

Eutanasia ¿ Desafío Para la Anestesiología ?

Albert Nahmias Bucay

RESUMEN

El ejercicio de la eutanasia tiene como objetivo finalizar el sufrimiento de un paciente. Esto ha generado discusiones éticas. Algunos aspectos de éste dilema ético médico se contemplan, enfocados a la situación tan comprometedora para la Anestesiología. Se considera además cierto aspecto filosófico y humano. No existe intención para ofrecer soluciones, sino educar sobre el tema, o al menos sensibilizar convicciones personales con respecto a éste problema de tan contemporánea consideración.

Palabras Clave: Anestesia; Eutanasia

SUMMARY

EUTHANASIA ¿ A CHALLENGE FOR THE ANESTHESIOLOGY ?

The object to practice euthanasia is ending a patient's suffering. This has generated ethical discussion. Some aspects of this medical ethics problem are contemplated, focused on the very compromising situation for Anesthesiology. Also some philosophical and human aspects are considered. An attempt to offer solutions is non-existent, but education, or at least, to sensitize personal convictions concerning this problem of such a contemporary consideration is the goal.

Key Words: Anesthesia, Euthanasia

En la época que estamos viviendo, nos ha tocado la batalla de un cambio radical de la ética médica: decidir sobre la terminación de una vida humana en sufrimiento.

Anestesiólogo. The American British Cowdray Hospital.
Correspondencia: Homero 342-1004, Col. Polanco 11550, México, D.F.

La ética es la regulación de la moral. Los principios de la ética médica se basan en el Juramento Hipocrático el cual dictamina la preservación de la vida humana. Además especifica la prohibición de la administración de sustancias mortales requeridas por el paciente, y también prohíbe esa recomendación.

El progreso humano reflejado en ámbitos intelectuales, científicos, tecnológicos y sociales, produce cambios radicales en la evolución moral de una sociedad. Y éstos cambios evolutivos morales engendran transformaciones éticas que atañen la misma ética médica. En todos los casos surge el conflicto entre el deber del médico para la preservación de la vida y el alivio del sufrimiento.

La eutanasia representa el inicio de la desintegración del centro moral de la medicina.

¿Porqué se está violando éste principio moral médico en algunos países desarrollados de Europa, y se discute en forma muy seria en Estados Unidos y Canadá ?

La respuesta podría residir en la actual evolución tecnológica y social del ser humano de fines de éste siglo.

Para comenzar a entender éste dilema debemos conocer la definición de la eutanasia. La eutanasia es la administración de un agente letal a un paciente con el propósito de aliviar su sufrimiento intolerable e incurable¹. La eutanasia pasiva es el retiro del mantenimiento de apoyo vital. Existe aquí una gran diferencia entre la eutanasia pasiva y la activa. En la eutanasia activa se produce la muerte. En la pasiva se permite a la naturaleza tomar su curso.

Cuando existe sufrimiento por dolor

incontrolable y crónico, la eutanasia activa es solicitada. Es en estas situaciones cuando la anestesiología es requerida, para asistir la eutanasia activa, debido a que conoce y maneja los agentes utilizados.

Al considerar la razón de la solicitud de la eutanasia: dolor, la anestesiología se alerta debido a que su principal dominio es precisamente el manejo del dolor.

Ciertamente el avance en ésta área ha sido importante en los últimos años. Por ejemplo nuevos fármacos analgésicos como los opioides, más potentes y específicos, con tiempos de latencia menores y mayores vidas medias, así como menores efectos secundarios. El entendimiento de la fisiología del dolor y sus factores psicológicos han permitido el desarrollo de una sub-especialidad en la anestesiología, que exige la participación multidisciplinaria de otras especialidades y se le ha designado por esto "Clínica del Dolor". También el avance tecnológico electrónico computacional ha establecido toda una corriente en ésta especialidad con el control de la analgesia por el paciente (PCA: Patient Controlled Analgesia).

En verdad el surgimiento de la Eutanasia compromete a la Anestesiología tal vez en participar con ella, pero al mismo tiempo, por su naturaleza como especialidad que es el alivio del dolor, la reta en engendrar nuevas alternativas y perfeccionar su terapéutica del dolor.

El alivio del dolor puede ser ofrecido como una expectativa realista para pacientes con enfermedad terminal. En pacientes con cáncer, más de la mitad experimentan dolor severo, pero su dolor es controlado en el 70-80% de los casos²⁻⁵ con la administración oral solamente de narcóticos.

Los efectos secundarios comúnmente se manifiestan pero su manejo es efectivo para náusea, prurito y constipación en la mayoría de los casos⁵. Dentro de los pacientes que no toleran los narcóticos orales, la alternativa es una administración intravenosa o subcutánea en forma continua por medio de infusiones, junto con la opción del PCA.

Un porcentaje bajo de pacientes con malignidad terminal (1-6%)⁶, para los que no existe un margen entre un inadecuado alivio y los efectos secundarios intolerables, son referidos a la anestesiología, particularmente a los especialistas del dolor. Un buen alivio puede ser ofrecido por métodos invasivos de analgesia como son la administración de narcóticos y anestésicos locales epidurales y subaracnoideos⁷⁻⁹, el bloqueo neurolíptico¹⁰, y los procedimientos quirúrgicos incluyendo la cordotomía anterolateral.

Los métodos de la anestesiología para el manejo del dolor tienen un papel importante, al ofrecer a éstos pacientes alternativas viables en lugar de la eutanasia o suicidio asistido.

La pregunta de que si la eutanasia podría ser alguna vez compasiva, reta incluso la esencia moral de la medicina.

La razón más común para desear la eutanasia es el miedo a una muerte dolorosa, y esto debe ser una preocupación especial de la anestesiología.

Pero, ¿qué sucede con la persona que sabe de su mortalidad próxima y no sufre de dolor? Ahora surge la problemática del sufrimiento no-nociceptivo. Este tipo de sufrimiento, donde no existe dolor físico, actualmente con más frecuencia, orilla al paciente a solicitar la eutanasia activa o asistencia a su suicidio. Dentro de éste grupo de pacientes también están los que sufren de cáncer terminal sin dolor, SIDA, y otras enfermedades devastadoras⁶ como la enfermedad de Alzheimer, paraplejía e incluso depresión psicogénica profunda, que *per se*, no se relacionan con nocicepción pero implican gran sufrimiento del paciente.

Para éste tipo de pacientes la terapéutica debe comprender un programa de apoyo psicológico, que bien, no anula por completo su sufrimiento emocional, pero sí lo atenúa en la mayoría de ellos, continuando sus vidas con mejor calidad^{4,6}. Sin embargo un bajo porcentaje aún solicita morir.

La compasión es el sentimiento humano que forma parte íntegra de la filosofía médica. El sufrimiento de un semejante motiva al médico a resolver misterios de la naturaleza con el intelecto teniendo como combustible la compasión.

¿Es acaso la eutanasia activa o el suicidio asistido un acto de compasión? ¿Hemos llegado a la pereza humana de no querer ayudar a un semejante con sufrimiento, causándonos fastidio y un peso improductivo a la sociedad? ¿Estaremos cayendo en la suprema enajenación de la evolución científica y tecnológica, donde la obsesión humana de obtener conocimiento por su simple capricho está transformando al ser humano en una frialdad, tal que, su vanidad, avaricia y egoísmo lo enfrentan a su aniquilación?

Esto ya se vivió durante la Segunda Guerra Mundial. Se estableció la aniquilación de los improductivos. De los físicos y mentalmente incompetentes¹¹⁻¹³. Es alarmante la directriz que está tomando la práctica de la eutanasia.

En los Países Bajos la eutanasia activa ha dejado de ser criminal, cambiando fundamentalmente el abordaje de pacientes en proceso de morir. La

eutanasia involuntaria, es decir la ejecutada sin consentimiento del paciente, como es el caso de neonatos inválidos y personas dementes ha sido incitada por la Filosofía Utilitarista por las prácticas éticas de P. Singer¹⁴. De acuerdo con el utilitarismo una persona solamente tiene el derecho de vivir siempre y cuando sea una persona, refiriéndose a raciocinio y consciencia.

El atrevimiento de tan solo mencionar "el derecho de vivir" ! resulta indigno para la Medicina ! ¿Entonces los ideales de salud exagerada han ensombrecido las realidades de enfermedades incurables y la agonía, fácilmente categorizando a éstas personas "indignas para vivir"?

Surge el argumento sobre el derecho de morir. Al referirse a éste derecho en la cuestión tan controversial de la muerte médicamente controlada, se postula débilmente para entenderlo como una decisión personal y sensible para la opinión pública. No existe un argumento firme filosófico o legal al derecho de morir¹⁵.

El debate sobre éste problema bioético no sólo desafía a la anestesiología, sino también compromete a todos los círculos de la sociedad médica, además de otras disciplinas como la legal, social, filosófica y económica.

La anestesiología no puede asumir por completo la responsabilidad de la decisión. Deberá estar respaldada por toda la sociedad para no convertir al anestesiólogo en "ángel de la muerte".

Deberá la anestesiología aplicarse ahora más para la generación de más conocimiento y experiencia, en relación al alivio del dolor, y no caer en el abismo de la indiferencia una vez establecida una solución tan fácil de alivio absoluto.

El debate debe ser arduo. Contempla ser largo

pues infinidad de puntos deben ser bien deliberados en lo general y particular, para poder delinear situaciones individuales para la persona en sufrimiento y que su alivio sea justo, ofreciendo todo el armamento médico para una solución digna.

REFERENCIAS

1. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association: Decisions near the End of Life. JAMA 1992; 267: 2229-2233.
2. Foley KM. The treatment of cancer pain. N Eng J Med 1985; 313: 84-95.
3. Miser AW, Dothage JA, Wesley RA, Miser JS. The prevalence of pain in a pediatric and young adult cancer population. Pain, 1987; 29: 73-83.
4. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer. Arch Intern Med 1988; 148: 1586-1591.
5. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer, 1987; 59: 850-856.
6. Troung RD, Berde CB. Pain, euthanasia, and anesthesiologists. Anesthesiology, 1993; 78: 353-360.
7. Coombs DW, Saunders RL, Gaylor M, Pageau MG. Epidural narcotic infusion reservoir: implantation technique and efficacy. Anesthesiology, 1992; 56: 469-473.
8. Du Pen SL, Peterson DG, Bogonian AC, Ramsey DH, Larson C, Omoto M. A new permanent exteriorized epidural catheter for narcotic self-administration to control cancer pain. Cancer, 1987; 59: 986-993.
9. Berde CB, Sethna NF, Conrad LS, Hershenson MB, Shillito J. Jr. Sub-aracnoid bupivacaine analgesia for 7 months for a patient with a spinal cord tumor. Anesthesiology, 1990; 72: 1094-1096.
10. Thompson GE, Moore DC, Bridenbaugh LD, Artin RY. Abdominal pain and alcohol celiac nerve block. Anesth Analg, 1977; 56: 1-5.
11. Proctor R. Racial Hygiene: Medicine under the Nazis. Cambridge, Harvard University Press, 1986.
12. Hinman F. Euthanasia. J Nerv Dis, 1944; 99: 640.
13. Jonsen AR. To help the dying die. A new duty for anesthesiologists? Anesthesiology, 1993; 78: 225-228.
14. Lauter H, Meyer JE. The new euthanasia discussion from the psychiatric viewpoint. Fortschr Neurol Psychiatr. 1992; 60: 441-448.
15. Kass LR. Is there a right to die? Hastings Cent Rep, 1993; 23: 34-43.