

# LA TÉCNICA, COMO ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO FRENTE A LA DIGNIDAD EN EL MORIR.

El objetivo de estos cuadros es una guía, para durante la Conferencia, ayudar a pensar y discutir los múltiples dilemas éticos y médicos, frente a la dignidad en el morir.

Vicente P. Gutierrez  
Mayo 2010

# TRES PERÍODOS QUE CAMBIARON LA MEDICINA ASISTENCIAL

- 1) Hasta 1956 en la que no existían las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y predominaba la medicina paternalista.
- 2) Desde 1960 con la difusión de las UTI y los desarrollos tecnológicos para el soporte vital.
- 3) Desde 1980 cuando se redefinen los criterios de muerte, se divulgan los cuidados paliativos, se amplía la experiencia en trasplantes de órganos y la bioética ocupa un lugar preponderante en el ejercicio profesional y en la medicina académica.

# RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Es servir a los mejores intereses del enfermo, por encima de sus propios intereses y los de la sociedad.

# REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE

En algún lugar de nuestro ser se encuentra inscripto el deseo de la inmortalidad. Los grandes avances de la medicina, incluyendo los trasplantes de órganos y de células, han estimulado la ilusión de vivir para siempre.

- La muerte es un hecho natural. Todos los que estamos en esta reunión hemos de morir. Solo Dios sabe cuando y como.
- En los enfermos la muerte va precedida por la “Etapa final de la vida “que puede ser de años, meses, días u horas. Esta etapa es motivo de investigaciones filosóficas, éticas, legales, sociales y religiosas.

# DEFINICIÓN

“Una persona esta muerta cuando ha sufrido una pérdida total e irreversible de la capacidad para integrar y coordinar todas las funciones del cuerpo, físicas y mentales, en una unidad funcional”.

Significa que el organismo ha sucumbido como “unidad funcional”, pero no que “todo” el organismo y sus células están muertos en el sentido estrictamente biológico (Grupo de trabajo de la Pontifica Academia de Ciencias del Vaticano -1989)

La definición clásica era “Es la interrupción del flujo sanguíneo (paro cardíaco) y la cesación de las funciones vitales (respiración y demás órganos).

**ENFOQUE MATERIALISTA** “La muerte es el fin de la vida, seguida por la desagregación de las partes materiales del ser humano y cada partícula que se disgrega, vuelve al universo en forma de energía”.

**SEGÚN EL CÓDIGO CIVIL** “La muerte es el momento en que se ha producido una cesación irreversible de la actividad cerebral, capaz de limitar el resto de las funciones”

**ENFOQUE CRISTIANO** La vida comienza en el momento de la concepción. Después de su etapa intrauterina, se hace terrenal y después de la muerte, una vida trascendental.

# MUERTE CEREBRAL

“Cese irreversible de la función del cerebro en su totalidad” con ausencia completa de la conciencia y sensibilidad, de respiración espontánea (apnea), de reflejos que involucren los pares craneanos y tronco cerebral, con trazado electroencefalográfico plano o isoeléctrico”. (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School To examine the definition of brain death JAMA 1968; 205: 337-40)

El enfermo esta en coma irreversible y en asistencia respiratoria mecánica.

Requiere un diagnóstico positivo de la irreversibilidad del daño del TRONCO CEREBRAL. A partir de ese momento se desarrolla “la muerte intervenida”



# MORIR

“El morir es un hecho que todo ser humano ha de transitar y constituye un momento de excepción” (C.A. Rezzonico “Simposio sobre Muerte Digna” Academia de Ciencias Médicas de Córdoba 1999)

- Para algunos la muerte es una “posibilidad” (grandes operaciones, traumatismos, infecciones graves...)
- Para otros es una “certeza” (cáncer avanzado, edad, falla multiorgánica...)

# EL PENSAR SOBRE LA MUERTE Y LA ESPERANZA

“Somos una luz y cierto día se apaga...  
Nunca dejé de pensar en la muerte, desde  
que tuve una enfermedad grave y desde  
que murió Ingrid, a quien no veré mas,  
pero siento su presencia y tal vez me esté  
esperando... y llegará el día en el que  
volveré a verla”

Igmar Bergman

# MUERTE DIGNA (DIGNIDAD EN EL MORIR)

La muerte no es digna. Lo que se debe procurar, es la DIGNIDAD de la persona que se esta muriendo. (H. Obliglio - Simposio de la Academia de C. Médicas de Córdoba 1999)

La Madre Teresa de Calcuta insistía en “el ideal de morir en paz con uno mismo y con los demás”.

# FORMAS DE MORIR

**Natural**

**En el hogar**

**Repentina**

**En la calle o en la guerra**

**Por trauma**

**En un “hospice”**

**Violenta**

**En un Hospital**

**INTERVENIDA**

**En Una UTI**

# DIGNIDAD EN EL MORIR

Estando en paz, sosiego, asistencia y confortamiento, evitando el dolor y la soledad.

El opuesto es una muerte con dolor, sufrimiento, soledad y abandono

# ENFERMO EN ESTADO GRAVE (Crítico)

Es la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer la supervivencia en algún momento de su evolución.

La muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima

# ENFERMO EN ESTADO TERMINAL

Es aquel que padece de una enfermedad que ya no admite curación ni mejoría y que hace presumir una expectativa de muerte a breve plazo.

El médico, por juramento, siempre debe tratar de preservar la vida, pero ante la imposibilidad de una curación, no debe prolongar el proceso de morir, permitiendo así una muerte lo más aproximada a una muerte natural.

“Es tiempo que reconozcamos para los  
ENFERMOS TERMINALES, la dignidad y  
la belleza con la que celebramos los  
primeros días desde el nacimiento”

Joseph Califano  
Physician- assisted living  
America 1998; 170:10



# ESTADO NEUROVEGETATIVO PERSISTENTE (ENVP)

Completa inconsciencia de si mismo y del medio ambiente, acompañado de periodos de vigilia y sueño, con preservación completa o parcial de las funciones hipotalámicas y autonómicas del tronco cerebral y respiración espontánea.

# ESTADO NEUROVEGETATIVO (ENV) “PERMANENTE”

Es muy probable que se pase a un ENV “Permanente”, después 3 meses de ENV Persistente cuando la causa fue una anoxia y después de 12 meses si fue postraumatismo.  
(N.Engl.J.Med 1944; 330:1499-1572)

Se ha discutido mucho en Sociedades, Simposios y Comités de Bioética, hasta en los Tribunales de Justicia, el dilema de suspender la alimentación y la hidratación en ciertos casos.

# ESTADO DE MÍNIMA CONCIENCIA

Es un concepto nuevo, que se refiere a enfermos inconscientes, pero con una mínima actividad de la corteza cerebral.

Se ha observado en algunos enfermos, que dirigiéndose a ellos por su nombre, puede activarse la corteza cerebral, según investigaciones con Resonancia Nuclear Magnética (Owen y col. Science 2006; 313:1402-1402)

# UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Es un área del hospital con especialistas en cuidados intensivos y tecnología compleja para el Soporte Vital.

Se estima que mueren un 20% de los internados en una UTI y hay una elevada mortalidad dentro de los 6 meses de los dados de alta, especialmente en ancianos.

# SOPORTE VITAL

Es toda técnica o tratamiento que puede sustituir la función fisiológica de un órgano con deficiente funcionamiento y que pone en peligro la vida.

# RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Son maniobras para reemplazar la función cardíaca (masaje cardíaco y choque eléctrico en caso de fibrilación), sumada a reanimación respiratoria (boca a boca, con máscara o con intubación traqueal, seguida de Asistencia Respiratoria Mecánica- ARM).

# MÉTODOS TERAPÉUTICOS “ORDINARIOS O PROPORCIONADOS”

Tratamientos médicos o quirúrgicos que ofrecen una razonable esperanza de mejoría, sin provocar sufrimientos intensos ni costos mayores, de acuerdo con el nivel de vida de cada individuo.

# MÉTODOS TERAPÉUTICOS “EXTRAORDINARIOS O DESPROPORCIONADOS”

Tratamientos que no pueden hacerse sin altos costos, sufrimientos u otros inconvenientes y que ofrecen una razonable esperanza de beneficio.

“La prolongación de la vida por métodos extraordinarios en enfermos críticos y la verificación del momento de la muerte es incumbencia estrictamente médica” (SS Pío XII en 1958)

# FUTILIDAD MÉDICA

Son los tratamientos carentes de propósito, que no confieren beneficio para el enfermo, no importa cuantas veces se repitan.

La determinación de la futilidad le corresponde con exclusividad al médico y una vez que se lo acepte, no hay obligación ética de continuar la terapéutica, pero si de mantener los cuidados paliativos.



# ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO (Encarnizamiento)

Es cuando el médico interviene mas allá de lo clínicamente indicado, sometiendo a enfermos terminales y a moribundos, a un exceso de tecnología.

Es una prolongación injustificada de sufrimientos y de recursos humanos, alargando la agonía, postergando la muerte y como consecuencia, manteniendo al enfermo alejado de sus seres queridos.

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS (DA)

Expresión verbal o escrita, de como desearía ser tratado en ocasión de enfrentar situaciones de grave riesgo de muerte o discapacidad, si no estuviera en condiciones de manifestarse en ese momento

En EE.UU. tiene fuerza legal, pero solo el 20 % las manifiestan al hacerse la historia clínica.

En cualquier momento de su evolución, los enfermos pueden revocar una DA

# APODERADOS DEL ENFERMO FRENTE A DECISIONES TERAPÉUTICAS

El enfermo con su firma, en algunos hospitales un requisito al internarse, puede delegar en un familiar o amigo, la toma de decisiones, en el caso de perder la conciencia en el transcurso de su enfermedad.

## ORDEN TEÓRICO DE RESPONSABILIDAD EN LA TOMA DE DECISIONES

Esposa o Esposo- Hijos Adultos – Padres – Hermanos -  
Hermanos Menores

En parte de EE.UU. hay una “Ley del Apoderado”  
(Current Surgery 1999; 56: 4-5)

# ORDEN DE NO RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (NRCP)

Frente a la detención de la función cardiaca y pulmonar, cuando el enfermo ha dejado DA y consta en la historia clínica, el médico esta obligado a cumplirlas, aun con opinión contraria de la familia.

# CASOS DE INCUMPLIMIENTO DE “DA”

34 % de los médicos decidieron continuar el Soporte Vital a pesa de DA

42% tomaron decisiones unilaterales de abstención o retiro del Soporte Vital

Int. Care Med J.2000; 26: 1414

# CLÁSICA (Beauchamp y Childress)

Autonomía

Beneficencia

No maleficencia

Justicia

# BIOÉTICA LAICISTA

Puede tecnologizar el proceso de la muerte, considerando al cuerpo como un objeto de intervención y así promoviendo el uso desproporcionado de aparatos, fármacos y hasta de operaciones, que solo prolongan el proceso de morir.

# BIOÉTICA PERSONALISTA ORGÁNICA

Sostiene una visión orgánica de toda la realidad humana, lo que es un bien/valor fundamental y por lo tanto base de todos los otros bienes.

En la etapa final de la vida, reconoce “el morir” como una experiencia personal comunitaria y espiritual.

El amor filiar a Dios aporta una espiritualidad religiosa, que infunde un significado positivo a la enfermedad, como regreso a Dios Padre.

El profesional cristiano reconoce la agonía, la muerte y la resurrección, pudiendo transmitir fe, esperanza y amor.

E. Lugo  
Temas de Bioética 1998



# ABSTENCIÓN DEL SOPORTE VITAL

Es NO INICIAR terapéuticas extraordinarias o desproporcionadas, cuando se considera que son fútiles

# RETIRO DEL SOPORTE VITAL

Cuando se retiran terapéuticas extraordinarias o desproporcionadas, conocidas también como “heroicas”, (fármacos vasopresores, ARM, diálisis renal y bomba de corazón artificial).

“Es lícito interrumpir la aplicación de medios desproporcionados cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos” (Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe)

- La diferencia entre ABSTENCIÓN Y SUSPENSIÓN o RETIRO, es irrelevante desde el punto de vista ético y ambas decisiones terminarán en la muerte.
- El Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva dio a publicidad “Pautas y Recomendaciones para el retiro y/o la abstención de los métodos de soporte vital” (Medicina 1999:59, 501-4)

# ENCUESTA NACIONAL DE EE.UU.

UTI – 110 Hospitales – 38 Estados- 5910  
enfermos que fallecieron

Fracaso de la RCP	23%
No recibieron RCP	22%
Abstención o retiro del SV	48%

(Amer.J. Respirat. Critic. Care Med. 1998;  
158:1163)

# OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Significa que por encima de una norma o de presiones externas, el médico antepone el ejercicio de su autonomía y hacer valer el propio derecho a actuar según sus principios éticos y su buen saber y entender.

# EUTANASIA (“buena muerte”)

Es provocar intencionalmente la muerte de una persona por el bien de esa persona (diferencia con homicidio), o sea por voluntad del enfermo o de terceros, en caso de DA.

Nuestro Código Penal no lo acepta (“homicidio por piedad”) y muy pocos países de Europa tienen legislaciones que reconocen la eutanasia.

No es eutanasia, la abstención o suspensión de terapéuticas fútiles, ni la analgesia y sedación terminal

# SUICIDIO ASISTIDO

Es cuando el enfermo, haciendo uso de su autonomía, solicita asistencia médica para terminar con su vida (el propio enfermo ejecuta la acción).

Hay un solo país que recibe enfermos del extranjero, para un suicidio asistido, criterio al que se han opuesto todos los Comités, Comisiones y Sociedades de Bioética de distintos lugares del mundo.

# CUIDADOS PALIATIVOS

“Cuidado total y activo de enfermos cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo.

El control del dolor, de otros síntomas, de problemas psicológicos, sociales y espirituales, es principalísimo”

Definición de la Organización Mundial de la Salud  
(OMS)

El médico tiene OBLIGACIÓN de aliviar el dolor y promover la dignidad del enfermo. No hacerlo es negligencia (mala praxis)

# “HOSPICE”

(Hospicio según la Real Academia)

“Casa para albergar PEREGRINOS... y pobres, asilo para menesterosos, dementes y ancianos”

En el Reino Unido hay 1000 Hospices y los criterios de admisión son cuando el pronóstico de vida es menor de 6 meses.



# BENEFICIOS DE LA INFORMÁTICA MODERNA

CENTRO PARA CONSULTAS DE MÉDICOS  
ASISTIENDO ENFERMOS EN LA ETAPA  
FINAL DE LA VIDA

[www.eperc.mcw.edu](http://www.eperc.mcw.edu)

EDUCANDO A MÉDICOS SOBRE EL FINAL  
DE LA VIDA

[www.eperc.net](http://www.eperc.net)

# LA FE Y LA ESPIRITUALIDAD EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA

“Cuando ya no tengo mas seguridades humanas, entonces soy enteramente hija de la Providencia”

“Tengo que mantenerme firme, cueste lo que cueste”

Hna. M. Emilie Engel  
1893-1955

“EI DOLOR Y EL SUFRIMIENTO tiene también un sentido y un valor, cuando se viven en estrecha relación con el amor recibido y entregado.

S.S. Juan Pablo II

# CONCLUSIÓN FINAL

La ALIANZA DE AMOR con Dios, nuestra Madre María, las personas, los enfermos y el trabajo, brinda una máxima satisfacción y felicidad, en el cuidado de enfermos graves o en la etapa final de la vida,

La AUSENCIA DE AMOR frente a los sufrimientos y a la muerte, predispone al cansancio, desilusión y frustración.

La bioética PERSONALISTA ORGÁNICA es de indudable ayuda para describir, interpretar, juzgar y decidir, frente a los numerosos dilemas de la ÉTICA EN MEDICINA.