

MUERTE, EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Luis Fernando Giraldo-Cadavid¹

RESUMEN

La persona humana posee, en potencia o en acto, una inteligencia capaz de realizar operaciones abstractas; una voluntad capaz de amar el bien, y una libertad que le permite determinar su manera de obrar (o de no obrar). Estas características, inherentes al ser de la persona humana, se derivan de la unidad sustancial que existe entre el alma espiritual y el cuerpo, y la dotan de una dignidad especial que debe reflejarse en la forma como afronta toda su existencia, y como es tratada y respetada por los demás.

En efecto, la dignidad de la persona humana le confiere unos derechos y deberes entre los cuales se encuentra, de manera primordial, el respeto incondicionado a la vida humana inocente (tanto propia como ajena). Por este motivo, la muerte del ser humano y el periodo próximo a la misma requieren de un profundo respeto y de un tratamiento acorde con esa dignidad, que le permitan afrontar esta etapa con el máximo decoro e integridad.

Mientras que la eutanasia representa una manera de afrontar la muerte que desconoce la inviolabilidad de la vida humana y, por tanto, atenta contra la dignidad de la persona, los cuidados paliativos hoy día cuentan con herramientas muy eficaces para aliviar el sufrimiento y acompañar al ser humano en esta crucial etapa de la vida en consonancia con la dignidad de la que está revestido.

Palabras clave: muerte, eutanasia, cuidados paliativos, persona humana, muerte cerebral, estado vegetativo, distanasia.

ABSTRACT

The human person has, whether in act or potency, has intelligence to perform abstract operations; a will which can love, and freedom to determinate what to do or not to (or not to do at all). These characteristics, inherent to human person's being, are derived of the substantial unity of spiritual soul and body, and they bestow human beings with a special dignity, which must be reflected in the way each one assumes his or her own existence, and how he/she is treated and respected by others.

Indeed, the human person's dignity confers personal rights and duties, among which is found, in a preeminent place, the unconditional respect to every innocent human life (one's one as well as others'). Therefore, the human being's death and its surrounding period demand profound respect and to be treated according to such dignity, which allows every one to face this step with a maximum of decorum and integrity.

While euthanasia represents a manner of facing death which disclaims human life's inviolability and, hence, attempts against the human person's dignity, on the other hand, palliative care counts nowadays with very efficacious tools to alleviate suffering and to attend human beings in this crucial step of life in consonance with the dignity of which they are endowed.

KEY WORDS: death, euthanasia, palliative care, the human person, brain death, vegetative state, dysthanasia.

RESUMO

A pessoa humana tem, em pessoa ou em ato, uma inteligência capaz de realizar operações abstratas, uma vontade capaz de amar o bem e uma liberdade que lhe permite definir seu modo de atuar (ou de não atuar). Estas características, inerentes ao ser da pessoa humana, derivam-se da unidade substancial entre a alma espiritual e o corpo, e lhe conferem uma dignidade especial que deve refletir-se em como afronta sua existência e como é tratada e respeitada pelos demais.

¹ Médico internista y neumólogo, Clínica Universitaria Teletón. Profesor clínico adjunto, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario del Puente del Común, Autopista Norte de Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia. luisf.giraldo@clinicauniversitariateleton.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 24-11-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN: 9-12-2008

De fato, a dignidade da pessoa humana lhe confere direitos e deveres como o respeito incondicionado da vida humana inocente (própria e alheia). Portanto, a morte do ser humano e o período cercão a esta exigem um grande respeito e um tratamento acorde com essa dignidade, que lhe permitam enfrentar esta etapa com grande decoro e integridade.

Enquanto a eutanásia representa um modo de enfrentar a morte, o que desconhece a inviolabilidade da vida humana, e portanto atenta contra a dignidade da pessoa, os cuidados paliativos atuais contam com ferramentas muito eficazes para aliviar o sofrimento e acompanhar o ser humano nesta crucial etapa da vida em consonância com a dignidade da que é revestido.

PALAVRAS-CHAVE: morte, eutanásia, cuidados paliativos, pessoa humana, morte cerebral, estado vegetativo, distanásia.

El caminar terreno del ser humano culmina con su muerte, etapa que debe ser afrontada a la altura que corresponde a la dignidad de la persona humana. Para esto es importante saber en qué radica esa dignidad de la persona humana, que la distingue de las demás criaturas y que, por tanto, exige un trato diferente para ella. Igualmente importante resulta tener la mayor claridad posible, dentro de las limitaciones propias de nuestro conocimiento, sobre el momento de la muerte, los cuidados con que debe rodearse a la persona en los momentos próximos a esta etapa, y el respeto que merece el cadáver de un ser humano después de su muerte.

CORPOREIDAD Y ESPIRITUALIDAD DEL SER HUMANO

El ser humano está compuesto por alma y cuerpo, pero no como dos realidades diferentes, dos sustancias distintas, que se unen temporalmente para después separarse. El cuerpo no debe entenderse como una cárcel para el espíritu humano, de la que sería preciso escapar; más bien, debe verse como “la realidad material y sensible que es actualizada por un principio espiritual que es el alma”(1), de manera que alma y cuerpo forman una sola sustancia. El alma y el cuerpo se unen sustancialmente para dar lugar a la persona humana. El alma es la fuerza configuradora del cuerpo (“forma *corporis*”); vivifica y estructura la materia para que sea

un cuerpo humano, y se manifiesta y expresa tan estrechamente a través de éste, que sólo de ese modo constituyen una existencia.

El alma es el principio de todas nuestras operaciones biológicas y espirituales; por ella vivimos, nos movemos, sentimos, entendemos (2) y amamos. Por tanto, el alma está en todo el cuerpo y en cada una de sus partes: unida al cuerpo conforma con él una sola sustancia, responsable de todos los actos del hombre (1).

La persona humana posee, por tanto, en potencia o en acto, una inteligencia capaz de realizar operaciones abstractas, una voluntad capaz de amar el bien, y una libertad que le permite determinar su manera de obrar (o de no obrar). Estas características, inherentes al ser de la persona humana, se derivan de la unidad sustancial que existe entre el alma espiritual y el cuerpo, la diferencian radicalmente de los demás seres vivos, y la dotan de una dignidad especial, que debe reflejarse en la forma como afronta toda su existencia y como es tratada y respetada por los demás.

En efecto, la dignidad de la persona humana le confiere unos derechos y deberes, entre los cuales se encuentra, de manera primordial, el respeto incondicionado a la vida humana inocente (tanto propia como ajena).

Cuando el cuerpo humano deja de estar dispuesto para vivir según el alma se rompe esa unidad y sobreviene la muerte: la actividad de la persona humana, con lo que ha vivido a través del cuerpo, se “recoge” en el alma espiritual, y el cuerpo del hombre deja de serlo, pues sólo queda, y por breve tiempo, un cadáver, el cual, no obstante, por mantener la configuración propia de la persona que ha muerto, merece una reverencia proporcionada.

MUERTE DEL SER HUMANO

Definición de la muerte

La muerte ocurre cuando el cuerpo pierde la condición para ser vivificado por el alma, y ésta se separa. En estas circunstancias, el alma humana, por ser de carácter espiritual, sigue existiendo; pero el cuerpo, al perder su principio unificador y vivificador, su fuerza configuradora, se convierte en un cadáver: sus partes, incluso orgánicas, dejadas a su aislada actividad, se disocian y gradualmente dejan de funcionar, hasta corromperse (3, 4).

La muerte se caracteriza, entonces, por la descomposición irreversible del cuerpo humano, que en algunos órganos se inicia desde el momento de la defunción, y que progresa hasta llegar, en unos meses, a la total desintegración, excepto de los restos óseos (3). Por consiguiente, puede decirse que el cadáver de una persona humana se diferencia de su cuerpo en que ha perdido el funcionamiento integrado de sus órganos, y está en un proceso de descomposición irreversible.

Diagnóstico del estado de muerte

El concepto filosófico de separación completa del alma y del cuerpo no se traduce empíricamente en signos

LA MUERTE OCURRE CUANDO EL CUERPO PIERDE LA CONDICIÓN PARA SER VIVIFICADO POR EL ALMA, Y ÉSTA SE SEPARA.

unívocos que puedan detectarse experimentalmente en el preciso momento en que ocurre el evento mediante un procedimiento diagnóstico: al ser el alma inmaterial, no es posible inventarse un “sensor” que detecte cuando el alma se separa del cuerpo. Sin embargo, aunque sea imposible detectar experimentalmente, de manera exacta, el instante en que ocurre la muerte, el hombre siempre ha contado con métodos para diferenciar un cadáver de un cuerpo humano, que se han ido haciendo más precisos con el avance de la ciencia.

En la actualidad, depende del médico dar una definición de la muerte y del momento de la misma. En 1985, un grupo de prestigiosos científicos, reunidos con este fin, definió que la muerte ocurre cuando la persona:

ha padecido una pérdida irreversible de la capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo (...) La muerte se produce cuando: a) las funciones espontáneas del corazón y de la respiración han cesado definitivamente, o bien b) se ha comprobado la cesación irreversible de todas las funciones cerebrales” (5, 6).

Criterios de muerte por paro cardiorrespiratorio

Se considera que una persona ha fallecido cuando completa más de diez minutos en paro cardiorrespiratorio, sin que se hayan aplicado ningún tipo de maniobras de reanimación para sustituir la función de estos órganos. Cuando esto ocurre, cesan irreversiblemente las funciones

TENIENDO EN CUENTA QUE EL CEREBRO ES EL ÓRGANO INTEGRADOR DE TODAS LAS FUNCIONES DEL ORGANISMO, Y A PARTIR DE LA EXPERIENCIA ACUMULADA DESDE MEDIADOS DEL SIGLO XX, PUEDE AFIRMARSE QUE, CUANDO EL CEREBRO ESTÁ MUERTO EN SU TOTALIDAD, SE PRESENTA LA PÉRDIDA IRREVERSIBLE DE LA CAPACIDAD DE INTEGRAR Y COORDINAR LAS FUNCIONES FÍSICAS Y MENTALES DEL CUERPO, LO QUE CARACTERIZA EL MOMENTO DE LA MUERTE.

vitales del organismo, y poco tiempo después aparecen las primeras señales evidentes de descomposición. Estos son los criterios que se aplican en la gran mayoría de los casos para determinar la muerte de una persona.

Criterios de muerte cerebral

En individuos cuyas funciones cardiorrespiratorias están asistidas (ordinariamente dentro de una unidad de cuidados intensivos), la tecnología médica actual hace posible mantener el funcionamiento aislado del corazón, de los pulmones y de otros órganos, después de que la persona ha fallecido. Por tanto, en estos casos, los criterios de paro cardiorrespiratorio para determinar el momento de la muerte no son aplicables, y se requiere de otros criterios que permitan diagnosticar la pérdida irreversible de la capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo. La determinación de este momento no es una cuestión superflua, sino que reviste gran importancia por reverencia al dramático suceso de la muerte, a fin de poder autorizar intervenciones lícitas sobre un cadáver (autopsia, explantación de órganos o tejidos, utilización en prácticas de estudiantes de medicina, etc.), lo mismo que para el cumplimiento de las prácticas de piedad familiares y sociales con los cadáveres.

Teniendo en cuenta que el cerebro es el órgano integrador de todas las funciones del organismo, y a partir de la experiencia acumulada desde mediados del siglo XX, puede afirmarse que, cuando el cerebro está muerto en su totalidad, se presenta la pérdida irreversible de la capacidad de integrar y coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo, lo que caracteriza el momento de la muerte. En estas circunstancias, los recursos tecnológicos actuales permiten mantener funcionando temporalmente otros órganos, como se mencionó, pero falta el principio integrador propio de la vida humana, y ya se ha iniciado el proceso de corrupción, que hará que en poco tiempo (pocos días) (7) dejen de funcionar todos los órganos, y aparezcan los signos externos de descomposición.

Esta situación sólo se presenta cuando todo el cerebro, que incluye el tronco encefálico y los primeros segmentos medulares, está muerto. Es decir, cuando ha perdido toda actividad funcional y hay ausencia de circulación en la totalidad de los vasos intracraneales, llegando a una situación tal que el tejido cerebral nunca podrá recuperarse (8).

Por consiguiente la muerte cerebral, para que pueda considerarse la muerte del individuo, exige la muerte de todo el cerebro. Una persona en coma profundo o en estado vegetativo que, al tener un tronco encefálico

co funcionando, tiene preservado el funcionamiento de los centros circulatorios y respiratorios, ha perdido funciones importantes, pero su cuerpo humano sigue funcionando como un organismo integrado y, por tanto, no está muerta. Por esto, resulta ilegítimo extrapolar el concepto de muerte cerebral a enfermos en coma profundo, en estado vegetativo persistente, anencefálicos y a otros pacientes cuyo cuerpo, aunque enfermo, conserva su funcionamiento integrado; estas personas, aunque hayan perdido las funciones de buena parte del cerebro, no han tenido una pérdida total del mismo, y esto permite que su cuerpo funcione integradamente.

La comprobación de los criterios de muerte cerebral requiere que la persona esté libre de alteraciones que produzcan depresión del sistema nervioso central o alteren las respuestas reflejas: trastornos metabólicos (desequilibrios hidroelectrolíticos, trastornos ácido-base y alteraciones endocrinológicas), efecto de sustancias y medicamentos depresores del sistema nervioso central (incluidos los tóxicos), bloqueadores neuromusculares, hipotensión arterial e hipotermia severa (temperatura central menor a 32 grados centígrados). Una vez se cumpla este requisito se procede a explorar la respuesta ante diferentes estímulos y al dolor (tabla 1) (9).

Tabla 1. Criterios clínicos de muerte cerebral (9)

Signos clínicos	Pruebas confirmatorias
<ul style="list-style-type: none"> • Coma. • Ausencia de respuestas motoras. • Ausencia de reflejo pupilar a la luz y pupilas en dilatación media (4-6 mm). • Ausencia de reflejo corneal. • Ausencia de respuesta en los ojos ante estímulos calóricos con agua en los oídos (agua helada), previa verificación de la limpieza de los conductos auditivos externos. • Ausencia de movimientos oculo-cefálicos al girar rápidamente la cabeza. • Ausencia de reflejo nauseoso. • Ausencia de tos en respuesta a la succión traqueal con una sonda. • Ausencia del reflejo de succión y chupeteo. • Ausencia de taquicardia después de la administración de 1 mg de atropina IV. • Ausencia de respiración a una PaCO₂ de 60 mm/Hg o que está 20 mm/Hg por encima de los valores basales normales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angiografía cerebral convencional o por resonancia magnética nuclear. • Electroencefalograma plano, a pesar de estímulos somatosensoriales o audiovisuales intensos. • Gamagrafía cerebral. • Ecografía doppler transcraneal. <p data-bbox="876 1289 1516 1364">Intervalo entre dos evaluaciones, según la edad del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido a término hasta los 2 meses de edad: 48 horas. • 2 meses a 1 año de edad: 24 horas. • >1 año y < 18 años: 12 horas. • > 18 años: opcional. <p data-bbox="876 1554 1516 1586">Pruebas confirmatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido a término hasta los dos meses de edad: dos pruebas confirmatorias. • Dos meses a un año de edad: una prueba confirmatoria. • >1 año y < 18 años: opcional. • > 18 años: opcional.

ES ÉTICAMENTE LÍCITO, CUANDO ESTÁ JUSTIFICADO Y SE CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DADA POR LA PERSONA ANTES DE MORIR O POR SU REPRESENTANTE LEGAL, PROCEDER A LA AUTOPSIA O ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS, A LA EXPLANTACIÓN DE ÓRGANOS O A LA UTILIZACIÓN DEL CADÁVER CON FINES DOCENTES, ENTRE OTROS.

Aunque con una rigurosa evaluación clínica en los mayores de un año no es indispensable utilizar las pruebas confirmatorias, puede ser prudente, aún en estos casos, confirmar la ausencia de flujo sanguíneo cerebral mediante angiografía, gamagrafía cerebral o doppler transcraneal.

DIFERENCIAS ENTRE MUERTE CEREBRAL, ESTADOS VEGETATIVOS Y COMA PROFUNDO

Los pacientes que están en coma profundo o en estado vegetativo han perdido, en forma severa (pero no total ni completamente irreversible), sus funciones físicas y mentales, y pueden encontrarse en una situación que, a una mirada superficial, resulte similar a la de un cadáver en muerte cerebral. Pero si se buscan en forma correcta los criterios de muerte cerebral se ve que estos pacientes no los cumplen. A pesar de las aparentes similitudes con la muerte cerebral, la diferencia es radical, en estos casos el cuerpo sigue funcionando en forma integrada, a pesar de que parte de su cerebro se haya afectado severamente, impidiéndole casi completamente todo tipo de comunicación. En estos casos no se ha dado la pérdida irreversible de la capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo. Por consiguiente, la persona humana no ha muerto y conserva toda su dignidad, que no se ve disminuida en lo más mínimo por más graves que sean sus limitaciones.

RESPECTO AL CADÁVER

El cadáver, por reverencia a la persona que ha muerto, merece respeto y consideración. El cadáver de un ser humano no es una “cosa”, ni puede ser tratado como el cadáver de un animal. Hay una serie de obligaciones morales respecto a la atención que corresponde dar a los restos de la persona muerta (por ejemplo, prácticas de piedad de acuerdo con la cultura y las creencias de la persona fallecida), y a las intervenciones que pueden realizarse sobre el cadáver. Es éticamente lícito, cuando está justificado y se cuenta con la autorización dada por la persona antes de morir o por su representante legal, proceder a la autopsia o estudios anatomopatológicos, a la explantación de órganos o a la utilización del cadáver con fines docentes, entre otros. Muchos de estos usos son verdaderas formas de servir, aún después de muerto, a otros seres humanos gravemente necesitados.

EUTANASIA, DISTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Eutanasia, por etimología, proviene de las raíces griegas “*eu*” que significa bien y “*thanatos*” que significa muerte; por tanto, significaría muerte buena o muerte dulce. Sin embargo, la acepción general actual del término es la de toda acción u omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar

el dolor o el sufrimiento. Esta puede realizarse a petición del enfermo, de sus familiares interpretando los “deseos del enfermo”, o por quien se juzga intérprete de los “deseos del enfermo”, por considerar que su vida carece de la calidad mínima para continuar viviendo.

En la eutanasia la muerte se busca como fin o como medio, con una intención aparentemente buena: aliviar el dolor o el sufrimiento. La eutanasia es gravemente ilícita porque, al buscar la muerte como fin o como medio, atenta contra el vivir de la persona humana, que tiene una dignidad y un valor intrínsecos que, como ya se explicó, exigen el respeto incondicional de la vida del inocente. Además, esa dignidad y ese valor intrínseco de la persona humana no se modifican por las limitaciones que tenga ni por las circunstancias concretas de su vida. Por tanto, no es lícito al hombre buscar justificaciones para poner fin a la propia vida ni a la de los demás, ni le es permitido emprender acciones con ese fin.

Por otro lado, la intención con la que se pretende justificar la eutanasia: eliminar el dolor o el sufrimiento, es una falacia: se está eliminando es a la persona que sufre sin que se ataque, para nada, la causa del dolor o del sufrimiento.

Más grave aún resulta el hecho cuando es un tercero, que se considera intérprete de los deseos de la persona enferma, el que toma la decisión de desencadenar la muerte. En su decisión tendrán un peso importante sus preferencias personales, que fácilmente pueden no coincidir con las del enfermo (10).

Las personas disminuidas, debilitadas, limitadas o con malformaciones, a pesar de no poseer en acto sino en

potencia muchas o importantes características del ser humano, deben ser miradas con comprensión y cariño, y merecen un respeto especial. Las circunstancias en que se encuentran, en lugar de disminuir su dignidad, nos obligan a tener un mayor respeto hacia ellas, y a atenderlas para ayudarlas a sobrellevar sus sufrimientos y para que lleven una vida tan normal como sea posible.

TIPOS DE EUTANASIA

La eutanasia se produce por *acción* cuando se administran dosis mortales de medicamentos o venenos, o cuando se suprimen medidas de soporte necesarias para mantener la vida. La eutanasia por *omisión* ocurre cuando se niega la asistencia necesaria para mantener la vida.

Desde el punto de vista de la víctima, la eutanasia puede ser voluntaria (esta incluye al suicidio asistido) o involuntaria, según sea solicitada o no. Puede ser perinatal si se aplica a los recién nacidos deformes, deficientes o con limitaciones que les hacen merecedores de tal suerte. Será *agónica* si se aplica a enfermos terminales. Se llama *eutanasia eugenésica*, económica o social si la muerte se busca como medio para purificar la raza o para liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas “vidas sin valor”: pacientes con lesiones cerebrales irreversibles, ancianos u otras personas tenidas por socialmente improductivas, gravosas, etc.

DISTANASIA

Etimológicamente la palabra distanasia viene del griego *dis* (dificultad o anomalía) y *thánatos* (muerte); consiste en retrasar la muerte de un paciente infligiendo al moribundo dolor o sufrimientos adicionales, secundarios

a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. También se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico y obstinación terapéutica.

ORTOTANASIA

La ortotanasia designaría la actuación correcta frente a la muerte: ayudar al enfermo y a su familia a enfrentarla, mediante el alivio del dolor, del sufrimiento y de las demás molestias que tenga el paciente con una enfermedad terminal, acompañándolo de cerca y apoyándolo durante sus últimos días. Esta conducta respeta plenamente la dignidad de la persona humana, ayudándole a afrontar el crucial momento de la muerte.

EL ENFERMO TERMINAL Y SUS CUIDADOS

La enfermedad terminal es la fase final de las enfermedades crónicas progresivas e irreversibles que afectan órganos indispensables para la vida, y se prevé que terminarán con la muerte del paciente en corto tiempo, usualmente menos de seis meses. En estos casos, el paciente tiene derecho y debe recibir los cuidados ordinarios que se tienen con cualquier persona enferma; pero puede aceptar o rechazar, legítimamente, ciertos tratamientos médicos.

Cuidados ordinarios o proporcionados y paliativos

Entre los cuidados ordinarios o proporcionados y paliativos se encuentran *los cuidados naturales* que se tienen con cualquier persona humana en incapacidad parcial o total para valerse por sí misma, como por ejemplo los cuidados que se tienen con un recién nacido o con un

LA ENFERMEDAD TERMINAL ES LA FASE FINAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE AFECTAN ÓRGANOS INDISPENSABLES PARA LA VIDA, Y SE PREVÉ QUE TERMINARÁN CON LA MUERTE DEL PACIENTE EN CORTO TIEMPO, USUALMENTE MENOS DE SEIS MESES.

niño en los primeros años de vida: alimentación, hidratación, calefacción, higiene, medidas sencillas para prevenir accidentes y complicaciones (por ejemplo, barandas en la cuna), entre otros. Este tipo de cuidados no constituyen un acto médico o terapéutico: se trata de medios naturales para conservar la vida. Por tanto, no cabe considerarlos, en ningún caso, como un medio terapéutico extraordinario o desproporcionado.

También hacen parte de los cuidados ordinarios o proporcionados, los *medios terapéuticos* cuyos beneficios, en términos de conseguir la cura o alivio de una enfermedad o de evitar una muerte prematura, superan claramente los riesgos (efectos adversos de la terapia) y costos de los mismos. Por ejemplo, es proporcionado someter a un paciente joven con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a una neumonía, y que no padece de ninguna enfermedad terminal, a cuidados intensivos, ventilación mecánica, antibióticos potentes y otras terapias intervencionistas, con el fin de salvarle la vida.

Los *cuidados paliativos* cuya finalidad son aliviar el sufrimiento del paciente y facilitar la transición de la vida a la muerte, también hacen parte de los cuidados ordinarios.

El Papa Juan Pablo II, en marzo de 2004, durante su intervención en un congreso sobre cuidados a los pacientes en estado vegetativo afirmó que deben considerarse, dentro de los cuidados ordinarios y proporcionados, las medidas naturales para la conservación de la vida, como la alimentación y la hidratación, y otros cuidados elementales como la higiene, la calefacción, las medidas sencillas para prevenir complicaciones (por ejemplo, cambios de posición en la cama), la rehabilitación y la vigilancia de signos clínicos de una eventual recuperación (11).

Además, refiriéndose a la alimentación e hidratación puntualizó:

En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos (...) La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión (11).

Dentro de los cuidados ordinarios y proporcionados del paciente con una enfermedad terminal debe resaltarse la importancia que tiene el asesoramiento espiritual y la ayuda pastoral, de acuerdo con sus creencias, como apoyo para sobrellevar su sufrimiento y para facilitarle la transición de la vida a la muerte.

Hay que tener en cuenta que, aunque la muerte sea inminente, los cuidados ordinarios no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos y otros medicamentos paliativos en los pacientes con enfermedades terminales, aunque tengan como efecto secundario el acortamiento de los días de vida que le quedan al enfermo, es éticamente lícito si la muerte no es buscada como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como un efecto adverso e inevitable de la terapia.

Medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados

Las alternativas terapéuticas que se planteen para los pacientes con enfermedades terminales deben valorarse cuidadosamente considerando los beneficios reales que se esperan de ellas, los efectos adversos que puedan tener y los costos de las mismas. El análisis cuidadoso de estos elementos permitirá concluir, de manera particular para cada paciente, si estas terapias son proporcionadas o desproporcionadas para el fin buscado. Una cirugía mayor, la reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica, la hemodiálisis, la hospitalización en cuidados intensivos, y ciertos esquemas de quimioterapia, entre otras, muy probablemente serán medidas desproporcionadas para un paciente con una enfermedad terminal. En estos casos, el equipo médi-

UNA CIRUGÍA MAYOR, LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, LA VENTILACIÓN MECÁNICA, LA HEMODIÁLISIS, LA HOSPITALIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS, Y CIERTOS ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA, ENTRE OTRAS, MUY PROBABLEMENTE SERÁN MEDIDAS DESPROPORCIONADAS PARA UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD TERMINAL.

co debe explicar claramente la situación al paciente o a su familia, junto con las expectativas de las diferentes alternativas terapéuticas, para escoger conjuntamente el camino que se debe seguir.

Desde el punto de vista ético hay que tener en cuenta que no existe obligación de someter al paciente a nuevas operaciones cuando no hay evidencia clara de que servirán para su alivio o mejoría. Además, es lícita la interrupción de tratamientos médicos peligrosos, extraordinarios o desproporcionados, o muy costosos, para evitar caer en el encarnizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que también es legítimo acudir a medios extraordinarios aunque existan pocas expectativas de éxito, y que el personal de salud tiene obligación de respetar las decisiones que un paciente, o su representante legal, tomen en este sentido.

Las decisiones en esta materia (utilizar o no medios extraordinarios), deben ser tomadas por el paciente o, en caso de que éste no se encuentre en capacidad de hacerlo, por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente que, como pudo demostrarse en una investigación publicada recientemente (10), pue-

den ser distintos a las preferencias personales de quien toma la decisión. En el estudio en mención se encontró que las personas sin hogar (vagabundos), en caso de encontrarse en coma permanente, con demencia severa o confinados a una cama dependiendo completamente del cuidado de otros, preferirían recibir un manejo intervencionista (intubación orotraqueal, ventilación mecánica, reanimación cardiopulmonar) con mucha mayor frecuencia que lo que desearía un médico o una persona afectada por EPOC en fase avanzada. Además, la mayoría de ellos prefieren que sus familiares no intervengan en la toma de estas decisiones cuando ellos se encuentren incapacitados para hacerlo por sí mismos. Los autores, en sus conclusiones, advierten sobre la prudencia que deben tener los terceros para tomar una decisión de este tipo, dado el peso que tienen, en estos casos, las preferencias personales de quien toma la decisión (10).

En los casos que se decida suspender los tratamientos extraordinarios, hay que velar porque los cuidados ordinarios sigan administrándose sin interrupción, puesto que es no es lícita la omisión de estos últimos.

Cuando a raíz de una evaluación médica rigurosa se determina que se cumplen los criterios de muerte cerebral explicados con anterioridad, es éticamente correcto suspender todo tipo de cuidados (ordinarios

y extraordinarios), puesto que la persona humana ha muerto, y lo que queda es proporcionar la atención debida a su cadáver. Es a partir de este momento cuando sería lícito, si esto no va en contra de los deseos manifestados anticipadamente por el difunto o de la voluntad de quien tiene derecho para representarlo, extraerle órganos para transplantarlos a otra persona necesitada de ellos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la simple duda de que la persona esté viva conlleva la obligación de respetarla plenamente, de prestarle los cuidados ordinarios necesarios, y de abstenerse de cualquier acción orientada a anticipar su muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burggraf J. Antropología Cristiana. In: Monge MA, editor. Medicina pastoral, cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría. 3 Edición. Pamplona: EUNSA; 2003.
2. Aristóteles. De Anima.II:414 a.
3. De Castro P. La muerte, final de la vida humana. In: Monge MA, editor. Medicina pastoral, cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría, 3 Edición revisada ed. Barañáin (Navarra), España: EUNSA; 2003.
4. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Carta de los agentes sanitarios. 1995: n. 128.
5. Chagas C. The Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death. Pontificia Academia delle Scienze. Città del Vaticano: Editrice Vaticana; 1986.
6. Carrasco de Paula I. Los parámetros de la muerte cerebral desde el punto de vista de la moral católica. Persona y Bioética 2000; 4: 65-71.
7. Hung TP, Chen ST. Prognosis of Deeply Comatose Patients on Ventilators. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1995; 58: 75-80.
8. Cervós J. Muerte Cerebral. Persona y Bioética 2000; 4: 9.
9. Wijdicks EFM. The Diagnosis of Brain Death. N Engl J Med 2001; 344: 1215-21.
10. Norris WM, Nielsen EL, Engelberg RA, Curtis JR. Treatment Preferences for Resuscitation and Critical Care among Homeless Persons. Chest 2005; 127: 2180-87.
11. Juan Pablo II. Discurso. Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo. Città del Vaticano: Editrice Vaticana; 2004.