

Una alternativa al suicidio asistido

J. Sillero F. de Cañete

Este trabajo se basa en informes aparecidos en diversas publicaciones, debidos entre otros a GANZINI (1), STEAD (2), BERNATT (3), QUILL (4), MILLER (5), etc; se refiere a la opción de suspender nutrición e hidratación para acelerar la muerte, en lugar de recurrir a la eutanasia o al suicidio asistido por un médico. Ciertamente, la literatura al respecto no es muy amplia, aunque sí significativa; la relativa rareza de comentarios a su respecto no es empero expresión fiel de una conducta realmente exótica, de escasa incidencia.

Ante todo, es necesario deslindar sus límites mediante una estricta definición de lo que entraña este concepto. De acuerdo con GANZINI (1), se trata del *rechazo a tomar alimentos y fluidos, como iniciativa que el paciente adopta en forma voluntaria y deliberada, con la finalidad de acelerar su deceso*.

Para conocer la problemática de esta iniciativa en el presente, séanos permitida la glosa del artículo aparecido en *New England* con el título «Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death», publicado por GANZINI et al. (1), desde Oregón, un estado americano que —como es sabido— tiene legalizado el suicidio asistido de acuerdo con el Acta de Muerte con Dignidad, aprobada en 1997 (6). Eso les ha permitido establecer com-

paraciones entre ambos procedimientos en diversos aspectos.

El trabajo de GANZINI et al. se ha hecho en base al establecimiento de conexiones epistolares con un buen número de enfermeras, a las que se les envió un cuestionario en el que le invitaban a dar pormenores del último caso de rechazo del sostén vital sucedido en su experiencia durante los últimos 4 años. Estas enfermeras realizaban tareas de hospicio en residencias y hospitales para enfermos crónicos; de las 429 consultadas, hubo respuesta en 307 casos (72%), y entre estas últimas 126 (más de un tercio) comunicaron algún caso de paciente que escogió en forma voluntaria la suspensión de alimentos y fluidos para acelerar su muerte. Estudiaremos ahora algunas de las características de estos pacientes. Se trataba de sujetos de edad avanzada, superior a la de los que solicitaron y obtuvieron suicidio asistido: por promedio 74 años, siendo ancianos de 80 o más años un 31% de ellos. En su mayoría procedían de áreas rurales, y pocos pertenecían a grandes ciudades. Regularmente, eran portadores de una enfermedad crónica en fase terminal, las más de las veces un cáncer avanzado, seguido a distancia en frecuencia por afecciones neurológicas y cardiopulmonares de carácter invalidante.

Cuando se les interrogó acerca de las motivaciones para su decisión, es llamativo

Palabras clave: Eutanasia. Suicidio asistido. Supresión del sostén vital. Medicina paliativa.

Fecha de recepción: Mayo 2003.

Seminario Médico

Año 2003. Volumen 55, N.º 3. Págs. 19-22

que los síntomas de sufrimiento físico no eran la razón prevalente de su decisión, trátase de dolor, astenia, disnea, náuseas, etc, sino otros argumentos de tipo más genérico y social: todos eran personas dispuestas a morir, y en su mayoría estimaban que su existencia estaba ayuna de significado; se quejaban de la mala calidad de su vida; lamentaban o temían la pérdida de autonomía; deseaban morir en casa, y controlar las circunstancias de su muerte. En algunos casos, tenían la experiencia de una muerte penosa de otros enfermos, preocupaciones acerca de los costes económicos de su pervivencia y también había quienes acusaban carencia o escaso apoyo por parte de sus familiares. Estos familiares, en una gran mayoría, aceptaron su postura sin mostrar demasiado vivamente su oposición.

La depresión puede haber jugado en no pocos casos un papel causal y determinante a la vez del método elegido para el éxitus (7). Muchas quejas de estos enfermos (inanidad, aislacionismo, tristeza, deseos de muerte, etc) figuran en la semiología del depresivo, que suele además responder en su estado con una anorexia pertinaz. Sin embargo, los pacientes no fueron siempre estudiados por psiquiatras competentes; por eso no es excepcional que se comuniquen enfermos en los que una terapia antidepressiva les hizo desistir en el intento.

Cuando se establece una comparación con los sujetos que optan por el suicidio asistido, se aprecia que estos últimos tienen una edad por promedio inferior, y ponen un mayor énfasis en controlar el momento y el modo de morir. Por lo demás, las motivaciones para poner fin a sus vidas son bastante similares.

Como en cualquier ensayo terapéutico, debemos conocer ahora los resultados de la supresión del sostén vital. La muerte se produce en un plazo no demasiado largo; en la encuesta de Oregón, el promedio de supervivencia fue de 10 días, y el 85% falleció dentro de los 15 días siguientes al inicio de la abstinencia. Es de subrayar que *la muerte resulta en una gran mayoría de casos pa-*

cífica y con poco sufrimiento: la calidad de la muerte, en una escala entre 0 y 9, fue evaluada por las enfermeras como de 8. El síntoma más desagradable suele ser la sed, combatida por los cuidadores mediante la introducción de trozos de hielo en la boca o la aplicación de pulverización de fluidos en la cavidad oral. El apetito cesa pronto, generalmente a las 72 horas de la supresión del aporte alimentario. La medicación auxiliar para evitar disconfort incluye a veces la aplicación de opiáceos, antieméticos, etc.

Queremos hacer ahora un comentario breve sobre los desórdenes fisiopatológicos que la supresión de alimentos y fluidos ocasiona y que explican la muerte a corto plazo (8). En realidad, se trata de un profundo atentado contra la homeostasis o constancia del medio interno, de la que hablaba Claudio Bernard. Por eso no nos extraña que la queja de un médico de familia —el Dr Reagan— radicado en Portland (Oregón) fuera *que él había sido entrenado precisamente para defender esa homeostasis, resultándole muy duro renunciar a sus principios* (9).

La inedia suprime el aporte energético, principalmente representado por hidratos de carbono y grasas. La consecuencia inmediata es una glucogenolisis hepática exagerada, que va a concluir con esta reserva del polímero hidrocarbonado en horas o pocos días. Es bien conocido que el glucógeno muscular no se moviliza en beneficio del resto de la economía. La neoglucogénesis a expensas de la degradación aminoacídica y la liberación de ácidos grasos libres (NEFA) desde el órgano adiposo son actividades de sentido compensador, que sin embargo no consiguen restablecer el equilibrio y la hipoglicemia es su consecuencia; la misma conversión de los ácidos grasos en cetoácidos concluye en acidosis por cetosis, con anorexia pertinaz, náuseas, vómito, etc. La proteólisis exaltada incrementa los residuos azoados, que al no eliminarse por orina (oliguria por falta de aporte hídrico) se acumulan en sangre, al modo de una insuficiencia prerrenal.

Aún más crítica a corto plazo es la supresión del aporte hídrico. Prosigue en tanto es posible la eliminación de agua por las diversas vías (orina, heces, piel, respiración), lo que a la postre va a condicionar una disminución del fluido extracelular, con hipovolemia, hemoconcentración (aumento de hemoglobina y hematocrito), incremento de la osmolaridad plasmática, hipotensión arterial y taquicardia, comprometiéndose la irrigación tisular. Pero la deshidratación pura, sin pérdida importante de sal y con alza significativa por tanto de la natremia, estimula mecanismos de compensación y a su vez repercute sobre el compartimento celular. La compensación incluye un incremento en la secreción de hormona antidiurética por activación de osmorreceptores aortocarotídeos y centrales; este incremento de ADH conlleva la subsiguiente oliguria, así como la desaparición de posibles edemas preexistentes. Pero la hiperosmolaridad del fluido extracelular condiciona un rápido traspaso de agua celular hacia ese compartimento extracelular: la célula pierde agua, la lengua se reseca (la clásica *lengua en salazón*, que describiera ROSENFELD en el diabético comatoso) y la sed se hace por tanto poco tolerable. Este síntoma, de sentido evidentemente compensador, surge con bastante precocidad, tras la pérdida de sólo 1-2% de los fluidos corporales. Con el agua celular también se escapa el electrólito citoplásmico prevalente, potasio, especialmente cuando se fraguan en forma generalizada fenómenos de citolisis; una hipopotasemia que no puede ser mitigada por mecanismos excretorios ni por cambios del pH ya que la acidosis acentúa la extravasión del potasio.

Las condiciones se hacen muy propicias a la inercia creciente de órganos y tejidos, especialmente los más exigentes, como cerebro y corazón; no debe por tanto extrañar que el paciente entre en estado comatoso, sufra una situación sincopal y finalmente se produzca su deceso en condiciones de inconsciencia y por tanto de escaso sufrimiento. Sin duda, las condiciones patológi-

cas previas del paciente van a modular esta evolución, tanto en lo que respecta al cuadro sintomático como a la rapidez evolutiva. Quizá convenga ahora conocer algo más de la postura de los sanitarios frente a esta decisión de los pacientes, que al parecer se va imponiendo paulatinamente (7). A diferencia del suicidio asistido, en EE.UU. no existe inconveniente legal para el stop de alimentos y fluidos; en nuestro país, no hay legislación específica que le concierna; en la reciente Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, aunque se respeta la decisión del enfermo en cuanto a rechazar la medicación (artículo 2, punto 4), nada se dice acerca de la supresión del soporte vital tolerada por el clínico, que incluso debe ayudar somática y psíquicamente al paciente con la máxima eficacia en tan dramático trance. Como siempre, hay opiniones para todos los gustos. Algunos médicos están convencidos de que las bases morales del rechazo hídrico-alimentario son más sólidas que las que sostienen la ayuda médica al suicidio. Afirman que la postura es mucho más ética, ya que aquí el médico se limita a un mero cuidado paliativo, sin que su actuación resulte decisiva para alcanzar el objetivo pretendido. Al contrario, no son pocos los que afirman que la colaboración con el paciente en esta tesitura no resulta moralmente permisible, al mismo título que en otros procedimientos de aceleración del éxitus final. No pocos mantienen una postura ambigua en este problema (10).

Debe añadirse que la supresión del sostén vital que aquí comentamos se refiere a sujetos enfermos en los que la nutrición se realiza en forma natural, no a través de sonda nasogástrica o implantada en estómago. En esta última eventualidad, el médico ha de retirar dicha vía, con lo que participa *activamente* en la eliminación de dicho soporte. Nuevamente en USA, tal conducta no es penalizada, porque los tribunales de justicia entienden que se trata de una modalidad más de tratamiento, a la que el paciente tiene en consecuencia perfecto derecho a renunciar.

Nuestra postura personal es el máximo respeto a las decisiones del enfermo. Pero entendemos que si el equipo que lo atiende realiza una verdadera y eficaz medicina paliativa serán muchos menos los que se decidan a acelerar el acto final (11). Por último, habría que discutir la oportunidad de traer este espinoso tema a colación. GANZINI (1) viene a decir que es necesario

que se notifiquen tales sucesos, precisamente porque están acaeciendo y no podemos cerrar los ojos a la evidencia; y que los médicos han de ser buenos conocedores de su problemática antes de ofrecer consejo a quienes, enfermos terminales en su mayoría, se la plantean. ◀

J. Sillero F. de Cañete, Medicina Interna.

Referencias bibliográficas

1. GANZINI, L.; GOY, ER.; MILLER, LL., et al.: «Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death». *N. Engl. J. Med.*, 2003. 349:359-365.
2. STEAD, WW.: «Terminal dehydration as an alternative to physician-assisted suicide». *Ann. Intern. Med.* 1998. 129:1.080-1.081.
3. BERNAT, JL.; GERT, B.; MOJELNICKI, RP.: «Patient refusal of hydration and nutrition: an alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia». *Arch. Intern. Med.*, 1993. 153:2.723-2.728.
4. QUILL, TE.; BYOCK, IR.: «Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids». *Ann. Intern. Med.*, 2000. 132:408-414.
5. MILLER, FG.; MEIER, DE.: «Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide». *Ann. Intern. Med.*, 1998. 128:559-562.
6. OREGÓN DEATH WITH DIGNITY ACT. *Oreg. Rev. Stat.*, 127.800-127.897 (1994).
7. GANZINI, L.; LEE, MA.; HEINTZ, RT., et al.: «The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy». *Am. J. Psychiatry*, 1994. 151:1.631-1.636.
8. BALCELLS GORINA, A.: *Patología General*. Tomo II. Deshidratación (L. Hernando). Págs. 371-372. *Ed. Toray*, Barcelona, 1970.
9. JACOBS, S.: «Death by voluntary dehydration-what the caregivers say». *N. Engl. J. Med.*, 2003. 349:325-326.
10. QUILL, TE.; LO, B.; BROCK, DW.: «Palliative option of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia». *JAMA*, 1997. 278:2.099-2.104.
11. SULMASY, DP.; URY, WA.; AIHONHEIM, JC., et al.: «Palliative treatment of last resort and assisted suicide». *Ann. Intern. Med.*, 2000. 133:62-563.