeto, validez y compasión porque en el sufrimiento se ponen de manifiesto dimensiones humanas que, bien orientadas, nos pueden permitir crecer por encima de nosotros mismos [1,13]. Si bien la aflicción es algo muy personal y su control difícil de alcanzar, es generalmente de ayuda procurar que el enfermo desarrolle unas pocas metas realizables que pueden cambiar conforme se acerca la muerte y que encuentre la fortaleza en sus propios valores internos. La trascendencia en su dimensión transpersonal y profundamente espiritual, es el factor que más probablemente influye en la restauración psicológica, tras una agresión a la personalidad.

Asignar un significado a la enfermedad puede reducir frecuentemente o aun resolver el sufrimiento asociado con ella. En algunas teologías, se ha considerado el sufrimiento como algo que sitúa a la persona más cerca de Dios. Esta "función" del sufri-

miento redundante a la vez en glorificación y su alivio. Muchos pacientes derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. En este sentido, el apoyo religioso puede ser especialmente importante para el creyente mientras que a otros les es de ayuda saber el tiempo probable de existencia que les queda para resolver diferentes situaciones pendientes. Ciertas personas pueden encontrar más tolerables sus penalidades si piensan que lo que les ha sucedido se debe a algo que han hecho mal, antes que a la casualidad, mientras otras únicamente cuando reciben tratamiento para su depresión con los antidepresivos apropiados. ¿Mucho de lo que llamamos depresión, no será simplemente un sufrimiento no aliviado?

Tenemos que potenciar en el paciente las cualidades y los estados mentales positivos que estimulan una relación favorable entre la mente y los recursos sanadores del cuerpo. Así, hay que enseñarle a que aprenda a relajarse y a obtener una calma mental y física, a liberarse de los enfados y del pasado, a reeducarse, a encontrar que el perdón es la clave de la felicidad y que el amor es el sanador más importante que existe. Esto le permitirá perder el miedo a la muerte y que no se enfrente a ella como a un enemigo.

En general, cuanto más pueda un paciente ponerse en contacto consigo mismo, más fácilmente podrá reducir sus temores y conseguir la paz interior. Para bien o para mal, lo que moldea a cada ser humano es su nivel mental general u holístico, que está enraizado en su conciencia [14]. Una misma afección somática puede llevar a la desesperación y hasta a la renuncia de todos los valores y a la propia existencia, o a la esperanza, llena de sentido y a la firme decisión de seguir luchando por la vida [13]

Significado de la petición de morir

Cuando el paciente solicita la muerte hay que intentar descubrir lo que indica detrás de esa petición. Esta puede revelar: a) falta de apoyo psicológico, angustia, desesperación, miedo o depresión, b) una insuficiencia de tratamientos paliativos con la necesidad de controlar algún síntoma molesto, c) que se suprima cualquier tratamiento designado a prolongar su existencia porque teme una mala calidad de vida, un dolor intratable, la inmovilidad, desfiguración, incontinencia, confusión, o terminar en una UVI aislado de sus seres queridos, d) que no desea probar nuevos tratamientos porque los que ya

ha tenido no han sido exitosos [2,12] e) Unos pocos pueden desearla por sentir que son una carga para la familia, por su dependencia de los demás o por su inutilidad, y f) Algunos enfermos la solicitan para clarificar sus mentes y sentirse aliviados de saber que la eutanasia no es una opción del tratamiento y pronto se olvidan de esta petición si reciben un buen cuidado con alivio del dolor y otros síntomas.

La petición hecha por el propio enfermo no constituye necesariamente una base adecuada para la eutanasia porque cualquier persona puede decir en un momento de sufrimiento que no quiere seguir viviendo y aunque lo pida con firmeza y en repetidas ocasiones, eso no significa que no esté buscando ayuda y atención para enfrentarse mejor a sus actuales circunstancias [15]. Su misma llamada a la muerte puede significar un clamor para indicar que la continuación de la vida tiene valor [16]. Incluso las mentes más lúcidas y los espíritus más esforzados son susceptibles de perder momentáneamente el coraje, de hundirse en la desesperanza cuando las dificultades parecen insalvables y el sufrimiento se hace abrumador [3]. Si en esos momentos de impase en lugar de ayudarlo intensamente, se le facilitan los medios para terminar con su existencia, o simplemente se le mata, ¿No significa ello cerrar las puertas a la esperanza? Esta puede resurgir al cabo de poco tiempo, una vez superada la crisis depresiva en la que el paciente se ve momentáneamente sumergido por el shock inicial [3].

Si existe alguna belleza en los humanos, ella es nuestra intensa capacidad para encontrar sentido y entereza frente a la adversidad y para trascender sobre las más severas limitaciones de nuestras fragilidades corporales, cognitivas y emocionales [4]. Así, Stephen Hawking, descubridor del Big Bang, afectado de ELA, inmovilizado en las sillas de ruedas, privado incluso de palabra y que se expresa por ligeras presiones sobre un computador, dice: "comprendí que tenía que vivir, cuando una mañana, mientras contemplaba el jardín a través de las ventanas de mi habitación, escuché el piar de los pájaros que se peleaban buscando sus gusanos", y es que en los casos más dramáticos, el tiempo se convierte en un sutil aliado que puede llegar a proporcionarnos el empuje necesario para seguir adelante. Esta fuerza corresponde posiblemente al indomable instinto de conservación y superación de nuestra especie. Nadie es capaz de afirmar infaliblemente a priori ante un caso concreto que esa energía vital no resurgirá con el tiempo, con la acep-

tación consciente de las limitaciones impuestas por la enfermedad. Con paciencia y resignación, se pueden encontrar motivaciones más que suficientes para llevar una existencia digna y plena a pesar de las dificultades [3].

Se requiere escuchar con sensibilidad para dar adecuado apoyo y comprensión cuando los pacientes dicen que desean morir. La cuidadosa explicación de lo que puede ofrecerse de ahora en adelante para mejorar la calidad de vida que permanece y los cambios futuros de tratamiento es generalmente aceptada con gratitud. La forma de hacerlo es el arte de la Medicina. Muchas de sus razones pueden ser eliminadas por un correcto cuidado haciendo que la muerte acontezca en forma natural e indolora. Un buen número de enfermos presienten lo que tienen y necesitan que se confirmen sus dudas o conocer la verdad de su padecimiento. Este se revelará en forma gradual y delicada según sus necesidades, proporcionándole ayuda para que pueda romper la conspiración de silencio que normalmente mantienen con su familia sobre su enfermedad y que les impide tener unas relaciones más normales y plenas. Agradecen que se les asegure que la muerte viene por sí misma y que no se les abandonará en ningún momento. No todos lo comprenden. Ello podría ser un reflejo de su personalidad y forma de adaptación a la vida antes que del dolor y del sufrimiento por sí mismos [1]. No obstante, siempre se les proporcionará un intenso apoyo psicológico.

Algunos familiares suelen pedir la eutanasia al final de la vida, a menudo cuando el paciente ha perdido la consciencia, bien por la presencia de una respiración estertorosa que, comprensiblemente, puede ser interpretada como un gran sufrimiento o también como una manifestación de que ya no pueden más [2,10,12]. En estos casos, se les debe escuchar con atención, mostrando que se reconoce la desesperación que les invade, ya que ésta puede provenir de experiencias pasadas, de una necesidad de que se controlen mejor los síntomas del enfermo o de expresar sus sentimientos. Además de explicarles el tratamiento que se sigue y reforzarlo si es preciso con algunas otras medidas, hay que darles la respuesta clara de que ningún ser humano tiene derecho a cortar el hilo de la vida y que el médico no puede ni debe sacrificar el bienestar del enfermo, por la conveniencia o sentimientos de sus familiares y de la sociedad [17].

La eutanasia "voluntaria" como tratamiento de los enfermos terminales ha sido rechazada y deberá serlo

en el futuro debido a que su voluntariedad es a menudo falsa y siempre discutible por la discrepancia fundamental entre la falibilidad del juicio humano (y médico) y la irreversibilidad total del acto. Supone que ahorra al enfermo la agonía que precede a la muerte y los sufrimientos de una enfermedad prolongada, pero en realidad produce la exclusión de una persona de la comunidad de los vivos, mientras está aún viva, lo cual le puede crear un profundo sufrimiento psicológico y con ella, una peligrosa salida para la humanidad debido a que cada vez esta norma tendería a aplicarse en forma más temprana. La eutanasia podría en realidad ser un cortocircuito en las oportunidades de una persona para buscar un sentido para su vida, y para aquellos de su alrededor, de elevar su potencial humano y ganar en madurez espiritual al compartir la experiencia de atender al moribundo [1].

Eutanasia y suicidio

La petición de eutanasia y el suicidio son dos acontecimientos ocasionales en el curso de las últimas etapas de la vida de los pacientes con cáncer [8,9]. Se considerará candidata al suicidio a cualquier persona gravemente agitada o deprimida, y en particular, si padece un tumor de pulmón, laringe y lengua, posiblemente por el profundo efecto psicológico provocado por estas neoplasias, que se asocian en muchos casos a una historia de alcohol y tabaquismo. Tabla I [18].

Toda tentativa o gesto de suicidio debe considerarse como la forma más urgente de petición de comunicación y una "llamada de ayuda", indicadora de una profunda crisis personal que no puede ser articulada o tratada de otra manera por el paciente. La Tabla I, identifica algunos de los factores que deberán ser valorados para proveer alternativas al suicidio. Así, la

Tabla 1

FACTORES DE VULNERABILIDAD AL SUICIDIO EN EL CANCER
1. Dolor, aspectos de sufrimiento
2. Enfermedad avanzada, pronóstico pobre
3. Depresión, desesperanza
4. Delirio, desinhibición
5. Pérdida de control, falta de apoyo
6. Psicopatología preexistente
7. Historia de intentos previos de suicidio, historia familiar
8. Fatiga, cansancio

depresión es un factor común en más del 50 % de todos los suicidios. Los pacientes con cáncer tienen unas 25 veces más riesgo para la depresión que la población general [9]. La falta de esperanza es otro factor que unido a la depresión empuja al suicidio. En Suecia, éste fue significativamente mayor en los pacientes con cáncer a los que no se les ofreció ningún otro tratamiento ni contacto posterior con el sistema de salud. Los mejores antídotos para los individuos en riesgo de suicidio son dedicarles tiempo para estimular una discusión con respecto a su crisis personal y desarrollar una continuidad de cuidado y de preocupación de los problemas psicológicos, dolor y otros síntomas [18]. Aunque el dolor sea malo, éste nunca será tan intenso como para que el suicidio sea la única respuesta. El suicidio no acaba con el dolor y es una salida falsa. "Sólo lo deja sobre los hombros rotos de los supervivientes" [19]. El adoptar el suicidio asistido sólo demostraría que hemos perdido el significado del ser humano.

Saunders [12] considera que cualquier acto dirigido a terminar con la vida sería también culpable respecto al paciente, porque infringiría sus intereses tanto en la vida como en el morir, y respecto al médico o enfermero, porque infringiría su principio profesional básico: el derecho del público de poder confiar en ellos y en su profesión de forma global como tal. Realizar una eutanasia en base de un diagnóstico que puede ser incorrecto es tan malo como irresponsable. En Medicina como en todas las actividades humanas existen y se cometen errores.

Los médicos necesitan tener ciertos principios claros y tratar a sus pacientes con una consideración positiva. Nunca eliminaremos todas las enfermedades, sufrimientos y muerte, pero nuestro carácter moral central debe demandar destrezas clínicas y competencia para aliviar las molestias intolerables y siempre procurar confort. Es necesario también estudiar los problemas psicológicos y la fatiga de los médicos, paciente y familia para corregirlos con medidas de apoyo al equipo, (más tiempo de descanso para este personal, etc.), y otros estímulos positivos para evitar que sean presos del desánimo.

La toma de decisiones en la enfermedad terminal

El fallecer es un evento universal sobre el cual tanto los enfermos como las personas que los cuidan deberán estar debidamente informados para participar según sus deseos ofertándoles desde un principio

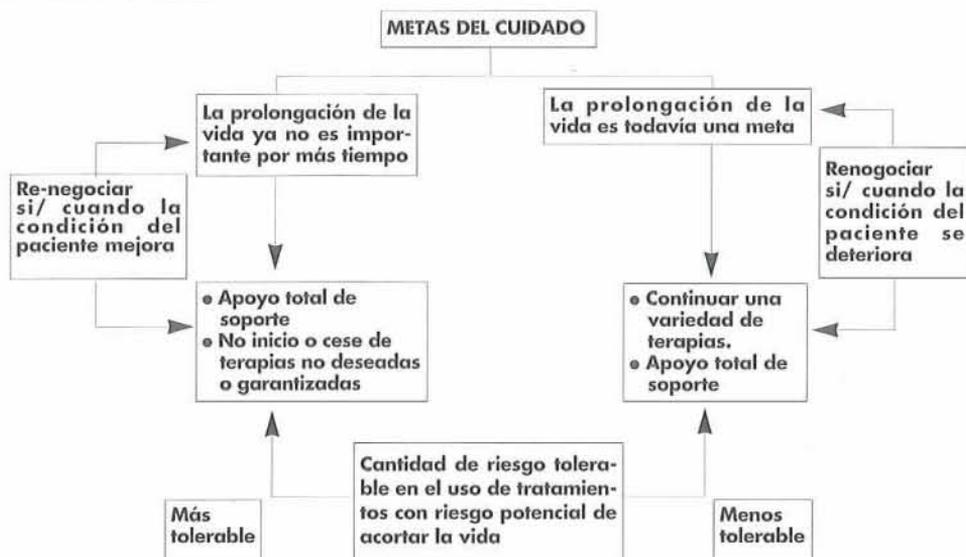
un control de síntomas, ya que su presencia puede alterar su normal discernimiento. Si bien se tratará de conocer los deseos del paciente sobre determinados tratamientos, se requiere un gran cuidado para no actuar apresuradamente por rutina, bajo presión o conveniencia, ni pretender hacerlo a partir de un motivo cuando sea verdaderamente otro el que exista. Somos nuestros propios agentes morales y debemos esforzarnos en llegar a la mejor decisión posible. Para Herranz, [6], "la ética del respeto a la vida humana y la conciencia de lo limitado de sus intervenciones ayudarán al médico a encontrar el camino justo entre el abandono inhumano de la eutanasia y el riesgo deshumano del encarnamiento fútil". La adopción de decisiones en esta etapa es un proceso dinámico que requiere mucha reflexión, discusión y evaluación, y que tanto los médicos como los miembros del equipo de salud conozcan los principios fundamentales de ética que deben guiar el análisis de las decisiones complejas [1,11,20]. Estos se resumen en 4: 1) Respeto a la autonomía, 2) No causar daño, 3) Beneficiencia y 4) Justicia.

a) Respeto a la autonomía

Este principio reconoce el derecho de un individuo o su capacidad para decidir por sí mismo de acuerdo a sus creencias, valores y plan de vida para no aceptar el tratamiento específico en las primeras etapas de la enfermedad a pesar de que el equipo médico crea que todavía hay alguna esperanza de cura o de paliar la enfermedad. El médico tiene la obligación de actuar y asegurarse de que éste comprende los hechos y las implicaciones de las decisiones que pueden ser opuestas al curso que parece aconsejado en una situación dada. El ejercicio de la autonomía no implica necesariamente una obligación de los otros para actuar ni obligación alguna para conceder todo lo que el paciente desea, en particular la muerte como un fin. La libertad de uno termina donde empieza la del otro. Si el enfermo pide al médico que sea él quien decida, éste no puede negarse a ayudarlo a tomar algunas decisiones claves. No hacerlo sería un abandono moral [20].

La autonomía del individuo tiene que ser vista en el contexto de la familia y de la sociedad como un todo. Esta última tiene el deber de acomodar en sí misma al individuo, pero también de continuar y mantener un elevado nivel de ideales con una concepción social del bien basado en normas que trasciendan lo individual y las creencias idiosincráticas

Tabla 2



para contrarrestar adecuadamente las peticiones de soberanía personal sobre el morir [21].

Si el enfermo considera que su calidad de vida es tal que cualquier prolongación sería indeseable, no deberá ser tratado contra su voluntad [22]. Ello no obstante, no debe ser obstáculo para que se le siga controlando adecuadamente el dolor, la angustia y otros síntomas según la práctica médica habitual, además de continuar ofreciéndole apoyo, información, la asistencia espiritual y el consuelo humano hasta cuando ocurra la muerte a su hora biológica natural y providencial, ni antes en virtud de la eutanasia, ni después, artificialmente prolongada [23]. En este sentido nos parece interesante recabar las frases del Testamento Vital: "Pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios, que no se me aplique la eutanasia activa, ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte y que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos."

b) No causar daño

Se considerará una violación de este principio si: a) se provoca una lesión física o psicológica innecesaria a los pacientes mientras se les realiza su historia clínica y exploraciones; b) se les da mal la información; c) se les proporciona un cuidado continuado agresivo para prolongar la vida; d) se provoca una sobredosificación; e) se retira prematuramente el tratamiento, sin adecuada información y sin una petición expresa del enfermo [11].

c) Beneficencia

El plan de tratamiento deberá prever o retirar todo lo que cause daño y sólo promover el bien. El cese de un tratamiento hecho en el contexto clínico apropiado puede ser un acto de beneficencia cuando el continuar con la vida sea visto por el paciente como un daño severo.

d) Justicia

La justicia demanda que los pacientes moribundos tengan igual acceso al cuidado que otros y que no debería privárseles de intentar ciertas terapias si lo desean y si tienen el conocimiento apropiado. Tristemente éste no es siempre el caso, porque los moribundos suelen ser vistos como de menor prioridad. De todas formas, no deberán recibir o continuar aquellos tratamientos que no deseen o no estén garantizados.

G. Herranz [25], considera que estos 4 principios fundamentales de la bioética americana son incapaces "per se" de rechazar la eutanasia por el carácter predominante que tiende a tomar el de autonomía personal, y sugiere que debería añadirse un quinto principio, que podría denominarse: Principio de respeto a la debilidad (sacralidad) de la vida.

Los fundamentos de los Cuidados Paliativos son la esperanza y la verdad [6]. Una negociación abierta con los pacientes, familiares y otros profesionales sanitarios antes de comenzar una prueba terapéutica puede permitir su cese por acuerdo mutuo, si los resultados no son como se esperaba. El tratamiento, una vez iniciado, no deberá ser considerado irreversible.

ble y podrá ser discontinuado con algo más de confianza, porque así todas las personas han tenido la oportunidad para asegurarse adecuadamente de los beneficios experimentados y de los problemas de la terapia. Si el paciente no puede actuar autónomamente se preguntará a la familia si conoce los deseos que éste tenía. Si esta discusión no los revela, se buscará a una persona razonable, médicos, familias, comités éticos y a veces a un jurado para intentar conseguir un consenso. Tabla 2 [11].

Es importante reconocer que las decisiones tomadas para no empezar o cesar tratamientos en el cuidado del moribundo son distintas de la eutanasia en cuanto a la motivación, ya que en los Cuidados Paliativos se emplean sólo para aliviar al paciente de aquellas terapias que ya no son requeridas o no son de beneficio. La muerte puede ocurrir, puesto que es ya inevitable [11].

Casi siempre es difícil encontrar la respuesta "correcta" en todos los casos. Siempre se recordará que se tiene delante a un ser humano, cuyas convicciones y deseos han de ser tenidos en cuenta y cumplidos en la medida de lo razonable, pero esta relación ha de extenderse también a sus familiares [22]. Los tratamientos también pueden provocar por sí mismos referencias para una intervención más activa y para la búsqueda de un sentido en la vida.

Posibilidades de la medicina paliativa

El Comité de Expertos de la OMS para el alivio del dolor y los Cuidados Paliativos considera que por el desarrollo de los métodos modernos de Cuidados de confort, no es necesaria la legislación sobre eutanasia debido a que su concepción viva y rehabilitadora y de promoción de la dignidad y autonomía del enfermo, permite ayudar, confortar y acompañar mejor al moribundo haciendo menos dolorosa su etapa final.

Existe mucho todavía por hacer para controlar y apoyar bien al enfermo terminal, al que sufre crónicamente y a aquellos que están sumergidos en la confusión y dependencia. Si bien una parte de estos esfuerzos provendrán de la actividad voluntaria individual y grupal, el mayor peso deberá recaer en la Administración a través de la mejora de los servicios comunitarios más comunes y hacer disponibles los Cuidados Paliativos donde los necesiten. Para ello son necesarios [24]: a) la puesta en marcha de recursos específicos (Unidades de asistencia domiciliarias y hospitalarias) asociadas a una optimización de los

servicios existentes, creando una red de interrelación entre hospitales, residencias sociosanitarias y los equipos de atención primaria, en un contexto sectorizado y permeable, b) promover la formación de profesionales en técnicas paliativas, c) adoptar diversas medidas concretas como la facilitación administrativa del uso de morfina en la atención primaria y, d) la definición de modelos y la financiación con una evaluación periódica que garantice una atención de calidad. Si los cuidados intensivos de confort no son ofrecidos por los servicios estatales y voluntarios, más y más gente encontrará que sus vidas no valen la pena y será la indiferencia de la sociedad antes que cualquier falta de potencial en sus vidas lo que les hará solicitar un derecho a morir. Llegar a este punto sería un triste fracaso de parte de la sociedad.

Es necesario perseverar en el desarrollo, elaboración e investigación de técnicas más eficaces de control de síntomas para cuidar bien a un moribundo, teniendo presentes el hecho de que nuestros medios de actuación son limitados y finitos, y que ni la obstinación ni el abandono son respuestas éticas a la situación terminal.

Los que trabajamos en los Cuidados Paliativos no sólo tenemos la responsabilidad de llevar a cabo su práctica en la mejor forma posible, esto es, evaluar constantemente los resultados terapéuticos y demostrar la eficiencia de nuestros recursos, sino también de hacerla más conocida, es decir, de difundir el conocimiento ya existente para contribuir a que se cambien algunas actitudes. Necesitamos convencer con nuestro trabajo a nuestros compañeros, a la sociedad de que existe esta forma más apropiada de tratamiento que no necesita leyes para su establecimiento y que de ninguna forma deberá ser designada como eutanasia [10].

La sociedad debería usar el tema de la eutanasia como un poderoso estímulo para definir unas respuestas más positivas a sus moribundos, y emplearse más a fondo en pensar en cómo ayudar a esta gente para que viva con más calidad sus últimos momentos, antes que en debatir si deberían o no ser muertos [1]. Un acuerdo amplio sobre esta materia no es siempre probable a causa de que cada individuo tiene una filosofía y un punto de vista diferentes sobre el valor que tiene la vida y el sufrimiento humano. Pero una buena Medicina Paliativa es y será siempre, en palabras de G. Herranz [6], "la mejor vacuna contra esa enfermedad autodestructiva de la Medicina que es la eutanasia, el homicidio por enfermedad".

BIBLIOGRAFIA

1. Latimer E.J. Euthanasia: a physicians's Reflection. *J. of Pain Symptom Manage.* 1991, 6:8, 487-491.
2. Charles-Edwards A. The Nursing care of the dying patient. Beaconsfield Publ. Ltd. Beaconsfield,1983, 203-211.
3. Cervos J. Martínez C. La Eutanasia. ¿Un error de justicia o una injusticia?. *Atlántida*, 1991,5,52-61.
4. Brescia F.J. Killing the Known Dying: Notes of a death watcher. *J. of Pain Symptom Manage.* 1991, 6: 5, 337-339.
5. Ruiz R. A. La eliminación de las vidas inútiles. Reflexiones sobre la Eutanasia. *Atlántida*, 1991, 5, 56-61.
6. Herranz G. El respeto médico a la vida terminal. *Atlántida* 1991, 5:29-34.
7. Cassel,E.J. Naturaleza del sufrimiento y metas de la medicina. *N.Eng. J.Med.* 1982: 306: 539-45 .
8. García Conde J., Cervantes A., Pascual A., y Solano C. Tratamientos y cuidados paliativos en el paciente con Cáncer. En: *Medicina General y Cáncer*, Editado por J. Estapé y E. Burgos. Ediciones Doyma, Barcelona 1991, 93-131.
9. Foley M.K. The Relationships of Pain and Symptom Manage to patient Requests for Physician-Assisted Suicide. *J. of Pain Symptom Manage.* 1991,6:5,289-297.
10. Saunders C. Editorial. *Palliative Medicine*, 1992,6:1-5
11. Latimer E.J. Ethical Decision-Making in the Care of the Dying and Its Applications to Clinical Practice. *J of Pain Symptom. Manag*, 1991.6:5, 329-335
12. Saunders C. Request for Euthanasia. In: *Hospice and Palliative Care*. Edited by C. Saunders. Edward Arnold Publishers. London, 1990, 102-108.
13. Vilar J. El hombre y el dolor, una perenne contienda. *Atlántida*, 1991,5,35-43.
14. Chopra D. El hechizo de la inmortalidad. En: *La Nueva Salud*. Editores R. Carlson y B. Shield. Kairos, Barcelona, 1989, 222-229.
15. Fenigsen R. Un caso de eutanasia. Informe sobre la situación en Holanda. *Atlántida* 1991, 5,14-28.
16. Scott J.F. Lies and lamentation. A solid no to euthanasia. *J. Palliative Care*, 1988:4(1,2) 119-121.
17. Rourke K. Assisted Suicide: An Evaluation. *J of Pain Symptom Manage* 1991;6: 317-324.
18. Breitbard W. Cancer Pain and suicide. In: Foley K.M.; Bonica J.J. Ventafridda V. eds. *Advances in Pain Research and Therapy*, N.Y. Raven Press,1990: 399-412
19. Scheininin A.G. The burden of suicide. *Newsweek*. Feb. 7, 1983:13
20. Pellegrino E.D. Las relaciones entre médicos y enfermos. *Atlántida*,1991,44-51.
21. Jenkins J. I., Loscalzo J. *Manual de Medicina de Urgencia*. Salvat Editores. S.A. Barcelona, 1989.
22. Declaration on Euthanasia World Medical Association. 1987, Document 17.
23. Dunstan G.R. Reconocimiento de obligaciones. En: *Cuidados de la Enfermedad maligna terminal*. Editado por C. Saunders, Salvat.
24. Gómez Batiste X., Roca J. Porta J. Editorial. *Boletín Informativo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 1992, O,1-2
25. Herránz G., Comunicación personal.