

Actitud médica ante el final de la vida

Distanasia o encarnizamiento terapéutico



Por Dr. José M. Ferraris
Comisión de Bioética
Consejo Superior

Tema vinculado a un momento trascendente en la vida del hombre y directamente relacionado al diario quehacer médico, el final de la vida. Trataremos aquí cuál ha de ser la actitud médica ante "la agonía", ese trascendente momento del cual habíamos dejado de tratar en los foros médicos ante la presión del imperativo tecnológico, la formación eminentemente científico-positivista impartida en las últimas décadas e influenciados además por una sociedad cuyos disvalores predominantes son el exitismo, el triunfalismo y el hedonismo; una sociedad netamente economicista regida por dioses como Plutón, dios de la riqueza o Mercurio, dios del comercio, sociedad que rechaza la muerte al considerarla como fracaso sin llegar a estimar que es parte final de la vida misma.

Y así, en medio de circunstancias socioculturales y con las características propias de la formación médica, circunstancias éstas asociadas a un cuerpo normativo legal imperante, se nos prepara para preservar la vida a cualquier costa, sintiéndonos obligados a utilizar todos los recursos terapéuticos a riesgo de ser responsables de homicidio por omisión o acusados de abandono de persona.

Las decisiones sobre la muerte siempre provocaron un debate ético pero en la actualidad debe enfrentar difíciles y conflictivas situaciones ante los cambios producidos en la práctica médica. El tremendo avance científico y tecnológico desarrollado a partir de la década del '60 con la aparición de prácticas de soporte vital, técnicas de reanimación o resucitación

La vida frente a la muerte (el Bios), la realidad tecnológica del presente (el Tecnos), el fin buscado (el Telos) imponen situaciones que deben evaluarse junto a la actitud de la sociedad frente a la muerte, y la actitud del médico con su Tecnos y Medeos Socráticos. Definiciones de pacientes terminal, crítico e incurable. Pautas y principios a seguir

que permiten no sólo salvar vidas sino prolongar agonías manteniendo con vida a pacientes que de otro modo no hubiesen podido sobrevivir. Aquí cabe preguntarnos qué calidad de vida sobrellevará el paciente y si las condiciones de sobrevivida serían aceptadas por él desde el principio de autonomía.

Además también ha cambiado el concepto de muerte para la ciencia médica pasando del concepto de muerte clínica por "paro cardio-respiratorio" al de muerte "cerebral", luego al de muerte "encefálica", inimaginable 25 años atrás y se acuñan nuevos conceptos como el "estado vegetativo persistente".

Todo ello genera situaciones de conflictos de valores y por ende discusión ética pues la ética impone una reflexión sistemática sobre el sentido de lo que se hace u omite en búsqueda de sentido del bien tanto en situaciones puntuales como en el transcurso del devenir de la humanidad, analizando la búsqueda del modo concreto de realizarlo. A más de una función crítica ante falsas metas o falsas verdades que en definitiva atentan contra la dignidad del ser humano.

Por todo lo manifestado la actitud médica ante el final de la vida genera un ámbito de discusión Bioética.

Así, desde el contexto bioético, considerando al paciente un sujeto moral, incorporando el concepto ontológico de dignidad de la vida humana y en pleno ejercicio de su autonomía analizaremos nuestra conducta o actitud frente a una instancia trascendente, su final.

Sócrates decía que el médico debe guardar dos condiciones **Aptitud** y **Actitud**. La Aptitud la constituía el conjunto de conocimientos y habilidades para curar a los enfermos a la que llamaba "Tecnos". La Actitud la constituía su predisposición a cuidar, a cobijar, a paliar al enfermo a la cual denominaba "medeos", origen etimológico de la palabra Médico: el que palia, el que cuida, el que protege.

No nos cabe duda que en nuestra formación científico positivista hemos aprendido a evaluar los fenómenos vitales, sus alteraciones y la expresión de éstas a través del examen semiológico y de los estudios complementarios, para luego decidir una medida terapéutica. Así metodológicamente transformamos a cada hombre en objeto de estudio, nos planteamos diagnósticos diferenciales, discutimos esquemas terapéuticos, y por qué no, hacemos alarde de nuestra erudición médica.

Tomamos como premisa que lo importante es salvar la vida y además teniendo conocimiento que es nuestra obligación por el cuerpo legal que nos rige, tomamos precauciones para no caer en la figura de abandono de persona o en alguna otra que ponga en tela de juicio nuestro proceder, aún frente a pacientes terminales o pacientes críticos en situación irreversible. Aplicamos así procedimientos que no llevan al fin primordial de recuperar la salud sino prolongar una agonía *sine die*.

Aquí nos encontramos frente al "encarnizamiento terapéutico", también llamado **Distanasia** que es "la actitud de aplicar métodos terapéuticos desproporcionados que tienden a prolongar innecesariamente la vida del paciente".

Para analizar este punto en particular debemos evaluar la situación que nos imponen: el **Bios**, la vida como tal frente a la

muerte. El **Tecnos**, la realidad tecnológica del presente. El **Telos**, el fin buscado. La actitud de la sociedad frente a la muerte. Y por fin nuestra actitud ante el fin de la vida, la del médico con su **Tecnos** y **Medeos Socráticos**.

La vida, su esencia, el espíritu vital, incentiva la esperanza de inmortalidad en los hombres logrando que a través de cada individuo ella se perpetúe a sí misma. Tal vez el hombre no ame la vida de la cual no sabemos a ciencia cierta qué es, en qué consiste, su por qué. Quizá lo que ame son las posibilidades que le ofrece de desarrollarse como una singularidad, un proyecto único que lo define y al cual puede modelar, desarrollar, utilizando las circunstancias y las oportunidades que se le presentan.

La realidad tecnológica presente determina que el hombre ha desarrollado la técnica y más allá de aplicarla a su entorno el propio hombre se ve incluido entre los objetos a los cuales la técnica se aplica. El *Homo Faber* vuelve a accionar sobre sí teniendo como objetivo rehacer al inventor de todo lo demás.

Este ámbito de acción es otro desafío a la reflexión y pensamiento ético. Esta situación planteada desde los logros actuales y en función del desarrollo de los mismos, ha hecho que surjan nuevas preguntas a las que hemos de enfrentarnos desde la ética, a la luz de principios, no de la presión de intereses.

Es una realidad que este imperativo tecnológico realimenta la esperanza de inmortalidad del **Bios** y de prolongar la vida aplicando recursos desproporcionados.

En cuanto al **Telos** el fin buscado en una sociedad pluralista con múltiples ajenos morales integrantes de diferentes culturas, credos y religiones se presenta con diversas posiciones.

A lo largo de la historia se ha modificado sustancialmente la forma de enfrentar la muerte. En el Medioevo se rezaba: "A subitanea et improvisa morte libera nos, Domine" (de la muerte súbita e imprevista, libranos Señor) y mucho se habló en la Edad Media bajo la rúbrica de "ars morendi". El hombre se preparaba para la muerte entre los suyos y preveía su despedida.

"A veces aplicamos procedimientos que no llevan al fin de recuperar la salud sino prolongar una agonía"

Distanasia

Hoy en general muchas personas esperan morir sin advertirlo, sin dolor, mientras duermen. Aunque hay distintos criterios de cómo enfrentar el final de la vida.

Así hay quienes partiendo de la premisa de que el sufrimiento determina una experiencia enriquecedora de la vida pues sensibiliza para llegar a una existencia más profunda, piensan que el sufrimiento agónico es una tragedia pues terminado no dará lugar a una nueva experiencia sino provocará el hundimiento misterioso de la vida, lo considerarán un martirio inútil.

Otros consideran que es el momento más trascendente de la vida, el de mayor y más profunda reflexión, el del balance final, momento absolutamente intransferible en el que el hombre da cuenta a sí mismo, de qué le pasó durante su existencia, encontrándose con su verdadera identidad, con su haber trascendente, su historicidad.

Quienes profesan algún credo consideran el valor redentor del dolor, estiman que el sufrimiento es un camino ofrecido para salvar su alma del castigo eterno, siendo la agonía la instancia de arrepentimiento y rectificación acorde a la voluntad Divina.

Nos encontramos así ante un cuerpo social que en medio de la diversidad de principios morales- y la difusión de recursos tecnológicos ha aumentado la incerti-

dumbre pública respecto del contenido moral y el sentido que poseen los instantes finales de la existencia.

En medio de este contexto el médico, hombre al fin, luchando contra la muerte, negándola, conside-

rándola un fracaso a su desempeño, y por qué no, luchando contra su propia finitud. Y la medicina, pontificándole que debe aplicar los máximos recursos con el fin de prolongar la vida todo lo posible.

Qué curso de acción debemos tomar nosotros, médicos, ante estas instancias. En primer lugar definir qué es paciente terminal. Tomando en cuenta tres situaciones diferenciadas: *Paciente terminal. Paciente crítico. Paciente incurable.*

- **El paciente terminal** es aquél en que la muerte es acompañante del proceso, no hubo respuesta adecuada a los distintos esquemas o recursos terapéuticos, los signos vitales se debilitan y el deceso se producirá en horas, días o semanas.

- **El paciente crítico** es aquél en el cual la vida está en peligro pero tiene posibilidades de curación.

- **El paciente incurable** es aquél en que la muerte no acompaña aún el proceso de enfermedad pero esto sobrevendrá en el plazo de meses o años.

En el segundo de los casos debemos poner todo el *Tecnos* y el *Medeos* para lograr recuperar al paciente.

Todo el equilibrio entre terapéutica y cuidados en el último, el incurable para lograr una sobrevivida digna, ayudándolo a vivir.

Y toda la fuerza del paliativismo en el primero ayudándolo a transitar dignamente el final de su existencia.

En estos dos últimos casos se debe evitar caer en medidas desproporcionadas que impliquen encarnizamiento terapéutico, respetando además la autonomía del paciente en cuanto a aceptar o rechazar determinados tratamientos. Esto implica mantener el máximo equilibrio en la aplicación de tecnología y cuidados.

Las pautas a seguir para adecuar ese equilibrio entre *tecnos* y *palió*, son:

- **En primer lugar** recordar la frase de Maimónides en la Oración del Médico que expresa: "Oh, Señor, aleja de mí la idea de que todo lo puedo"

- **En segundo lugar** aplicar con equilibrio dos de las virtudes inherentes a la profesión: La Esperanza y la Prudencia, considerando que *Esperanza sin Prudencia es temeridad* y *Prudencia sin Esperanza es inoperancia*.

- **En tercer lugar** tener en cuenta los siguientes principios para no caer en distanasia o encarnizamiento terapéutico:

- **Principio de relatividad:** se basa en el principio que indica que la vida no es un bien absoluto ni la muerte un mal absoluto. Respetando las creencias del paciente.

- **Principio de autonomía:** si la competencia mental del enfermo no estuviera en duda, la voluntad del paciente debe ser respetada. "La negación de un trata-

"Han surgido nuevas preguntas a las que hemos de enfrentarnos desde la ética, a la luz de principios, no de la presión de intereses"

miento determinado a prolongar la vida no equivale a suicidio. Debe ser considerada como una aceptación de la condición humana" (Congregación Vaticana para la Doctrina de la Fe- Roma 1980)

- **Principio de equivalencia:** es tan ético no tomar la decisión de aplicar un esquema o recurso terapéutico como suspenderlo cuando no obtuvimos el efecto deseado. De no, de la misma manera que disponiendo de una decisión que no cumple con objetivo o cometido estaríamos frente a Futilidad terapéutica, es decir tratamiento innecesario. Que en caso de prolongar la agonía vulnera el principio bioético de la "no -maleficencia".

- **Principio de proporcionalidad:** los recursos terapéuticos deben ser proporcionados a la situación y a las posibilidades del paciente. Posibilidades de sobrevida digna. Cuando los métodos son inapropiados y desproporcionados prolongando una agonía con una sobrevida precaria y padecimientos injustificados estamos frente a *Distanasia* o *Encarnizamiento Terapéutico*.

- **Principio del doble efecto:** este principio permite aplicar acciones que indirectamente se prevé incrementan las posibilidades de que el paciente muera antes. Tal como la indicación de medicamentos para controlar el dolor, siempre que el dolor no sea controlado por la propia muerte y que haya una razón suficiente y proporcionada para indicarlo.

Como actitud a asumir deberíamos recordar a Aristóteles quien le aconsejaba a los políticos - quienes no cabe duda que no le tomaron en cuenta- más sería aconsejable que los médicos reflexionáramos ante a ese aforismo: "*Hacer lo posible, de lo posible lo conveniente y lo conveniente con mesura*".

Recapitemos, frente a una emergencia tratamos de hacer lo imposible, en forma desmesurada y ante el objetivo de máxima en oportunidades lo inconveniente.

Pues equivocamos el objetivo de máxima cual es, "tener en cuenta todo lo que no se debe hacer aunque se pueda". Y olvidamos el objetivo de mínima que es cuidar paliar, dar afecto, mientras evaluamos con mesura la decisión a tomar.

Frente al paciente agónico este objetivo de mínima debe tener en cuenta lograr tres condiciones en el paciente:

- Que transcurra sin dolor: no hay dignidad en el sufrimiento.
- Que transcurra con capacidad de dar y recibir afecto.
- Que transcurra con lucidez: pues si el inicio de la vida lo transitamos en inconsciencia, el tránsito final debería ser para algunos el momento de mayor reflexión, el encuentro consigo, descubrir su historicidad, su trascendencia; para otros el momento supremo de redimir sus culpas y errores para alcanzar el bien deseado.

Para que el médico afronte estas instancias estoicamente y poder cumplir con los principios mencionados adoptando la actitud correcta debe evitar tres reacciones negativas:

- Primera: evitar la negación a la muerte
- Segunda: consecuencia de la anterior, evitar actitudes de defensa con tratamientos desproporcionados o intempestivas maniobras de resucitación más allá de los tiempos y normas aceptadas. Considerando que tanto en medicina paliativa como en intensivismo hace falta en el médico un perfil psicológico adecuado.
- La tercera reacción negativa a considerar es la culpa, la sensación de fracaso frente a la muerte. Debemos partir de la premisa de que nuestro objetivo es luchar por la vida, no contra la muerte, asumiendo que la muerte es parte del proceso vital, lo acompaña desde su inicio. La finitud es inexorable.

Colegas, frente al ya mencionado imperativo tecnológico que nos ha cambiado el perfil de nuestra actividad -y se proyecta con fuerza previéndose mayores y profundas transformaciones- la Bioética nos trae un hábito de rehumanización, haciéndonos volver a las fuentes del humanismo médico. Por ello todo lo que hemos considerado como actitud a asumir frente a las situaciones creadas por los avances tecnológicos en el fin de la vida son bases fundamentales para lograr de la *Medicina la más humana de todas las ciencias y la más científica de todas las humanidades*, a decir de Edmundo Pellegrino 

Debemos partir de la premisa de que nuestro objetivo es luchar por la vida, no contra la muerte, ya que la finitud es inexorable"