

Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo" Santiago de Cuba

BIOÉTICA FRENTE AL PACIENTE MORIBUNDO

Lic. Laides Luna Vázquez,¹ Lic. Mariela Válente Duany¹ y Dr.C. José Miguel Goderich Lalán²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, con el objetivo de analizar la aplicación de la bioética frente al paciente moribundo. El universo estuvo constituido por 42 fallecidos en el segundo semestre de 1996. Las principales causas de muerte fueron las neumopatías inflamatorias y los accidentes vasculares encefálicos, con predominio de los varones mayores de 60 años; la mayoría de los enfermos al fallecer tenía pérdida de la conciencia, no siempre afectada por enfermedad; en uno de ellos por indicación facultativa al estar acoplado a ventiladores artificiales. La participación de la enfermera y la relación activo-pasiva, que es la fundamental en relación con el cumplimiento de los principios bioéticos, resultó positiva en todos los casos. Se actuó con beneficencia y justicia al respetar la autonomía del moribundo, donde el consentimiento informado desempeñó un papel importante, sin llegar a la práctica de la eutanasia en ninguna de sus variantes, ya que este proceder en nuestra sociedad implicaría un delito de homicidio.

Descriptor DeCS: BIOETICA; DERECHO A MORIR; RELACIONES ENFERMERO-PACIENTE; CAUSA DE MUERTE; NEUMOPATIAS/mortalidad; TRASTORNOS CEREBROVASCULARES/mortalidad; CUIDADO TERMINAL.

El desarrollo de la terapia intensiva y los métodos de sostén artificial de determinadas funciones biológicas vitales, trajeron aparejado el problema del diagnóstico de la muerte, que aún hoy sigue siendo

de interés; pero el eje central de la discusión se ha desplazado a la ética del paciente moribundo,¹ el cual, aunque muy pocas veces se recupera, en todo momento es un ente vivo, con características psicobiológicas-

¹ Enfermera especializada en Anestesia y Reanimación, Acupuntura y Digitopuntura.

² Enfermera especializada en Unidad Quirúrgica, Acupuntura y Digitopuntura.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor de Medicina Tradicional. Centro de Referencia Municipal de Medicina Tradicional y Natural.

⁴ Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación, Acupuntura y Digitopuntura.

sociales muy propias de la especie humana, y como tal merece nuestra atención.²

No podemos olvidar el hecho histórico-social que nos enseña que la ciencia da poder; la tecnología, progreso y transformaciones. Sin embargo, ese paciente moribundo aquejado de infinitos sufrimientos físicos y psíquicos, que espera de nosotros alivio, consuelo y respeto a su dignidad en los momentos finales de su vida, debe recibir lo que merece y necesita, por lo que se debe hacer todo el esfuerzo posible en términos de lograr competencia, adecuado desempeño profesional y solidaridad humana por parte de aquéllos que debemos brindarle la atención postmorta.³ Para ello es de suma importancia que el médico precise en qué fase o estadio se encuentra el paciente, pues no debe olvidarse que en ocasiones hay mucha vida que puede y merece vivirse en el tiempo que medie entre el diagnóstico de una afección mortal y la ocurrencia del deceso; es la calidad de vida por lo que debe preocuparse el equipo de salud; por tanto, resulta fundamental identificar si es un proceso activo, progresivo o de instalación brusca, aguda o lenta, los síntomas que presenta, si conserva su conciencia o se halla en fase agónica.

En cada una de estas situaciones la atención médica y de enfermería al paciente y sus familiares tendrá sus características particulares, y es necesario que las medidas proporcionen el máximo de bienestar posible al enfermo.⁴

Actualmente la aplicación de los principios bioéticos cobran valor en la atención al moribundo y al mismo tiempo son causa de grandes dilemas en el mundo. El que el enfermo conserve su dignidad hasta el momento final, como en el caso de la muerte encefálica, es un reto que la bioética le plantea a la medicina contemporánea.⁵

MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los 42 fallecidos en el segundo semestre de 1996, de las cuales se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, causa de muerte y estado de conciencia al fallecer; esto último se comprobó en los resúmenes de las notas médicas que se emiten 3 veces al día y a través de las observaciones de enfermería, ya que en estos servicios es obligatorio reflejar el estado de conciencia del paciente, si se encuentra acoplado y si está orientado; además de que la enfermera con su activa presencia puede detectar signos y síntomas de muerte, y solicitar la presencia del médico.

En el cumplimiento de los principios se tuvieron en cuenta la no detección de incumplimientos de enfermería, el establecimiento de diagnósticos correctos, si se brindó un consentimiento informado, adecuado y oportuno, y si se puso en función del paciente todos los recursos humanos y materiales necesarios en el momento preciso.

La información se recogió en una planilla de vaciamiento, la que se tabuló por el método manual. Para el análisis estadístico se utilizó el porcentaje y los resultados se expusieron en tablas.

En todos los casos se aplicó el proceso de atención de enfermería.

RESULTADOS

El mayor número de pacientes correspondió a los varones de más de 60 años, para una proporción de 2 a 3 con respecto al sexo opuesto (tabla 1); el más joven de los fallecidos tenía 15 años y el de más edad 91. El primero presentó una valvulopatía posfiebre reumática y el segundo una peritonitis por oclusión intestinal.

TABLA 1. Distribución de la muestra según edad y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	No.	%
15-30	1	1	2	5
31-45	1	2	3	7
46-60	3	4	7	17
61 y más	13	17	30	71
Total	18	24	42	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 2. Relación de la causa de muerte y el estado de conciencia al fallecer

Causas de muerte	Estado de conciencia		No.	%
	Presente	Ausente		
Neumopatía inflamatoria	7	7	14	33,3
Accidente vascular encefálico	-	11	11	26,2
Infarto agudo del miocardio	4	2	6	14,3
Meningoencefalitis	1	3	4	9,5
Pericarditis	2	1	3	7,1
Peritonitis generalizada	1	1	2	4,8
Otros	1	1	2	4,8
Total	16	26	42	100

Fuente: Historias clínicas.

En nuestra serie las neumopatías inflamatorias y los accidentes vasculares encefálicos constituyeron las primeras causas de muerte (tabla 2), enfermedades que pueden determinar serias afectaciones del estado de conciencia e inclusive anularla; con ello se pierde lo que nos diferencia de otros animales y de las plantas.

En los 42 casos estudiados la enfermera estuvo presente en el momento de la muerte y debido a la estricta vigilancia, en todos fue ella quien se percató de la muerte clínica, además de que mantuvo una buena observación e identificación de signos y síntomas, y formuló los diagnósticos de enfermedad lo más exactos posible con criterios medibles.

En cuanto al análisis del cumplimiento de los principios bioéticos, es válido plantear que en todos los casos se actuó con beneficencia y justicia, respetando la autonomía del moribundo, aunque sin llegar a la práctica de la eutanasia en ninguna de sus variantes, ya que en nuestra sociedad este proceder implicaría un delito de homicidio.

DISCUSIÓN

El espacio de reflexión que ofrece la bioética debe y tiene que ser aprovechado, pues los problemas más discutidos en el

mundo nos atañen directa o indirectamente, y nos urge fomentar la discusión, sobre todo hacia la ética de lo cotidiano. Para ello se requiere de un inminente esfuerzo educativo, tanto en el aspecto profesional como popular, pero también en la investigación teórica aplicada.

Aunque no existe una cifra determinada de años por vivir, es incuestionable que por lo general el cese de la vida se asocia con la edad, ya que a medida que ésta aumenta, se incrementa el riesgo cronoespecífico de fallecer. Nuestra profesión tiene el deber de postergar esto lo más posible y nuestra máxima satisfacción es vencer los diferentes procesos morbosos, ya sea previniéndolos o curándolos.^{5,6}

La asistencia a la muerte implica dolor, temor o angustia, que al faltar la conciencia se omiten; en nuestra serie 26 enfermos se hallaban inconscientes al morir, lo que nos pone en una situación ética aún mayor, pues no se cumple el binomio comunicativo bioético del lenguaje, no siempre afectado por la enfermedad, pues en uno de ellos fue por indicación facultativa al estar acoplado a ventiladores artificiales; como ha señalado *Thomas Browne*: “El largo hábito de vivir nos ha indispuerto para la muerte”.⁷

El consentimiento informado desempeñó un papel importante en la autonomía del moribundo, donde fueron concedidas las máximas posibilidades de intervención; todo ser humano es autónomo y responsable absoluto de sus actos.⁴

Dignificar la muerte significa que se continúa considerando al individuo mortalmente enfermo o moribundo como una persona responsable, con sentimientos y percepciones, a la que se le debe respetar su intimidad y satisfacerle sus necesidades de relación y afecto sincero de sus seres queridos.¹

Los recursos humanos y materiales se pusieron en función del paciente en el momento preciso, con independencia de su *status* social y sin reparar en los costos, actuando de esta forma con justicia y beneficencia. En su libro “Ética en Medicina”, *León*,⁸ plantea que existe una dignidad para vivir y otra para morir.

En conclusión, el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad constituyen el centro de atención y el deber ineludible de cualquier personal de Enfermería que se respete como ser social, ciudadano y profesional.⁹

SUMMARY

A descriptive, retrospective and cross-sectional study was conducted at the Service of Intermediate Care of the “Dr. Ambrosio Grillo Portuondo” Clinical and Surgical Hospital, in Santiago de Cuba, aimed at analyzing the application of bioethics in the dying patient. The universe was composed of 42 persons that died in the second semester of 1996. The main causes of death were the inflammatory lung diseases and the cerebrovascular accidents, with predominance of males over 60. On dying, most of the patients had lost consciousness, which was not always affected by the disease. One of them was coupled to artificial ventilators by facultative indication. The participation of the nurse and the active-passive relation, that is the fundamental in connection with the fulfillment of the bioethical principles, was positive in all cases. The moribund’s autonomy was respected and the reported consent played an important role. Euthanasia was not applied in any of its variants, since this procedure in our society will be considered as a homicide.

Subject headings: BIOETHICS; RIGHT TO DIE; NURSE PATIENT RELATIONS; CAUSE OF DEATH; LUNG DISEASES/mortality; CEREBROVASCULAR DISORDERS/mortality; TERMINAL CARE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serret Rodríguez B, Smith Smith V, Crespo E. El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1995:19-93.
2. Lecciones de Medicina Legal. La Habana: Pueblo y Educación, 1986:12-4, 16-8.
3. Lara HC del, Fuente IR de la. Sobre el consentimiento informado. En: Bioética, temas y perspectivas. Washington, DC: OPS,OMS, 1990:61. (Publicación Científica; nr 527).
4. Serret Rodríguez B, Smith Smith V, Durán Castillo F. Dilemas bioéticos al final de la vida. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1993:2.
5. Santiago de Cuba. Vicedirección de Asistencia Médica. Criterios Diagnósticos de la muerte encefálica. Documento Normativo. Hospital Provincial Saturnino Lora, 1991.
6. Mainetti JA. Una nueva filosofía en sanidad. En: Bioética, temas y perspectivas. Washington, DC:OPS,OMS, 1990:94. (Publicación Científica, nr 527).
7. Llano EA. El morir humano ha cambiado. En: Bioética, temas y perspectivas. Washington, DC: OPS-OMS, 1990:87. (Publicación Científica; nr 527)
8. León M. Ética en medicina. Barcelona: Editorial Científico- Médica, 1973:111-2.
9. Amaro M, Marrero A, Valencia M, Casas S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enferm 1996;12(1):32-9.

Recibido: 30 de marzo de 1999. Aprobado: 3 de marzo del 2000

Lic. *Laidés Luna Vázquez*. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo", Santiago de Cuba, Cuba.