

Actitud del médico frente a la muerte

Dr. Juan Carlos Pérez Cárdenas¹

“ Aunque no sea más que porque recuerda que existe, no debería ser motivo de júbilo para los hombres, la muerte de un ser humano ”

José Martí.

Resumen

Se realizó un análisis de algunos aspectos bioéticos relacionados con el morir y la muerte, así como del comportamiento del médico en relación a pacientes y familiares ante este proceso. Se revisaron los cambios que han tenido lugar durante el último medio siglo en el proceso de morir y en la actitud con relación al nivel de información a los pacientes sobre su estado de salud y su pronóstico. Se hizo una reflexión sobre la responsabilidad del médico frente al moribundo, la familia y la sociedad y sobre su actitud ante la muerte esperada y la muerte inesperada. Se concluyó enfatizando la necesidad de educar a los médicos en formación, sobre la importancia de una comunicación adecuada con el paciente y sus familiares y censurando las tendencias que deshumanizan la práctica médica.

Palabras clave: *Agonía; proceso del morir; paciente terminal; comunicación de la verdad.*

Introducción

Tratar con la muerte nunca es fácil y, aunque existe desde que comenzó la vida, el hombre siempre le ha temido, no tanto a la muerte en sí como un hecho, sino a no saber que nos espera en “ *el más allá.* ”

El médico es el profesional más relacionado con la muerte del ser humano y es de esperar que tenga una actitud adecuada ante la muerte de su paciente, familiares, amigos o la suya propia; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no ocurre así.

Durante la etapa de estudios de la carrera de medicina, se dedica mucho tiempo a todo lo referente a las enfermedades, sus manifestaciones y tratamiento, pero ¿qué tiempo le dedicamos a esa parte inexorable de la medicina que es la muerte? El primer encuentro del autor de estas líneas con ella, fue en las salas de Anatomía; luego en las salas de Medicina y Cirugía, pero siempre viéndola como algo ajeno, que correspondía a los demás y ciertamente empecé a tener conciencia de ella después de rebasar los cuarenta años. La rapidez

conque vivimos no nos deja lugar para pensar en nuestra propia muerte y no la consideramos en toda su seriedad.

Por otra parte estamos tan familiarizados con ella (cine, televisión, novelas, noticias de muertes diseminadas por todos los escenarios de guerra, etc.), que ha llegado a convertirse en un artículo de consumo fácil de adquirir; y prácticamente la esperamos con su carga de violencia en cada película de acción, en cada novela.

Esta es una contradicción curiosa en estos años: Por una parte tratamos de que la muerte real pase inadvertida, mientras que se abusa de su imagen en forma de juegos y escenas de violencia, a través de los medios de comunicación y video juegos. Este ocultamiento se refleja en la moda, cada vez más difundida, practicada en algunos países, de la preparación y maquillaje del cadáver, para llevar a los presentes en la funeraria la sensación de que no está muerto y, simultáneamente, enseñamos cada vez más a nuestros niños como jugar a matar, de forma tal que minimizamos el pensamiento sobre la muerte real y la hemos recluido en los hospitales.

En lo que al médico respecta, ha cambiado la actitud con relación al nivel de información que se le da a los pacientes: se les miente deliberadamente sobre su estado de salud, bajo el supuesto de que lo protegemos de las crueldades de la vida y de la muerte, sin percatarnos que de esta forma destruimos una relación justa con él.

El propósito de este trabajo es el de analizar algunos aspectos bioéticos relacionados con el morir y la muerte, así como el rol que debe cumplir el médico en relación con el paciente y sus familiares.

Desarrollo

La actitud de la sociedad —y, por ende, de las personas— frente a la muerte se ha ido modificando a través del tiempo y, si bien en la Edad Media se aceptaba como algo natural, hoy el ser humano de nuestra “cultura occidental” no sabe morir de forma tranquila: sucede que la mayoría morirá en el medio hospitalario, rodeado de un mar de batas blancas pero alejado de sus familiares más queridos.

Tradicionalmente la muerte de una persona ocurría en casa, rodeado del cariño y la atención de su familia; hoy esta forma de morir le ha sido arrebatada al enfermo; así, al igual que ha cambiado el morir, también han cambiado los criterios que definían la muerte (1).

Primeramente, se definía como el cese de los latidos cardíacos y los movimientos respiratorios, pero este concepto no ha dejado de ser un problema, no sólo desde el punto de vista ético, sino también legal y fue necesaria una mayor precisión.

Durante el año 1968 se publicaron los Criterios de Harvard, que la definieron como pérdida irreversible de la función cerebral y cardiorrespiratoria (2). Con el

continuo avance de la ciencia y la tecnología, esta definición no se ajustaba a este desarrollo, por cuanto la utilización de medios mecánicos podía prolongar la vida vegetativa al sustituir algunas funciones orgánicas como es la ventilación.

Con el desarrollo ulterior de la trasplantología en los años 60 (renales) y 80 (cardiopulmonares) del siglo pasado, estos criterios resultaron obsoletos y entonces se centraron en las funciones del Sistema Nervioso Central y se comenzó a utilizar el término de muerte cerebral. Este criterio permite la certificación de la muerte legalmente y, al mismo tiempo, la utilización de órganos útiles para trasplante, mediante la perfusión asistida que mantiene la viabilidad de los tejidos. (3,4)

En todo caso, es importante recordar que la muerte es un proceso y que su importancia viene dada no por el momento en que esta ocurre en órganos, tejidos y células, sino por su irreversibilidad al considerar al individuo como un todo. (5,6)

Se entiende por Dignidad, como dice el Diccionario de la Lengua Española: un comportamiento con gravedad y decoro, una “*cualidad que enriquece o mantiene la propia estima y la de los demás*”. Si en verdad nos estimamos a nosotros mismos no iremos a aspirar jamás a que se nos compadezca por nuestro estado de miseria y de dolor. Pero así como tenemos el derecho de vivir con dignidad se asume que también tenemos el derecho de morir con dignidad. (7,17)

Lo natural del morir humano

Mientras que cada muerte es única e individual, su impacto en la familia y el médico depende de muchos factores, incluidos la edad del paciente, duración de la enfermedad, preparación emocional, el acompañamiento de la familia y la fortaleza de la relación médico-paciente.

La muerte ocurre naturalmente como un evento final de toda la vida humana y, a medida que envejecemos, nuestras funciones declinan. Se han realizado estudios donde se aprecia que sujetos muy viejos y saludables, que no desarrollan una enfermedad aguda o crónica, eventualmente comienzan un declinar de forma irreversible alrededor de los 100 años, edad próxima al estimado máximo de la vida humana.

A este proceso se le ha llamado *declinación terminal*, que precede a la muerte del anciano en el cual no podemos atribuir este estado a traumas o enfermedades, de forma tal que el morir en edad avanzada es tan natural como el crecer y desarrollarse lo es para el adulto joven.

El uso del término *natural* ha sido muy discutido, comoquiera que la posibilidad de una enfermedad no descubierta nunca puede ser excluida. Un estudio realizado entre ancianos con entusiasmo para vivir se correlaciona con la longevidad y todas las causas de muerte están aumentadas en adultos de edad madura con un nivel socioeconómico bajo o con elementos

estresantes en su vida; sin embargo, los médicos somos escépticos ante la consideración de la pérdida de la voluntad de vivir como causa de muerte: En una encuesta al respecto, sólo del 5 al 17 % de los médicos valoraron los factores psicológicos relacionados con la muerte, mientras que del 34 al 48 % de los estudiantes de medicina y otros profesionales no médicos pensaron lo contrario.

La mayoría de las personas —excepto en países con graves carencias de los sistemas de salud— muere actualmente en instituciones hospitalarias, alejados de familiares y amigos, entre un personal tal vez bondadoso y preocupado, pero ajeno; y lo peor es que la muerte se esta convirtiendo en una enemiga de la medicina, una señal de nuestras limitaciones en el diagnóstico médico y conducta y esa tendencia actual posiblemente sea irreversible (14).

La responsabilidad del médico frente al moribundo, la familia y la sociedad.

Tradicionalmente, la ética de la medicina se ha orientado por principios filosóficos clásicos, que esperaban del médico virtudes tales como no causar daño, hacer el bien y abstenerse de emplear su pericia en actos de manipulación y coerción; el paciente debía tener confianza en el médico y acatar el tratamiento. Pero realmente la responsabilidad de la salud debe ser compartida por el médico y el paciente y fundamentada en el conocimiento, el respeto mutuo y la combinación de la pericia y la ética.

¿Esto es lo que realmente sucede? No.

La explosión del conocimiento médico y el incremento de la tendencia de los facultativos a concentrarse en los resultados del laboratorio más que en el paciente, conducen a menudo a ver a éste como una enfermedad con una persona anexa, con la resultante de que la medicina se ha convertido en la conquista de la enfermedad a toda costa y donde el paciente ha sido relegado a un plano secundario.

Esto es más manifiesto en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde los enfermos, a veces sin tener en cuenta la irreversibilidad de su estado, son tratados hasta el ultimo latido cardiaco con infusiones de todo tipo, pinchazos constantes, colocación de tubos por todos lados, hasta que la irremediable muerte llega (18,19). Si a esta prolongación del morir se le añade el hecho de que muchos médicos poco o nada dicen al paciente (a pesar de estar consciente) respecto a su situación real y dan a sus familiares la información que a él corresponde, tendremos un fenómeno cada vez mas frecuente, según el cual el paciente ya no es dueño de su propia muerte, pues ni sabe cuando va a morir ni puede tomar disposiciones con la debida información. Casi se podría llegar a decir que los médicos ya no estamos dejando morir a los enfermos; sufren su muerte, pero no son dueños de ella; desde el cirujano hasta el camillero,

disponen en mayor o menor grado del paciente y de todo su entorno físico y personal.

¿Es lo que el enfermo quiere? ¿Lo que quieren sus familiares?



La actitud del médico ante la muerte esperada.

La mayor parte de los fallecimientos son esperados. El Dr. Timothy E. Quilí, afirma que en los EEUU las tres cuartas partes de las muertes en los hospitales está programada y los médicos lo ocultan para evitar las consecuencias penales (16). En algunas sociedades actuales, se tiende a pensar que, cuando nada o casi nada se puede hacer ya por sus vidas, es mejor acabar con el sufrimiento del afectado y de su familia. La tendencia a la justificación de la eutanasia o la ayuda al suicidio como supuesta “muerte digna” ha provocado lógicas reacciones desfavorables de médicos, juristas y de los medios católicos contra cualquier medida legislativa que las despenalice. La aceptación de que el declinar y la muerte del anciano o de un paciente con una enfermedad crónica irreversible no es un fallo médico, sino una parte de un proceso natural, nos prepara para procurar que el ambiente donde suceda la muerte sea lo mas natural y humano para el enfermo y su familia, de forma tal que se le deje hospitalizado sólo si es estrictamente necesario; de lo contrario es preferible que muera en su casa, rodeado de todo lo suyo y no abandonando jamás al paciente y la familia ante la inminencia de la muerte.

La comunicación del fallecimiento a los familiares debe ser breve y precisa, evitando rodeos innecesarios. Cuando el médico ha establecido una comunicación adecuada y la muerte es evidente como un evento natural, el hecho de que sea rápida y digna es el mejor resultado. En este momento pueden surgir las siguientes preguntas ¿Sufrió?, ¿Fue esta muerte inevitable? ¿Sabía de la presencia de la familia?

El médico debe estar familiarizado con los procesos administrativos en el hospital, el completamiento de la información y la disposición del cadáver, siendo capítulos de particular importancia el examen post-mortem (necropsia) y la donación de órganos. La solicitud de la autorización de los familiares es un procedimiento que siempre genera ansiedad. Este permiso es una prerrogativa de los familiares más cercanos y el rol del médico en

este aspecto es solamente el de consejero.

La necropsia puede proporcionar información de inestimable valor, ayuda a completar la caracterización de la enfermedad, las causas de la muerte, además de su importancia para la docencia de otros profesionales. La función del médico no finaliza con la muerte del paciente sino que se prolonga mas allá (19, 20, 21,22).

El periodo de pérdida (duelo) se caracteriza por síntomas depresivos y enfermedades somáticas que deben ser atendidas y el médico de la familia debe estar atento a este proceso, para brindar la ayuda que sea necesaria.

La actitud del médico ante la muerte inesperada.

La cuarta parte de los fallecimientos en salas de hospitalización y la mitad de los que ocurren en la atención de urgencias, son inesperados. Para el médico, ésta representa una oportunidad limitada en la relación médico-familia; es la que mayor sentimiento de tristeza y frustración provoca en el personal de salud, sobre todo cuando se trata de sujetos jóvenes y aparentemente sanos, a lo que se suma que la familia no esta preparada y la respuesta de aprensión inicial puede ser exagerada. El médico debe estar dispuesto a invertir un mayor -y más estresante- tiempo. Nunca más que en esos momentos, el facultativo necesita ser apoyo y consuelo, compartiendo con la familia el dolor de la muerte del ser querido. Los médicos más experimentados deben transmitir a los mas jóvenes (residentes, internos, estudiantes de medicina y enfermería) la forma en que deben hablar con los familiares sobre estos aspectos y combatir severamente las tendencias existentes que deshumanizan nuestra práctica.

Si somos capaces de ganarnos el respeto de los pacientes y familiares estaremos aptos para atender el fin ético de la medicina: *Prestar servicios a la Humanidad con todo el respeto a la dignidad del hombre.* (23, 24, 25,26)

Conclusiones

La tecnología médica ha prolongado el acto de morir. Además, la muerte se ha ido *medicalizando*, porque ahora se muere la mayoría de las veces rodeado de un equipo de salud altamente tecnificado. Esto hace que el paciente muera solo, alejado de sus familiares y personas allegadas

En nuestro medio, las decisiones son tomadas por el médico, de acuerdo con los familiares, sin consultar habitualmente al enfermo.

Es necesario educar al personal en formación, sobre la importancia que tiene la comunicación adecuada con el paciente y sus familiares y censurar a las tendencias que deshumanizan la práctica médica.

El prolongar la llegada de la muerte, por ensañamiento terapéutico, atenta contra la dignidad de la persona, prolongando su sufrimiento.

Referencias bibliográficas

- 1 Lara, MC Sobre el consentimiento informado. Boletín de la OPS. Mayo - Junio 1990; 108 (5-6) p. 619.
- 2 Sánchez Torres, F: Capítulo 2: Ética Médica y Bioética. Temas de Ética Médica. Librería Digital. Copyright 2000. Encolombia.com.
- 3 Llano Escobar, A: El morir humano ha cambiado. Boletín de la OPS. Vol. 108. Números 5 y 6. Mayo - Junio 1990. Washington. DC. EUA.
- 4 Pacín, J: Cuestiones Éticas en Medicina Crítica. Avances en Medicina Intensiva, 1998:261-272. Madrid.
- 5 García D: Introducción a la Bioética Médica. Boletín de la OPS. Vol. 108. Números 5 y 6. Mayo-Junio 1990.
- 6 Cárdenas Pérez, ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo, G: Ética Médica y Bioética. Perspectiva Filosófica. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Colectivo de Autores. Editorial Ciencias Médicas, 2000.
- 7 Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1ed. Vol. 1. Ciudad de La Habana. Editorial Científico Técnica. 1978.
- 8 Bacon, F Instaurado Magna (1623), citada por P. Vesperien en Encyclopedia Universalis, «Corpus», Vol. 7, (1985). (Tomado de ¿Existe un derecho a morir? Aproximación al tema de la muerte, de Cambrón Infante, A).
- 9 Sánchez Torres F: Temas de Ética Médica. Capítulo14: Derecho a una Muerte Digna. Librería Digital. Copyright 2000. Encolombia.com.
- 10 Ezequiel JE: Euthanasia and physician assisted suicide. Up To Date 9.2 CD-ROM. October 2001.
- 11 Acosta Sario JR: ¿Quién debe decidir? Rev. Avances Médicos de Cuba 1996; Año III No 7, 60.
- 12 Sheldon T: Doctors end of life decisions vary across Europe . BMJ 2003; 327: 414.
- 13 Singer AP, Siegler M: Ética clínica en el ejercicio de la Medicina. Tratado de Medicina Interna. Vol. 1, 5-8. 20ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana, 1998.
- 14 Sheldon T: Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says. BMJ 2003; 326:1164
- 15 Clark D.: Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. BMJ 2002; 324: 905-907.
- 16 Información proporcionada por el Dr. Timothy E. Quilí, director adjunto del Genesee Hospital, de EEUU, en el debate organizado por la Fundación Ciencias de la Salud, sobre «Morir con dignidad», Madrid, octubre, 1995 (Tomado de Cambrón Infante, A, op. cit.).
- 17 Eckestein M Ch.: Kill the pain, not the patient. Rapid Responses. BMJ 2001; 323:1384.
- 18 Dyer C.: Swiss parliament may try to ban "suicide" tourism. BMJ 2003; 326: 242.
- 19 Walker AE (E): Cerebral death. Urban & Schwarzenberg; Baltimore, 1985.
- 20 Plum F, Posner JB (Eds): The Diagnosis of Stupor and Coma. Philadelphia , USA : FA. Davis Company; 1980.
- 21 Criterios del Instituto de Neurología y Neurocirugía para el diagnóstico de la Muerte Encefálica. Información Científico-Docente # 1. Instituto de Neurología y Neurocirugía, Ciudad de La Habana, 1990.
- 22 República de Cuba: Gaceta Oficial. Ley No 41 del 13 de Julio de 1983 (Ley de Salud Pública) p 967-76. Edición ordinaria # 61, Ciudad de La Habana. Agosto 1983.
- 23 República de Cuba: Gaceta Oficial. Ley No 59 de Julio de 1987 (Código Civil) 39-24. Edición extraordinaria. No. 9. Ciudad de La Habana Octubre 1987.
- 24 Clemente T.: Derecho Civil. Parte General. Ed. Universidad de La Habana; Ciudad de La Habana 1983: 196-97.
- 25 República de Cuba: Gaceta Oficial. Decreto No 139 del 4 de Febrero de 1988 (Reglamento de la Ley de Salud Pública), 177-192. Edición ordinaria No. 12, Ciudad de La Habana. Febrero 1988.
- 26 Principios de la Ética Médica. Editora Política; Ciudad de La Habana, 1983.

¹ Médico Especialista de Segundo Grado y Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica. Hospital Freyre de Andrade, ciudad de La Habana. Master en Bioética.