

GUIA REGULACION ETICA DE LA ACCION MEDICA Y LIMITACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES TERMINALES

INTRODUCCIÓN:

La variedad de situaciones a las que el Profesional se ve enfrentado, y el carácter evolutivo de la enfermedad, han planteado desde siempre difíciles problemas técnicos y éticos relativos al cuando, cómo, con que intensidad y hasta donde el Profesional debe llegar con su acción.

¿ Por que criterios se puede uno guiar para saber cuando es legítimo y bueno abstenerse de algunas acciones?

EL PROFESIONAL FRENTE A LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO:

Con relación al caso de un paciente de 75 años de edad, que probablemente reúne las características de un paciente terminal y a quién la familia desea limitar el tratamiento, se debe reflexionar sobre dos temas centrales:

- 1) ¿ Cuáles son los criterios aceptables para suspender tratamientos?;
- 2) ¿ Quién debe tomar la decisión de no tratar ?

CRITERIOS PARA LIMITAR EL TRATAMIENTO

- **Inutilidad del tratamiento:** Desde un punto de vista ético, el profesional no estaría obligado a proporcionar terapias inútiles o inefectivas, es decir, terapias que no curen la enfermedad ni alivien los síntomas. Por otra parte, el siempre debe, y en general siempre es posible, intentar aliviar el dolor del paciente y mantener su comodidad. Sin embargo no es fácil en la práctica clínica decidir cuándo una determinada terapia es inútil. El juicio sobre utilidad o inutilidad de una medida terapéutica depende del conocimiento existente (que no siempre es claro para el caso individual) y de la experiencia del Profesional.
- **Deseos del paciente :** Otro criterio válido para suspender el tratamiento es la opinión del paciente. Sin embargo la validez de este criterio supone la competencia del paciente, la revelación de la información y la comprensión de la misma. Si estos elementos se cumplen, se cree que el rechazo informado de un paciente en relación a una terapia es un criterio válido. Esta situación debe ser diferenciado del acto eutanásico.
- **Calidad de vida :** El concepto de calidad de vida es difícil de explicitar en términos claros y precisos, y más difícil aún es llevarlo a ciertas determinaciones empíricas, es efectivo y no deja de ser curioso que tanto los profesionales de salud y sus familias recurren a él para justificar la limitación del tratamiento o incluso para justificar la eutanasia. En realidad no se debe cuestionar qué es la calidad de vida sino quién es el que debe juzgarla, y desde este punto de vista el más indicado es el paciente.

- **Costo** : El costo de la atención médica es frecuentemente una de las razones aducidas por los familiares para limitar tratamientos en personas graves, muy dañadas o añasas. Por otra parte, el uso racional y eficiente de los recursos médicos es un problema muy grave en todos los Países, sean ricos o pobres. La justificación para limitar tratamientos por causa de recursos escasos depende de quien toma la decisión (paciente, familia, sociedad en su conjunto)
- **¿ Quién debe decidir?** : Está claro que los responsables de la decisión médica son a títulos diversos, el paciente, el equipo de salud y su familia. Cuando entre estos tres actores no existe discrepancia el problema no se plantea. La dificultad surge cuando esta discrepancia no sólo existe sino que se hace explícita. El deber del profesional de salud se dirige primariamente al paciente y no hacia la familia quienes la mayoría de las veces solicita tratamientos agresivos por sentimientos de temor, angustia y muy frecuentemente por sentimientos de culpabilidad. Con relación al paciente el profesional de salud debe siempre buscar la salud o el alivio de la enfermedad.

PROPORCIONALIDAD DE LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS

- La gran disponibilidad de nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas, su complejidad y costo, plantean frecuentemente el difícil problema de discriminar cuáles de esas medidas son éticamente obligatorias, cuales son opcionales y cuáles, en relación a tal o cual paciente, simplemente no deberían ser usadas. Una orientación ética propuesta ha sido la de intentar discriminar, entre las medidas posibles, aquellas que resultan proporcionadas por comparación con otras, cuyo empleo aparece claramente desproporcionado. Como corolario de este discernimiento se seguiría que el profesional de salud no estaría éticamente obligado a emplear las medidas preventivas, diagnósticas, rehabilitatorias o terapéuticas que sean juzgadas como desproporcionadas.
- Está claro que no existen recetas o fórmulas para juzgar, de modo deductivo, la proporcionalidad de una acción médica en un caso particular. Se trata de un juicio prudencial y no de una determinación científica. Existe consenso entre los moralistas, sin embargo ese juicio debe ser Informado(es decir, debe considerar en forma sistemática y objetiva los elementos mencionados), Recto (debe ser hecho con rectitud de intención, por alguien que de garantías de tener genuina preocupación por el bien del enfermo), Experimentado (debe tomar en cuenta la experiencia (propia y ajena en casos semejantes)

CRITERIOS OBJETIVOS PARA EL JUICIO DE PROPORCIONALIDAD EN MEDICINA

- Eficacia científico- técnica de la medida
- Sufrimiento psicológico y moral que deberá enfrentar el paciente
- Costo económico de la medida
- Carga psicológica, económica y moral para los que cuidan al enfermo
- Calidad de vida

PACIENTE TERMINAL

La noción de paciente terminal, puede ser útil, siempre y cuando se le de un contenido lo más preciso posible. Dentro de la dificultad que esto involucra creemos que debemos evitar calificar de terminal a un enfermo, mientras no se tenga claridad razonable, sobre al menos, los siguientes puntos.

- Presencia de un proceso patológico de naturaleza conocida, de evolución progresiva, irreversible y con pronóstico de muerte.
- Inexistencia de toda medida con probabilidad terapéutica, incluyendo terapias experimentales.
- Inminencia previsible de muerte (días, semanas, a lo más un par de meses)

ORDEN DE NO RESUCITACION

- Hay consenso en que, el caso de pacientes terminales estimados cómo irreversiblemente incompetentes, las acciones de resucitación cardiopulmonar resultan desproporcionadas y, por lo tanto no son éticamente mandatorias. En pacientes terminales competentes se estima legítimo, desde el punto de vista ético, que el paciente se niegue a la eventualidad de maniobras de resucitación, en particular cuando las condiciones de vida son penosas para su familia; en relación a estos casos se viene implementando en los últimos años lo que se conoce cómo órdenes de no resucitación (constancias explícitas en hoja de indicaciones). Estas órdenes son en principio legítimas desde el punto de vista ético, aunque podrían no serlo desde el punto de vista legal,

ALIMENTACION E HIDRATACION

- Mucho se polemiza en la actualidad acerca de la desproporcionalidad que puede significar la alimentación e hidratación. La reciente declaración de la academia estadounidense de neurología consideran que en los pacientes en estado vegetativo persistente, la alimentación puede ser retirada como cualquier otra medida " médica".
- Si bien es cierto en pacientes en EVP se puede aceptar, sin gran dificultad, que la resucitación cardiopulmonar constituye una medida desproporcionada, pero en ningún caso la nutrición e hidratación por vía natural. En la medida que los estudios neurológicos se perfeccionen y se pueda llegar a predecir con certeza que un paciente evolucionará de modo irreversible a la muerte cerebral o al EVP, sin volver a recuperar la conciencia, podrá extenderse también a estos casos la justificación ética de la no-resucitación.