



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Gutiérrez Jaramillo, Javier
Eutanasia activa en pacientes terminales.
Colombia Médica, vol. 28, núm. 3, 1997, pp. 157-160
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28328308>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sección: Temas de controversia**Eutanasia activa en pacientes terminales****Javier Gutiérrez Jaramillo, M. D.***

El juramento hipocrático nos enseñó a respetar la vida: "No dar... una droga mortal a nadie, si me lo solicitaren, ni sugerir... este efecto." Ahora con el pronunciamiento de la Corte Constitucional, se da vía libre a la eutanasia activa en pacientes terminales, cuando ellos así lo autoricen. No es lo mismo dejar morir, que hacer morir. Actuaríamos en dos extremos:

1. La lucha cruel y despiadada contra la muerte, a costa del sufrimiento del paciente y de sus seres queridos.
2. El precipitar la muerte por solicitud de nuestros pacientes terminales, o por sus familiares cuando el paciente no pueda decidirlo por estar en estado de coma, o alteradas sus facultades mentales.

Actualmente las leyes colombianas penalizan la eutanasia tanto por acción como por omisión. La decisión de la Corte despenaliza la eutanasia por acción en pacientes terminales. La definición de paciente terminal, crea confusión en nuestra ciencia médica. Anécdotas hay por montones de pacientes desahuciados, y con pronóstico de morir prontamente, que siguen adelante con calidad de vida por muchos años. Muchos de ellos son catalogados como milagros. Recuerdo a un paciente cuyo médico, le pronosticó que no llegaría a navidad por un cuadro de una insuficiencia renal. Por muchos años el médico recibió de su paciente *terminal*, una tarjeta de navidad.

Se define dentro del proceso de la muerte, estado terminal aquel enfer-

mo que cursa con un proceso patológico agudo, subagudo, o más habitualmente crónico, evolutivo, no resolutive y sujeto sólo a manejo paliativo.

En nuestra práctica profesional, todos nos hemos equivocado al precisar la muerte de nuestros pacientes graves; tanto es así que si los familiares nos preguntan cuándo fallecerá ese ser querido, dudamos en decirlo y no nos comprometemos ni en fecha ni en hora, debido a esas equivocaciones que nos enseñó la experiencia. ¿Cuándo será terminal ese paciente...? ¿Será si ya está en agonía...? ¿Un mes, un año, unas semanas antes de su muerte natural...? No podemos jugar a dioses, para definirlo. No podemos jugar a dioses, o terminar vidas por nuestra acción, o hacer medidas extremas y prolongar agonías y sufrimientos.

La naturaleza es más sabia que todo lo que creemos saber. Y muchas veces tenemos que dejarla actuar. Cuando nos enfrentamos a una enfermedad grave, tratamos de ayudar a corregir esos problemas que atentan contra nuestra vida. Aquí ayudamos a la naturaleza.

Y está bien que así lo hagamos, porque es nuestra obligación preservar la salud de nuestros pacientes. Pero habrá con frecuencia situaciones, en las que la ciencia médica no podrá solucionar esos problemas, y en los que una lucha infructuosa traerá más sufrimientos a los enfermos y a sus familiares. Aquí debemos ser conscientes de estas situaciones,

aceptar que muchas veces no podremos curar, y dejar que la naturaleza siga su curso con énfasis en el TRATAMIENTO PALIATIVO. No debemos obstaculizar a la naturaleza. Aquí hay que dejar morir. Esto se conoce con el término de *ortotanasia*.

Dejar que la naturaleza actúe, en este proceso de la muerte, evitar medidas que lo único que harán será prolongar sufrimientos y costos. Posiblemente esa lucha de encarnizamiento tecnológico, hace despertar sentimientos de apoyo y simpatía hacia la eutanasia activa. Debemos perfeccionar el *tratamiento paliativo*, que calme dolores, quite angustias y depresiones para facilitar el proceso de la muerte. No temer a los opiáceos, utilizarlos en dosis completamente individualizadas y efectivas. La depresión respiratoria es rara. La muerte producida en pacientes terminales, por lo general se atribuye a la enfermedad y no al empleo de la morfina. Lo mismo puede pasar con los sedantes tipo benzodiazepinas.

Hoy un médico de cabecera con un equipo multidisciplinario compuesto por enfermeras, consejeros espirituales, psiquiatras, puede ayudar en el proceso de la muerte con un buen tratamiento paliativo. Y aunque ese tratamiento tenga el doble efecto de beneficio y de perjuicio, no debemos abstenernos de hacerlo. Si la justificación para la eutanasia activa, es evitar el sufrimiento, acabemos con dicho sufrimiento y no acabemos con la vida. Hagamos todas las medidas necesarias para calmar el sufrimiento, o por lo menos que sea soportable. Los recursos que existen actualmente

* Internista Cardiólogo, Fundación Valle del Lili, Cali.

para el *tratamiento paliativo* son enormes. Enseñémoslos, practiquémoslos pero no terminemos directamente con la vida. No tenemos derecho a hacerlo, aunque nos lo pidan el enfermo o sus familiares. El temor principal de aquél no es propiamente a la muerte, sino a ese proceso. Casi todas las drogas que utilizamos en cualquier plan terapéutico, tienen efectos colaterales. Y cuando las utilizamos, no lo hacemos por los efectos colaterales para perjudicar al paciente, sino en búsqueda de su bien. Y este es el sentido ético de nuestro ejercicio profesional: ¡Buscar siempre el bien! Y en ese tratamiento paliativo, debemos dirigir nuestras acciones hacia la familia, que en sus angustias propiciará acciones irreales. Volvemos sus consejeros, oír todas sus inquietudes, y sin abandonarlos a su suerte porque el paciente está desahuciado. Ayudarles a llevar ese duelo que se avecina.

Si tenemos que utilizar los opiáceos para calmar el dolor o la ansiedad en los pacientes terminales, hagámoslo. No importa que la morfina tenga sus efectos contraproducentes. Se han exagerado sus efectos colaterales. Los familiares tienden a atribuir la muerte, a lo último que se haga por el paciente.

No tengamos temor a utilizarla con sentido común y humanitario; no importa que pueda haber depresión respiratoria, o que el paciente se nos vaya a volver morfinómano. El *tratamiento paliativo*, ha avanzado con drogas y medidas que calman síntomas, sin precipitar acontecimientos que afecten nuestra conciencia. La principal justificación de la eutanasia activa en pacientes terminales es evitar su sufrimiento. Y para terminar ese sufrimiento, la eutanasia activa termina con la vida. Debemos no terminar la vida, sino terminar el sufrimiento.

La muerte es ineludible, y es inherente

a nuestra naturaleza humana. Nos enfrentaremos cada vez con mayor frecuencia, a pacientes de edad con enfermedades degenerativas que harán menos exitosos nuestros tratamientos curativos. Enfermedades que alterarán fuertemente la calidad de vida de nuestros pacientes. La curación ya tiene menores resultados. Y aquí debemos volvernos más expertos en calmar que en curar y rodear de afecto a esos seres que pronto morirán.

El ambiente mejor para el proceso de morir ante enfermedades incurables, no es una unidad de cuidados intensivos con aparatos y tubos que sostendrán una vida completamente artificial. ¿Cuándo los médicos debemos aceptar esto...? Muchas veces los familiares y el paciente piden a sus médicos: ¡Por favor doctores, déjenme morir! En estas situaciones con un buen tratamiento paliativo, hay que rodear ese proceso de la muerte, de amor y de afecto con sus seres queridos. Aquí los médicos tenemos que hacer menos protagonismo. La muerte amenaza nuestro amor hacia nuestros familiares: ¡Nos separaremos pronto de ellos...! ¡No los volveremos a ver...! Pero si nos depositamos en manos de Dios, ese amor podrá trascender hacia lo infinito.

No podemos disponer de la vida de nadie, aunque así nos lo solicite el paciente por sus sufrimientos. El concepto de una muerte digna, no es terminar con esa vida. La eutanasia activa no es hacer morir dignamente, es tan sólo un suicidio asistido. Con esta acción nos podemos volver criminales, cuando el fin de nuestros ejercicio profesional no es ese. Nuestra vida está llena de contrastes: felicidad y tristeza, sufrimientos, dolores y calma. La fortaleza del espíritu puede mitigar esos sufrimientos. Fortalezcamos el espíritu.

La eutanasia activa se aprobó en Holanda y Australia. En el resto de países del mundo no se ha aprobado, a pesar de largas discusiones en pro y contra. Este tema despierta controversias y discusiones con apasionamiento. Acaba de ser prohibida en los Estados Unidos.

En este país se ha hecho tristemente famoso un patólogo de Michigan, el Dr. Jack Kevorkian, compositor de música de jazz y obsesionado con la muerte. Ha propiciado la eutanasia activa entre sus pacientes terminales con la máquina de la muerte, en la que el mismo paciente se inyecta cloruro de potasio endovenoso para producir paro cardíaco, o con la inhalación de monóxido de carbono. Él se lava las manos como se las lavó Poncio Pilato. Él no produce la muerte de modo directo. Son sus enfermos los que lo hacen, bajo sus orientaciones. Irónicamente lo llaman el ¡ángel de la muerte! o ¡doctor muerte! Ha sido tal su obsesión por la muerte que ha compuesto un disco que se llama ¡Naturaleza muy muerta! con una carátula de una calavera con su mandíbula deformada. Otro título de uno de sus discos es: ¡Una vida muy quieta!

El suicidio asistido se puede hacer de dos maneras:

1. Por acción directa del médico.
2. Por orientaciones e indicaciones del médico, mediante las aplicaciones de drogas o gases mortales.

Esta última hace tan responsable al médico, como cuando se manda una droga para curar al paciente. Se inventarán multitud de fórmulas, y máquinas de la muerte. Se han hecho folletos de cómo producir la muerte. Posiblemente quedará en la conciencia de cada cual, si procede o no.

En Holanda 1.8% de las muertes son el resultado de la eutanasia activa

con la participación del médico.

La democracia en la cual se respeta la libertad de cada uno, da un argumento que se esgrime desde el punto de vista legal, para la eutanasia activa. Esta es la famosa *autonomía* de todos consagrada por la constitución colombiana. Este concepto no se puede tomar como algo absoluto. Siempre la autonomía será algo relativo. Desde que nacemos no somos completamente autónomos en nuestras decisiones, ni mucho menos en tomar la decisión de terminar con nuestra vida ¡porque nadie se dio la vida a sí mismo, ni la produjo en su totalidad para otros! como nos explicó el padre Gilberto Osorio en su intervención bien ponderada, en una reunión del Comité de Ética Médica al hablar sobre la eutanasia activa. Este principio de libertad y autonomía de cada persona, consagrado en la constitución entra en conflicto con su Artículo 11 que señala el derecho a la inviolabilidad de la vida!

Pertenecemos a una sociedad, a una familia y nuestras decisiones afectarán siempre a otros. La autonomía absoluta afectará la integridad propia y la de otros seres. La autonomía de cada uno podrá tropezar con la autonomía del otro. Cuando un paciente pide que se termine con su vida, tiene que contar con la autonomía y la conciencia moral de su médico y de sus seres queridos. No es sólo establecer un reglamento o unas condiciones para permitir este acto.

Lo legal no es equivalente a lo moral. Recuerdo a un expresidente de Colombia que públicamente expresaba que podía hacer todo lo permitido por las leyes colombianas. Y las leyes colombianas pueden ir en contravía de nuestra conciencia moral. Ya hemos visto cómo un Congreso puede crear leyes, que benefician ciertos intereses y vayan contra principios

morales.

La Corte Constitucional por una votación de 6 contra 3, permite la eutanasia activa en pacientes terminales. Hubo controversia en esta decisión que motivó la renuncia de su Vicepresidente. La iglesia católica ha pedido la nulidad de esa decisión con base en el derecho a la vida.

La autorización de la eutanasia activa en pacientes terminales, traerá un abuso en su aplicación, y nos hará a los médicos cómplices de unos actos que irán contra nuestra conciencia. ¿A cuántas enfermedades incurables nos vemos enfrentados? En mi especialidad, de internista-cardiólogo, casi todas las enfermedades son incurables. ¿En qué momento me volveré cómplice de una muerte, cuando este paciente se fatigue en su lucha contra su enfermedad, y me pida que termine con su vida? Ya veo ante esta situación, en fila para la consecución de la boleta de la muerte, los pacientes de edad con enfermedades degenerativas, los que sufren cáncer, los que padecen sida. Cada especialidad tiene su lista de enfermedades, en las que se puede presentar este conflicto de decisiones.

Muchas de las discusiones de casos, que se presentan en el Comité de Ética de la Fundación Valle del Lili, se refieren a pacientes terminales en quienes hay conflictos sobre la terminación de un tratamiento, la retirada de un respirador, la orden de no reanimar. Si aceptáramos la medida de la eutanasia activa, podría venir una serie de acciones y abusos, de control muy difícil. Vendrían también conflictos de intereses distintos al bien del paciente. El médico podría también ser engañado, al ser agente directo de producir la muerte por piedad.

Creo que como médicos no debemos aceptar ni aplicar la eutanasia

activa en individuos terminales. Debemos evitar en todo momento el sufrimiento del paciente, ayudarlo a que el proceso de la muerte sea más soportable, con un buen *tratamiento paliativo*, que proteja la dignidad humana.

No soy partidario de la eutanasia. Pero sí soy partidario, que en enfermedades incurables terminales, dejemos que la muerte natural siga su curso, sin medidas que prolonguen agonías y dolores. Soy partidario de que a ese paciente, se le permita estar en compañía de sus seres queridos, rodeado de afecto y amor. Que la tecnología con sus aparatos especializados, dé paso a esa atmósfera llena de calor humano y no de mediciones médicas. Que el tratamiento paliativo mitigue dolores, angustias y sufrimientos. Que se le respeten sus creencias religiosas, que haya interconsulta con el ministro de su credo espiritual (sacerdote, pastor, etc.) para que esa alma en tránsito pueda estar en unión con Dios, pues Él le concedió y terminó esa vida.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Christopher J. Euthanasia in Australia. The northern territory rights of the terminally ill act. *New Engl J Med* 196; 334: 326-28.
- Constitución de Colombia. *Artículo 11*. 1991.
- Cuéllar Z. *No matarás*. Editorial El Tiempo 27 mayo 1997. Pp. 5A.
- El arte de la muerte*. Dr. Kevorkian: The Economist: Semana, junio 2 1997. Pp. 80.
- Falta un voto para anular fallo eutanasia*. El Tiempo, junio 1997. Pp. 15A.
- Gutiérrez J. El derecho a la verdad y el derecho a morir dignamente. *Colombia Med* 1996; 27: 33-6.
- Howard B. Withdrawing intensive life-sustaining treatment. Recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997; 336: 652-56.
- Iglesia legisla sobre eutanasia*. El País, mayo 30 de 1997. Pp. 9A.
- La Corte permite la eutanasia en pacientes terminales*. El Tiempo, mayo 21 1997. Pp. 1A.

La eutanasia. ¿El último derecho? The Economist. Semana, junio 23 1997. Pp. 86.
Llano-Escobar A. *Doctor, déjeme morir*. Editorial El Tiempo 8 junio, 1997. Pp. 5A.
Llano-Escobar A. ¡Inaudito! Editorial El

Tiempo 25 mayo, 1997. Pp. 5A.
Maeve M. Physician-assisted suicide and patients with HIV disease. *N Engl J Med* 1997; 337: 56.
Osorio G. *Eutanasia*. Artículo inédito. Comi-

té Ética Médica, Fundación Valle del Lili, junio 1997.
Singer P. *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*. St. Martinis Griffin Edition. May 1996.

Eutanasia vs. el derecho a morir feliz

Jaime Quevedo Caicedo, M.D.*

A raíz de la aceptación de la eutanasia, con previa aceptación del paciente o de sus familiares, la sociedad en general y los médicos en particular están sufriendo una crisis de conciencia. Para enriquecer el debate, creo muy útil esbozar algunas ideas, extractadas de un estudio hecho en la Universidad de Johns Hopkins sobre pacientes terminales, por el investigador Alfred Wu, quien en sus conclusiones afirma que “los días finales gastados en el hospital fueron de dolor físico y mental innecesarios.”

Los pacientes en sus últimas semanas de vida están más preocupados por morir dignamente que en prolongar su existencia. Esta parece ser una de las principales razones por las que la Corte Suprema de Justicia respaldó el derecho a morir con dignidad y justificó el suicidio asistido por un médico. Esta posición, acorde con la ley natural, mas opuesta a la legislación de otros países, por ejemplo, los EE.UU., cuestiona el cuidado paliativo que busca aumentar la supervivencia sin tener en cuenta la calidad de vida.

Toda esta polémica, según el Dr. Wu, se debe a que es muy poco lo que la mayoría de la gente conoce sobre el proceso de morir. Los mismos médicos, formados “para derrotar la enfermedad antes que la enfermedad

derrote al cuerpo,” cada día, tienen menos oportunidad de asistir a los enfermos terminales. Que son mercado de las unidades de cuidado intensivo en los grandes centros y de un reducido grupo de médicos especializados en combatir, con el auxilio de una amplia parafernalia electrónica, las más mínimas complicaciones que puedan acortar la vida del enfermo. Algunos de ellos, no obstante, intentan redefinir sus formas de actuación y de reexaminar los factores que se deben tener en cuenta para ayudar al enfermo a un “buen morir.” Muchos centros reconocidos por su gran habilidad para curar en la actualidad analizan formas de desarrollar medidas de confort para los moribundos.

El Dr. Wu, en colaboración con los investigadores de otros centros de los EE.UU. estudian 9,000 individuos en un programa denominado “support” para conocer el pronóstico y las preferencias sobre el futuro y los riesgos de los tratamientos. Los resultados ya se publicaron en los Anales de Medicina Interna.

Lo que más temen los enfermos, dice Wu, es morir con excesivo dolor, en abandono y/o aislados de sus seres queridos; este temor es más notorio en quienes se hallan recluidos en hospitales o clínicas. Los investigadores encontraron que 40% de es-

tas personas, en sus últimos tres días, sufrieron dolor severo o moderado, que se pudo aliviar con medicamentos; estos enfermos, en su mayoría, eran sujetos mayores de 80 años, con enfermedades terminales como cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca congestiva, coma, cirrosis y falla orgánica múltiple. El programa contaba con la aprobación y ayuda de los miembros de la familia, que recibieron entrenamiento para brindar soporte al ser querido. Casi todos se mostraron agradecidos por el cuidado terminal que se brindó. No obstante, de cada diez familias una se quejó de atención poco adecuada, a pesar de las medidas extraordinarias que se tomaron para mantener vivos a los pacientes. Se comprobó que el enfermo y los familiares no eran la mejor fuente para averiguar satisfacción y calidad de la atención médica a pacientes terminales. Una verdadera paradoja, una colisión de intereses entre el médico y la familia en el afán de desafiar la muerte.

Cuando se les preguntó a los familiares qué consideraban ellos como “un buen morir,” respondieron: “una cama limpia, con toda la familia alrededor, poder cerrarle los ojos y estar al lado hasta el último suspiro.” Situación hipotética, que rara vez se da cuando el paciente está en una unidad de cuidados intensivos.

También se encontraron proble-

* Centro de Estudios Cerebrales, Universidad del Valle, Cali