

Mala praxis y fin de vida: ¿podemos hacerlo mejor?

López Castro J

S. de Medicina interna. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo).

La muerte es algo que no debemos temer porque, mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es, nosotros no somos.

Antonio Machado

Aunque la Bioética sanitaria abarca todas las situaciones en la patobiografía del individuo, conviene destacar su especial valor en el afrontamiento de conflictos en etapas vitales concretas, una de las cuales es el final de la vida, que involucra el proceso de morir. Esta es la fundamental razón por la cual resulta imprescindible dedicar unas líneas a la reflexión acerca de (evocando palabras de la Dra. Kübler-Ross) la muerte y los moribundos y con ellas inauguramos una pequeña serie de artículos dedicados a los dilemas al final de la vida.

Todos establecemos lo que llamamos nuestro proyecto de vida y todos sabemos que esa vida se acabará un día u otro. Somos seres mortales, determinados a nuestro final biológico irremediable, aunque la interpretación de ese final es variable ya que depende de nuestras creencias y valores. Unos creen en la reencarnación, otros en la vida eterna en un paraíso, otros no creen en nada más que en el final biológico sin consecuencias confesionales ni proyecciones más allá de las que la memoria deje de nuestros actos en vida.

Sin embargo, en el mundo occidental la cultura de la muerte ha sido voluntariamente apartada de nuestro pensamiento y acciones. No tenemos costumbre de compartir con los demás esas preocupaciones. Hemos revestido el hecho de morir de un traje opaco que nos impide hablar de ello. La muerte hoy ha de ser “muerte clandestina” (que no se sepa, y si se sabe que no se vea), incluso hurtando al propio interesado que va a morir, la posibilidad de atravesar esa fase con pleno dominio de sus capacidades, si las conserva¹.

La dignidad del individuo, como conjunto de valores reconocidos y reconocibles que debe ser siempre salvaguardada, no recae en su situación sino en si mismo en tanto que persona y es en base a esa dignidad que se deben hacer cuantos esfuerzos sean necesarios para no arrebatar al individuo que va a morir, ese patrimonio intransferible que le es propio y que proyecta a su alrededor. En la enfermedad progresiva y avanzada incurable no es la situación la que debe ser compuesta, sino la persona la que debe ser respetada y atendida². Para ello es preciso llevar a cabo algunas acciones: La **necesidad urgente de incluir una “historia de valores” en la historia clínica**, una promoción adecuada y ampliamente divulgada de las IP, desmitificar la sedación

paliativa y en la agonía y admitirlas como buena práctica clínica inexcusable en nuestro quehacer cotidiano, plantear una oferta adecuada de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), sin que ello represente confundir a la población con términos como “eutanasia pasiva, encubierta, voluntaria,...”. Reviste gran importancia en el final de la vida el principio ético de autonomía, mediante el cual es el paciente el centro de la toma de decisiones, tras un adecuado proceso de información que le permitirá elegir entre las alternativas posibles cuál es la que prefiere en base a sus valores. Para respetar las premisas de autonomía del paciente al final de la vida, el ponerle en las mejores condiciones objetivas, físicas, y anímicas, representa que éste participe, tan plenamente como pueda, en todas las decisiones que le competan, y ello no es posible sin garantizar la adecuada y comprensible información que es la condición fundamental para lograr una adecuada comunicación^{3,4}.

Suicidio asistido. Eutanasia

Haciendo uso de la autonomía, en una situación de peculiar vulnerabilidad como es el periodo de fin de vida u otro periodo de gran sufrimiento vinculado a una enfermedad avanzada e incurable, el paciente puede solicitarnos el suicidio asistido o bien que se le aplique la eutanasia, lo cual plantea un conflicto latente en nuestra sociedad que es necesario abordar. En el suicidio asistido, a diferencia de la eutanasia, aunque existe una solicitud explícita por parte del paciente, es el paciente el que se autoadministra el medio (fármaco habitualmente) que le facilita el médico. El agente directo es el enfermo y no existe suicidio asistido si no se produce su participación activa.

En un intento de clarificar posturas y acepciones, la declaración del Instituto Borja de Bioética, afirma: “eutanasia es toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de librarle de este padecimiento, pro-

curándole un bien y respetando su voluntad”⁵. Esta es una definición larga pero muy completa, de la que es interesante destacar determinados conceptos: solicitud por parte del paciente, intervención de médico u otro profesional sanitario (no es el enfermo quien actúa), provocación de la muerte de forma directa, y padecimiento insoportable o incurable.

Se ha acuñado una semántica confusa sobre el tema de la eutanasia, fruto de la cual son expresiones como: eutanasia activa, pasiva, indirecta, suicidio legal, muerte digna... que atañen más al campo del Derecho y que en Medicina deben evitarse a toda costa para clarificar la terminología⁶.

La situación legal de la eutanasia es variopinta aunque predominan los ordenamientos jurídicos, como el nuestro, que la condenan explícitamente. Sin embargo, en Europa y en el seno de la UE, existen códigos penales que “despenalizan” la eutanasia, esto es que no castigan su práctica si se cumplen determinados supuestos, fuera de los cuales, la práctica de la eutanasia es ilegal. Estos países son Holanda y Bélgica, y los supuestos bajo los que se considera despenalizable la práctica de la eutanasia son: que exista la petición voluntaria, reiterada y constante de un paciente competente cuyo sufrimiento sea “insoportable” y su muerte inevitable a causa de la enfermedad que lo provoca. Es mandatorio que exista una consulta a otro médico que debe confirmar diagnóstico y pronóstico y una comunicación a una Comisión Ética de Control, entre cuyos requisitos figura que el paciente haya sido tratado por una posible depresión reactiva (si ha aceptado el tratamiento) y que entre los informes médicos exista un informe psiquiátrico. Ambas posturas representan un curso extremo de acción dentro de la deliberación bioética por ello deben evitarse, dejando al margen consideraciones de tipo jurídico que corresponden al Legislador o al Ministerio Fiscal. Ambas figuras (suicidio asistido y eutanasia) tratan de eliminar el gran sufrimiento físico, psíquico y espiritual del enfermo incurable en situación avanzada, por ello como profesionales debemos mantener siempre asertividad, empatía y una escucha activa ante peticiones de este tipo, aunque fundamentándonos en la no maleficencia, evitaremos siempre colaborar en las mismas ante cualquier paciente que solicite la realización de estas acciones⁷.

Cuando un paciente dice: “Doctor, no quiero vivir”, habitualmente quiere decir: “Doctor, no quiero vivir... así”. Busquemos por tanto la raíz profunda de su desasosiego, las causas de su inquietud, la razón de sus esperanzas truncadas e intentemos acompañarle con la máxima calidez y respeto durante ese arduo trance que es el final de la vida.

Obstinación y futilidad terapéuticas

Es el nombre que se da a la actitud médica de mantener y utilizar todos los medios a su alcance en un esfuerzo vano por mantener indefinidamente la vida del individuo. Se distingue de la futilidad porque la obstinación es “ciega”, no persigue ningún objetivo concreto más que “mantener la vida”, a pesar de que eso conlleve un deterioro progresivo

del paciente y una enorme pérdida de calidad de vida. Esta opción está condenada por la *lex artis*, la deontología, la ética y no considerada como obligación legal. La futilidad implica la realización de un acto médico clínicamente ineficaz ya que no mejora el pronóstico, ni la repercusión sistémica, ni los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque produciría previsiblemente perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio esperado. Las causas de percepciones distintas entre cuidadores y pacientes y su entorno, al considerar un determinado tratamiento como fútil o no pueden deberse a: a) problemas con referencia a la elección de interlocutores validos del paciente, b) malos entendidos sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, c) factores personales (desconfianza, culpa, sufrimiento, “tejido” familiar, beneficios secundarios; d) diferente percepción de “objetivos” a alcanzar; e) creencias religiosas (milagros, fatalidad, “el valor de la vida”,...), etc. Debe comentarse también la distinción entre tratamiento ordinario como sinónimo de habitual o común y extraordinario entendido como inusual o no común y, fundamentalmente, estos términos han sido relacionados con determinadas técnicas. Esta distinción es relevante ya que a la hora de finalizar un tratamiento que consideramos fútil, si este es extraordinario (p. ej.: nutrición artificial) no representa ningún conflicto axiológico pero si es ordinario (p. e.: hidratación), la prudencia y la beneficencia aconsejan mantenerlo⁸.

Se han propuesto otros criterios para establecer qué procedimientos pueden considerarse extraordinarios, como por ejemplo, que sea simple o complejo, natural o artificial, no invasivo o altamente invasivo, económico o costoso, rutinario o excepcional, etc.⁹. Pero, en realidad, ninguno de estos intentos supone un avance frente a los términos habitual o no habitual. Valga únicamente decir que cuando un tratamiento de soporte / sustitución no tiene más objetivo que prolongar la vida puramente biológica, está autorizado el plantear la razón de estos soportes, y la decisión suele ser independiente de los criterios médicos estrictos.

Bibliografía

1. La Puma J.; Sciedermayer D. Ethics consultation. A practical guide. Jones and Bartlett Pubs. London, 1994.
2. Bayés R. Morir en paz. Med Clin (Barc) 2004, 122: 539 – 541.
3. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003, 326: 30 – 34.
4. López Castro J, Cid Conde L, Iglesias Rey L, Palmeiro Anta C. Cuidados paliativos: de la teoría a la práctica. Monografías Instituto Auriensis de Bioética. Ourense, 2016.
5. Institut Borja de Bioética. Declaración: Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Universitat Ramon Llull. Barcelona 2005.
6. Júdez J. Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado An. Sist. Sanit. Navar. 2007, 30 (supl 3): 137 – 161.
7. Sádaba J. Eutanasia y ética. Revista de Bioética y Derecho 2006, 8: 1-2.
8. Bayés R (moderador). Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundación Grifols, nº 9. Fundación Victor Grifols i Lucas. Barcelona, 2003.
9. Quill TE. Dying and decision making – evolution of end of life. NEJM 2004, 350: 2029 – 2032.