



Eutanasia: algunas respuestas

Nueve de cada diez médicos encuestados ha practicado alguna medida que, directa o indirectamente, pudo acelerar la muerte de un paciente terminal; un paciente que sufría una enfermedad avanzada, progresiva e irreversible.

La eutanasia y sus consecuencias éticas, jurídicas, políticas y sociales siguen irrumpiendo periódicamente en los medios de comunicación. Hoy en día sigue siendo un tema tan controvertido y polémico como hace 8 años, cuando Ramón Sanpedro reabrió el debate. Y es que la decisión de morir, y el modo y el momento de hacerlo, siempre han tocado lo más profundo de nuestros sentimientos.

Pero, ¿qué es la eutanasia? Etimológicamente, es una palabra de origen griego (*eu*, buena, y *tanatos*, muerte) que se refiere a la muerte sin sufrimiento físico. En su uso actual se entiende como la acción u omisión destinada a provocar la muerte de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible por razones compasivas en un contexto médico. Pero lo cierto es que su significado es muy amplio y está sujeto a distintas interpretaciones.

No es lo mismo

En efecto, en la actualidad existen muchas y muy variadas prácticas médicas que pueden conducir, directa o indirectamente, a la muerte de un enfermo. Y conviene diferenciarlas entre sí, tanto por razones sanitarias como, sobretodo, legales.

Unas son prácticas médicas habituales aceptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo fin primero es evitar un sufrimiento innecesario a los enfermos terminales, aunque en la práctica puedan acelerar su muerte. De hecho, en la actualidad algunas de ellas no se consideran prácticas eutanásicas. Hablamos de:

1.572 ENCUESTADOS

Esta encuesta ha sido realizada en colaboración con nuestros colegas de las asociaciones de consumidores que, junto con la OCU, forman el grupo europeo Euroconsumers (Bélgica, Italia y Portugal). Obtuvimos 11.839 respuestas en total.

En España participaron 970 médicos (sobre todo de familia, de medicina interna y anestesiólogos), 59 enfermeros y 543 familiares de enfermos terminales fallecidos en los últimos dos años. En total: 1.572 personas. Salvo cuando se indique lo contrario, los datos del artículo se refieren a los encuestados españoles.

– suspender o no iniciar un tratamiento que prolongaría de forma artificial la vida del enfermo terminal, aunque sin mejorar su calidad de vida.

– aumentar notablemente la dosis de ciertos medicamentos administrados al paciente terminal, por lo general analgésicos y sedantes (es lo que se conoce como doble efecto, ya que controla el dolor pero puede acortar la vida);

– y administrar sedantes hasta disminuir notablemente la consciencia del paciente terminal (también conocida como sedación profunda o paliativa); además, cuando la muerte es inminente, suele retirarse tanto la alimentación como la hidratación.

Por otro lado hay otra serie de prácticas médicas que pretenden, directamente, poner fin a la vida del enfermo (y por ende a su sufrimiento). En este caso son, sin duda, prácticas de eutanasia.

En nuestro país están castigadas penalmente. Nos referimos a:

– administrar al enfermo medicamentos en dosis letales (comúnmente denominado eutanasia activa);

– facilitar al enfermo los medios necesarios para que él mismo termine con su vida (denominado suicidio médicamente asistido).

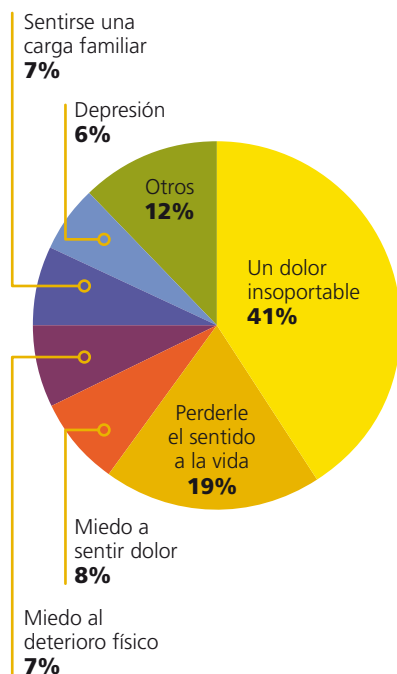
Estas dos últimas prácticas sí están permitidas en unos pocos países y estados: la eutanasia activa es legal, bajo ciertas circunstancias, en Holanda y Bélgica; por su parte, el suicidio asistido está admitido en Suiza (incluso sin la presencia de un médico) y en el estado norteamericano de Oregón.

Doctor, por favor...

Según los datos de nuestra encuesta, un 38% de los pacientes (o sus familiares, que son quienes respondieron a nuestras cuestiones) solicitó a su médico que le practicase alguna medida que podía anticipar su muerte. La gran mayoría corresponden a prácticas médicas cuyo objetivo primero es evitarle un sufrimiento innecesario, como suspender o no iniciar un tratamiento, el doble efecto o la sedación profunda, que no se consideran propiamente como eutanasia y suelen estar toleradas. En lo que respecta a las prácticas propiamente eutanásicas, como la eutanasia activa y el suicidio asistido, las respuestas de la encuesta revelan que fueron solicitadas



PRINCIPAL RAZÓN PARA PEDIR QUE SE ACELERE LA MUERTE (SEGÚN LOS MÉDICOS)



por el 8% de los pacientes (o sus familiares).

En cualquier caso, no todas estas peticiones del paciente se realizaron de manera insistente y razonada. Según nuestra encuesta, casi la mitad se formularon de forma esporádica en momentos puntuales de crisis.

Por otro lado, si distinguimos por tipos de paciente, los enfermos de cáncer han resultado ser quienes con más frecuencia pidieron alguna de estas medidas, eutanásicas o no. En concreto, la sedación profunda (hasta un 18% de todos ellos) y no iniciar un tratamiento que pueda alargar artificialmente su vida (un 17%).

Pero, ¿por qué?

Para responder a esta pregunta hemos reunido los datos recogidos en los cuatro países que han participado en la encuesta: España, Italia, Portugal y Bélgica. Datos referidos únicamente a los pacientes terminales que directamente pidieron acabar con su vida, ya fuera por medio de la eutanasia activa o del suicidio asistido, y que en su conjunto suman un 9% de los casos. Ya le adelantamos que no es fácil apuntar factores claramente determinantes en la toma de esta difícil decisión. Aunque puestos a destacar los que con más frecuencia influyeron (según sus familiares), subrayamos tres: la tentativa de “curar a la fuerza” causando sufrimiento (encarnizamiento u obstinación terapéutica), la ausencia de creencias religiosas del paciente y el uso incorrecto de analgésicos o sedantes para paliar el dolor.

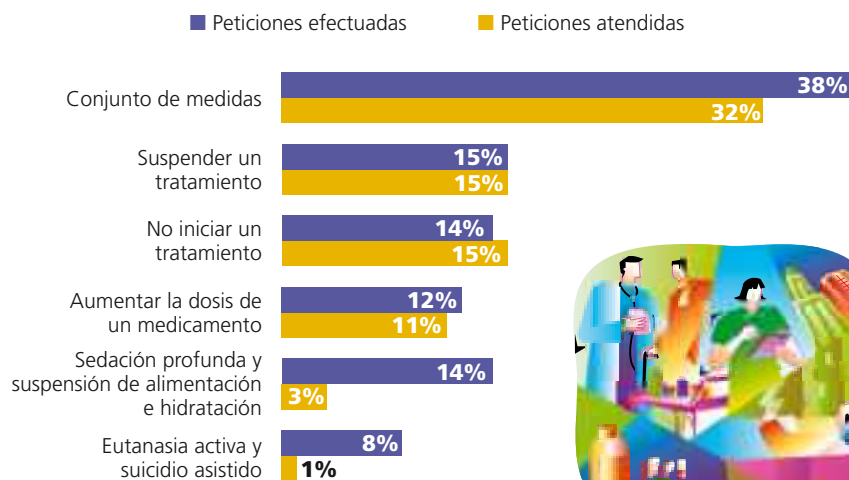
Tres motivos que sólo explican una tercera parte de las peticiones para terminar con la vida del enfermo. El resto, que corresponde a un 6% de los pacientes, tenían también sus motivos, pero eran tan amplios y variados como tipos de pacientes, sus particulares tratamientos y sus circunstancias personales. Lo cierto es que entre ellos había personas religiosas, con los síntomas controlados y que no sufrían los dolores de la enfermedad.

Hasta aquí, recordemos, son datos recogidos de las respuestas de los familiares de los enfermos. Por eso es interesante recoger también la opinión de los médicos al respecto. Como puede observar en el gráfico de al lado, éstos apuntan otra serie de motivos: principalmente el dolor, ya sea porque resulta insoportable (41%) o porque se tiene miedo a sufrirlo en un futuro (8%), pero también perderle el sentido a la vida (19%) o sentirse una carga para la familia (7%).

Las peticiones se atendieron

Así lo refleja el gráfico de la siguiente página (*Tipos de peticiones que pueden acelerar la muerte*). En concreto, según las respuestas de los familiares de los enfermos terminales, en un 32% de los casos el médico que lo trataba practicó

TIPOS DE PETICIONES QUE PUEDEN ACELERAR LA MUERTE (SEGÚN LOS FAMILIARES)



► algún tipo de medida que, directa o indirectamente, pudo acelerar la muerte del paciente. Dado que las peticiones en este sentido de enfermos y familiares suman un 38% de los casos, parece evidente que éstas fueron escuchadas y atendidas por el doctor la mayor parte de las veces.

Claro que hay algunas excepciones a tener en cuenta: cuando las peticiones se referían a la sedación profunda, acompañada por una suspensión de la alimentación y la hidratación (un 14% de los casos), los médicos sólo atendieron un 3% de las solicitudes; y cuando las peticiones se referían a la práctica de la eutanasia activa o al suicidio asistido (8% de los casos), la respuesta médica era aún menos favorable: apenas el 1% de las solicitudes. Una circunstancia, esta última, penada por la legislación actual, y que, denunciada, habría podido llevar al médico a la cárcel.

Por cierto, cuando se trata de no iniciar un tratamiento que podría alargar artificialmente la vida, algunos médicos toman directamente la decisión sin haber recibido la petición expresa del paciente o la familia.

En cualquier caso, según los datos de nuestra encuesta, nueve de cada diez médicos admiten haber realizado al menos una vez a lo largo de su vida profesional alguna práctica que pudiera haber acelerado la muerte de un paciente. Por especialidades, los más receptivos han sido los oncólogos, los neumólogos y los médicos de medicina interna.

Por último, hemos querido conocer, a través de los familiares, la calidad de vida del enfermo terminal durante su último mes de vida hasta el mismo momento de su muerte. Pues bien, en una escala de 0 a 10, la puntuación más alta (un



MÁS INFORMACIÓN

- Asociación Derecho a Morir Dignamente (ADMD). Tiene como objetivo defender el respeto a la voluntad del enfermo irreversible. Tel: 913 691 746 y 934 123 203. Página web: www.eutanasia.ws.

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Dirección: C/ Castelló, 128, 1º. 28006 Madrid. Tel: 917 820 034. Además, su página web contiene una guía muy útil de consejos para el tratamiento de enfermos terminales: www.secpal.com.

- Morir con dignidad. Artículo publicado en OCU Salud nº 69 (diciembre 2006), que refleja la calidad de vida de los enfermos terminales en función del tipo de centro sanitario en el que fueron atendidos, y que subraya la necesidad de aumentar las unidades de cuidados paliativos.

4,7) corresponde a los enfermos que fallecieron en el momento considerado por la familia como natural, ni antes ni después. La valoración más baja, cuando la muerte sobreviene después del momento esperado porque, por ejemplo, se le alarga artificialmente la vida.

Evitar el sufrimiento

Las medidas que contribuyen a aliviar el sufrimiento de un paciente terminal (e indirectamente a acelerar su muerte) son relativamente comunes: se practican en uno de cada tres enfermos, según nuestra encuesta. Por el contrario, las prácticas propiamente eutanásicas, como la eutanasia activa y el suicidio asistido, apenas se realizan, aunque lo cierto es que las solicitan un 8% de los pacientes terminales.

El dolor parece ser uno de los principales motivos para solicitar alguna de estas medidas. Un dolor inherente a la enfermedad pero, a veces, también causado por un tratamiento inadecuado (obstinación terapéutica). Es más, de la experiencia de los familiares se puede deducir que en algunos casos el uso de medicamentos no siempre fue el más correcto para aliviar este sufrimiento. Se trata, a veces, y sobre todo cuando se refiere al dolor durante los últimos días de vida, de tratamientos mejorables. En este sentido merece la pena destacar las conclusiones de la encuesta publicada en el número anterior (Morir con dignidad, OS nº 69, diciembre 2006), donde se observa que la calidad de vida del enfermo terminal suele ser mayor cuando intervienen las unidades de cuidados paliativos. Hay menos sufrimiento físico y psicológico, tanto para el enfermo como para sus familiares y amigos.

Sea como sea, volvemos a recordar la importancia del testamento vital, también conocido como documento de voluntades anticipadas. Se trata de un documento escrito en el que una persona manifiesta su voluntad sobre los tratamientos médicos que desea o no recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le lleve a un estado que le impida expresarse por sí mismo. En España el testamento vital tiene valor legal, aunque lo cierto es que no todas las comunidades autónomas tienen un desarrollo legislativo similar. ■