

Dilemas éticos al final de la vida

Dra. Margarita E Araujo-Navarrete*

* Medicina del dolor y cuidados paliativos, Centro Médico ABC.

La enfermedad terminal y la muerte inminente de los enfermos es un tema de debate. No es fácil reconocer la línea que determina hasta dónde se puede insistir en la atención eficiente y efectiva y dónde se debe evitar la obstinación terapéutica y suspender acciones excesivas y fútiles.

Desde el imperativo categórico de Kant, donde la intención es válida al pensar en lo que se debe antes de hacerlo, hasta el imperativo tecnológico donde, tal parece, que todo aquello que sea posible hacer, será hecho, independientemente de las convicciones éticas y morales (F. Lefranc); nos encontramos ante DILEMAS, entendiendo estos dilemas bioéticos como un conflicto de valores o creencias, que resulta de una situación en la que la elección de un bien, inevitablemente, conlleva la pérdida de otra opción. Este conflicto surge cuando hay dos o más opciones que pueden ser no sólo distintas entre sí, sino incluso opuestas (D. Gracia).

De los conflictos observados por los Comités Hospitalarios de Bioética en relación al final de la vida, encontramos:

- La aplicación oportuna de los cuidados paliativos.
- Respetar la autonomía de los pacientes, para obtener el consentimiento o asentimiento informado, después de un proceso de información completa y veraz (para aceptar o no tratamientos oncológicos, cirugías, procedimientos diagnósticos, exámenes de laboratorio, diálisis o nutrición parenteral, por ejemplo).
- Respetar la voluntad anticipada, donde el paciente solicitó la no aplicación de soporte vital o la limitación de la reanimación cardiopulmonar.
- Limitar el esfuerzo terapéutico, con el retiro de tratamientos médicos fútiles, e incluso, suspensión de la atención médica.
- Sedación paliativa.
- Eutanasia.
- Suicidio asistido.

Las personas, en general, no hablan del final de la vida y cuando son los familiares quienes reciben la información del

médico tratante, entienden la condición, estado físico y el pronóstico del evento, sin pensar en lo que el paciente querría, y es un momento en el que no se atreverían a preguntarle.

La dignidad en la vida es inherente a ella y abarca la calidad en la historia completa de la persona y su entorno afectivo y no sólo en una temporalidad determinada, para lo que tendríamos que estar dispuestos a interrogar:

- ¿Cuáles son las necesidades fundamentales de los pacientes?
- ¿Qué sabe o quiere saber de su enfermedad y el pronóstico?
- ¿Si prefiere tener expectativas y vivirlas en el día a día?
- ¿Qué querría hacer si su tiempo fuera limitado?
- ¿Cuáles son las cosas que más le importa realizar?
- ¿Cuáles son sus mayores temores o inquietudes?
- ¿Qué pendientes tiene ?

(De la Fuente JR. *Calidad al final de la vida*)

La comunicación anticipada lograría:

- Fomentar la interacción de los médicos y familiares.
- Liberar a la familia de tener que tomar decisiones en momentos críticos.
- Reducir la posibilidad de recibir tratamientos no deseados, inútiles, agresivos y costosos.
- Definir un representante legal solidario para que se respete su autonomía.
- Conocer los deseos del paciente para aceptar o rechazar los posibles tratamientos.
- Contar con el documento de voluntad anticipada (Borrell F. *El deber de no abandonar al paciente*).

De los enfermos terminales que mueren en Terapia Intensiva en EUA, el 24% recibe reanimación y un 50% fue sujeto a la aplicación de una sonda de alimentación, cuando menos. Sólo el 30 % de los pacientes que desean fallecer en su domicilio lo consiguen. En España, en servicios de Oncología, la tendencia es similar, del 24% de los enfermos terminales que murieron en el hospital, el 81.8% siguió recibiendo tratamiento activo

antineoplásico, el 56.6% en el último mes y el 38.8% en los últimos quince días. El 70% fallece hospitalizado y un 14% murió a las 72 horas del ingreso hospitalario.

Hablar libremente del tema y que las personas se atrevan a externar sus deseos para el final de su vida, como un testamento de vida, para concluir una historia satisfecha, requiere cambios culturales, espirituales y antropológicos.

El empeño para mejorar la práctica clínica y formular decisiones con resultados controlados sería posible incluso con guías y protocolos definidos.

Las sugerencias para resolver los dilemas al final de la vida proponen diferentes métodos

El Dr. Jan Helge Solbakk sugiere la comunicación con el dialogo, la confrontación al debatir y acordar con la deliberación de las variantes en cada caso, por la patología sistémica diferente, cambios individuales en la función y los valores sociales, culturales, religiosos, políticos, económicos, etc.

El Método de Diego Gracia sugiere cinco preceptos para el manejo de éstos dilemas bioéticos:

1. Manejo Secular, con el propósito de evitar la discrepancia de las diferentes posturas religiosas, hasta alcanzar acuerdos morales aceptables para todos.
2. Pluralista para aceptar diferentes enfoques y acuerdos universales.
3. Autonomía con respeto al individuo sin imposiciones.
4. Racional casi matemática, con ejemplos realistas previos y evaluación posterior de las consecuencias y, finalmente,
5. Universal para aplicación igualitaria.

Beauchamp y Childress proponen el Principalísimo, con cuatro principio de reflexión: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia, con el interés de que tengan el mismo peso, si bien alguno podría ser mas aplicable en ciertos casos.

Todas las posibles formas de evaluación de cada caso tienen un gran significado; sin embargo, cada caso es único, individual y tal vez repetible, muchas son las historias que nos deja cada familia y su forma de afrontar las circunstancias. Seguimos aprendiendo y repitiendo, en lo posible, las soluciones para dar la mejor respuesta.