

DILEMAS BIOÉTICOS EN DECISIONES MÉDICAS DIFÍCILES

APLICACIÓN DE LA
DECLARACIÓN *IURA ET
BONA* EN UN CASO DE
GLIOBLASTOMA
MULTIFORME DE
ALTO GRADO

Fecha de recepción: 05/03/2025
Fecha de aceptación: 20/06/2025

CAROLINE BONDEZAN, VIANA ROBERTA
DE SOUZA, M. TRINIDAD EGAÑA
PERALTA, E. ROBERTO LARA ORDÓNEZ,
CARLOS J. PÉREZ ALEJANDRO,
GIANFRANCO VILCHEZ LAZO

ORCID: ID 0009-0006-4685-7466

Contacto: carolbondezan@uca.edu.ar

RESUMEN

Este trabajo analiza las decisiones médicas adoptadas en un caso clínico de glioblastoma multiforme de alto grado desde la perspectiva bioética propuesta por la declaración *lura et Bona* de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. A través de la evaluación adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto de una enfermedad irreversible, se reflexiona sobre la importancia de respetar la dignidad del paciente en la etapa final de la vida. El enfoque propuesto busca evitar prácticas terapéuticas desproporcionadas, reconociendo los límites de la medicina y promoviendo un acompañamiento de los pacientes con dignidad y humanidad.

Palabras clave: Dilemas bioéticos, discusiones médicas, Declaración *lura et bona*.

ABSTRACT

This paper analyzes the medical decisions made in a clinical case of high-grade glioblastoma multiforme from the bioethical perspective proposed by the *lura et Bona* declaration of the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. Through the evaluation of the appropriateness of therapeutic effort in the context of an irreversible illness, it reflects on the importance of respecting the dignity of the patient in the final stage of life. The proposed approach seeks to avoid disproportionate therapeutic practices, recognizing the limits of medicine and promoting the accompaniment of patients with dignity and humanity.

Keywords: Bioethical dilemmas, medical discussions, and the Declaration *lura et Bona*

INTRODUCCIÓN

El concepto de eutanasia ha experimentado una evolución compleja a lo largo de la historia, determinada por factores filosóficos, religiosos, jurídicos y médicos. Lejos de constituir una noción unívoca, ha sido interpretado y aplicado de manera diversa según los contextos históricos y culturales.

En la República Argentina, la eutanasia no se encuentra permitida por la legislación vigente. Aunque el suicidio no constituye un delito, el ordenamiento jurídico penaliza de manera expresa tanto la instigación como la ayuda al suicidio. El artículo 83 del Código Penal establece que "será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado" (Código Penal Argentino, art. 83).

Por su parte, la Ley 26.742, conocida como "Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud", en su artículo 11, dispone que deben ser dejadas sin efecto todas aquellas directivas anticipadas que impliquen prácticas eutanásicas. La normativa no contempla distinción alguna respecto a la voluntad o consentimiento del sujeto pasivo, por lo que la existencia del mismo no constituye un eximente de responsabilidad penal.

Ese trabajo tras una breve reflexión sobre los dilemas bioéticos presentes en las decisiones médicas aplicadas a casos difíciles, a partir del análisis del documento *lura et bona* y su empleo a un caso clínico real, confrontando las decisiones médicas con los Principios de la Bioética Personalista y la doctrina de la Iglesia respecto a la eutanasia, los cuidados paliativos y el uso proporcionado de los medios terapéuticos.

La investigación se desarrolla a partir del ateneo clínico bioético se infieren consecuencias a partir del examen de caso clínico real, seguido del análisis de los dilemas bioéticos emergentes. A partir del documento *lura et bona*, se examinan las decisiones tomadas por el equipo de salud junto a los familiares de la paciente. Se utiliza como marco teórico algunos de los principios de la Bioética Personalista ontológicamente fundados a saber: 1) en principio de la *defensa de la vida*; 2) el principio de la *totalidad* y 3) el principio de la *libertad-responsabilidad*¹. Sumados la resolución de los dilemas éticos de conformidad con Calipari.²

1 SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética (4ª ed.), Madrid: BAC, 2018.

2 Calipari, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente" [en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf> [Fecha de consulta: 01/06/2025/]

2. LA DECLARACIÓN IURA ET BONA

La Declaración Iura et bona es un documento emitido por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe que aborda el tema de la eutanasia desde la perspectiva de la doctrina católica. En su introducción, el texto destaca la importancia de los derechos y valores inherentes a la persona humana, reafirmando su dignidad y su derecho a la vida.

El documento surge en respuesta a los avances médicos y los cambios culturales que han generado nuevas preguntas sobre el sufrimiento, la muerte y la moralidad. La Iglesia, preocupada por la creciente aceptación de la eutanasia en algunos sectores, busca ofrecer una orientación clara a los fieles y a las autoridades civiles sobre este tema.

Además, la declaración subraya que la vida humana tiene un valor eminente, independientemente de las circunstancias, y que la fe en un Dios creador y providente refuerza el respeto por la existencia humana. Con este documento, la Iglesia pretende preservar la dignidad de la persona en el momento de la muerte y evitar que la medicina se convierta en un instrumento de eliminación del sufrimiento a cualquier costo.

El texto se desarrolla en base a cuatro puntos principales. El primero de ellos amplía sobre la importancia de considerar la vida como un valor sagrado, ya que a partir de este es que surgen todos los bienes y además es considerado como un don del amor de Dios al concebirse la vida. A partir de este punto es que surgen tres consideraciones importantes; se enfatiza que atentar contra la vida es considerado un crimen, que todo hombre debe vivir de acuerdo con el plan de dios y que la muerte voluntaria es tan inaceptable como un homicidio, debido a la renuncia de la vida.

En el segundo punto, se abarca en concepto de eutanasia, comenzando por su definición etiológica de "muerte dulce", la cual supone un problema desde la interpretación médica, ya que puede entenderse como causar la muerte por piedad, realizando cualquier tipo de intervención que atenúe el dolor de la persona, incluso si estas llegan a causar la muerte. Es por esto que se aclara la definición y se establece. *"Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor"*³. Y es así de esta manera queda establecido que, no existe justificación

3 Iura et bona, Cap III, 4.

de querer causar la muerte, incluso cuando se plantean las intenciones desde un acto de buena fe. Además, se plantea que lo importante a la hora de tratar a un paciente en los últimos momentos de su vida es el acompañamiento y la contención.

En el tercer punto se establece la visión del cristianismo frente al sufrimiento y el uso de medicación analgésica y se plantea desde una visión humana y cristiana la aceptación de la terapia analgésica siempre y cuando la intención de esta esté puesta en querer atenuar el dolor del paciente y no causar su muerte.

Finalmente, en el último y cuarto punto, se expone la postura de la iglesia en cuanto al respeto de la vida y la dignidad de la persona ante el momento de la muerte. enfatizando las intervenciones que pueden resultar excesivas para el paciente disfrazándola de un derecho a morir dando el permiso de procurar la muerte mediante estas. Además, se enfatiza a respecto a la toma de decisiones en cuanto a los tratamientos. haciendo uso del análisis proporcionado o desproporcionado de dichas intervenciones, considerando tanto la eficacia y riesgos, como el bienestar de la persona, ya que resulta importante que el personal médico entienda que renunciar a un tratamiento no implica tampoco querer causar la muerte.

Es importante mencionar que en esta declaración es cuando por primera vez se plantea la diferencia entre la sedación paliativa y el abordaje de la eutanasia, ya que es a partir de esta que surgen textos posteriores y de la cual nos basamos hoy en día como referencia para la palabra cristiana e incluso legislaciones.

A partir de las bases del documento, se desarrollará a continuación el análisis de un caso clínico real, el cual abordaremos desde una mirada crítica desde una perspectiva bioeticista, que nos permita dilucidar diferentes dilemas éticos que serán desarrollados a lo largo de este trabajo.

3. EL CASO CLINICO CONSIDERADO⁴

Paciente femenino de 62 años de edad, residente en Capital Federal de Buenos Aires (CABA). Ex tabaquista, consumo de 3,80 paquetes/año. Acude a la guardia del Hospital de Agudos en CABA con un cuadro de anomia de una semana de

4 La información clínica presentada ha sido anonimizada y cumple con los principios éticos para la publicación de casos clínicos con fines académicos y científicos.

devolución. A la exploración física, presenta tensión arterial (TA) de 120/80 mmHg y una frecuencia cardíaca (FC) de 85 lpm.

En la tomografía axial computarizada (TAC) craneal se evidenció tumor intraventricular extenso. La paciente se sometió a una exéresis subtotal de tumor. El informe anatomopatológico del material retirado en cirugía, diagnosticó un Glioblastoma multiforme de alto grado localizado en el cuerpo calloso.

Sobre esa entidad en Robbins encontramos que "El glioblastoma (sinónimo de astrocitoma de grado IV) representa alrededor del 80% de los tumores cerebrales primarios en adultos. Localizados con frecuencia en los hemisferios cerebrales, pueden surgir también en el cerebelo, el tronco encefálico o la médula espinal, con más frecuencia en la cuarta a sexta décadas."⁵

Ese tumor de difícil manejo, por su localización, pero también por la agresividad según la mutación de los genes de la enzima IDH. Peor pronóstico cuando la enzima es nativa. Cuando la enzima es mutante el pronóstico es más favorable. La supervivencia global en caso de IDH mutante, es de 2-4 años. mientras que para la IDH nativa es de 6 meses a 2 años.

La paciente no logra una evolución satisfactoria y progresa con deterioro rostrorocaudal requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM). Fue realizada nueva TAC cerebral y se evidenció mayor edema cerebral. Evaluada por Neurocirugía, se decidió realizar craniectomía descompresiva con colocación de catéter para mantener la presión intracaneal (PIC) en valores normales.

Una semana post cirugía, fue hecha TAC de revisión, se evidencia edema perilesional en menor grado, leve volcado ventricular, signos de ocupación en senos frontales y esfenoidales. Neurológicamente con apertura ocular espontánea dirige la mirada, retira al dolor con hemicuerpo derecho e intenta localizar con hemicuerpo izquierdo. Signo de Babinski izquierdo.

Treinta días post cirugía, se logra desvincular de ARM. Evolución favorable. Es transferida de la unidad de terapia intensiva (UTI) a la sala general para seguimiento por especialistas.

Días después, en sala general, la paciente encontrarse utiliza sonda vesical, sonda nasogástrica (SNG), está hipoactiva, no responde órdenes simples. El pulmón

5 Robbins y Cotran, 2021, p.1306

derecho con infiltrado secundario a broncoaspiración, dificultad respiratoria, empeoramiento del estado clínico.

Dos meses después de la cirugía, por las imágenes de la TAC cerebral impresiona recidiva del tumor. La familia es convocada para que sea explicado sobre las expectativas de la paciente. Deben ser empezadas medidas paliativas, priorizando medidas de confort.

La paciente sufre un episodio convulsivo de 15 minutos de duración. Se administra fenitoína que logra la resolución del cuadro. Es informado a los familiares sobre lo ocurrido. La paciente evoluciona en mal estado general. Bajo adecuación de esfuerzo terapéutico, recibe morfina 20 mg, más rescate.

El cuadro continúa con mal evolución, encuéntrase febril, taquipnea, desaturando con máscara reservorio, mala mecánica ventilatoria. Se indica rescate de morfina. Se explica a familiares la situación actual de la paciente y la posibilidad de realizar sedación con midazolam para disminuir desasosiego. A quién accede.

Con deterioro clínico progresivo, se recibe llamado de la enfermería por paciente sin signos vitales. Se constata óbito a las 3:50 AM, al momento acompañada por familiares.

En resumen, la paciente fue ingresada y se le diagnosticó un tumor cerebral. Evolucionó tórpidamente y falleció. El estudio anatomopatológico arrojó la presencia de un glioblastoma multiforme de alto grado.

4. DILEMAS BIOÉTICOS PRESENTES EN EL CASO

a. Primer dilema bioético

¿Es lícito el esfuerzo terapéutico en someter a la paciente a la cirugía de exéresis de un tumor agresivo y de mal pronóstico?

La paciente presentaba un tumor cerebral de gran extensión, cuyo pronóstico sin intervención era inferior a seis meses. La localización intraventricular implicaba alto riesgo quirúrgico, pero también representaba la única posibilidad de supervivencia. La paciente, ya informada de los riesgos y posibilidades terapéuticas, consintió la realización de la cirugía, inspirada además por la experiencia previa de un familiar de primer grado que había tenido un resultado exitoso ante un diagnóstico similar.

Principios Personalistas aplicados

- Defensa de la vida física: la decisión de operar se fundamenta en la defensa de la vida, ante todo. La intervención buscó proteger esa vida.
- Principio de totalidad: la intervención es lícita siempre y cuando sea la única vía para conservar la integridad funcional, tenga una probabilidad de éxito, se intervenga sobre la parte enferma y no exista otro método para solucionarlo.
- Libertad y responsabilidad: la paciente eligió conscientemente asumir el riesgo. Su decisión fue premeditada e informada, guiada por la esperanza de estar saludable.

La Declaración *lura et bona* establece que es obligatorio el respeto a la vida y la dignidad del enfermo. Reconoce que el cuidado no termina cuando cesa la curación. Si la cirugía hubiese fracasado o la paciente hubiese rechazado la intervención, la atención paliativa y el acompañamiento activo seguirán siendo un deber ético y médico.

De conformidad con la propuesta de Calipari: en este caso, la cirugía fue una opción moralmente lícita, incluso ante su dificultad, tratándose de un método proporcionado, visto que la vida física estaba en riesgo inminente sin la intervención y el procedimiento ofrecía una posibilidad curar. La paciente estaba informada del riesgo de la cirugía y sus consecuencias, culminó con la firma del consentimiento informado. No se evidenció intención de prolongar artificialmente una agonía, ni de abandonar al paciente ante el fracaso.

b. Según dilema bioético

¿Cuándo es el momento adecuado para dejar de intentar curar y empezar a cuidar?

El dilema surge a raíz del uso proporcionado y desproporcionado de los medios de terapéuticos aplicados. El tratamiento o terapia desproporcionados objetivamente, es aquella en la cual el resultado pensado no supera los posibles efectos adversos o nocivos ¿Qué se quiere decir? Que se genera más daño que beneficio al paciente.

El capítulo 4 de la declaración "El uso proporcionado de los medios terapéuticos"⁶ describe la situación. Se proponen dos caminos: el rechazo al tratamiento o la aceptación de los tratamientos más nuevos. En primer lugar, debemos tener un gran equipo interdisciplinario que nos permita saber cuándo un método es desproporcionado y cuándo proporcionado. Tiene que estar confirmado por un gran equipo de carácter competente que nos permita evaluar la situación y dar de manera objetiva si un tratamiento es realmente proporcionado o no.

Dicho esto, en el primer caso, donde por ejemplo un tratamiento novedoso genera el daño al paciente, este puede optar por rechazar el tratamiento. En caso de que este no esté en sus facultades, sus familiares toman la opción. Caso contrario, el equipo médico, bien asesorado, puede dar el juicio final. Nunca se recurre al abandono del enfermo y se evalúa si se sigue usando un tratamiento o no. Si el paciente no rechazara un tratamiento y decidiera usar terapéuticas en fase experimental o novedosas, este asume el riesgo que conlleva.

Por otro lado, si el paciente rechazara el tratamiento y ya no haya más opciones para sanarlo, el capítulo 3 de *Iura et bona* explica que es la mirada del cristianismo ante el sufrimiento y el uso de analgésicos. Donde, en este caso, el paciente pasa al uso de métodos analgésicos y/o sedativos, con el fin de salvaguardar la dignidad de la persona y que esta, en sus últimos momentos, no pase con sufrimiento y agonía. Eso no se considera abandono ni mucho menos un tipo de eutanasia.

Dentro de ese marco, en el caso clínico presentado, la sedación y el analgésico fueron administrados para que la paciente no sintiese dolor ni quedarse intranquila. Eso es acompañar cuando ya no es más posibles curar.

Finalmente, se realiza un breve análisis bioético según la mirada de los Principios Personalistas.

En primer lugar, la defensa de la vida física se mantiene siempre, ya que no se instruye el uso de los métodos eutanásicos, sino más bien el uso de medidas que disminuyan el dolor del paciente. Y si hay opciones, el uso de tratamientos novedosos para prolongar más la vida del paciente, basándonos en el menor sufrimiento de la vida. Se les da acompañamiento para que lo último que el

6 Calipari, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente" [en línea]. *Vida y Ética*. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf> [Fecha de consulta: 01/06/2025/]

paciente necesite pensar sea en la muerte acelerada como una única opción, rechazando el sentido humano, cuando hay que guardarlo.

En segundo lugar, tenemos el principio de totalidad y terapéutico, donde como médicos ofrecemos tratamientos adecuados, actualizados y asesorados sobre qué se puede hacer por nuestro paciente, y ofrecerle todo el arsenal médico que sea posible para poder sanarlo, sin llegar a medidas desproporcionadas que causen más mal que bien al paciente.

En tercer lugar, libertad y responsabilidad, donde el paciente tiene el derecho de rechazar un tratamiento, independiente de la causa, y aceptar sus últimos momentos de vida, respetando su condición humana y viva, ya que el uso de métodos eutanásicos sería una grave violación a la dignidad humana y al proyecto de Dios, ya que la vida es un regalo por sí.

Dentro de ese orden de ideas, la conclusión que se puede llegar sobre el caso clínico presentado es que la atención dada a la paciente, al principio buscaba la cura. Pero, por la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural, no era posible curarla; en ese momento se aplicaron los principios y la orientación de *lura et bona*. La paciente fue cuidada y atendida hasta el momento de su fallecimiento.

CONCLUSIÓN

La adecuación del esfuerzo terapéutico exige una decisión ética atenta a la humanidad, orientada a evitar intervenciones desproporcionadas que solo prolonguen el proceso de morir sin brindar un verdadero beneficio al paciente.

A partir del análisis realizado comprendimos, mediante la aplicación de *lura et bona*, la importancia de reconocer los límites de la medicina ante situaciones irreversibles y terminales. Esta adecuación no implica abandonar al paciente, sino transformar el objetivo del tratamiento: dejar de intentar curar cuando ya no es posible, para centrarse en aliviar el sufrimiento, acompañar con presencia y cuidado, y preservar la dignidad humana hasta el final de la vida.

BIBLIOGRAFIA Y FUENTES

BONT M, Dorta K, Ceballos J, Randazzo A, Eliexer Urdaneta-Carruyo. Eutanasia: Una Visión Histórico - Hermenéutica. Comunidad y Salud [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 5]; 5(2):34-43. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740241005>

CALIPARI, Maurizio, Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico, Buenos Aires, Editorial Educa, 2007, p. 219.

CALIPARI, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente" [Internet]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf> [Fecha de consulta: 04/06/2025].

GHERARDI CR. Vida y muerte en terapia intensiva. Editorial Biblos; 2007.

KUMAR V, Abbas AK, Aster JC. Robbins y Cotran. Bases patológicas de las enfermedades. 10.ª ed. Filadelfia: Elsevier; 2021.

Poder Ejecutivo Nacional. Poder Legislativo Nacional. Ley 26742 "Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado". Modificación Ley 26529. Argentina, 2012.

SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración "Iura et bona" sobre la eutanasia, 1980, II.

SGRECCIA, Elio. Manual de Bioética (4º ed.), Madrid: BAC, 2018.

VERA Carrasco Oscar. Ética de las publicaciones científicas en las revistas médicas. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2011 [citado 2025, Jun 05] ; 17 (2): 46-52. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200008&lng=es.

VON ENGELHARDT D. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. Acta bioethica [Internet]. 2002 [cited 2022 Jun 13];8(1):55-66. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100007.