



Una línea muy delgada en la atención del paciente grave o en fase terminal (consideraciones bioéticas)

Manuel Gallo Reynoso,* Federico L Rodríguez Weber,[†] José Luis Ramírez Arias[§]

Resumen

El ejercicio de la profesión médica enfrenta con frecuencia dilemas éticos de no fácil resolución, especialmente en la atención de pacientes con enfermedades graves o terminales. En este ensayo se hacen consideraciones para la atención de ellos y se mencionan algunos elementos para establecer un juicio más adecuado, también se hace mención sobre la importancia de los comités de bioética en esas resoluciones.

Palabras clave: Paciente grave, fase terminal, bioética.

Summary

The exercise of the medical profession faces doctors to ethical dilemmas, frequently of non easy resolution, specially in very ill or terminal patients. This essay offers elements to establish a more suitable judgment and to mention the importance of bioethical committees and their resolutions.

Key words: Very ill patients, terminal patients, bioethics.

* Cirujano General. Profesor Titular de Propedéutica Clínica y Asistencia Comunitaria, Facultad de Medicina de la Universidad La Salle. Director Médico de Hospital Ángeles Clínica Londres.

[†] Médico Internista. Profesor Titular de Propedéutica Clínica y Asistencia Comunitaria. Profesor adjunto de la Especialidad de Medicina Interna, Facultad de Medicina de la Universidad La Salle. Jefe de la División de Educación Médica del Hospital Ángeles Pedregal. Miembro de las Academias de Educación Médica y Mexicana de Bioética.

[§] Director Médico, Hospital Ángeles Pedregal. Miembro de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía.

Correspondencia:

Dr. Federico Leopoldo Rodríguez Weber
División de Educación Médica.
Hospital Ángeles Pedregal.
Camino a Santa Teresa Núm. 1055,
Colonia Héroes de Padierna, 10700,
Delegación Magdalena Contreras, México, D.F.
Correo electrónico: fweber@saludangeles.com

Aceptado: 31-03-2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

Los médicos, con frecuencia, hemos tenido que participar en casos en donde los pacientes están en muy malas condiciones de salud y manifiestan el deseo de que se les deje morir; esto es más frecuente en pacientes con enfermedades terminales prolongadas o en estado agónico. En todos ellos seguramente hemos hecho consideraciones para adelantar el proceso.

La ciencia, los derechos humanos, las legislaciones, los sentimientos humanitarios, los recursos económicos y los recursos materiales son elementos que cuentan en la toma de decisiones para la atención de casos como los mencionados, pero estas decisiones deben de estar siempre orientadas por los principios fundamentales de la bioética y del humanismo médico, lo que permite cumplir con el orden y el respeto de los valores morales y éticos.

La sedación en el paciente terminal es una decisión médica compleja que implica, entre otros, el llamado acto de doble efecto, que está descrito como un principio de razonamiento práctico y que sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo.¹ En medicina, este acto de doble efecto puede ser, por ejemplo, utilizar narcóticos para disminuir el dolor o el sufrimiento de un paciente, lo que representaría el acto bueno pero con la posibilidad de que exista uno malo, como puede ser el perder la conciencia o deprimir el sistema respiratorio o el causar hipotensión a veces letal. Desde el punto

de vista bioético, esta situación para ser justificable debe tener las siguientes características: a) La acción no deber ser inmoral en sí misma. b) La intención debe ser buscar el efecto de beneficio (por encima de cualquier otra cosa). c) La acción del efecto bueno no debe ser a partir de uno malo. d) Las consecuencias positivas deben ser de más peso que las negativas.²⁻⁴

Con la intención de introducirnos en este tema, partiremos definiendo algunos términos que evidenciarán lo delgado de la línea en un proceso médico como los descritos y que permite ver lo complicado que puede resultar el tomar una decisión en un sentido u otro.

Sedación paliativa: Se entiende como la disminución deliberada del nivel de conciencia de un paciente, secundario a la administración de fármacos. Esto es en el contexto de que el paciente tiene un sufrimiento físico o psicológico intenso que no puede ser controlado de otra forma y que, como tal, tratamos de evitarlo.

Sedación paliativa intermitente: Es aquella en la que el paciente se permite que tenga periodos de alerta alternados con periodos de disminución de conciencia (este tipo de sedación facilita la comunicación con el paciente y facilita la administración de alimentos cuando está despierto).

Sedación paliativa continua: Es en la que se mantiene al paciente con disminución del nivel de conciencia, pudiendo ser superficial cuando nos permite tener comunicación con el paciente, o profunda en la que el paciente está inconsciente en forma continua.

Sedación en la agonía: Es la utilizada en enfermos en quienes la evaluación clínica espera una muerte próxima inmediata, teniendo el interés con esta sedación el evitar el sufrimiento físico o psicológico que no puede ser evitado de otra manera; en este caso la sedación es profunda y continua.

En esta misma línea de definición de términos, **la eutanasia activa, positiva o directa** es la que tiene una decidida intencionalidad de cesar la vida del paciente a diferencia de los que se entiende por **eutanasia activa indirecta, o pasiva** en la que se busca renunciar al ensañamiento terapéutico o a no proporcionar medidas terapéuticas extraordinarias y por ello no obligatorias, y que generalmente sólo busca mejorar el confort del paciente.

Suicidio asistido: Es el acto por el cual se busca conseguir la pérdida de la vida con la ayuda de otra persona, que en el caso de ser un médico, recibe el nombre de suicidio médicamente asistido.⁵

De los tres procedimientos mencionados en los últimos párrafos (eutanasia pasiva, eutanasia activa y suicidio asistido), la eutanasia pasiva es la única moralmente lícita, además es una actuación verdaderamente médica que podría considerarse de intervención mínima y humanitaria y que está justificada aplicarla al paciente que se encuentra al final de su ciclo vital.

Hoy las leyes intentan a través de la “Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos”⁶ dar a conocer que es un derecho para los pacientes en situación terminal dar su consentimiento informado por escrito para proporcionarle o no los tratamientos y los cuidados paliativos acordes a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Este documento rige en el Distrito Federal, aunque, en breve, con seguridad será nacional y se refiere a la “Ley de Voluntad Anticipada”,⁷ que tiene como objetivo fundamental que sea la voluntad del paciente la que prevalezca para su tratamiento, especialmente cuando sean considerados agresivos o de los llamados de ensañamiento o encarnizamiento corporal y que sean causa de conflicto para la decisión que puede surgir de familiares y del mismo médico tratante, siempre y cuando se cumplan con los principios bioéticos que deben orientar todas las actividades medicas.

Cuando el médico utiliza un medicamento, ¿qué es lo que persigue? Se podría decir en forma sencilla y sin entrar en discusiones más complicadas que persigue promover la vida o mejorar las condiciones de un paciente. En este sentido, las leyes y los recursos médicos siempre deben estar orientados a preservar la vida humana y a respetar el deseo de los momentos últimos del paciente. Al hacer esta aseveración entramos en una de las grandes discusiones al tratar de definir “vida humana” ya que existen diferentes aspectos por la cual podemos definirla. Así, por ejemplo, desde el punto de vista biológico, la vida es la cualidad o característica de un ser de poseer procesos biológicos encaminados a sostener en sí mismo al individuo. Esta definición permite distinguir a los seres vivos de los seres muertos y de los seres inanimados. Dentro de los procesos biológicos se encuentra la organización biológica, el metabolismo, la homeostasis, la adaptación, la respuesta a estímulos, reproducción, etc.

Desde el punto de vista legal, definir vida humana resulta más difícil, ya que la ley, y en especial, la Ley General de Salud, no define el término de vida, sino sólo el de muerte o pérdida de vida, la que se define como el estado que ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible, por lo que lo contrario sería la vida, estado en el cual existe actividad y función encefálica y movimiento cardíaco.⁸

Este ensayo tiene también el objetivo de apoyar a los médicos tratantes para hacer consideraciones en pacientes con enfermedades graves o terminales; consideraciones que son de tipo biológico, religioso, humano, ético y médico, entre las que destacan ¿hasta dónde va a llegar la acción médica?, ¿qué tratamiento se propone? o ¿cuáles alternativas de manejo existen, especialmente aquellas que se consideran muy agresivas? Es necesario que ellas sean conocidas y aceptadas por el paciente o sus familiares, con mayor razón cuando aplica el acto de doble efecto.

Por lo anterior, es una obligación moral para los médicos tratantes o para las autoridades hospitalarias el someter las acciones que se consideren realizar a los comités de bioética hospitalaria, ya que de esta manera un cuerpo colegiado conformado por médicos, pacientes, humanistas y a veces personalidades de formación religiosa, participan, analizan, evalúan y hacen las recomendaciones pertinentes para apoyarlos en las decisiones de los tratamientos propuestos que muchas veces, como indica el título de este ensayo, son líneas delgadas en la atención médica.

REFERENCIAS

1. Wikipedia, la enciclopedia libre [Portal Web]. Principio de doble efecto [accesado el 10/02/2015].
2. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med*. 1999; 159: 545-550.
3. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect a critique of its role in end-of-life decision making. *N Eng J Med*. 1997; 337: 1768-1771.
4. Krakauer EL et al. Sedación para el sufrimiento intratable de un paciente agonizante: cuidados paliativos agudos y principio del doble efecto. *The Oncologist*. 2000; 5: 57-67.
5. McKegney FP, O'Dowd MA. Clinical and research report: suicidality and HIV status. *Am J Psychiatry*. 1992; 1992: 396-398.
6. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación* [Web]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013
7. Ley de Voluntad Anticipada (publicada el 7 de enero de 2008). *Gaceta Oficial del Distrito Federal* [Web]. Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>
8. Aguilar-Sierra L. Aspectos jurídicos de la muerte. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2011; 34 (Supl. 1): S32-S33.