

La implementación de un programa de muerte con dignidad en un centro integral de cáncer

Loggers ET, Starks H, Shannon-Dudley M, Back AL, Appelbaum FR, Stewart FM. *Implementing a Death with Dignity program at a comprehensive cancer center*. N Engl J Med 2013;368:1417-1424.

Introducción: La mayoría de los participantes del programa de muerte con dignidad (PMCD) en los estados de Washington y Oregón tenían un cáncer terminal. La descripción del funcionamiento inicial de esta experiencia puede resultar de interés.

Métodos: Se describe la implementación de un PMCD en el *Seattle Cancer Care Alliance*, incluido en un centro de atención integral a pacientes con cáncer. Se compararon los datos a nivel de la institución con los globales de los estados de Oregón y Washington.

Resultados: Ciento catorce pacientes consultaron con el PMCD entre el 5 de marzo de 2009 y el 31 de diciembre de 2011; 44 (39%) de ellos no iniciaron el programa y otros 30 (26%) no lo continuaron o fallecieron antes de completarlo. Cuarenta participantes (35%) llegaron a recibir una prescripción de una dosis letal de secobarbital; todos fallecieron, 24 de ellos tras la toma del medicamento. Los participantes del centro representaron el 16% de los 255 participantes del PMCD en el estado de Washington y fueron típicamente blancos, varones y con buen nivel educativo. Las causas más frecuentes para entrar en el PMCD fueron la pérdida de autonomía (97%), la incapacidad para disfrutar (89%), y la pérdida percibida de dignidad (75%). Once participantes vivieron más de 6 meses tras recibir la receta. Los pacientes y sus familiares estaban satisfechos de haber recibido la prescripción letal, tanto si la utilizaron como si no.

Conclusiones: En general, el PMCD ha sido bien aceptado por los pacientes y por sus médicos.

Comentario

Desde el siglo pasado se debate sobre el derecho de recibir ayuda para morir. Dentro de las medidas posibles se incluyen el suicidio asistido y la eutanasia. Ambas constituyen formas diferentes de poner fin a la propia vida en determinadas circunstancias. Cuando la acción la realiza la propia persona con ayuda médica se denomina *suicidio médicamente asistido* (SMA); cuando es el médico quien causa directamente

la muerte del paciente, a petición de éste, se habla de *eutanasia* (Psicooncología 2008;5:323-37).

En el artículo comentado se describe el funcionamiento de un PMCD, referido al suicidio asistido, en un centro de atención integral a pacientes con cáncer en Seattle (Washington, Estados Unidos). Los autores destacan la importancia para el PMCD de la figura del defensor del paciente y la de una relación establecida con el oncólogo prescriptor. El programa gozó, de forma global, de una buena aceptación por parte tanto de los pacientes como de los clínicos. Muchos pacientes fallecieron después de los 6 meses pronosticados, lo que remarca la necesidad de mejorar la capacidad para estimar la supervivencia. Las conversaciones referentes al pronóstico con los pacientes son, en general, insuficientes (N Engl J Med 2012;367:1616-25) y las dificultades para una estimación precisa de la probabilidad de supervivencia de cada paciente no debieran impedirlos.

Más allá de los resultados, persiste la controversia ética en torno al suicidio asistido. El primer objetivo de la Medicina es procurar el bien del paciente y esto incluye aliviar su sufrimiento, circunstancia que con frecuencia conlleva la abstención o retirada de ciertas medidas y la prestación de cuidados paliativos adecuados. En Bélgica algunos autores han descrito una potencial sinergia entre el proceso de legalización de la eutanasia y el desarrollo de los cuidados paliativos (BMJ 2008;336:864-7). Sin embargo, la mayoría de los *paliativistas* consideran que un acceso real a unos buenos cuidados paliativos evitaría la necesidad de estas medidas (Clin Med 2010;10:319-20). Los defensores del suicidio asistido se fundamentan en el principio de *autonomía del paciente* (Lancet 2009;373:1840-1), pero... ¿debería primar este principio sobre otros, como el de *no maleficencia*?

Hablar de *muerte digna* cuando nos referimos al *suicidio asistido* puede causar confusión en la sociedad, cuestionando si otras formas de morir no son dignas. El debate debería seguir abierto en la comunidad científica y en la sociedad. Evitar estos temas no sería responsable. Debíamos ser claros con la nomenclatura empleada y evitar los eufemismos. En cualquier caso, la cuestión más importante radica no tanto en la hipotética legalización de estas medidas, sino en cómo garantizar una atención de calidad al final de la vida, acorde a los deseos del paciente. Tenemos por delante un largo camino por recorrer.

L. Díez Porres

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: ldiezporres@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.05.013>