

Consideraciones bioéticas del médico ante el final de la vida de sus pacientes. La paradoja de la eutanasia



Bioethical considerations of physician at the end of the life of his patients. The paradox of the euthanasia

Sra. Directora:

Actualmente asistimos a una época en la que tanto por motivos culturales como por la tecnificación de la medicina, el facultativo puede participar de forma directa en 2 momentos claves de la vida de toda persona, el comienzo y final de misma. Esta capacidad de actuación, en lo referente al final de la vida, plantea numerosos conflictos bioéticos, por lo que primeramente deberíamos de partir de la premisa de que «no todo lo técnicamente posible es aceptable desde un punto de vista ético»¹.

Constituye, por tanto, el objetivo de esta carta manifestar algunas reflexiones sobre las distintas posibilidades existentes, para que la actuación del médico en la atención al paciente al final de la vida sea bioéticamente aceptable.

Diariamente asistimos a situaciones en las que la prolongación de la vida durante un cierto tiempo aun siendo «técnicamente posible» se realiza en unas condiciones que podrían calificarse como indeseables, esto es, se consigue prolongar la misma en detrimento de su calidad. Esta circunstancia ha dado lugar a distintas expresiones tales como «distanasia», «encarnizamiento terapéutico» o «furor terapéutico» (*therapeutic furor*). Desde un punto de vista bioético, dichas actitudes podrían justificarse en función del ejercicio por parte del facultativo del «principio de beneficencia», esto es, asegurar y garantizar un bien supremo (la propia vida humana) a través de todos los medios terapéuticos posibles, representando una conducta ética reprobable y un ejercicio jurídico punible («homicidio») la libre decisión del médico de dejar morir a un paciente si se dan tales circunstancias, representando dicho acto un reprobable «homicidio por compasión» (*mercy killing*). Dicha tesis podría ser avalada desde un punto de vista moral y en numerosas ocasiones religioso, donde el disponer directa y activa sobre la vida de una persona se consideraría como un hecho «intrínsecamente inaceptable» pero, en cambio, se aceptaría el cese de la misma como un mal menor aplicando procedimientos indirectos como podría ser la administración de una terapia que enfocada a calmar el dolor supusiera de forma indirecta un acortamiento de la misma². Dicha actitud consideramos que podría denominarse como la «paradoja de la eutanasia».

En cambio desde un punto de vista deontológico (basado en derechos y deberes) los hechos no son tan simples, pues habría que establecer la distinción entre «deberes positivos» o de promoción de la salud y «deberes negativos» o de prohibición de actuación. De igual forma, desde el punto de vista de los derechos humanos, distinguir entre «derechos negativos» y «derechos positivos», teniendo una mayor preeminencia bioética los primeros frente a los segundos. Esto es, en

ocasiones, éticamente debería primar «la no actuación» u «omisión» frente al derecho de «acción» o «actuación», siempre y cuando en función del ejercicio del «principio de autonomía» medie una declaración explícita por parte del paciente a no prolongar de forma artificial su existencia, aunque creamos que la misma sea indigna o incluso pueda llegar a perjudicarlo. Si se da esta circunstancia, la libre actuación del facultativo aun en consonancia con la bondad de su acción, esto es, actuando con un criterio de «beneficencia», podría calificarse como un «ejercicio de maleficencia» pese a que sus fines persigan el bienestar del paciente. En estas situaciones no cabría considerar los 2 términos tradicionales de «beneficencia» y «maleficencia» sino 4: «beneficencia-no beneficiante» frente a «maleficencia-no maleficiente». En determinadas circunstancias, el ejercicio de actuaciones como «el mal menor», «la omisión» o «la voluntad permisiva», podrían catalogarse como acciones maleficientes. Toda «acción directa» ejercida por un facultativo sobre su paciente con la finalidad de procurar el fin de la vida de este, debería de considerarse como un acto éticamente reprobable y, por tanto, jurídicamente punitivo. Ahora bien, no hemos de olvidar que en la sociedad actual donde priman los derechos individuales (siempre que no entren en conflicto con el bien común), es indiscutible que quien tiene que tomar la decisión última sobre su vida y su muerte ha de ser el propio paciente, por lo que la sociedad habría de permitir la existencia de una serie de mecanismos que permitiesen ejercitar al paciente dicho «principio de autonomía»³.

No obstante, el mecanismo resulta en extremo complejo, porque el ejercicio de tal derecho lo ha de tomar todo paciente que se encuentre en condiciones plenas de independencia en la toma de decisiones, tanto legales como morales. Es por ello que sería reprobable aceptar una decisión de tanta trascendencia en situaciones límite (p. ej., enfermedades que conllevan un dolor insoportable) donde no es posible que medie un periodo mínimo de reflexión por parte de este, sino que actuaría de forma condicionada (en el caso precedente, ¿acaso un dolor insoportable no mermaría, la capacidad de decisión?) que invalidarían su legítimo derecho de autonomía. En estos casos la acción del médico para acceder a la petición de acabar con su vida estaría basada en criterios emocionales, considerándose dicho acto como un ejercicio bioético de «maleficencia-no maleficiente» y jurídicamente como un «homicidio por compasión».

Se impone, por tanto, la introducción en el contexto de la relación médico-enfermo del establecimiento de una vía de comunicación directa basada en la «planificación anticipada» ante determinadas situaciones, especialmente las que conduzcan a una muerte inevitable, de tal forma que el paciente sea informado acerca de su dolencia, y libremente y con pleno conocimiento establezca a través de unas directrices previas («testamento vital», «voluntades anticipadas»...) la forma en la que desea que se realice el desenlace, de tal forma que en dicha situación el médico respete su derecho pero no ejerciendo una actitud activa, sino actuando de forma indirecta, lo que representaría el ejercicio de la «eutanasia pasiva» o la supresión de medidas que puedan mantener con vida a una persona⁴.

En conclusión, ante la disyuntiva de ayudar o no a morir al paciente, el médico debería de optar por la actitud que

algunos autores han denominado como *induced or bring about death*, esto es, como la aceptación de los objetivos de la «eutanasia activa»⁵ (cualquier acción inductora de una muerte que no hubiese sucedido sin la misma) pero empleando procedimientos pasivos para el logro de los mismos.

Bibliografía

1. Will JF. Dying with Dignity; Living with Laws (and Ethics). *Hastings Cent Rep.* 2019;49:6–7.
2. Kontos EN. Ethics of Incongruity: Moral tension generators in clinical medicine. *J Med Ethics.* 2019;45:244–8.
3. Silva Pirôpo U, Oliveira Damasceno R, Souza Rosa R, Lago da Silva Sena E, Donha Yarid S, Silva de Oliveira Boery RN. Correlation of living will, bioethics, professional activity and patient autonomy. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2018;20:505–10.
4. Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted dying: What is the current position and what are the key arguments informing the debate? *J R Soc Med.* 2018;111:407–13.
5. Bélanger E, Towers A, Wright DK, Chen Y, Tradounsky G, Macdonald ME. Of dilemmas and tensions: A qualitative study of palliative care physicians' positions regarding voluntary active euthanasia in Quebec, Canada. *J Med Ethics.* 2019;45:48–53.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c
y F. Luque Martínez^d

^a *Facultativo Especialista de Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Vocal del Comité Ético de Investigación de Granada, Granada, España*

^b *Enfermero. Profesor del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España*

^c *Enfermera. Supervisora de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España*

^d *Doctor en Farmacia, Responsable de Formación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Vicepresidente del Comité Ético de Investigación de Granada, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es (J.D. Sánchez López).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.07.010>

2603-6479/ © 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evolución de la mortalidad y del pronóstico funcional a los 3 meses del traumatismo craneoencefálico con ingreso en cuidados intensivos en la población de edad avanzada



Evolution of mortality and functional prognosis at 3 months of traumatic brain injury admitted to intensive care in the elderly

Sra. Directora:

La población geriátrica está aumentando de manera constante en los últimos años en los países desarrollados, entre los que se encuentra España, estimándose que en nuestro país el crecimiento de personas con edad superior a los 64 años crecerá de manera constante en los próximos años¹.

Esta franja poblacional presenta, a pesar de una mayor fragilidad biológica, una mayor actividad física (debida esta probablemente a los avances sociosanitarios experimentados en las últimas décadas), con un alto grado de independencia funcional, por lo que está más expuesta a sufrir enfermedad por traumatismos².

La enfermedad por traumatismo, siendo el traumatismo craneoencefálico (TCE) el más frecuente dentro de la misma, representa un problema sanitario no solo por su elevada mortalidad, sino por su importante morbilidad^{3,4}.

Por estos motivos el estudio del TCE en la población de edad avanzada está tomando una importancia creciente en nuestro medio. Sin embargo, a pesar de existir estudios de pacientes de edad avanzada y otros en pacientes graves con

ingreso en cuidados intensivos (UCI), existen pocos estudios centrados en la morbilidad de la enfermedad traumática grave con ingreso en UCI en los pacientes mayores^{4,5}.

Por ello, los autores decidimos estudiar el pronóstico funcional a los 3 meses del traumatismo en la población mayor de 64 años con ingreso en UCI tras un TCE.

Se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo los pacientes con edad mayor de 64 años que ingresaron en la UCI de un hospital universitario de tercer nivel con diagnóstico de TCE entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2015.

Se recogieron variables demográficas, clínicas y evolutivas. De forma posterior se recogió información del estado funcional de los pacientes supervivientes al ingreso en la UCI a los 3 meses del traumatismo. Para la valoración de la situación funcional se utilizó la *Glasgow Outcome Scale*, otorgando una puntuación entre 1 y 5 puntos. Para el análisis posterior se decidió dicotomizar los resultados en mala evolución (1-3 puntos, considerando como mala evolución el fallecimiento o la dependencia para actividades básicas de la vida diaria) y buena evolución funcional (4-5 puntos, siendo el paciente independiente).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, seguido por un análisis de la mortalidad y el pronóstico funcional agrupando a los pacientes en quinquenios.

Durante el periodo del estudio ingresaron un total de 446 pacientes. La edad media fue de $74,82 \pm 6,52$ años. La edad media de los pacientes aumentó a lo largo del periodo estudiado. El 60,54% fueron varones. La mortalidad fue del 39,91%. En el análisis por quinquenios existió una disminución significativa de la mortalidad, pasando de un 47,14% en el periodo entre los años 1991 y 1995, a un 34,62% en el último periodo (entre los años 2011 y 2015).