

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE "CAPITAN ROBERTO  
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ" DE MORON.  
SERVICIO DE CIRUGÍA

Dilemas bioéticos al inicio, trascurso y final de la vida.  
Bioethic Dilemmas at the Beginning, Course and Final of the Life.

Claudio P Cordero Jiménez(1), María Elena de la Paz Granado(2), Leonardo L Perera Rodríguez (3)

## RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica sobre el tema de la muerte. Se analizan los principios de la bioética, las necesidades fisiológica y psicológica, la ética del buen morir, el respeto de la voluntad del paciente. Se concluye que la atención medica al enfermo terminal debe basarse en el respeto a las decisiones, voluntades y creencias del paciente, corresponde al equipo de salud proporcionar una muerte digna a estos pacientes, deben ser tratado sobre la base de una filosofía integral.

Palabras clave: BIOÉTICA, ENFERMO TERMINAL.

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente
2. Especialista de Primer Grado Anestesia y Reanimación
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General

## INTRODUCCIÓN

La muerte es una consecuencia final de la vida o existencia es el único hecho acerca del cual se puede aseverar con total certeza que acontecerá como colofón de la historia natural de la vida.

"De todos los procesos biológicos que constituyen la vida del hombre, sólo hay uno común a todos sin excepción que es la muerte"(1).

La etapa terminal ha existido siempre pero no así el problema de conciencia que suscita. El problema es de nuestro tiempo futuro, de los avances recientes de la medicina y recursos técnicos que hoy disponemos y nos permite sostener la vida de los enfermos por días, semanas, meses y años . (2).

El médico y la enfermera son ejemplos de quienes intentan diferir a toda costa su confrontación con la muerte, no siempre lo logran y hay un momento en que la vida toca a su fin, ¿ se tiene la capacidad profesional para enfrentar o aceptar la muerte como un hecho de la condición humana y cuando no se pueda evitar que ello ocurra aceptarla y ayudar al moribundo y a su familia?.

Teniendo en cuenta lo importante que resulta brindar una adecuada atención a los pacientes que se encuentran en esa etapa de la vida es que nos motivamos a reflexionar en algunas consideraciones éticas sobre el enfermo terminal y profundizar en el manejo integral de estos pacientes.

## DESARROLLO

El paciente terminal es aquel que luego de una afección imposible de haber podido ser curada, ni mantenida bajo control; por medios efectivos actuales disponibles se acerca rápida e irremediamente a la muerte.

Síndrome terminal de enfermedad terminal; Se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en plazo breve.se presenta como un proceso evolutivo final de un grupo de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, EPOC, accidentes cerebro vasculares, daños vasculares aterosclerótico sistémico como expresión de senectud, hipertensión arterial diabetes mellitus y otras.

Para poder enfrentar el manejo adecuado de un paciente con una enfermedad terminal es necesario conocer, que el concepto de Ética, su contenido y en que medida el médico debe relacionarse con los principios que ella establece y como debe aplicarlo.

La Ética: Es la descripción filosófica que estudia y esclarece los principios y fundamentos de la moral. Ciencia que trata de las acciones humanas en orden a su bondad, respeto humano y no al orden jurídico.

El objetivo de la ética médica son los actos libres y deliberados ejecutados por el médico en su relación con los enfermos, utilizando para ello los principios generales de la moral.

Debemos definir además el termino Bioética que consiste en el estudio sistemático de la conducta moral en las ciencias de la vida.

La bioética se considera una disciplina paradigmática porque los dilemas éticos nos obligan a enfrentarnos con los problemas esenciales de la vida y la muerte.

Los principios de la bioética son tres:

1.- Respeto por las personas: toda persona posee dignidad y valor intrínseco, debe tratarse a los individuos como entes autónomos y proteger a las personas con autonomía disminuida.

2. - Beneficencia: aquí reside el estándar de mejor interés, es decir, no dañar, prevenir y eliminar fuentes de daños, hacer bien.

3.- Justicia distributiva: distribución regular y equitativa de los recursos, de acceso por igual a los servicios de salud (1).

El paciente terminal enfrenta una variada gama de vivencias al experimentar la cercanía de la muerte que lo distingue y hacen acreedor de una especial atención por parte de aquellos que lo ayudan a transitar el largo camino hacia el desenlace final y es por eso que se impone ante todo, una reflexión con relación a los tipos de pacientes terminales pudiendo considerar el siguiente (3).

Paciente terminal tipo I

Cuando se trata de un episodio agudo que avanza implacablemente hacia la etapa terminal, ya sea por infarto del miocardio o cerebral, hemorragia profusa, traumatismo severo, Shock etc.

El medico recurre a todo los medios de la ciencia con la esperanza que sean salvados. Lucha contra el riesgo de muerte porque sabe que son muchos los casos que pueden salvarse. Es la lucha de todos los días en las unidades de terapia intensiva a y los servicios de urgencias

Paciente terminal tipo II

Cuando se trate de un episodio agudo o crónico que ha llevado al paciente a la perdida de la conciencia, con nulas esperanzas de recuperación, a un estado de descerebración o "estado vegetativo permanente".

Aquí el problema es otro, es el de los enfermos en etapa terminal que han perdido la conciencia y sus facultades cerebrales. Las funciones mentales y las de la vida de relación sin solución médica previsible. ¿Que conducta adquirir?. ¿ Luchar?. Luchar hasta lo ultimo echando mano a todos los recursos disponibles.

Por un lado, el médico tiene un deber profesional, con las exigencias de su ética, que le indican poner todo su esfuerzo, toda su devoción a favor del enfermo para salvarlo, por otra su razón que le indica la inutilidad de prolongar una lucha estéril que a lo mejor solo procura molestias, sufrimientos, gastos innecesarios. ¿Qué hacer?, ¿Proseguir, Detenerse?.

Cuando el enfermo esta en coma, cuando ha perdido la conciencia de si mismo, cuando esta descerebrado o en estado vegetativo permanente, sin reaccionar a estímulos y la supervivencia puede continuarse por periodos prolongados mientras se mantenga el aporte artificial de ventilación y nutrición, la conducta médica de detenerse, de suspender la ayuda y que el profesional actúe tenga un alto grado de certeza de que el cuadro es irreversible, cuadro que persiste a pesar de los esfuerzos y recursos terapéuticos vigentes apropiados y correctos se han aplicado. Si el cerebro muere en estos casos el médico admite que este cuerpo esta muerto, es decir, que se trata de un cerebro muerto en un cuerpo vivo.

Paciente terminal tipo III

El enfermo crónico fatalmente condenado pero lúcido o parcialmente lúcido y sometido al sufrimiento físico y psíquico de su etapa final.

Hay enfermos conscientes o no de su estado final que esperan que el médico les alivie el sufrimiento y lo salve, otros a la inversa piden que los dejen morir en paz.

¿ Que hacer? Suspender todo tratamiento seria una forma de desamparo cruel aun pidiéndolo el propio enfermo, pero si cabe suspender toda lucha por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos,

tranquilizantes y somníferos que atenúan el sufrimiento físico y la angustia. No importa que el empleo de esas drogas disminuya la resistencia del enfermo y acorte en horas o días su vida. Es solo acortar su etapa terminal esto no choca con la ética personal que exige ayudar con empeño a nuestros enfermos, pero no someterlos a prácticas que aun siendo muy científicas se vuelvan en estos casos inhumanos. Actuar así limitadamente es una forma de respetar la dignidad del paciente dejándolo morir en paz, con calma, en la actitud serena del hombre que termina su jornada sin lucha, sin forcejear, sin la tortura de eso que se ha llamado encarnizamiento terapéutico(4).

Hay otro tipo de paciente que, estando con depresión y obnubilación mental después de algún procedimiento terapéutico puede recuperar la lucidez por momentos, para caer nuevamente en sopor más adelante y en el que se plantea la disyuntiva de continuar con los tratamientos cada vez más ineficaces o de interrumpirlo (5).

Al médico le toca decidir para tener certeza de la irreversibilidad de la afección y aplica técnicas complejas y costosas que indican la severidad del daño tisular en determinados órganos. Siente entonces que ha realizado una meta, ha podido determinar que el tejido cerebral consume insuficiente oxígeno, que ciertas neuronas o núcleos encefálicos no funcionan, que el riñón no funciona o concluye que un órgano o sistema esta irremediablemente afectado. Con estos antecedentes, aunando al conocimiento de las alteraciones anatomofisiológicas del cuerpo, parece que esta en condiciones de ciencia y conciencia sobre la vida de un enfermo(1).

Es importante conocer las necesidades fisiológicas del proceso agónico como son:

La pérdida progresiva de la sensación, la capacidad motora y los reflejos de piernas y brazos por lo que es importante que las sábanas no queden demasiadas apretadas, hacer cambios de posición logrando una postura correcta de las piernas y la alineación corporal. También es importante hacer saber a los familiares que aunque el paciente sienta frío su temperatura es alta en ocasiones habrá que mojarles los labios para que pueda expresarse.

El paciente moribundo gira la cabeza hacia la fuente de luz, por ello debe permanecer muy cerca los familiares ya que al irle fallando la vista solo ve aquello que está cerca, a su vez disminuye la función del oído y el tacto pero percibe la presión que pudiéramos ejercer al tocarlo, con esto se logra transmitir comprensión y cariño. Generalmente el paciente moribundo esta conciente hasta el final, por lo que debemos otorgar atención total. Al estar el paciente conciente, él es en su morir la persona que ha sido en su vivir. Un médico inglés susurró justo antes de morir "Si tuviera la fuerza para sostener una pluma escribiría cuan fácil y placentero es morir".

Necesidades Psicológicas

Nadie reacciona de igual manera al morir ni ante la muerte, pero si la mayoría de estos pacientes tienen una serie de temores a lo que podemos adelantarnos si estamos interesados en ayudar y que son:

- Temor al dolor.
- Temor a la soledad.
- Temor a la sensación de falta de sentido a su vida.
- Temor a la pérdida de identidad, auto control y del propio cuerpo.
- Temor a lo desconocido.

Para vencer el temor al dolor hay que asegurar al paciente en palabra y acción que se le suministraran los medicamentos requeridos. El tocar es una manera también de liberar endorfinas (6).

Debemos estar dispuesto a acompañar al paciente en ratos de soledad, en general el adulto y el niño mueren al tener alguien con ellos.

El temor muy íntimo y personal de que su vida no ha tenido sentido es muy particular, es muy difícil manejarlo pues el ser humano tiene una búsqueda continua por dar sentido a su vivir.

Los temores en asociación a la identidad, el auto control y la pérdida progresiva del propio cuerpo al ser distorsionado este por la enfermedad no solo existe desgaste y pérdida física, sino que afecta la autoimagen y la autointegridad lo que propicia sentimiento de vergüenza, impotencia, desgracia, y la no aceptación por otro.

El temor a lo desconocido es causa de búsqueda y cuestionamiento a través de la historia del hombre, estos momentos son de ambivalencia sobre todo con un sistema religioso practicado toda su vida.

Otro punto importante es permitirle al paciente que se despidiera de sus seres queridos (7).

Se ha cambiado la forma de morir.

En tiempos pasados la mayor parte de las personas morían en sus casas en medio de sus seres queridos. Por el contrario actualmente la mayor parte de las muertes naturales acontecen en instituciones de salud, donde aumentan día a día los medios para prolongar la vida. Muy frecuentemente estas personas terminan sus días en un estado de aislamiento y soledad en espera de emitir el último suspiro.

La muerte se está hospitalizando, es decir se esta sacando de los hogares y de la vida social para recluirla en clínicas y hospitales (8).

Actualmente se muere científicamente, es decir, en instituciones de salud en muchas oportunidades rodeados de hombres y mujeres extraños de indumentaria blanca, provisto de todas clases de aparatos. Se saca el paciente de su núcleo vital y es internado en una selva blanca donde deciden los médicos y predominan la ciencia y la tecnología. A este proceso le llamamos "Privatización de la Muerte".

Al atender y cuidar estos pacientes es de gran valor y ayuda hacerlo con una filosofía integral, es decir, tomando al ser como un ente bio-psico-socio-cultural y espiritual.

La ética del bien morir:

La ética del bien morir es la obligación de seguir ciertas conductas con aquellas personas que están en proceso de muerte. La misericordia es considerada como una obligación moral en estos casos (9).

La ética del bien morir incluye:

- Alivio oportuno del dolor
- Alivio al sufrimiento
- El respeto al derecho de la persona a rehusar tratamiento
- El proveer apoyo a pacientes y familiares
- Mantenimiento de una esperanza real
- No permitir aislamiento y soledad
- Mantenimiento de su independencia

La medicina actual digna de grandes elogios y gratitud por sus conquistas debe recuperar los valores humanos propios del médico y del paciente para restituir a éste su conciencia y libertad. Logrando la humanización de la medicina y con ello la ética del bien morir(10).

La bioética, disciplina que en los últimos años ha realizado ingentes esfuerzos, no sólo por la recuperación de la salud y la vida humana, sino por el propio hecho de que morir no es una ciencia fría, calculadora, abstracta, definida y precisa en sus métodos y contenidos, sino más bien, un trabajo interdisciplinario, un proceso creciente de búsqueda de valores morales, donde el hombre es un eslabón fundamental en su cadena de conquistas(11-12).

## CONCLUSIONES

1. 1.- La atención médica al enfermo terminal debe basarse en el respeto a las decisiones, voluntades y creencias del paciente.

2. 2.- Corresponde al equipo de salud proporcionar una muerte digna a los pacientes terminales.

3. 3.- El paciente terminal debe ser tratado sobre la base de una filosofía integral tratando de evitar aquellas manifestaciones que hagan que la vida se acabe en medio de un gran sufrimiento.

4. ABSTRACT

5. A bibliographical revision appears on the subject of the death. The principles of the bioethics, the necessities are analyzed physiological and psychological, the ethics of the good one for dying, the respect of the will of the patient. One concludes that the medical attention to the terminal patient must be based on the respect to the decisions, wills and beliefs of the patient, corresponds to the equipment of proportional health a worthy death to these patients, they must be treated on the base of an integral philosophy.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

7. Medicina y Ética. Rev Int Bioét Ontol Ét Méd 1994; 5(4):18-25.

8. Tellería MR. Bioética y la atención al paciente terminal (disertación). Morón: Facultad de Ciencias Médicas; 1999.

9. Dávila MJ. Estado vegetativo crónico persistente. Rev Mex Anest 1993; 16:85-94.

10. Caretti V. Diagnóstico clínico de muerte encefálica. Rev Mex Anest 1993; 16: 8594.

11. Rodríguez Varela M. Dolor. En: Anestesiología Clínica. Rodas: Ediciones Damují; 2001.

12. Babb P. Insnes in death and dying among erderly patients with cancer. Memorias de la Séptima conferencia Internacional de Enfermería Oncológica. Viena: 1992.
13. Verluis N. Desconocimiento social de la muerte. Cocilium. Rev Inter Teol (Madrid) 1971; 65:291-9.
14. Troung RD, Verde CB. Pain, euthanasia and anesthesiologists. Anesthesiology 2000; 78:353-360.
15. García D. El poder Médico. Madrid: Ciencia y Poder; 1987.
16. Davila E. Anesthesiología clínica. Rodas: Ediciones Damují; 2001.
17. Albert NB. Eutanasia. ¿ Desafio para la anestesiología? Rev Med Anestesia 2001; 18(2):95-97.
18. Jonsen AR. To help the dying die. A new duty for anesthesiologists?. Anesthes Anesthesiol 2000; 78; 225-228.