

COLABORADORES

DECISIONES DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO EN ENFERMOS TERMINALES DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA BIOÉTICA.

Javier Núñez García

Dr. en Medicina y en Teología.

Centro de Estudios e Investigaciones en Bioética,

Guadalajara, Jalisco, México.

Es un capítulo delicado de la Bioética y de la Medicina porque supone la toma de decisiones vitales relativas al cuándo, cómo, con qué intensidad, hasta dónde el médico debe llegar en su labor terapéutica. Es un terreno ideologizado por grupos que promueven la eutanasia; y esto hace que una frase pueda tener significados antagónicos, según la persona que la pronuncie.

Por eso, como punto de partida, comenzamos haciendo una declaración de principios en favor de la vida, asegurando que ésta es intangible desde la concepción a su término natural. Es decir, no se aprueba ningún tipo de eutanasia, ya sea activa o pasiva (por acción u omisión de algo debido). De igual manera, por defender la dignidad de la persona humana, hay de descartar también el ensañamiento terapéutico: cuando no se le deja morir y se prolonga inútilmente la vida.

¿Cuándo se da ensañamiento terapéutico:

-1. Cuando el tratamiento es inútil o ineficaz;

-2. Cuando sea tan penoso o gravoso al propio enfermo que le aumente el sufrimiento y lo ponga en condiciones humillantes (por eso también se habla de encarnizamiento o violencia terapéutica)

-3. Cuando se recurre a medios excepcionales y desproporcionados. Este criterio cambia con las circunstancias: no es lo mismo en una sala de urgencias que en la sierra;

-4. Aún con lo anterior no se resuelven todos los casos, y el médico apelará a su ciencia y a su conciencia; y ambas deben estar bien formadas;

-5. Cuando se tome la decisión de retirar los medios desproporcionados no se debe abandonar al enfermo: además de los cuidados ordinarios hay que darle un profundo apoyo humano, a él y a sus familiares: cuando ya no se cura, se cuida.

-6. Los mínimos cuidados que necesita todo enfermo terminal es: alimentación; hidratación; aspiración flema bronquiales; prevención de úlceras de decúbito; conservación temperatura; analgésicos y ansiolíticos.

-7. Se cumple con el juramento hipocrático: "no me dejaré inducir por los ruegos de ninguno, cualquiera que sea, a proporcionar un veneno o dar mi consejo en una contingencia similar"

Criterios de limitación del tratamiento

- 1) Inutilidad del tratamiento.
- 2) Deseos expresos del paciente.
- 3) Calidad de vida.

- 4) Costo-beneficio.
- 5) Proporcionalidad de las medidas terapéuticas:
 - a) factores subjetivos
 - b) criterios objetivos.

1) *Inutilidad del tratamiento*: es inútil si no cura o no alivia. Es de difícil valoración práctica y por eso no puede ser el único criterio. Puede hacerse humanamente necesario en algún caso mantener por compasión la vida para avisar a sus familiares; o para que el paciente consciente resuelva sus negocios materiales y espirituales.

2) *Deseos del paciente*: cuando está en condiciones de expresar su parecer y dar una decisión con consentimiento informado.

Su rechazo a medios desproporcionados que alarguen la vida es moralmente válido. Sin ceder a la ética utilitarista de que se le cumpla todo deseo, incluso el de la eutanasia. Una cosa es no desear medidas terapéuticas ante una muerte que se juzga inevitable y próxima y que se apliquen esos recursos a enfermos con mayor esperanza de vida y, otra cosa, muy diversa, procurarse la muerte.

3) *Calidad de vida: término muy ambiguo*: en su nombre se dejan morir a neonatos discapacitados o se aprueba el recurso a la eutanasia. Hay obligación de procurar al enfermo el mejor confort posible al mismo tiempo que se tiene como principio máximo el conservar la vida. Tener presente el principio de no maleficencia. Distinguir entre lo humano y lo inhumano; la vida y la muerte, el gasto y el dispendio; lo útil y lo inútil. El término calidad de vida no es definible, ha de ser ponderado por una conciencia clara y formada del

médico que tenga principios firmes en favor de la vida.

4) *Costo-beneficio*: es claro que la vida es invaluable, pero nadie dispone de todos los recursos. Estamos obligados a dar a éstos un uso racional. Ante una previsión de altos costos, la familia o el propio enfermo puede tomar la decisión de no someter al enfermo a una terapia dudosa. En los servicios públicos el médico debe hacer un juicio prudente y sabio que respete la vida y racionalice los recursos. En caso de duda debería tener la posibilidad al recurso a un juez o un comité de ética del propio ente público.

¿Quién debe tomar la decisión? Intervienen el paciente, la familia, el médico, o el equipo médico y estos tres puntos de referencia deben mirar el bien objetivo: lo ético, el respeto a la vida y a la dignidad de la persona humana. El médico debe saber descubrir situaciones patológicas de sugerencias hechas por angustia, miedo, o sentimientos de culpabilidad que pueden estar al origen de proposiciones agresivas. Si el paciente pide la muerte lo que necesita es romper la incomunicación que sufre, darle tratamiento antidepresivo y todo el apoyo afectivo que necesita.

5) *Proporcionalidad de las medidas terapéuticas*:

Dada la alta tecnología que se ha alcanzado y la velocidad de progreso en el diagnóstico, tratamiento, los costos y la complejidad son también crecientes. Hay que determinar cuáles son éticamente obligatorias, cuáles opcionales y cuáles no hay que utilizar. Como principio podemos enunciar que el médico no estaría obligado a emplear medidas preventivas, diagnósticas, rehabilitatorias o tera-

péuticas que sean juzgadas como desproporcionadas" (1).

Cabe recordar que en la ética hay dos tipos de enunciados de las normas: en forma positiva: da de comer al hambriento; y en forma negativa: no matarás. Las primeras obligando siempre no obligan en todos los momentos. Tienen carácter indicativo pues es lógico que no se tienen todos los recursos para satisfacer tanta hambre. Los preceptos negativos marcan un límite que no se puede traspasar nunca: son los absolutos morales que se fundamentan en el principio "no se puede hacer un mal para alcanzar el bien".

Por lo que se refiere a nuestro tema a la hora de juzgar la proporcionalidad hay que mirar primero al sujeto que actúa, al médico. Se le exige que no sea negligente; pero no puede pedirsele que viva en un continuo acto de heroísmo; y así debe valorar si el esfuerzo que se le pide cae fuera de lo ordinario y si tiene proporción al beneficio que se puede obtener. No únicamente en sus fuerzas, sino tomando todo el conjunto de la unidad de urgencias, en relación con los demás pacientes. Esta relación no es numéricamente expresable: es el juicio racional de un hombre prudente y formado.

Más allá de la dimensión subjetiva interesa dejar sentado que el médico no debe retirar su apoyo, también psíquico y emocional, al paciente agónico: no puede permanecer indiferente o distanciarse para evitar su propio stress.

Criterios objetivos del juicio de proporcionalidad:

- Lo primero a determinar es la eficacia científico-técnica y evitar dispendios inútiles en perjuicio de la sociedad (medicina públi-

ca), o en perjuicio de la familia y del médico que pudiera mercantilizarse. Por otro lado, hay medidas inútiles pero inocuas que pueden mantenerse si la suspensión puede ser interpretada como falta de atención médica.

- Sufrimiento físico, moral y psicológico del paciente. Aquí la opinión del propio paciente es definitiva. El médico no puede decidir por él a no ser que se trate de algo urgente o el enfermo sea incompetente.

Orden de no resucitación

Desde el punto de vista de la Bioética puede tomarse en casos claros de enfermos terminales evaluados como irreversiblemente incompetentes, en los cuales la Recuperación Cardio-Pulmonar sería algo desproporcionado, y, lo tanto, no obligatorio.

Si el enfermo es competente, su renuncia voluntaria a la RCP puede ser legítima cuando llene la definición de enfermo terminal: enfermedad progresiva, irreversible, bien diagnosticada con pronóstico de muerte y que no tenga probabilidad terapéutica.

En México la ONR no es legal. En los países que sí lo es, la medida debe ser aplicada de modo restrictivo, concordada con la familia y diariamente actualizada.

Suspensión de la recuperación cardiopulmonar

Es una decisión difícil en la que hay que evaluar, para poder tomarla legítimamente los siguientes puntos:

a) pronóstico, especialmente el neurológico.

b) los factores clínicos indicativos que estamos en un caso irreversible: tiempo; padecimiento rebelde a la RCP, como la neumonía, sepsis, falla aguda renal, cáncer metastásico,

leucemia. La edad no es indicativa por sí misma.

c) si se trata de paciente desconocido en servicio de urgencia la presunción está a favor del inicio de la RCP y esperar horas para evaluación.

d) La suspensión de RCP puede justificarse cuando se han cumplido un tiempo razonable, en pacientes con diagnóstico preciso.

e) En pacientes con diagnóstico establecido de Muerte cerebral se puede y debe retirar los cuidados.

Terminamos diciendo que la ONR debe ser mirada como una medida positiva y constructiva para asegurar que los médicos la valuen y tomen antes de que se presente la emergencia, tomando en cuenta los criterios médicos y éticos, y haciendo partícipe a la familia en la toma de decisiones.

Queda el caso en el que el paciente decida ponerse a disposición de la medicina más avanzada, aunque esté todavía en estado experimental y no esté libre de riesgo. Aceptando ese riesgo del enfermo terminal da ejemplo de generosidad para bien de la humanidad.

Bibliografía:

1. Serani, Alejandro y Lavados, Manuel. "Regulación ética de la acción médica y limitación de tratamiento", en *Ética Clínica*, Fac. de Medicina, Ed. Universidad de Chile, dic. 1993, pp 129-146.

2. Lifshitz, Alberto. "Asignación de recursos para la salud en la etapa terminal", en *Medicina y Ética*. 1994/1 p. 17 y ss. Univ. Anahuac, México.

3. Ashley, Benedic M. O.P. "Euthanasia and over-treatment. John Paul II Institute for Studies in Marriage and Family. Washington, D.C. Comunicación en el Congreso sobre la *Humanae vitae*, en su 25 aniversario, 1993.

4. Lega, Carlo. *Manuale di Bioetica e Deontologia Medica*. Ed. Giuffrè, 1991 pp. 287 y ss.