

La petición de eutanasia, siempre una consulta sagrada

Tutor: Juan Gervas (médico jubilado, Madrid)

Ponente: Mounir Diouri (residente de medicina de familia, Vitoria-Gasteiz)

Una buena muerte es aquella en la que el moribundo parece poder controlar y orquestar el proceso y morir con tal dignidad y calma que todos los que lo rodean, entre ellos el médico, se sienten privilegiados y, en cierta forma extraña, enriquecidos por ella.
(Iona Heath, “Ayudar a morir”)

INTRODUCCIÓN

La **eutanasia**ⁱ es, etimológicamente hablando, una **“buena muerte”**, término que conviene diferenciar del resto de situaciones posibles cuando se habla de muerte digna, escenario en cuyos debates sigue siendo la reina de la discordia y la confusión, más desde que se tiende a medicalizar (incluso negar) el proceso del morir¹.

No son excepcionales las situaciones en las que el paciente o sus familiares solicitan a los profesionales médicos medidas que anticipen su muerte (más del 30% en caso de pacientes terminales), independientemente del marco legal; ni tampoco lo son las prácticas llevadas a cabo con ese fin (casi todos los médicos admiten haberlas llevado a cabo al menos una vez), siendo las prácticas propiamente eutanásicas solicitadas por el 8% de los encuestados, y practicadas en un 1% de los casos^{2,3}.

Los médicos perciben las decisiones sobre el final de la vida y, especialmente, las peticiones de ayuda a morir, como una de las más difíciles y complejas decisiones éticas a afrontar³; y la mayoría admite sus carencias en conocimientos y habilidades para abordar la petición de eutanasia y reconoce que debe estar incluida dentro de su formación académica⁴.

Si **todas las consultas son sagradas**, por desnudarse las emociones de las personas implicadas, más lo son las relacionadas con la muerte, y más aún aquellas en las que se pide la muerte.

i Se refiere a las actuaciones que causan la muerte de los pacientes de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata; se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad; en un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios; y que son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa¹.

LA PETICIÓN Y SU ABORDAJE

La petición de eutanasia debe interpretarse, primeramente, como un **grito de ayuda o desesperanza**⁴. Analizar los síntomas insoportables, máxime si son mentales, es una de las tareas más complejas.

Las solicitudes de iniciar una muerte médicamente asistida “ya mismo” son raras, por lo que conviene tener perspectiva y afrontar la situación con la calma que requiere tan trascendental decisión.

Ante un caso donde se pide anticipar la muerteⁱⁱ, conviene dar espacio y estar atento a la expresión y lenguaje utilizado, precisando las palabras del paciente o familiar (“*quiero morir*”, “*déjeme morir*”, “*hágame morir*”, “*duérmame*”, “*esto no puede seguir así*”, “*póngame la inyección*”...), con el fin de **identificar frente a qué escenario estamos**. Leer los gestos, expresiones, silencios y palabras del paciente permitirá aclarar si se trata de:

1. Una petición de *eutanasia*;
2. Una solicitud de *suicidio (médicamente) asistido*, en el que el profesional se limita a proporcionar al paciente los medios para que sea él mismo quien se produzca la muerte;
3. Una solicitud de *sedación*, situación perfectamente legal que se basa en administrar fármacos a un paciente en situación terminal para reducir su conciencia y así aliviar los síntomas pertinaces que le causan sufrimiento¹;
4. Una *limitación del esfuerzo terapéutico*, que podría corresponder al “no quiero seguir viviendo así”, por ejemplo, siendo una situación frecuente, bien expresada a través del paciente, sus representantes (familiares, en general) o un documento de voluntades anticipadas.

Una actitud de escucha permitirá detectar los **factores subyacentes** que motivan dicha demanda, además de conducir a un reconocimiento, aceptación y posible atenuación del sufrimiento, independientemente del marco legal y de nuestra postura personal⁵. Un dolor insoportable, el sentimiento de pérdida del sentido vital, de abandono o carga para los demás, miedo al dolor o al deterioro físico... y un sinfín de razones pueden estar detrás de un deseo de morir².

Es preciso aceptar la petición de eutanasia como una "**razón de consulta**", **legítima**, que no contraviene en sí misma ninguna ley, y que puede expresarse de infinitas maneras. Así la recoge el código A-20 de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP).

Denegar, “de entrada”, una petición de eutanasia puede impedirnos detectar un malestar oculto, inmolarse la confianza previa en nuestra relación con el paciente e, incluso, aumentar el riesgo de suicidio⁴, como acto desesperado y no deseado (ahorcamiento, por ejemplo). Conviene, por tanto, estar dispuesto a dar curso a la razón de consulta, sagrada siempre, y que no se puede ignorar.

Resulta crucial integrar esa petición como parte de una **atención holística**, explorando el pasado (condiciones, creencias...), presente (la reciente revelación de un diagnóstico fatal, un sufrimiento persistente...) y futuro (voluntades, miedos, deseos, fantasías...). El grado de información que el paciente y sus familiares posean sobre su estado de salud y pronóstico, el contexto clínico, socio-familiar, psicológico y espiritual o el lugar donde se produce la demanda resultan determinantes, y conviene desmenuzarlos meticulosamente previo a iniciar la toma de decisiones. También conviene involucrar a familiares y amigos (con el permiso del paciente) en aportar entendimiento y apoyo adicional.

ii Este texto se basa en el análisis de un caso clínico concreto, cierto, con el fin principal de extraer lecciones que faciliten el aprendizaje y un mejor abordaje de situaciones tan “sagradas”.

En definitiva, se trata de alinear la petición con la historia personal y valores del paciente con el fin de colocarse en un ángulo que permita comprender mejor la situación.

Una petición de eutanasia es un **proceso gradual** que requiere competencias específicas de todos los profesionales implicados, como podría ser la enfermera debido al cercano y frecuente contacto con el paciente⁴, que pretenderán mejorar la oferta y calidad de los cuidados, afianzar el sentimiento de seguridad entre los mismos³, y prevenir daños colaterales en los pacientes, familiares o médicos que responden de forma aislada y en secreto³.

La **capacidad de decisión** del paciente debería considerarse intacta hasta que no se demuestre lo contrario, como capacidad dinámica y variable que requiere evaluaciones repetidas⁴.

Es requisito imprescindible que exista **una petición expresa del paciente, firme, reiterada y mantenida en el tiempo**, de la cual quede constancia mediante un consentimiento informado expreso. De lo contrario, la actuación del profesional podría ser etiquetada como homicidio¹.

Resulta prácticamente imposible para el médico trabajar a fondo y estrechamente con estos pacientes sin tener ciertos aspectos de sus valores personales y fronteras tocadas⁵. El contexto, en este sentido, como por ejemplo el dispositivo médico en el que atendemos la demanda o los diagnósticos principales del paciente, puede resultar decisivo e influir de forma determinante en nuestra actitud⁴.

Aspectos como el valor que le damos al **juicio autónomo del sufrimiento insoportable**, la más o menos amplia interpretación que hagamos del sufrimiento, el grado de acuerdo con el **marco legal** o el vernos más o menos capaces de administrar con nuestras propias manos una dosis letal de medicación, definen nuestra actitud frente a la eutanasia, pudiendo variar desde la máxima aceptación hasta el absoluto rechazo hacia la misma³.

Si **nuestras limitaciones morales o emocionales** nos dificultan participar en esta toma de decisiones, deberíamos ayudar al paciente a encontrar una alternativa, que podría incluir el encontrar a otro médico⁵.

Todo ello deberá llevarse a cabo respetando la obligación del secreto médico y el derecho a la **confidencialidad** del paciente, y evitar valoraciones morales de crítica o culpa, se decida lo que se decidaⁱⁱⁱ. Implícito en todo ello, entra el análisis de la naturaleza de la relación médico-paciente, cuya mayor o menor solidez puede actuar en ambos sentidos, como facilitadora o como inhibidora³.

Abordar adecuadamente la petición de eutanasia facilitando la **expresión extensa de las emociones** del paciente puede conducir al entendimiento, aflojar el sufrimiento y sostener, aplazar o incluso detener en un elevado porcentaje de casos dicha demanda⁴.

Es condición indispensable colocar **el sufrimiento del paciente como eje central** en esta situación. Las cuestiones legales (y la cárcel) no se pueden ignorar, pero son cuestiones menores comparadas con el sufrimiento humano al límite.

iii El caso clínico analizado acaba justo en el momento en que el paciente pide explícitamente la eutanasia. Tras varias visitas acaba en suicidio asistido.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

1. Simón Lorda P et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-tica-muerte-digna-propuesta-consenso-13128649>
2. Eutanasia: algunas respuestas. OCU-Salud nº70 Febrero-Marzo 2007. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/ocu20071.pdf>
3. Sercu M et al. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? J Med Ethics 2012; 38(5):274-80. doi: 10.1136/medethics-2011-100048.
4. De Hert M et al. Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS). PLoS ONE 2015; 10(12). Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144749>
5. Timothy E et al. Responding to Patients Requesting Physician-Assisted Death. Physician Involvement at the Very End of Life. JAMA 2016; 315(3):245-246. doi:10.1001/jama.2015.16210.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL:

6. Face à une demande d'euthanasie. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). Version courte. Octobre 2004. Disponible en: http://www.sfap.org/system/files/face-demande-euthanasie_0.pdf
7. Ward BJ1, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to request for euthanasia. BMJ 1994 21; 308(6940):1332-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2540258/pdf/bmj00441-0026.pdf>
8. Heath I. Ayudar a morir (Katz Editores).