



PUNTO DE VISTA

La prestación de ayuda a morir en el ámbito de las unidades de medicina intensiva. ¿Cómo puede afectar a los profesionales?



The provision of aid to die in the field of intensive care units: How can it affect professionals?

Olga Rubio Sanchiz^{a,*} y Nuria Masnou Burrello^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Althaia Xarxa Hospitalaria Universitaria de Manresa, Manresa, Barcelona, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, Girona, España

Recibido el 2 de febrero de 2023; aceptado el 10 de marzo de 2023

Disponible en Internet el 24 de abril de 2023

La prestación de ayuda a morir (PAM) entró en vigor en junio del 2021 con la Ley orgánica 3/2021 (LORE), de 24 de marzo¹, de regulación de la eutanasia. Supone la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en situaciones definidas por ley como contexto eutanásico: por enfermedad incurable y/o por un sufrimiento insoportable.

Ésta ley introduce un nuevo derecho individual para decidir el momento de la muerte solicitando la PAM. Se trata de una ley que pretende compatibilizar el derecho a la vida, la integridad física y moral con el derecho a la dignidad, la libertad individual y la autonomía de la persona.

La ley recoge 2 opciones: eutanasia o suicidio médicamente asistido. Las definiciones de eutanasia y suicidio asistido se recogen en la [tabla 1](#). Es el paciente quien decidirá qué tipo de prestación prefiere, el médico responsable, donde va a recibirla y cuándo. Todo el proceso está garantizado por el procedimiento; 3 médicos y un jurista valoran el

caso para dirimir conflictos de intereses, y determinar que se cumple la ley² ([fig. 1](#))

La publicación de la LORE¹ y su implementación ha sido recibida de distinta manera por los profesionales de la salud, y por la sociedad en general. Para algunos era una cuestión absolutamente necesaria. Para otros supone un cuestionamiento a sus valores y, por tanto, se ha percibido como una amenaza. Los cambios son siempre difíciles y necesitan de un debate social y también en el seno del estamento profesional. Las diferencias culturales, ideológicas o religiosas hacen que el valor de la vida y la muerte sea distinto para cada uno de nosotros y no se valore a menudo desde la neutralidad sino desde las creencias y los valores individuales.

En el caso de los profesionales de intensivos, en un estudio consultado, es notable que el 18% de los intensivistas habían recibido una solicitud de la PAM en la unidad de cuidados intensivos (UCI)³. Esta prestación inevitablemente abre nuevas reflexiones y dudas: ¿Es la eutanasia un acto/deber médico? ¿Puede el médico negarse a acceder a la voluntad del paciente por su conciencia moral? ¿Cuáles son los escenarios de final de vida posibles? ¿Es la eutanasia una alternativa a los cuidados paliativos?

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: orubio@althaia.cat (O. Rubio Sanchiz).

Tabla 1 Escenarios finales de vida

Adecuación o limitación de tratamientos de soporte vital	Consiste en retirar, no aumentar o no iniciar un tratamiento cuando exista un pronóstico de vida limitado o bien, dicho tratamiento sea considerado fútil por el equipo sanitario. Suele ser una decisión que parte del equipo sanitario.
Rechazo al tratamiento o denegación de consentimiento	Es la actuación del paciente que se niega a recibir un tratamiento (aunque esté indicado), al amparo de su derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles.
Sedación paliativa o sedación en la agonía	Este rechazo puede implicar la posibilidad de que el paciente ponga en serio peligro su salud o su vida, y está jurídicamente recogido en la Ley 41/2020 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁷ . Es la disminución deliberada de la consciencia de la persona enferma, una vez informada (a ella o a sus representantes en caso de incapacidad para decidir), mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios. Cuando la persona enferma se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.
Prestación de ayuda a morir (PAM)	Consiste en proporcionar una sustancia que tiene como finalidad la muerte de una persona bajo situación de enfermedad incurable, sufrimiento insoportable y contexto eutanásico, y se puede producir en 2 modalidades: <ul style="list-style-type: none"> • «Eutanasia» Es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable que le provoca una gran discapacidad o una situación de pronóstico vital limitado y un sufrimiento intolerable, a petición expresa de esta de forma reiterada, y en un contexto médico. • «Suicidio médicamente asistido» Es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un o una paciente, en la situación descrita para la eutanasia, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.

en nuevos escenarios de final de vida, para atender las nuevas necesidades éticas y de las personas de la forma más rigurosa y excelente posible, dejando de lado prejuicios, reticencia profesionales, suposiciones, conflictos de intereses y medicina defensiva por el bien de las personas a las que atendemos y de la sociedad a la que nos debemos como profesionales.

Nuestro deber es el de siempre, también en la eutanasia: actuar con la ética y la profesionalidad que la sociedad y nuestros pacientes esperan de nosotros.

Financiación

El presente trabajo no recibió ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en vigor desde el 25 de Jun de 2021.
2. Manual de Buenas prácticas del Ministerio de Sanidad. 2021.
3. Andersen SK, Stewart S, Leier B, Alden LE, Townsend DR, Garros D. Hastening Death in Canadian ICUs: End-of-Life Care in the Era

- of Medical Assistance in Dying. *Crit Care Med.* 2022;50:742–9, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000005359>.
4. The goals of medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep.* 1996;26:S1–27.
5. Los fines de la medicina. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífol i Lucas. N.º 11. 2004.
6. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I). *Rev Calid Asist.* 2011;26:188–93.
7. Ley 41/2020 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Es la Ley 41/2002.(ref de tabla 1).
8. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez F.J., Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist.* 2008;23:271–85.
9. Estella Á, Saralegui I, Rubio Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, López Camps V, Martín MC, et al. Update and recommendations in decision making referred to limitation of advanced life support treatment [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2020;44:101–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006>.
10. Rubio O, Estella A, Cabré L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por Covid-19: Revisión rápida y consenso de expertos. *10.1016/j.medin.2020.04.006 Med Intensiva.* 2020;44:439-445.