

Procedimientos, técnicas y comunicaciones en bioética, psiquiatría y medicina molecular

La relación médico-paciente, con enfermedad en fase terminal.

Tte. Cor. Alberto Amor Villalpando,* Dr. Porfirio Sánchez Granados**

Asociación Mexicana de Bioética. México

RESUMEN. Los autores encuadran al paciente como un ente biopsicosocial espiritual trascendente. En lo biológico revisan el diagnóstico de paciente en fase terminal, proponiendo el término de «Síndrome Terminal» y enfatizan la necesidad de un diagnóstico correcto de falla terminal múltiple e irreversible y que no responde a la terapéutica. Subrayando no caer en el encarnizamiento terapéutico, así como aplicar el triage de guerra, en su tratamiento integral. En lo que respecta a lo psicológico señalan la necesidad de contar con un criterio de muerte psicológica, de acuerdo con el Dr. Rebolledo Mota y tomar en cuenta las reacciones estudiadas por la Dra. Kubler Ross. En lo que respecta a lo social, de importancia de la relación médico-paciente, familia y sociedad y equipo de salud espiritual, los autores desarrollan en tres dimensiones en la existencia humana, y se entiende: a) iniciación de un ciclo de vida, b) como fin de un ciclo de vida, c) como posibilidad existencial. En lo trascendente, darle al enfermo, de acuerdo al proceso religioso, la posibilidad de efectuar su propia trascendencia ante su medio, y la posibilidad de ir, después de la muerte, a un más allá. Por último, se contempla que no existe infraestructura institucional para la atención del paciente terminal en su hogar y menos una capacitación para la familia al respecto.

Palabras clave: síndrome terminal, muerte biológica, psicológica y social, aspectos espirituales de la muerte, tratamiento a paciente terminal en su hogar.

SUMMARY. Some authors categorize the patient as a biopsychosocial spiritual transcendent entity. On the biological side they review the patient's terminal face diagnose. Writing down the term «Terminal Syndrome», they emphasize the need for a correct diagnose of multiple and irreversible terminal failure without any response to therapy. Regarding the psychological part, they point out the importance of having a psychological death criteria, according to Dr. Rebolledo Mota and take in consideration the reactions studied by Dr. Kubler Ross. Regarding the social part, the importance of the doctor-patient, family and society and spiritual health team relation, the authors develop three dimensions in human existence, they are: A) The starting point of the cycle of life, B) As the end point of the cycle of life, C) As a existential possibility. On the transcendent side, give the patient, as the religious process dictates, the possibility to accomplish his own transcendence across his surroundings, and the chance to go, after his death, to heaven. Finally, they realize that there is no institutional infrastructure for treatment of a terminal illness at home, and for the training of the family in that subject.

Key words: terminal syndrome, biological, psychological and social death, spiritual aspects of death, treatment of a terminal illness patient at home.

* Presidente Honorario Vitalicio de la Asociación Mexicana de Profesores de Pediatría, AC. Miembro de la Academia Mexicana de Pediatría (Comisión de Bioética) Presidente de la Asociación Mexicana de Bioética, AC. Presidente Honorario de la Asociación de Profesores de Ética y Bioética, AC. Miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, AC. Profesor Titular de Bioética y Derechos Humanos en la Escuela Médico Militar, Odontología y Militar de Enfermeras. Maestro en Bioética, Universidad Anáhuac.

** Médico Cirujano UNAM. Tesorero de la Asociación Mexicana de Bioética, AC. Maestro en Bioética, Universidad Anáhuac. Profesor Asociado de Bioética y Derechos Humanos en la Escuela Médico Militar, Odontología y Escuela Militar de Enfermeras.

Correspondencia:

Tte. Cor. Alberto Amor Villalpando
Indianápolis No. 10. Col. Nápoles. México, D.F.

En el acto biomédico; diagnosticar, curar, aliviar o consolar permanecen inmutables con los pacientes que cursan una enfermedad en fase terminal. Sin embargo; con la fase terminal existe un debate, no bien claro, es la supuesta carencia de profesionalidad de los médicos frente al paciente terminal. Si uno hace una lectura en la currícula académica de las Escuelas de Medicina, salta a la vista que no se contempla esta materia, aunque de hecho, la muerte es inseparable en el ejercicio médico.

Procede, por lo tanto subsanar este defecto, debe enseñarse, tanto en pregrado como en postgrado. La tanatología como estructura para conceptualizar la muerte y de esto, elaborar la metodología en la asistencia al síndrome terminal del enfermo.

Por otra parte adquiere mayor importancia para los médicos, globalizar al paciente en fase terminal, como un ente Bio-Psico-Social Espiritual y Trascendente. Durante la fase terminal se aglomeran estas características más que nunca; al mismo tiempo le da sentido a la actuación del médico y mayor perspectiva para la asistencia al paciente, si tomamos en cuenta cada uno de esos elementos de toda la vida de la persona.

Proponemos que a la enfermedad en fase terminal, se le denomine *Síndrome terminal*. Y, la definimos como el estado clínico que evoluciona a la muerte en corto plazo. Se presenta comúnmente como el proceso evolutivo de las enfermedades crónicas progresivas, cuando se han agotado la terapéutica disponible.

Este síndrome terminal de enfermedad precede a la muerte, siempre que no exista complicación o accidente.

A la muerte le precede, el estado agónico, y éste representa las últimas horas de existencia del paciente. Este estado agónico se caracteriza por una descompensación agudizada, severa y múltiple de los sistemas de control fisiológico que progresa en forma irreversible hacia la muerte en las siguientes horas.

Cómo se comporta el médico ante la muerte

Para el médico de la antigüedad, la muerte era prueba de la inutilidad de la medicina y de la incompetencia profesional. Por esta razón todo paciente afecto de un mal incurable representaba una seria amenaza para el profesional.

La medicina hipocrática se expresaba de este modo: «El médico debe terminar con el sufrimiento del enfermo, amonizando la violencia de su enfermedad mientras pueda, pero debe negarse a tratar al enfermo que se encuentra vencido por su enfermedad».

Los médicos de la antigüedad, siguiendo los principios hipocráticos, se negaban a tratar al enfermo desahuciado.

La medicina medieval abrevó en fuentes hipocráticas y galénicas; unas y otras fueron desahucias al moribundo y desahuciado. Veamos algunos consejos «Nunca tengas tratos con alguien que esté a punto de morir, o que padezca un mal incurable». El médico debe rechazar todos los casos peligrosos, y en ninguno deberá aceptar los de extrema gravedad. Llegado el momento se impone la transferencia a los custodios de la Fe. (Había una delimitación entre los poderes del médico y los del sacerdote, que por lo demás aceptaba todo el mundo. El poder de curación del médico cedía al poder de salvación que ejercía el sacerdote).

El tema de la muerte alcanzó su máxima expresión en las postrimerías del siglo XIV, cuando las epidemias de peste (muerte negra), alarmaron a Europa. A lo largo del siglo XV Europa se hallaba obsesionada con la muerte. Y durante el siglo XVI, lo macabro y lo elegiaco se unieron en alianza dramática. Entonces la muerte adoptó una forma espectral y grotesca.

Según puede observarse en los grabados de Hanz Holbein, la danza macabra representa a la muerte acaudillando a la gente hacia un destino común. La muerte más célebre, pin-

tada por Bruegel, se titula «El triunfo de la Muerte», cuadro que hoy se encuentra en el Museo del Prado de Madrid.

La importancia concedida a la idea de la muerte durante el final del medievo, suscitó una gran difusión del **Memento Mori** (recuerda la muerte), y esto fomentó un extraordinario interés por las diversas versiones de una obra intitulada

Ars Moriendo, que quiere decir «Arte de Morir».

Con arreglo a las normas de conducta prescritas por el ars moriendo, el moribundo no sólo debía procurar una muerte jubilosa y voluntaria, sino que debía resguardarse de ciertas tentaciones. Se desaprobaba todo intento de llamar a un médico para asistir al moribundo y se prohibía enérgicamente aplicarle al enfermo «sangrías». El arte de morir no comprendía los auxilios médicos. Había una separación neta entre salvación física y redención espiritual. Con esto se ratificaba el tradicional abstencionismo médico frente a los enfermos desahuciados o en etapa final.

Fue preciso llegar a la edad moderna para que con los equipos de terapia intensiva se atendiese al enfermo moribundo, sometiéndolo a cuidados que permiten sobrevivir vegetativamente a desahuciados y muertos aparentes. Al mismo tiempo se dieron cuenta que el paciente sí se muere y cómo se muere.

En su relación específica con la existencia humana, la muerte puede ser entendida como:

- a) Como iniciación de un ciclo de vida.
- b) Como fin de un ciclo de vida.

Regresemos al diagnóstico del Síndrome terminal que se fundamenta en los siguientes factores clínicos:

- 1. Enfermedad causal de evolución progresiva.
- 2. Pronóstico malo para la vida en corto plazo.
- 3. Ineficacia comprobada de la terapéutica.
- 4. Pérdida de la esperanza de recuperación por cuadro clínico irreversible.

La enfermedad causal evoluciona, como es sabido, con períodos de mejoría, períodos de estabilización, y, períodos de exacerbación; pero la progresión de la enfermedad se ha mantenido continua. Durante las fases asintomáticas se han realizado maniobras preventivas o de erradicación. En los períodos de descompensación se da la terapéutica convencional, de eficacia comprobada. En las fases de agudización se proponen nuevas estrategias terapéuticas, los últimos avances disponibles.

Si llega el momento de diagnosticar el síndrome terminal es el mal estado general e insuficiencia orgánica grave, esta insuficiencia orgánica puede ser única o múltiple.

El mal estado general se acompaña de debilidad severa e impide el cuidado y la higiene personal, se asocia a incapacidad para atender cualquier actividad, daño progresivo de funciones, como pérdida o cambio en el ciclo circadiano del sueño, de descanso, cambios en su vida de relación con su familia y con la sociedad; lo que implica permanencia en la cama, di-

ficultades para comer, anorexia invencible, dificultades para la hidratación parenteral, etc., a veces se acompaña de alta morbilidad, como flebitis, úlceras de decúbito, infecciones y otras.

La insuficiencia orgánica está en relación directa con el órgano afectado; en la enfermedad obstructiva crónica pulmonar, en la insuficiencia renal, hepática, cerebral, cardíaca, etc.: es evidente que por pérdida de la función, los síntomas y signos serán de acuerdo con el órgano afectado.

En ocasiones se trata de episodios agudos que avanzan implacablemente hacia la etapa terminal (síndrome terminal), ya sea por infarto masivo del miocardio, accidente vascular cerebral, gruesa embolia pulmonar, hemorragia profusa, politraumatizado severamente, estados de shock o cuadro tóxico grave, el médico está obligado a todos los medios de su ciencia y de su técnica. Lucha contra el riesgo de muerte porque sabe que son muchos pacientes que pueden salvarse. Sin embargo, es obligado aplicar el triage de guerra, es decir, atender al de mejor pronóstico, en tanto al de pronóstico malo para la vida, utilizar los medios ordinarios.

La cuidadosa observación y los datos clínicos recogidos nos indican el grado de lesión o insuficiencia orgánica, permitiendo estimar el intervalo de tiempo en el cual dicha insuficiencia o lesión evolucionará hasta causar la muerte directamente o través de complicaciones letales. Frecuentemente la estimación de la supervivencia es errónea, por falso diagnóstico, quizá por mejoría transitoria médica inexplicable o por otras causas. Por este motivo, hay que ser prudentes para poner plazo en el síndrome terminal. Se trata únicamente de un criterio cuya presencia es necesaria, aunque la fiabilidad del mismo sea aproximada.

Ineficacia comprobada terapéutica

El tratamiento de la enfermedad forma parte de la estrategia convencional de cada patología crónica o aguda; bien sea cáncer, cirrosis, enfermedad pulmonar severa, o en cuadros agudos que ponen en peligro la vida del paciente. Mientras no se han agotado los tratamientos disponibles no puede hacerse el diagnóstico de síndrome terminal porque no se cumple el criterio de; no respuesta a la terapéutica e irreversibilidad del cuadro clínico.

La ausencia de tratamientos alternativos útiles provoca sentimientos de impotencia y pérdida de la confianza en obtener una mejoría. Estos sentimientos suelen producir tanto al médico como al paciente y a su familia insatisfacción: así mismo, se genera la idea de entrar en una fase intratable que es el preludio del fin.

En el síndrome terminal se toman decisiones múltiples y complejas, la responsabilidad debe ser tomada por el equipo de salud y al mismo tiempo por el paciente y la familia. Frecuentemente la participación del paciente está restringida por el mal estado general, el grado de conocimiento e información que tiene, o bien, al estado de sus funciones mentales.

La concepción moderna del síndrome terminal se orientará con el consentimiento válidamente informado del pa-

ciente si conserva su lucidez mental, o bien la familia o su representante legal, para facilitar el manejo desde el punto de vista; médico, deontológico, terapéutico y jurídico.

En el orden psicológico

Al paciente como persona es un ente integrado por ser bio-psico-social espiritual y trascendente. Tradicionalmente la muerte se contempla dentro del área biológica, como un fenómeno puramente físico. Mientras los aspectos quedan supeditados como fenómenos formales de estudio, ya que frecuentemente son olvidados o apenas si se toman en cuenta, es por ello que se necesita sensibilizar al equipo de salud para ampliar su visión y mejorar la asistencia del síndrome terminal.

Iniciaremos por definir la muerte psicológica y cito la del Dr. Rebollo Mota. «La muerte psicológica comprende la supresión de la energía concienencial mediante la ausencia de los fenómenos cognitivos y conductuales». Precisamente, la toma de conciencia de nuestra existencia, referenciada en nuestro propio cuerpo, deja de ser.

La muerte psicológica, es pues un dejar de ser, el hacer de quien se era.

La percepción de la muerte llega a ser una de las causas de mayor conflicto para quien la tiene que enfrentar. Son tantas y tan distintas concepciones con respecto a la muerte, como personas existen. Están por encima incluso de la cultura dentro de la cual sucede, porque habremos de considerar la percepción subjetiva de cada persona. Los propósitos y las reacciones irreflexivas frente a este fenómeno son tan diversas como personas existen. Lo que nos obliga a individualizar la concepción y percepción de la muerte. A pesar de ello la mayoría de los seres humanos confrontamos de la muerte siguiendo más o menos un mismo patrón de conducta. Esta conducta ha sido estudiada por la Dra. Kubler Ross y tuvo el acierto de estructurarlas considerando las reacciones ante el proceso de la muerte. Todas estas reacciones le suceden a todos aquellos que se enfrentan de una u otra manera al proceso de la muerte cuando se percibe la condición moral de la persona. Se hace necesario aclarar que, la reacción es producto de la esfera sensible del individuo y lo interesante de estas reacciones, descritas por la Dra. Ross, inciden en el paciente, pero frecuentemente en la familia y en especial en la persona más allegada al paciente.

Estas fases reaccionales son:

- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| I. La negación. | ¿Por qué a mí? |
| II. La rabia | ¿Por qué yo y no el otro? |
| III. El regateo | ¿Cambiamos? |
| IV. La depresión | ¿Devaluación? |
| V. La resignación | ¿Todos morimos? |
| VI. La aceptación | Fue bello mientras duró, ya se acabó. |

Estas fases pueden presentarse todas, o faltar algunas, pueden evolucionar en formas alternativas. Así mismo exis-

Cuadro 1. Síntomas y signos frecuentes en la enfermedad terminal y recomendaciones terapéuticas.

Síntomas y signos		Tratamiento
Dolor		Estrategia formas: analgésicos pautados, valoración continuada
Ansiedad, depresión, agitación, confusión		Psicofármacos
Síntomas neurológicos:	Convulsiones	Psicofármacos
	Compresión medular	Anticonvulsivantes
	Hipercalcemia	Radioterapia decompresiva
Síntomas cardiorrespiratorios	Anemia	Tratamiento específico
	SVCS	Transfusión
	Disnea	Radioterapia-citostáticos
	Derrame pleural	Corticoides. Oxigenoterapia
	Tos	Toracocentesis
	Hemoptisis, estertores	Codeína
		Aspiración, tratamiento etiológico
Afecciones cutáneas:	Infecciones	Antibióticos de uso común
	Hipo	Sedantes
	Úlceras	Curas tópicas
	Sudoración, fiebre	Naproxeno
	Prurito	Fármacos quelantes
Síntomas digestivos:	Secreciones malolientes	Curas, higiene
	Estreñimiento	Profilaxis
	Diarrea	Antidiarreicos
	Náuseas, vómitos	Valoración etiológica.
		Antieméticos
	Incontinencia	Antidiarreicos. Higiene
	Ascitis	Valoración etiológica
		Paracentesis
	Obstrucción intestinal	Aspiración digestiva
	Disfagia	Sonda nasogástrica
	Anorexia	Plan dietético: caprichos
	Gastritis, úlcus péptico	Antiácidos, cimetidina, dieta
		Drenaje biliar externo
Síntomas urinarios:	Ictericia obstructiva	
	Retención vesical	Sonda vesical
	Incontinencia	Sonda vesical
	Hematuria	Lavados. Radioterapia.
		fármacos
Síntomas cabeza y cuello:	Obstrucción ureteral	Cateterización. Urostomía
	Obstrucción aérea	Traqueostomía
	Infecciones	Antibióticos. Fungicidas
	Disfagia	Sonda nasogástrica
Otros:	Deshidratación	Hidratación endovenosa
	Alter electrolíticas	Hidratación endovenosa
	Edemas	Vendajes. Diuréticos
	Diabetes	Tratamiento habitual
	Hipertensión arterial	Tratamiento habitual

ten conductas que son disímil, por ejemplo, el paciente creyente muere esperanzado y al sufrimiento y dolor lo acepta para darle sentido a su muerte, al pensar que entrarán a otra vida espiritual mejor, en estos pacientes su manejo se facilita en su asistencia final. El paciente no creyente muere sin esperanza, y por lo tanto, muere en la nada.

Estas reacciones ante la muerte, si se conocen, son útiles si las aplicamos con sabiduría, mejorando nuestra asistencia tanto para el paciente moribundo como para la familia. Además, apoyan eficazmente el luto de la familia, apoyados en el espectro de la tabla de valores tanto sociales como espirituales.

En el orden social

Es necesario entablar una relación entre el paciente y la familia así como las amistades, con el médico y el equipo de salud; se contemplará las limitaciones y las exigencias que emergen de la situación clínica. Se sensibilizará a toda la familia para ayudar al paciente en forma constante, inclusive en la vigilancia por las noches, si no tienen para contratar a una enfermera, deben aprender a cambiar al paciente, bañarlo, darle de comer, movilizarlo, a tener mayor acercamiento y comunicación con el moribundo.

Cuadro 2. De valoración, laboratorio y gabinete del estado terminal.

Aparato o sistema	Estudios	Grados de lesión encontradas	PTS
Neurológico	Tomografía Axial computada	Leves	3
	Resonancia magnética	Moderadas	2
	Electroencefalograma	Severas	1
Respiratorio	Radiografías tórax	Leves	3
	Espirometría	Moderadas	2
	Pruebas función resp.	Severas	1
Cardiocirculatorio	ECG	Leves	3
Corazón	Ecocardiograma	Moderadas	2
Círculo arterial	Cateterismo	Severas	1
Círculo venoso	PVC/presión en cuña		
Digestivo	TAC	Leves	3
Tubo digestivo	SEGD	Moderadas	2
Glándulas	Endoscopías	Severas	1
	Pruebas función hepática		
Urinario	Electrólitos	Leves	3
	Urea	Moderadas	2
	Depuración de creatinina en orina 24 horas	Severas	1
Endocrino	Glucemia	Leves	3
	Perfiles hormonales	Moderadas	2
		Severas	1
Genital gónadas	Perfiles hormonales	Leves	3
		Moderadas	2
		Severas	1
Musculoesquelético	Enzimas	Leves	3
	Radiografías	Moderadas	2
	Densidad ósea	Severas	1
	TAC Resonancia Magnética Nuclear		
Linfohemático	Biometría	Leves	3
	Pruebas de coag.	Moderadas	2
	Grupo y Rh	Severas	1
Piel y faneras	Biopsias	Leves	3
	Cultivos	Moderadas	2
		Severas	1
Inmunológico	Elisa	Leves	3
		Moderadas	2
		Severas	1

De mayor importancia es la información, es decir la verdad, dar la información en forma que se comprenda. Decir la verdad no significa transmitir o aumentar el temor, la ansiedad o preocupación y por eso a veces no se debe decir al enfermo lo que se sabe o se piensa de su estado. La información debe ser proporcional e inmediata de acuerdo con la evolución del cuadro clínico, sin dar plazos a la vida.

Aparte de la propia enfermedad ésta genera secundariamente en el entorno social, dificultades económicas, testamentarias, organización de la familia, cansancio de algún miembro o de toda la familia, problemas de divorcio en parejas de la familia, desempleo, etc.

Si el paciente es la cabeza de la familia, es necesario, dentro de lo posible, que se reúnan y estén con el paciente, las veces que más puedan, sin caer en la tentación de sobreprotegerlo, sino con todo respeto, para acompañar en la fase terminal de la vida. Así mismo no cerrar la puerta a las amistades del paciente o de la familia.

Si el paciente conserva su autonomía, la familia debe seguir la voluntad del enfermo, en el entendido que éste disponga de la información adecuada para tomar decisiones. Muchas veces las decisiones del paciente pueden ser confrontadas con las recomendaciones médicas y del entorno social, económico y familiar; buscando la solución más apropiada que el paciente pueda aceptar.

La actuación del médico y equipo de salud es proporcionar serenidad y deben estar atentos para comprender, por medio de pequeñas pistas que proporciona al enfermo, su estado anímico. Es fundamental presentar apoyo a la ansiedad y la depresión mediante una intensa comunicación siempre y pocas veces, o mejor evitar echar mano a los medicamentos antidepresivos. Una estrategia es crear pequeños objetivos fácilmente alcanzables, como la atención a la higiene y el cuidado personal, la conversación con los amigos y visitas, la movilización y el descanso, presentada como logros y esfuerzos, ayuda a mantener la adecuación a la realidad. Proporcionando mecanismos de defensa contra el temor y la ansiedad.

Cuadro 3. De valoración clínica de orden biológico del estado terminal.

Aparato o sistema	Lesiones	Grados	PTS
Oncológicos	II	Curable	3
	III	Tratable	2
	IV	Incurable	1
	V	Terminal	
Neurológico	Glasgow		3 a 15
Respiratorio	Enfisema		
Vías aéreas superiores	Obstrucción	Leves	3
Vías aéreas inferiores	Restricción	Moderadas	2
	Mixta	Severas	1
Cardiocirculatorio	ICCV		
Corazón	ICI	Leves	3
Circuito arterial	IAM (1ª, 2ª, 3ª)	Moderadas	2
Circuito venoso	Arritmias	Severas	1
	Bloqueos A:V:		
Digestivo	Anorexia		
Tubo digestivo	Vómito	Leves	3
Glándulas	STDA ó STDB	Moderadas	2
	Insuf. Hepática	Severas	1
	Síndrome MAI		
	Impactación fecal		
Urinario	IRA		
	Hematuria	Leves	3
	IRC Sin diálisis	Moderadas	2
	Con diálisis	Severas	1
	Con hemodiálisis		
Musculoesquelético	Politraumatismo	Leves	3
	Choque	Moderadas	2
	Tórax inestable	Severas	1
	Enfermedades de la colágena		
Linfohemático	Síndrome	Leves	3
	Anémico	Moderadas	2
	Leucemias	Severas	1
Endocrino	Diabetes mellitus		
	Coma hiperosmolar	Leves	3
	Coma hipoglucémico	Moderadas	2
	Hiper/hipo función glandular	Severas	1
Piel y faneras		Leves	3
	Escaras e infecciones	Moderadas	2
		Severas	1
Inmunológico	SIDA	Leves	3
	Otros	Moderadas	2
		Severas	1

Con demasiada frecuencia se trata con seriedad al enfermo grave. Por lo contrario la conversación corriente, sobre noticias o hechos actuales, incluso con una actitud de buen humor, proporciona un alivio insospechado e infunde alegría. No hay que olvidar que aún en medio del peor drama existe una enorme reserva de esperanza, optimismo y alegría en el ser humano, y despertar sentimientos de este tipo supone tal vez el mejor remedio contra la tristeza y la depresión.

El enfermo con síndrome terminal a veces no comprende bien las razones de su enfermedad, sufrimiento, etc. El consuelo humano, animándole a aprovechar espiritualmente la situación, devuelve la paz en los momentos más difíciles. Solamente en la medida en que el propio personal del equipo médico haya asumido el contenido del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte, es decir, la propia posibilidad de enfermar, sufrir y morir, va a ser po-

sible ofrecer estos conceptos al enfermo con síndrome terminal.

Una de las grandes decisiones en el paciente con síndrome terminal es donde está el espacio y lugar para morir. La decisión debe basarse en una antropología filosófica, apriorísticamente debe ser en su hogar, toda vez que es un acto existencial, como persona tiene derecho a su intimidad, es su muerte, es el momento de despedirse de sus seres queridos, morir en su entorno que le es familiar, su lecho, sus fotografías colgadas en la pared, el olor de su familiar. Por otro lado la familia tiene un derecho natural de acompañar al familiar que se está muriendo, no discriminar a los niños o a los senectos familiares, con una corresponsabilidad y respeto de toda la familia encuadrando y dando dignidad a la muerte del paciente.

Cuadro 4. De valoración clínica de orden psicológico del estado terminal.

(Se considera presente en todos los casos la sanción de muerte inminente con conocimiento o no de su estado terminal)

Estadio	Signos y síntomas	
Negación y aislamiento	Conducta paranoide	1
	Pensamiento disperso, falta de concentración	2
	Labilidad emocional	1
	Miedo a quedarse solo y reclamo de atención	3
	Verborrea	3
	Inquietud ansiosa por hacer cosas	3
Regateo	Conducta cotidiana «forzada»	1
	Conducta interrogante	2
	Búsqueda maniática de hábitos	2
	«Negociaciones» constantes	1
	Tanto de dar como de recibir	2
Depresión	Conducta autista o catatónica	1
	Disminución en la comunicación en general	2
	Disminución de las demostraciones de afecto	1
	Astenia	2
	Adinamia	2
	Hiporexia o anorexia	1,0
	Llanto silencioso	0
	Pláticas sobre la muerte	1
Resignación	«Misticismo» religiosidad extrema (rezos continuos)	2
	Ausencia de la relación cotidiana	2
	Desprendimiento de las cosas (sin validar las mismas)	2
Aceptación	Conducta asertiva respecto a la muerte	0
	Desprendimiento de las cosas validándolas	1
	Comunicación profunda (cognitivo corporal)	1
	Tranquilidad y paz	0

La otra opción, que muchas veces será obligada, será en los hospitales, UTI etc., como por ejemplo, accidentes graves, o episodios agudos como infarto extenso del miocardio, hemorragias profusas o gruesa embolia pulmonar, etc.

En los casos de pacientes graves, pero, no reúnen los criterios de síndrome terminal, deben ser tratados adecuadamente en los Hospitales UTI etc., pero el equipo médico debe de ser muy escrupuloso para no medicalizar la muerte real y no caer en obsesión terapéutica mal llamada encarnizamiento terapéutico.

En el orden espiritual

En este orden lo abordaremos, en tratar de darle significado a la muerte y en el respeto que se tenga según la fe del paciente con síndrome terminal.

Ahora bien, vivir la muerte es la forma suprema de vivir esta muerte: Pero ¿quién nos va a contar, si el que lo vive se va y no vuelve?

El animal envejece y muere, la persona también envejece y muere. Sin embargo, hay tres diferencias fundamentales, a saber:

- El hombre es el único animal que sabe que envejece.*
- El hombre es el único animal que sabe que ha de morir.*
- El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte.*

Es patrimonio del hombre pensar en el misterio de la muerte, desde el paleolítico practicaban el enterramiento humano, lo que indica el reconocimiento de la muerte por los vivos y alguna manifestación de respeto hacia el difunto.

La única verdad en que podemos confiar es que el primer hombre que compareció sobre la tierra se arrodilló frente a su hermano muerto, y estableció un culto a los muertos.

En su relación específica con la existencia humana, la muerte puede ser entendida como: Iniciación de un ciclo de vida; como fin de un ciclo de vida; y, como posibilidad existencial.

Como iniciación de un ciclo de la vida, es entendida la muerte por muchas doctrinas que admiten la inmortalidad del espíritu. Para tales doctrinas la muerte es lo que decía Platón: *«La separación del alma del cuerpo»* (fed. 64 c). Con esta separación se inicia, en efecto, el nuevo ciclo de vida del espíritu, ya se entienda este ciclo al reencarnarse, el espíritu con nuevo cuerpo o bien una vida incorpórea, es decir entrará a formar parte del espíritu universal. Schopenhauer, compara la muerte con el ocaso del sol que es el mismo tiempo, el otro en otro lugar (Die Welt I S 65). El concepto bíblico de la muerte como castigo del pecado original (génesis II, 17; Romanos Y, 12) es, al mismo tiempo, su concepto como conclusión del ciclo de vida humana perfecta en Adán. Dice Santo Tomás a este respecto: «la muerte, la enfermedad y cualquier defecto corpóreo dependen de un defecto en la sujeción del cuerpo al espíritu. Y como la rebelión del apetito carnal al espíritu

Cuadro 5. De valoración de orden social del estado terminal.

Lugar de residencia	Urbano	3
	Rural	2
	Marginal	1
Vías de comunicación y servicios (agua, luz, tel, otros)	Carreteras (ALT)	
Niveles de atención Médica	Caminos vecinales terracería	
	Veredas	
	3º	3
	2º	2
Condiciones económicas	1º	1
	Alto	3
	Medio	2
	Bajo	1
	Marginal	0
Nivel cultural	Medio superior	3
	Prima sec	2
	Analfabetas	1
	> 15	3
Miembros del clan	6 a 15	2
	0 a 5	1
	Padres	3
Lugar del paciente en el clan	Hijos	3
	Hermanos	2
	Abuelos	1
	Edades extremas	1
Estructura del clan	Edades intermedias	3
	Homogénea	2
	Heterogénea	1
Equipo de salud	Completo	3
	Sólo médico/religioso	2
	Nulo	1
Dependencia del clan	Directa	3
	Indirecta	2
	Independiente	1

La cultura se va modificando y transformando constantemente y se hace necesaria una metodología que permita a la medicina moderna reconocer sus limitaciones y crear los marcos de referencia necesarios para mejorar la atención en todos los niveles. Uno de estos niveles es el Estado Terminal cuyo reconocimiento necesita de *índices pronósticos (IP)* cuyo análisis pudiera permitirnos validarlo. Esta condición permitirá racionalizar no sólo los recursos humanos y materiales de la sociedad en su conjunto, sino y sobre todo, del propio paciente y sus familiares que requieren «finiquitar» en las mejores condiciones su existencia.

Por definición tenemos que: «El paciente terminal cursa con insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que lo llevarán directamente a la muerte en un período aproximado de 6 meses, sin descartar el proceso de falla aguda que lo acorte».

es la pena del pecado de los primeros padres, tal es también la muerte, y todo otro defecto corpóreo (S. Th. II, 2 q.), pertenece precisamente el concepto de la muerte como posibilidad existencial.

Como fin a un ciclo de vida, la muerte es la victoria del punto de vista de los demás sobre mí. Esta alineación de la muerte, aunque viene radicalmente desde fuera y no pertenece de ninguna manera a la estructura misma de la existencia humana, es la alineación fundamental. No existe posibilidad alguna de redimirla y de salvar los proyectos que la libertad ha intentado poner fuera de sí. En otras palabras, no hay ninguna esperanza. El porvenir no ofrece absolutamente nada. La vida como proyecto necesario de la libertad es realmente una pasión inútil.

¿Habrá que suicidarse entonces? También el suicidio es absurdo. De todas formas es mejor vivir en el presente, realizando todas las experiencias que la libertad nos permita. Es lo que afirma también en su comentario a la novela El

Extranjero de A. Camus; el hombre absurdo no se suicidará, ya que quiere vivir sin renunciar a ninguna de sus certezas, sin mañanas, sin ilusiones, ni siquiera con resignación. El hombre absurdo se afirmará en la revuelta. Mira la muerte con atención apasionada y esa fascinación lo hace libre. Conoce la divina irresponsabilidad del condenado a muerte. Todo está permitido. Todas las experiencias son equivalentes, lo único que conviene entonces es realizar el mayor número posible de ellas.

Como posibilidad existencial, la muerte origina un cuestionamiento respecto a la existencia. Esto parece ser una convicción difundida y comprobada en todos los tiempos. La certeza de la muerte está siempre en cierto modo presente en el horizonte de la conciencia. Pero no se trata de un saber neutro e impersonal, el conocimiento de la muerte necesaria es una mezcla de amenaza eminente que no perdona, y de un plazo que permite reaccionar y huir por algún tiempo. Así pues, muy en general, la muerte se presenta

como algo que no debería ser, como una amenaza permanente sobre la existencia, pero que está aún muy distante y que por eso no oprime radicalmente.

Para M. Heidegger la muerte no es nunca un hecho puramente extrínseco que sobrevenga a una existencia ya realizada y establecida, la inevitabilidad de la muerte se inscribe desde el principio en la estructura ontológica de la existencia. Desde la concepción en los genes está determinada la muerte, o sea, desde la concepción está en camino hacia la muerte. La existencia humana puede definirse esencialmente como... ser-para la-muerte, estar abocado a la muerte.

La autenticidad se realiza únicamente cuando el hombre se enfrenta realmente con la irreversible necesidad de la muerte, esto es, de la propia muerte. En este enfrentamiento, en el que ningún otro ser humano puede participar de verdad, es donde el individuo se convierte en hombre libre y auténtico. Nadie puede morir en lugar de otro. Se muere por cuenta propia, en medio de una perfecta y completa soledad. Ver esto claramente y enfrentarse explícitamente y cotidianamente con esta posibilidad es el único camino de lo auténtico que se le ha dado al hombre.

Consecuentemente, ¿es absurda la vida?, Heidegger no habla de que sea absurda y rechaza explícitamente el suicidio. Hay que esperar la muerte, esto es, anticipar en la mente la

muerte inevitable y comprender a la luz de esta muerte la posibilidad del momento. Esta espera es el espacio para dar sentido a la vida, si, todos los proyectos concretos, todos los trabajos parciales.... quedan revestidos de un espeso velo de nulidad y vanidad. El hombre no es más que ser-en-el-mundo.

Referencias

1. Badd SP. Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar. Rev Medicina y Ética 1994; 4 Universidad Anáhuac e IHC-SEM.
2. Gevaert J. El problema del hombre. Ed. Sígueme España-Salamanca 1993; patria potestad 310-332.
3. Escobedo F. Bioética y la atención del paciente terminal. Rev Medicina y Ética 1994; 4 Ed. Universidad Anáhuac patria potestad 459-67.
4. Llano EA. El morir humano ha cambiado. Bol de la of Sanitaria Panamericana año 1990; 69 vol. 108 5, 6.
5. Rebolledo MJF. Aprender a Morir Ed. Particular taller de color gráfico SA de CV Mex. D.F. 1996.
6. Sgreccia E. Manual de Bioética. Ed. Diana 1996; patria potestad 589-628.
7. Polaino LA. Manual de bioética general. Ed. Rialp 1994; patria potestad 423438.
8. Vidal Gual JM. Material didáctico 1er. Curso Diplomado «Ética en la Atención, Asistencia, la Docencia y la Investigación». Facultad de Medicina UNAM.
9. H.Y. Vanderpool Ph. Th. La dimensión de la muerte. Primer Congreso Internacional sobre Humanismo en Medicina Mex. D.F. 1990; 23, 24 y 25.