

Limitación de medidas terapéuticas

Dr. Castillo Valery A.

Surgen dentro del ejercicio médico unas situaciones a las que no solemos acostumbrarnos, como son enfrentarnos a circunstancias en las cuales tenemos que desistir de buscar la recuperación del enfermo y aceptar que se va a producir la muerte. Esta situación tiene, en cada oportunidad, connotaciones específicas.

Conviene recordar que los pacientes graves son de dos tipos fundamentales:

a) los enfermos en estado crítico, que son enfermos agudos con definidas posibilidades de recuperación y a quienes el proceso patológico ha inducido cambios en los parámetros fisiológicos y bioquímicos de su organismo que lo ponen en riesgo de morir, y

b) los enfermos en estado terminal, cuya muerte se considera inevitable en una fecha muy cercana (horas, días o pocas semanas).

El paciente crítico suele ingresar a las unidades de cuidados intensivos para recibir el apoyo de los equipos de vigilancia y soporte de funciones vitales, que el progreso médico ha puesto a nuestra disposición, con la finalidad de reintegrarlos al seno de sus familias y a la sociedad. -

El paciente terminal debe ser atendido y cuidado en el sitio más adecuado y por las personas que puedan ofrecerle el mayor beneficio durante el postrer trance de su vida. Una unidad de cuidados intensivos es probablemente el sitio más inadecuado.

Ahora bien, ¿es siempre deslindable la condición crítica de la condición terminal?

¿hay una interfase entre pacientes críticos y pacientes terminales, de tal forma que alguien que creíamos inicialmente crítico es realmente un paciente terminal, y otro que se había desahuciado, resultó ser un paciente recuperable? A estas preguntas se debe que responder afirmativamente, y en el caso de la segunda tenemos que hacerlo en los dos sentidos; pero vamos a explicar cada situación por separado.

Cuando se evalúa un paciente para decidir su ingreso a una Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) pueden darse varias posibilidades. Puede que sea un paciente con una enfermedad grave recuperable o que se considere que es grave y se tengan serias dudas acerca de sus posibilidades de recuperación. El primero de ellos se considera «elegible» con alta prioridad de ingreso. El segundo se considera elegible con baja prioridad de ingreso. En ambas circunstancias a estos pacientes críticos se les da la oportunidad de recibir el tratamiento intensivo sin restricciones; sin embargo, pudiera darse el caso de que la U.T.I. tuviese sólo disponible una cama y que para ambos pacientes se haya realizado la solicitud con intervalo muy corto, de tal forma que hay que escoger uno de los dos.

Es en estas circunstancias se deben aplicar los criterios de selección de pacientes, que tienen que ver con el tema que nos ocupa, ya que un porcentaje de los pacientes que ingresan a las U.T.I. se transforman en pacientes irrecuperables o terminales, a pesar de la aplicación de medidas terapéuticas idóneas, y ello es mucho más probable en unos pacientes que en otros dependiendo de su condición, de la calidad de atención y de otros factores.

La posibilidad de que un paciente calificado como terminal -desahuciado, o con un

pronóstico de vida corta- se recupere, existe y se ve en la práctica, aunque no frecuentemente. Ello suele deberse a la existencia de disparidad entre el diagnóstico médico y el verdadero proceso que padece el enfermo. En ocasiones no se tienen explicaciones totalmente satisfactorias para dar razón del cambio de curso de un proceso habitual o casi seguramente mortal, hacia la curación.

El tema que nos ocupa específicamente es el de si, en todas las circunstancias, debemos tratar de mantener vivo a un paciente la mayor parte del tiempo posible, recorriendo a la aplicación en la máxima intensidad y amplitud de todas las medidas terapéuticas disponibles. Este planteamiento guarda estrecha relación con una frase de utilización frecuente por parte de los médicos: «mientras hay vida, hay esperanza».

Para tratar este tema debemos recordar dos principios fundamentales:

a) es obligación del médico tener como principio inalienable de su ejercicio, el respeto de la dignidad de la persona del enfermo (que no puede ser utilizado solamente como un medio, sino siempre como un fin en sí mismo).

b) ante una situación que nos plantea la necesidad de escoger entre dos valores, debemos seleccionar el valor superior en la situación correspondiente.

Cuando tratamos a un paciente en estado crítico con definidas posibilidades de recuperación aplicamos todos nuestros conocimientos, habilidades y destrezas a fin de poder recuperarlo de una condición de sufrimiento y de enfermedad. Estamos realizando una acción valiosa, moralmente buena, buscando un fin valioso, moralmente bueno. Estamos también cumpliendo con nuestra obligación

fundamental en el campo médico: ayudar a la persona enferma a lograr la restitución de su salud perdida e impedir su muerte; darle oportunidad de proseguir su proceso biográfico.

Cuando tratamos a un enfermo sin posibilidades de recuperación, pero utilizando todos los recursos tecnológicos, en realidad lo que estamos haciendo es alargar el proceso de morir -lo cual difícilmente puede ser considerado como un valor-. Pero si además le prolongamos el sufrimiento a él y a sus familiares, y le incrementamos los gastos originados como consecuencia de su enfermedad, estamos promoviendo una serie de disvalores entre los cuales está el coartar el derecho de la persona a morir en paz.

El doctor Augusto León, al referirse al médico intensivista que actúa prolongando innecesariamente el proceso de morir, dice: «Su responsabilidad moral es tremenda ya que en última instancia es él quien decide la cruel travesía a la que se somete al paciente moribundo, a sabiendas de que sólo prolonga el acto de morir a expensas de mayores sufrimientos para el paciente y sus familiares y de que, en la práctica, reduce la posibilidad de utilizar estos recursos, siempre limitados, en pacientes rescatables, contribuyendo en forma apreciable al desquiciamiento económico del grupo familiar» (1).

Limitación de medidas terapéuticas en el paciente ubicado en una U.T.I

La terapéutica médica comprende toda la actividad que dentro del campo clínico desarrolla el médico para beneficio del paciente. Esta actividad constituye su misión, entendiendo por tal el conjunto de funciones que le toca realizar cuando tiene a su cargo una per-

sona enferma. Las funciones primordiales del médico son de orden curativo, de alivio, preventivas, de apoyo y consuelo, y de compañía.

También le corresponde cumplir una adecuada relación con los familiares del paciente por medio de la ayuda, información y psicoterapia. Con ello puede lograr colaboradores eficaces a la vez de sosegar al grupo familiar, cuestión que es tanto más importante, cuanto más crítica sea la situación del enfermo (2).

Podemos afirmar que la actividad del médico ante el paciente grave está fundamentalmente dirigida a lograr un beneficio para éste, ya sea por medio de la curación o a través del alivio de sus síntomas, del consuelo, de la compañía y, si es necesario, ayudándolo en el trance de la muerte.

El verdadero límite de la terapéutica médica lo constituye el momento de la muerte del enfermo. Hasta ese momento puede adecuarse la intensidad de las medidas de tratamiento a las necesidades de la persona en condición de enfermedad, bien haciendo uso de todo el arsenal terapéutico medicamentoso y tecnológico, o únicamente buscando el máximo alivio y tranquilidad, de acuerdo con cada circunstancia.

La situación del paciente crítico sometido a cuidados intensivos y que evoluciona desfavorablemente, es diferente a la del paciente grave originalmente en una condición irrecuperable; éste último, como veremos más adelante, necesita de cuidados distintos y que se aplican en un lugar diferente.

El enfermo grave recuperable en una U.T.I. está bajo tratamiento que suele incluir: el uso de respiradores mecánicos que suplan o complementen la función ventilatoria a través de un tubo colocado en la tráquea; seda-

ción, monitoreo de funciones vitales; vías venosas para administración de líquidos, electrolitos, nutrientes y medicamentos, aparte del eventual soporte de otras funciones vitales. Lógicamente, en estas condiciones las posibilidades de comunicación con el enfermo son muy escasas y no es posible por lo general obtener ningún consentimiento de su parte para la toma de decisiones en relación con la limitación de medidas terapéuticas.

Si a pesar del tratamiento intensivo, no se logra que haya una recuperación de la autosuficiencia fisiológica por parte del organismo, son planteables las siguientes preguntas para ser analizadas por todo el grupo médico responsable del paciente:

a) ¿la iniciación de nuevas medidas terapéuticas puede o no, contribuir a la recuperación del enfermo?

b) ¿las medidas actualmente en uso, son todas ellas beneficiosas para el paciente, teniendo en cuenta su condición actual y sus posibilidades de recuperación?

La cuestión fundamental que se trata de establecer es saber si se ha llegado a una situación en la cual, cualquier medida terapéutica sólo va a servir para prolongar el proceso de morir y no para preservar la vida del paciente y restituir su salud; ya que hay indicadores en su evolución que apuntan hacia un pronóstico sombrío. A este respecto, en consideración a la dignidad de la persona enferma, y de sus familiares debidamente enterados, suele procederse a aplicar una modulación de la intensidad de la terapéutica en función del pronóstico del enfermo.

Hay tres conjuntos de criterios que son los más conocidos y mayormente, aplicados (3,4,5). De estas pautas, solemos aplicar, con

algunas modificaciones, los de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Monte Sinaí de Nueva York (4) y los del Hospital Presbiteriano de la Universidad de Pittsburgh (5) que son parecidos y pueden complementarse, y así las trataremos conjuntamente.

Categoría I:

Corresponde a los pacientes en estado crítico que tienen una definida expectativa de recuperación. Son los enfermos que se ingresan a las unidades de terapia intensiva y se les aplica toda la intensidad terapéutica que su condición requiere; esto es, reciben soporte total.

Categoría II:

A ellos pertenecen pacientes con muy pocas posibilidades de recuperación (en el orden de 1%). Se les aplica el máximo esfuerzo terapéutico durante 24 horas, al cabo de las cuales es reevaluado pudiendo reclasificarse.

El grupo de Pittsburgh denomina a esta categoría como de soporte total pero con exclusión de medidas de reanimación cardiopulmonar. Para ellos la característica fundamental es que tienen conservación de sus funciones intelectuales, pero daño irreversible de un órgano vital. Administran todo el tratamiento que el paciente requiere, pero si presenta un paro cardiaco, no aplican medidas de resucitación y le permiten morir.

Categoría III:

Está constituida por pacientes en los que se ha perdido casi totalmente cualquier posibilidad de recuperación. Son los enfermos que previamente pertenecen a categorías I y II y que evolucionan mal, hacia una depen-

dencia absoluta e irreversible de equipos de sostén de funciones vitales, o que tienen falla multiorgánica irreversible; o que han llegado a una condición de muerte social o biográfica (síndrome apálico). Se mantienen las medidas de soporte ya en uso cuya discontinuación induciría la muerte inmediata, y no sólo no se inician medidas terapéuticas -salvo las que están dirigidas a producir comodidad y alivio al enfermo-, sino que se descontinúan todas las medidas cuyo objetivo, en este caso, sería prolongar el proceso de morir y no el de preservar la vida -este es el concepto que se aplica para reconocer que una medida terapéutica es extraordinaria, como veremos más adelante-, y así no se aplicarían, por ejemplo: hemodiálisis, resucitación, asistencia circulatoria, monitoreo de presión intracraneal, o hemodinámico; y tampoco se inicia la administración de albúmina humana, o la antibioterapia, o son descontinuadas igual que la alimentación parenteral.

Estas decisiones pueden ser calificadas como antidistanásicas, y se aplican para permitir que la muerte llegue porque se considera que no existe ninguna medida terapéutica que puede ofrecer recuperación al enfermo, sino prolongación de su sufrimiento.

Categoría IV:

Son clasificados aquí los pacientes que reúnen los criterios para el diagnóstico de muerte desde el punto de vista neurológico, más comúnmente denominada muerte cerebral. En estos casos se declara la muerte de la persona, y si es calificado como eventual donante de riñón se participa al equipo de trasplantes, cuyos integrantes son los encargados de realizar las gestiones ante los familiares. De no ser candidato para donación de

órganos, se procede al retiro de los equipos de sostén de funciones vitales.

La clasificación en las categorías antes dichas debe hacerse por unanimidad de los miembros del equipo tratante del paciente, aplicando los conocimientos médicos que en relación a pronóstico se conozcan para el momento. En la asignación de la categoría IV deben estar cubiertas todas las posibilidades de error, aplicando estrictamente el protocolo de diagnóstico de muerte cerebral, que ofrece una especificidad de 100 %.

La asignación de la categoría III, que por la variedad de situaciones que pueden originarla la hacen menos precisa, requiere de un análisis profundamente meditado y utilizando al efecto los razonamientos provenientes de las experiencias objetivas de los trabajos científicos y, no la subjetividad de experiencias personales únicamente. En esta decisión no puede haber una relación jerárquica; todas las dudas que tenga el personal de menor experiencia debe plantearlas antes de tomar la decisión de limitar las medidas extraordinarias y de tratamiento. Sobra recalcar la gran responsabilidad ética que lleva consigo una decisión de este tipo.

Limitación de medidas terapéuticas a pacientes irrecuperables en estado terminal

1. Ingreso en una institución hospitalaria.

En la situación de tomar decisiones terapéuticas respecto a la condición de los pacientes irrecuperables en estado terminal, se debe tener como base a la persona enferma más que el padecimiento u otras cuestiones accidentales. A modo de ejemplo, cuando un paciente de este tipo es llevado a un hospital

general dependiente del Estado, por lo general la actitud de los médicos encargados de las admisiones no es de comprensión y de hallar una solución rápida a estos enfermos. Con frecuencia se busca ingresar previamente a otros enfermos considerados como recuperables, o simplemente se les rechaza de entrada diciéndole a sus familiares que no hay camas libres y que deben ir a otra institución donde haya camas para enfermos crónicos.

Pero no sólo los médicos jóvenes encargados de las admisiones rechazan a estos pacientes. También los de mayor jerarquía imponen con frecuencia el criterio de que sólo ingresan a los servicios casos que tengan interés docente, puesto que una de las funciones del hospital es la enseñanza. Y también los administradores de hospitales buscan -y esto suena lógico- optimizar el periodo de estancia de los pacientes hospitalizados a fin de mejorar el rendimiento de las camas.

El otro punto de vista es el del enfermo, "razón de ser de las instituciones hospitalarias", que busca refugio en un Centro especializado ya que se encuentra en un estado de sufrimiento y no puede ser atendido en su casa. La decisión a tomar debe tener como eje la necesidad del paciente y no el criterio administrativo (6). Corresponde darle refugio, alivio y seguridad al paciente para luego, con intervención de las instancias administrativas, lograr la ubicación más conveniente para el enfermo y más acorde con la política hospitalaria.

El rechazo del paciente es un indicador de que se está soslayando su condición de persona, resaltada en este caso por su condición de enfermo, de ser humano menesteroso que requiere ser ayudado en razón del

sufrimiento que le infringe su enfermedad en la etapa final de su existencia.

2. *La atención del enfermo en hospitales públicos.*

Cuando son hospitalizados, la atención suele ser mucho menor que la que reciben los otros pacientes. El médico joven se aparta un poco por diversas razones: por no saber como mantener una adecuada relación médico-paciente terminal; por sentir lástima; por sentirse temeroso al identificarse con el enfermo y buscar no perpetuar en su mente su imagen, etc.

En las visitas de sala suelen pasar muy rápidamente, cuando lo hacen, por la cabeza de este tipo de enfermo. A ese apartarse del paciente se une el personal paramédico, y por añadidura se imponen restricciones a las visitas de los familiares más cercanos, todo lo cual deja al paciente con uno de los peores sufrimientos que puede padecer un enfermo terminal: la soledad. De esta forma pierde el enfermo una ayuda y una compañía valiosísima puesto que es conocida la gran necesidad que tienen estos pacientes de comunicarse.

3. *Plan terapéutico.*

Anteriormente se ha afirmado que en los hospitales públicos casi siempre se da al paciente terminal baja prioridad en relación con la atención prestada a los pacientes recuperables (7). En relación al plan terapéutico del paciente terminal, se puede decir a grosso modo, que existen dos formas de abordarlo. Unos consideran que debe «lucharse hasta el final», aplicando para ello todas las medidas que prolonguen, en lo posible, el tiempo de vida del enfermo sin ningún mira-

miento hacia su calidad de vida. Se piensa -y actúa en consecuencia- que todo tratamiento, aunque produzca síntomas desagradables, debe llevarse a la práctica puesto que existe una pequeña posibilidad de que sea efectivo para prolongar el curso vital, y a la vez, puede servir de experiencia para futuras tomas de decisiones en otros pacientes.

Otros consideramos que la terapéutica en estos casos debe tener como fundamento al paciente; que una diferencia del tiempo de sobrevivencia a costa de sufrimiento constituye un disvalor; y que, sobre todo, es el propio enfermo debidamente informado, el que debe consentir y aceptar cualquier medida terapéutica, sin presiones aunque sí, con el apoyo y la seguridad que el médico y la familia puedan brindarle. A esto hay que añadir el respeto que debe otorgarse a su decisión.

Una tercera posibilidad -no frecuente y sí lamentable- es la de los médicos que piensan que ya no hay nada que hacer, y por tanto, dejan de lado al enfermo con indicación de dar analgésicos cuando lo requiera, o a veces incluso restringidos para evitar que se acostumbre. Esta tercera actitud es incompatible con los preceptos de un ejercicio de la medicina cuyo marco moral esté dado por la consideración del enfermo como persona.

4. *Medidas ordinarias y extraordinarias de tratamiento.*

La reiteración por parte del pontífice Pío XII, de la doctrina sostenida desde hace mucho tiempo por la Iglesia Católica, de que los médicos no tienen la obligación de continuar el uso de medidas extraordinarias para mantener con vida al sujeto irrecuperable (8), tuvo lugar en los albores del desarrollo de los

cuidados intensivos. Esta doctrina cobró una importancia fundamental en los años siguientes. Vamos a precisarla en relación al tema que nos ocupa.

Una interpretación apresurada de estos conceptos entiende que la medida ordinaria es la usual y la extraordinaria la excepcional. Esta interpretación tiene el inconveniente de su relatividad, ya que una medida terapéutica que ayer se usaba ocasionalmente, hoy puede ser de uso habitual. Y en relación al enfermo, ciertas medidas de uso excepcional en determinado paciente no lo son para otro.

Considero que las definiciones más aceptables son las ofrecidas por Ramsey (9) y Kelly (10):

a) Medidas ordinarias de preservar la vida son todas las intervenciones terapéuticas que ofrecen una razonable esperanza de beneficio para el paciente y que pueden ser obtenidas sin excesivos gastos, sufrimientos, ni otros inconvenientes.

b) Medidas extraordinarias de preservar la vida son todas las intervenciones terapéuticas que para su puesta en práctica se requiere excesivo gasto, sufrimiento u otros inconveniente, o aquellas que si son usadas no ofrecerían una razonable esperanza de mejoría.

Kelly (11) lo ha expresado con otras palabras: "Podemos definir como medida extraordinaria cualquiera que sea, aquí y ahora, muy costosa, o muy inusual, o muy difícil, o muy arriesgada; o si los efectos beneficiosos que pueden esperarse de su uso no guardan proporción con la dificultad y los inconvenientes que su aplicación lleva consigo".

Es el balance entre la carga que supone la medida y las posibilidades de ser efectiva para la preservación de la vida, lo que hace

que un tratamiento sea calificable como ordinario o extraordinario para un determinado paciente en una situación particular. Si se estima que la medida sólo servirá para prolongar el proceso del morir o supone una grave carga (económica, de dolor o de riesgo), es calificable como extraordinaria y por tanto su aplicación no es imperativa sino electiva.

En el caso de los pacientes en etapa terminal, por ejemplo, no tiene caso ingresarlos a una unidad de terapia intensiva, que sería la primera orientación dada entre las predominantes en el ejercicio médico, puesto que sometería al enfermo a medidas que no remediarian nada y sólo servirían para prolongar el proceso del morir (nota 1). Utilizar todos los medios disponibles para prolongar la función de los órganos de un enfermo irreparable le alarga la etapa de sufrimiento, y lo separa de sus familiares en un periodo en el que la compañía de los seres queridos es fundamental, y puede acarrear graves desembolsos económicos.

El doctor Augusto León (13) dice al respecto: «En vez de desafiar la naturaleza, nuestro deber debe limitarse a colaborar para que el tránsito final sea lo menos penoso posible. Algunos temen que tal comportamiento pueda facilitar la consecución de fines inconfesables de médicos inescrupulosos, o que con ello se priva al enfermo de toda esperanza. Para esto sólo puede haber una respuesta optimista: nuestra fe en la compasión, integridad y buen sentido de la mayoría de los integrantes de nuestra profesión; virtudes suficientes para enfrentarnos en forma racional y humanitaria a los problemas que afligen a los enfermos en la fase final de su existencia».

Hasta ahora podemos arribar a dos conclusiones preliminares fundamentales:

a) no hay obligación de aplicar medidas inútiles;

b) la actuación del médico en la atención de un paciente terminal debe hacerse fundamentalmente en función del enfermo y no de la enfermedad que padece.

Una razonable expectativa o esperanza de éxito es el requerimiento lógico para la aplicación de medidas terapéuticas y no cabe duda que la obligación fundamental del médico es lograr el mayor alivio y comodidad posible en el paciente. De esta manera tiene cabida el planteamiento de Ramsey, juzgando en forma comparada la actitud inadecuada del médico en el tratamiento del paciente recuperable y del terminal: «Así como sería negligencia para los enfermos recuperables tratarlos como si estuviesen a punto de morir, también habrá negligencia - imprudencia- al tratar a un enfermo moribundo como si se fuese a recuperar»(9). Pues los requerimientos del paciente que sufre y está en fase terminal, son bastante diferentes de aquellos que también sufren pero que tienen esperanza de vivir, o aquellos incurables que aún no son moribundos.

5. *Acompañar al paciente.*

Un elemento fundamental que requiere el paciente en etapa avanzada de su enfermedad incurable -y del cual no debe establecerse limitación-, es tener la presencia y seguridad del afecto de sus familiares, contar con su médico para atender los síntomas que se vayan presentando, y tener información y comunicación en la medida que se requiera.

Esto idealmente se debería cumplir en el

hogar y contando con el médico de familia; sin embargo, muchas veces no es posible por diferentes razones entre las cuales están: a) las posibilidades reales de atención domiciliaria en una sociedad en que casi toda la familia suele tener obligaciones fuera del hogar; b) la dificultad de encontrar médicos con posibilidades y con vocación para este tipo de atención tan exigente en cuanto a disponibilidad y a manejo de una relación que supone un entrenamiento particular, que no se enseña en nuestras escuelas de medicina; c) la capacidad económica familiar es otro factor limitante ya que es necesario disponer de determinado material, equipo y medicamentos que muchas familias no pueden sufragar.

La organización de un buen nivel primario de atención por medio de médicos generales/familiares con una amplia cobertura, ha sido una excelente solución en algunos países; sin embargo, la calidad humana del médico es prioritaria, ya que su papel terapéutico es sobre todo lo más importante. Bien lo ha expresado el doctor Herbert Adler, de Philadelphia (14): «Cuando un médico ya no dispone de drogas o de técnicas para ayudar a su paciente, él debe hacer lo que los 'curadores' premodernos hacían como algo natural: él mismo se utiliza como el agente terapéutico más importante». Hasta no hace mucho «... los pacientes graves eran sangrados, purgados, emetizados, puestos a sudar, colgados de sus tobillos, inducidos a comer cosas incomedibles. Nosotros ahora sabemos que la mayoría de estas prácticas para entonces consagradas eran, o inútiles o verdaderamente perjudiciales para el paciente; pero dado que ellas eran dispensadas en el contexto de una cálida relación médico-paciente, eran estimadas y apreciadas».

Estas consideraciones son congruentes con lo planteado por el doctor Balint (15), al referirse a sus reuniones con los médicos generales: «La discusión reveló muy pronto que la droga más frecuentemente utilizada en la práctica general era con mucho el propio médico; es decir, que no sólo importaban el frasco de medicina o la caja de píldoras, sino el modo cómo el médico las ofrecía al paciente. En suma, toda la atmósfera en la cual la droga era administrada y recibida (...) sin embargo, el seminario realizó muy pronto otro descubrimiento, a saber, que aún no existe ninguna forma de farmacología respecto de tan importante droga».

Individualización del tratamiento de acuerdo con la afección de los pacientes terminales

Aunque el alivio del dolor o del sufrimiento, incluyendo dentro de este último el sentimiento de soledad, es la consideración fundamental para la atención de los pacientes incurables o en estado terminal, las diferencias en el tipo de invalidez, o de incapacidad y minusvalía de cada paciente llevan consigo diferencias en la forma apropiada de tratarlo y en la intensidad del cuidado que su condición precisa (16).

Ya se ha planteado que estos pacientes no deben ser tratados en áreas de cuidados críticos y que hay dos formas de atención aplicables:

a) la atención hospitalaria, con consideraciones especiales para la compañía de sus seres queridos y con la participación del médico efectivamente relacionado con él en una actitud de servicio a un semejante que requiere de su apoyo, comprensión y ayuda.

b) la atención domiciliaria, ideal si se dan las condiciones que aseguren compañía, con-

suelo, alivio y comunicación. En todo esto, como en toda la medicina, el tratamiento del paciente debe ser personalizado; esto es, adaptado a sus propias características tomando en cuenta todas sus facetas: somática, psicológica, sociocultural y espiritual.

Ahora bien, yendo específicamente a las medidas que se deben aplicar dentro de un marco de adecuación de las indicaciones a las necesidades del paciente, varias cuestiones lucen obvias, a saber: deben ser omitidos procedimientos de monitoreo rutinario de signos vitales, controles radiológicos y de exámenes de laboratorio excepto cuando son requeridos a fin de aliviar una determinada sintomatología. Si aparece neumonía, no deberían administrarse antibióticos. El cateterismo vesical puede ser beneficioso por causar confort y evitar lesiones de la piel como consecuencia de irritación.

La administración de líquidos y nutrientes dependerá del confort que puedan producir a los pacientes, aunque tal administración tiene un gran valor simbólico para los familiares y amigos. Los médicos a cargo deben estar conscientes de que los pacientes en estado terminal avanzado no suelen padecer de hambre ni de sed (16). No se debe obligar al paciente a comer lo que la esposa, o cualquier otro familiar cercano, consideran que lo reconfortará.

El paciente consciente en situación terminal requiere sobre todas las cosas, compañía, apoyo y la seguridad de contar con su médico para alivio o comunicación. ¿Qué importa que se vuelva adicto a un estupefaciente o a su médico, si ambas cosas le otorgan el sosiego que necesita en el poco tiempo que le queda de vida?

Pacientes en situación terminal y estado vegetativo persistente (16,17,18). Tienen el neocórtex extensa e irreversiblemente dañado, aunque persisten funciones del tallo cerebral. Para ellos, una vez establecido este diagnóstico, está moralmente justificado limitar el tratamiento (nota 2).

Pacientes en situación terminal seria e irreversiblemente dementes. La mayoría de estos enfermos son ancianos que han perdido notoriamente su capacidad intelectual. Para ellos se debe buscar la máxima comodidad posible, pero de aparecer una enfermedad intercurrente es éticamente permisible, de acuerdo con la opinión y el consentimiento de los familiares, o del paciente si lo expresó previamente en uso de sus facultades, no tratar. Si el enfermo rechaza los alimentos por vía oral, no hay obligación de suministrarlos en forma obligada por vía de sonda nasogástrica o parenteral.

En conclusión, la práctica médica enfrenta situaciones en las cuales se hace necesario plantear la limitación de medidas terapéuticas al darle prioridad a la persona enferma sobre otras consideraciones, muchas de las cuales son producto de tradiciones, opiniones subjetivas o de otro tipo. En ciertas ocasiones se debe respetar la voluntad del enfermo -si la expresó de modo consciente- o de sus familiares debidamente informados, y no prolongar el proceso del morir.

Bibliografía

1. León Cechini, A.: La muerte y el morir. Lagoven, Caracas, 1980, p. 44.
2. Castillo Valery, A.: Los límites de la terapéutica médica. Revista de la Fund. José María Vargas, 1: 4-88, 1977.
3. Optimum care for hopelessly ill patients. A report of the Mass. General Hospital. N.Eng.J.Med., 295: 362-364, 1976.
4. Tagge, G. F.; Alder, D.; Bryan-Brown, E. W., y colaboradores: Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. Crit. Care Med., 2: 61-63, 1974.
5. Grenvic, A.; Powner, D. J.; Snyder, J. V., y colaboradores: Cessation of therapy in terminal illness and Brain Death. Crit. Care Med., 6: 284-291, 1978.
6. Ramsey, P.: The patients as a person. Yale University Press, New Haven, London, 1970. p. 116.
7. León Cechini, A.: Op. cit. p. 41.
8. Auer, A.; Congar, Y.; Brokle, F., y Rahner, K.: Ética en medicina. Ed. Guadarrama, Madrid, 1972. p. 177.
9. Ramsey, P.: Op. cit. pp. 118-132.
10. Kelly, G.: Medics moral problems, The Catholic Hospital Ass, St. Louis, Mo., 1958. p. 129.
11. Healy, E. F.: Medictil ethics. Loyola University Press, Chicago, 1956, p. 67. Citado por Paul Ramsey (ref. 9).
12. Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. Año CIX, mes XI. Caracas, lunes 23 de agosto de 1982. N. 30-002 Extraordinario.
13. León Cechini, A.: Atención integral del enfermo terminal. En: La muerte y el morir. Op. cit. pp. 159-171.
14. Adler, H. M.: The psychiatric needs of the patients. En: Psychiatry and the internist. Fink, P. J., y Oaks, W. W. (editores). Grune Stratton, London and New York, 1970. pp. 61-72.
15. Balint, M.: El médico, el paciente y la enfermedad. Editorial Libros Básicos, Buenos Aires, 1961. p. 17.
16. Wanzer, S. H.; Adelstein, S. J.; Cranford, R. E., y colaboradores: The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. New Eng J. Med., 310: 935-959, 1984.
17. Ingvar, D. H.; Brun, A.; Johansson, I., y colaboradores: Survival after severe cerebral anoxia with destruction of the cerebral cortex: The apallic syndrome. Ann. N.Y. Acad. Sc., 315: 184-214, 1978.

18. Posner, J. B.: Coma and other states of consciousness: the differential diagnosis of brain death. *Ann. N.Y. Acad. Sc.*, 315. 215-227, 1978.

nota 1. Dos artículos de la ley de Ejercicio de la Medicina vigente en Venezuela desde 1982, hacen específica referencia a este tópico (12): Artículo 28: «El médico que atiende a enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oirá la opinión de otro, u otros profesionales de la medicina. El Reglamento desarrollara el contenido de esta disposición». Artículo 29: « El ingreso y la permanencia de los enfermos en las unidades de cuidado intensivo deberá someterse a normas estrictas de evaluación destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesite y en la asistencia de enfermos irrecuperables en la etapa final de su padecimiento». El último de los artículos evidentemente busca evitar el abuso de las U.T.I., sobre todo a nivel de las instituciones privadas de asistencia médica.

nota 2. En nuestra opinión, la hidratación por sonda o por vía endovenosa beneficia al paciente con síndrome apático y las cargas tanto para el paciente como para el personal sanitario son mínimas. Por este motivo se trata siempre de un cuidado ordinario, y por lo tanto deber administrarse en todos los casos.

La alimentación, si es por sonda nasogástrica o por gastrostomía se considera cuidado ordinario. Otra cosa es la alimentación por vía endovenosa -cateter central-, que por significar un gasto que puede ser oneroso en estos pacientes, puede considerarse un cuidado extraordinario.

La obligatoriedad o no de estos cuidados, según sean ordinarios o extraordinarios, se refiere tanto para los familiares u otros representantes como para el Estado que, a través de las estructuras sanitarias, debe velar por el cuidado y protección de la vida de los miembros de la sociedad. No se puede decir que los gastos u otras cargas que originan este tipo de pacientes sean de tal magnitud que impidan alcanzar otras metas sanitarias o sociales. Mientras no se les haya dictaminado como clínicamente muertos todos los seres humanos son personas y por tanto dignas de respeto.