

EL DESEO DE ADELANTAR LA MUERTE, ¿SABEMOS LOS INTERNISTAS CÓMO ACTUAR?

THE DESIRE TO HASTEN DEATH, DO WE INTERNISTS KNOW HOW TO ACT?

Vargas Tirado, Macarena del Carmen¹

1. Medicina Interna. Equipo de Soporte Hospitalario. Hospital General de Villalba. Madrid.

Recibido: 08/07/2022 | Revisado: 17/09/2022 | Aceptado: 24/11/2022

DOI:10.15568/am.2022.816.ami01

Actual Med.2022;107(816):137-138

Aula de Medicina Interna

Mucho antes de la publicación de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, los médicos habíamos escuchado de nuestros pacientes la siguiente afirmación: “doctor, me quiero morir”. El deseo de adelantar la muerte (DAM, o WTHD por sus siglas en inglés) ha existido siempre en nuestra práctica clínica diaria y, ahora más que nunca, necesita que estemos preparados para darle respuesta. **El DAM se identifica erróneamente con la petición de eutanasia**, pero ¿es lo mismo DAM y eutanasia?

Se define como una reacción frente al sufrimiento y no deja de ser **un grito de ayuda, una llamada de auxilio**. La persona que lo sufre no encuentra otra salida más que la muerte para acabar con su sufrimiento. Por tanto, para responder adecuadamente, hay que comprender cómo se desencadena el sufrimiento del paciente. Nace cuando la enfermedad, entendida como una amenaza, supera a los recursos de los que la persona dispone para hacerle frente. En consecuencia, una respuesta adecuada supone decantar la balanza en favor de los recursos, y son éstos los que los médicos debemos de buscar para atender a los pacientes que solicitan adelantar su muerte.

Las razones por las que una persona manifiesta su DAM son muy diversas. En primer lugar, tenemos las razones físicas. Son las que los médicos identificamos con mayor facilidad, dado que hacen referencia a síntomas o signos que estamos más acostumbrados a explorar, como el dolor o la disnea. Ahora bien, no sólo los síntomas actuales, también los síntomas futuros que el paciente cree que padecerá. En segundo lugar, se encuentran las razones psicológicas, como la tristeza o la ansiedad. En tercer lugar, las razones sociales, que juegan un papel relevante en las peticiones del DAM. Disponer de recursos sociales suficientes, puede marcar la diferencia en la balanza de amenaza/recursos. A este respecto,

existe un motivo frecuente para solicitarlo, que es el sentimiento de carga. Cuántas veces habremos escuchado de nuestros pacientes; “soy una carga para mi familia, estarían mejor si yo no estuviera aquí”. Finalmente, las razones menos conocidas, pero no por ello menos importantes, las espirituales, que tratan sobre el sentido de la vida. Cada una de las personas que está leyendo este artículo tiene el suyo propio. La enfermedad golpea duramente en lo más profundo del ser humano, pudiendo afectar a aquello que consideramos da significado a nuestro vivir. Esta pérdida de orientación en el camino de la vida se ha relacionado directamente con el DAM, y es mucho más difícil de reconducir que un síntoma físico. Pongamos algún ejemplo que observamos con frecuencia en la práctica clínica. Un paciente anciano que, a sus 85 años, se mantenía activo, independiente, autónomo, es diagnosticado de un cáncer metastásico con opción solo a tratamiento paliativo. Este paciente se encuentra con que tiene que enfrentarse al cansancio, la fragilidad, la dependencia. Ahora sus familiares tienen que ayudarlo en el aseo, ya no puede caminar solo. Sentirse válido es lo que daba sentido a su vida. Entiende que de esta forma no desea seguir viviendo. Todo ello nos conduce a una reflexión interesante; **no es que el paciente quiera morir, sino que en realidad lo que quiere es vivir, pero no así**.

Responder al cuadro examinado, nos coloca en una conversación difícil. Supone dedicarle tiempo, un tiempo del que no siempre se dispone. Si queremos abordarlo adecuadamente, no podemos interrumpir al paciente ni ir con prisas, sino escucharle, dejarle hablar, practicar una escucha activa. Existe la falsa creencia de que hablar de la muerte elimina la esperanza. Pero incluso en el final de la vida existe la esperanza, la esperanza de poder aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento. Una **forma de aliviar el**

sufrimiento es saber responder al DAM. Por ello, los médicos que se dedican a la atención de pacientes, en especial los que tienen contacto con pacientes con necesidades paliativas, deben conocer, identificar y responder a él. Los médicos internistas en particular defendemos una visión integral, holística y global del paciente; esta visión también incluye, por tanto, atender el deseo de adelantar la muerte.

Existen diferentes formas de dar respuesta. **Los Cuidados Paliativos, tanto básicos como avanzados, constituyen la primera línea.** Entre sus aportaciones destacan optimizar el control sintomático, dar apoyo emocional o atender las cuestiones espirituales de los pacientes. Los médicos internistas pueden formar parte de los cuidados paliativos básicos, o incluso, ampliar su formación en los cuidados paliativos avanzados. El problema es que el acceso a los cuidados paliativos no es ilimitado. Se calcula que en España mueren unas 300.000 personas que, en sus últimos meses de vida, habrían necesitado cuidados paliativos básicos. De entre ellas, unos 120.000, por su complejidad, precisan de la atención por un recurso avanzado. La realidad es que aún nos queda mucho trabajo y medios para garantizar de manera global y equitativa los cuidados paliativos en el final de la vida.

Otra de las respuestas al deseo de adelantar la muerte es la adecuación del esfuerzo terapéutico, que se trata de la retirada o en la no aplicación de tratamientos que son considerados fútiles. Es fútil un tratamiento que podría ser eficaz en términos ideales, pero ineficaz en un caso concreto, o su eficacia sería mínima y con un alto sufrimiento. Si a pesar de un adecuado control de síntomas, el paciente insiste en la petición de DAM, se puede plantear la adecuación del esfuerzo, explicando que, en caso de nueva complicación, se procederá exclusivamente a un control sintomático.

La **sedación paliativa** es también una respuesta, que en muchas ocasiones se entiende erróneamente por los pacientes como eutanasia. Consiste la administración de fármacos que disminuyen el nivel de conciencia con la intención de aliviar un síntoma refractario. Es aquel que persiste a pesar de los esfuerzos para optimizar su tratamiento, en un periodo de tiempo razonable. Los síntomas que con más frecuencia conducen a una sedación paliativa son la disnea, el dolor o el delirium. Otro de los motivos que también encontramos es la angustia vital. Es difícil, por un lado, de identificar, y por otro, de abordar. Necesita de una valoración psicológica y espiritual en el sentido expuesto por un equipo multidisciplinar, especializado en la atención de pacientes paliativos complejos.

Por último, la eutanasia. Hemos podido reflexionar a lo largo de esta lectura como DAM no es lo mismo que eutanasia y cómo **atender una petición de eutanasia implica necesariamente responder a él.** La eutanasia es, a día de hoy en nuestro país, un

derecho del ciudadano. Puede solicitar su ejercicio si así lo desea. Los médicos nos posicionaremos, según nuestros valores, a favor o en contra. Pero este posicionamiento debería de ser independiente de la atención al DAM. Como médicos hemos aprendido que curar no siempre es posible, pero aliviar siempre es una opción. Y en eso consiste nuestra tarea, en aliviar al sufrimiento, responder a ese grito de ayuda, a esa llamada de auxilio sobre la que escribo.

Tengo por costumbre llevar siempre conmigo un pequeño texto en la funda del móvil sobre la figura de Gregorio Marañón, médico internista de gran relevancia en el siglo XX. Es un fragmento extraído de uno de los textos del dorso del calendario del Sagrado Corazón de Jesús. Mi madre me lo regala desde que era niña. A ella se lo regaló mi abuela paterna, nacida en Córdoba, donde tengo gran parte de mi familia. En él me recuerda cuál fue la respuesta de Gregorio Marañón cuando un periodista le preguntó qué avance consideraba más importante en la medicina: La silla. Ahora que escribo sobre el DAM, miro este pequeño texto, lo releo una y otra vez. Responder al deseo de adelantar la muerte nos pide no perder nunca ese momento de silla con el paciente. Antes hablábamos del sentido de la vida, ¿cuál es nuestro sentido como médicos? Este mismo texto que guardo me responde: “el acompañamiento es el estímulo para combatir lo que la medicina ya no puede curar, porque representa la superación de la enfermedad y nos permite permanecer junto al enfermo escuchando su dolor y ofreciendo consuelo”.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Vargas Tirado MC. El deseo de adelantar la muerte, ¿sabemos los internistas cómo actuar?. Actual Med.2022;107(816):137-138. DOI: 10.15568/am.2022.816.ami01