



Postura del Colegio de Medicina Interna de México respecto a la atención del enfermo en estado terminal y la eutanasia

Asisclo de J Villagómez Ortiz

El debate respecto a la eutanasia y la atención del enfermo terminal en los medios de comunicación, y el que la participación de las sociedades o colegios médicos, instituciones de salud y academias, sea menor en tiempo o difusión, mas no en trabajo, nos obliga a manifestar nuestro punto de vista con respecto a este tema que generó polémica en México, como en otros países. Abordar estos temas que son de interés colectivo es una necesidad y una obligación, como ciudadanos y como agrupación médica.

OBJETIVO

Esta declaración de posición tiene como propósito exponer el punto de vista del Colegio de Medicina Interna de México con respecto a la atención del enfermo en estado terminal y la eutanasia.

DEFINICIONES

Enfermedad terminal

Es una enfermedad progresiva cuyos efectos no pueden revertirse con el tratamiento, por lo que provocará la muerte a corto plazo. Forma parte del proceso evolutivo de enfermedades crónicas o agudas graves.

Coordinador: Asisclo de J. Villagómez Ortiz

Grupo de trabajo: Ernesto Alcantar Luna, Raul Ariza Andraca, Alfredo Cabrera Rayo, Guadalupe Castro Martínez, Víctor Hugo Córdoval Pluma, José Halabe Cherem, Heriberto Martínez Camacho, Eloy Medina Ruiz, Raquel Méndez Reyes, Carlos Lenin Pliego Reyes, Gabriela Liceaga Cravioto, Manuel Ramiro Hernández, Alberto Rubio Guerra, Bernardo Tanur Tatz, Germán Vargas Ayala.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

Cuidados paliativos

Son los que no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo para el paciente y su familia. Tienen como función mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar problemas relacionados con la enfermedad terminal, mediante la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la valoración impecable, el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

La ausencia de apropiado cuidado paliativo y adecuada atención de un enfermo al final de la vida debería considerarse un error médico.

Apoderado legal o subrogado

Es la persona legalmente responsable de dar el consentimiento válido del inicio de un tratamiento o de limitarlo. La decisión de elegir a esta persona será de acuerdo con la legislación. Cuando se trata de pacientes mentalmente incapacitados para decidir, la elección debe apoyarse en el principio de subrogación para proteger los derechos de autodeterminación y el bienestar del afectado directamente.

Las decisiones de sustitución o subrogación se dan cuando el individuo no es competente para actuar en forma autónoma, debe existir alguien que actúe como intérprete de lo que el enfermo habría decidido de encontrarse en condiciones de hacerlo.

Voluntad anticipada

La voluntad anticipada o testamento vital es un documento en el que un individuo competente expresa su voluntad respecto a las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que pueda llevarlo a un estado que le impida expresarse por sí mismo.

Consentimiento informado

Es el proceso de información que debe recibir un paciente antes de dar su consentimiento a cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Limitación del esfuerzo terapéutico

El rechazo a medios desproporcionados no es condenable. Es una forma de aceptar nuestra condición humana al suprimir los métodos que ya no ofrecen los resultados esperados. Es decir, cuando los beneficios que pueden obtenerse no compensan los esfuerzos realizados.

Encarnizamiento u obstinación terapéutica

Es someter a un paciente con pocas o nulas posibilidades de recuperación o de regreso a una vida cercana a la normalidad, a procedimientos diagnósticos o terapéuticos extraordinarios, dolorosos, costosos y que no le benefician realmente, pero le provocan sufrimiento innecesario, es el caso de la asistencia con ventilación mecánica, el uso de aminas vasoactivas, las intervenciones quirúrgicas, las maniobras de reanimación cardiopulmonar, etc.

Eutanasia

Es el acortamiento voluntario de la vida de quien padece una enfermedad incurable para terminar con su sufrimiento. Hay distintos tipos:

- *Activa*: consiste en hacer algo para quitar la vida, como una inyección letal.
- *Pasiva*: es provocar la muerte intencionalmente por una omisión, significaría morir humanamente, la omisión puede ser dolosa, es decir, con el propósito de hacer daño, mala fe o mala voluntad; culposa: por descuido, imprudencia o impericia, y juiciosa: que es razonable, no hay ningún mal en la omisión.
- *Voluntaria*: es cuando la persona en cuestión solicita que se le realice.
- *No voluntaria*: es cuando la persona no lo pide, ni da su consentimiento.
- *Involuntaria*: es cuando la persona expresó rechazo a tal medida.
- *Ortotanacia*: el término proviene del griego *orthos*, recto y *thanatos*, muerte. Tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin

querer adelantarla para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente la vida con medios improporcionados para caer en el extremo, en distanacia.

- *Distanacia*: etimológicamente proviene de *dis*, difícil y *thanatos*, muerte. Es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, al prolongar la vida de un enfermo, anciano o moribundo, ya desahuciados, sin esperanza de recuperación y con el uso de medios extraordinarios. Es incorrecta y éticamente inaceptable.

Elementos esenciales

Para que exista la eutanasia deben reunirse los elementos que se mencionan a continuación, ya que de no existir se habaría de otra situación, como homicidio, suicidio asistido, etc., la eutanasia involuntaria y la no voluntaria se consideran homicidio:

- Debe tratarse de un enfermo agónico, moribundo.
- Debe ser por misericordia, piedad o compasión ante el dolor o sufrimiento.
- Debe haber intención de querer abreviar la vida directamente.
- Debe ser solicitada por el enfermo.

Suicidio asistido

Es cualquier tipo de ayuda para que un individuo termine con su propia vida.

No es eutanasia

Evitar un tratamiento que no beneficiará al paciente, retirar un tratamiento que no resultó o no quiso el enfermo, dar analgésicos para eliminar el dolor cuando el fin primario es eliminar éste y no causar la muerte del individuo.

Riesgos de la eutanasia

- Podría aumentar el número de eliminaciones a débiles y personas incapacitadas, asimismo, aumentarían las presiones sobre el ejecutor del acto por parte de la familia.
- Los mismos ejecutores podrían ser tomados como verdugos, lo que en una sociedad como la mexicana puede implicar pérdida de confianza en la persona tratante.

- Podría aumentar el número de homicidios que simulan eutanasia, con el propósito de cobrar herencias.
- Se puede perder la esperanza de vivir. Si como viejos las personas son dejadas de lado o aisladas en asilos, como enfermos pueden ser eliminados fácilmente.
- Podría aplicarse para obtener órganos, es decir, con otros intereses de por medio.
- La decisión que conlleve al acto, es totalmente irreversible.

Morir con dignidad

Sin embargo, estamos de acuerdo con que un individuo pueda morir con dignidad, en las siguientes circunstancias:

- Morir sin el estrépito de la tecnología.
- Morir como un acto consciente, de preferencia si así lo quiere el enfermo.
- Morir sin dolor.
- Morir en un entorno digno de un ser humano.
- No morir solo, que haya contacto significativo.
- Morir sin preocupaciones por quienes siguen vivos.
- Morir y aceptar lo que llega como la culminación de la vida.
- Morir con el tratamiento paliativo apropiado.

Los principios bioéticos básicos surgieron de una Comisión del Congreso Norteamericano, que en 1974 analizó los principios éticos básicos que deben seguirse para proteger los derechos de los pacientes sujetos a programas de investigación médica. Este informe, conocido como Belmont, describe tres principios: autonomía, beneficencia y justicia; en 1979 Beauchamp dividió el principio de beneficencia en: beneficencia y no maleficencia.

Principio de autonomía

El informe Belmont define a una persona autónoma como un individuo capaz de deliberar sobre sus propósitos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es valorar las opiniones y elecciones y abstenerse de obstruirlas, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros.

Principio de beneficencia

Según el reporte Belmont, se refiere a actos de bondad o caridad que van más allá de la obligación estricta, en este documento el término beneficencia se toma en un sentido más fuerte, designa siempre una obligación. Cuando este principio se ejecuta sin tener en cuenta la autonomía del enfermo se cae en el paternalismo médico.

Principio de no maleficencia

Tiene que ver con la obligación de no hacer daño, lo que compromete a actuar para evitar cualquier daño físico, psíquico o moral que el ejercicio de la práctica médica pueda ocasionar al paciente, lo que incluye disminuir los riesgos de toda intervención diagnóstica o terapéutica.

Principio de justicia

Es quizás el más difícil de determinar en el informe Belmont, recalca cómo repartir equitativamente los beneficios de la investigación y las medidas diagnóstico-terapéuticas, el fundamento de este principio es que todos tienen derecho a ser tratados con la misma consideración y respeto por el hecho de ser humanos.

Consentimiento informado

Es un proceso dinámico que busca la interacción entre el médico y el paciente; puede considerarse como una instancia moral antes que jurídica y tiene como propósito garantizar el bien del paciente al basarse en el conocimiento y valor de la vida humana. Con un criterio médico-legal el consentimiento del paciente debe ser informado, lo que exige al médico comunicar de forma comprensible y adecuada, con validez y autenticidad, las opciones de diagnóstico y tratamiento, con los riesgos y beneficios que conlleva cada uno de ellos.

El valor del consentimiento informado radica en destacar la autonomía de la persona, al estimular la toma de decisión de manera racional y libre. El adecuado uso de este derecho ayuda a disminuir la responsabilidad profesional, tanto civil como penal.

Derecho al contacto familiar

Se basa en el respeto al patrón cultural del enfermo, a sus costumbres y creencias. La visita al enfermo debe establecerse de manera que no se vulneren las

expectativas que tienen de ésta tanto el enfermo como sus familiares, ni interfiera con la asistencia médica al enfermo.

Derecho a la confidencialidad

Este derecho es reflejo del respeto a la autonomía del paciente. La confidencialidad hace referencia al uso limitado de la información médica y social que tiene el médico del paciente. La confidencialidad es un derecho que comparte una obligación que no sólo se aplica al agente activo (médico), sino que compete a todos aquellos que, en algún momento, pudieran tener acceso a la información mediante mecanismos directos, indirectos y hasta fortuitos. Esta obligación se basa en los principios de autonomía y no maleficencia.

El respeto a la confidencialidad abarca las comunicaciones verbales y las documentales, que están en el expediente clínico.

La excepción a este derecho se aplica cuando la confidencialidad puede ocasionar daño social, o a personas concretas, como sería el caso de enfermedades infectocontagiosas, que son de reporte obligatorio.

Derecho al apoyo moral

En esta época donde la tecnología despersonaliza y deshumaniza la práctica médica, el paciente tiene derecho a que se le dedique tiempo suficiente para establecer contacto humano y afectivo en un sentido real para ayudarle a reducir sus miedos y brindarle esperanza.

Derecho a atención óptima

Encuentra su expresión en las normas para una buena práctica clínica, que por lo general están en los reglamentos y leyes donde se incluyen normas éticas, apartados sobre las responsabilidades de los médicos en lo que se refiere a la práctica cotidiana, sobre el tratamiento de la información, de la estadística y la calidad de los datos obtenidos de la investigación médica; todo esto enfocado a brindar atención oportuna y de calidad a los enfermos que lo soliciten.

Funciones del médico en relación con su paciente

- Prevenir la enfermedad
- Preservar la salud
- Evitar el dolor y sufrimiento

- Evitar o aplazar la muerte de manera innecesaria
- Curar cuando le es posible
- Mejorar cuando le es posible
- Consolar cuando no hay más que hacer (siempre).

Funciones que no son del médico

- Prolongar la agonía

Derechos del paciente terminal

- A la salud: apoyo tanatológico para evitar sufrimientos futuros, como dolor, disnea, náusea, etc.
- A la autonomía: decisión de saber qué hacer con el tiempo que le queda de vida
- A la información: claridad en cuanto al diagnóstico
- A la verdad: conocer su diagnóstico, pronóstico y tratamiento
- A la confidencialidad: discreción en cuanto al diagnóstico, etc.
- A la libertad: de estar donde el enfermo quiera y con quien quiera
- A la intimidad: respeto a sus espacios
- A un trato digno: no ser discriminado
- A la atención médica posible: la mejor calidad y calidez
- A recibir apoyo espiritual de acuerdo con sus creencias
- A ser escuchado

Limitación del esfuerzo terapéutico

Al hablar de limitación del esfuerzo terapéutico deben interrelacionarse tres conceptos: respeto, equidad y bienestar, desde una postura ética principalista que buscará valorar las preferencias del paciente, las indicaciones médicas, la calidad de vida asumible y los factores socioeconómicos.

El debate que surge con este planteamiento es si deben existir límites en la terapéutica, y si hay un momento en el que el proceso de muerte es irreversible y debe limitarse entonces la terapéutica y dejar que la vida concluya su ciclo de manera natural.

Es conveniente aclarar que la limitación del esfuerzo terapéutico no es igual ni se relaciona con la restricción de recursos, que deriva del incremento del

costo de la atención médica; éste es un problema de carácter político y la obligación del médico quedará limitada a intentar obtener el mejor rendimiento de los recursos con que cuente.

La limitación del esfuerzo terapéutico tampoco se relaciona con conductas eutanásicas, ya que no es la aplicación de una medida de carácter letal a un paciente terminal e irrecuperable solicitada por el enfermo para terminar con su vida.

La limitación del esfuerzo terapéutico tampoco violenta los cuatro principios bioéticos básicos, debido a que:

- a. El otorgamiento de recursos limitados a pacientes sin expectativas reales de recuperación que afecta a otros pacientes más necesitados que ellos va contra el principio de justicia.
- b. El mantenimiento de funciones vitales no siempre es el mayor bien para el enfermo, ya que sólo es aceptable someterlo a estas medidas si la relación riesgo-beneficio le es favorable, de acuerdo con el principio de beneficencia.
- c. El mantenimiento artificial de funciones vitales sin expectativas razonables de recuperación puede prolongar el sufrimiento del enfermo y su familia. Esta actitud vulnera el principio de no maleficencia.
- d. La valoración de los factores enunciados debe definirse por el propio paciente, para respetar así el principio de autonomía.

Así, desde el punto de vista ético el respeto a la autonomía es el principal motivo de las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico, la dificultad de aplicar estrictamente esta directriz en el enfermo en estado crítico se justifica por la aplicación del consentimiento informado y las decisiones de sustitución o subrogación.

Aspectos culturales y religiosos en la toma de decisiones

Es prioritario reconocer la diversidad cultural y religiosa en el enfermo en etapa terminal y para ello es necesario considerar:

- El momento y el lugar apropiados para la muerte del enfermo.

- Mantener una comunicación cercana referente al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- Tomar en cuenta lo que piensa respecto al alivio del dolor y otros síntomas, la toma de decisiones, etc. (algunas creencias religiosas no consideran apropiado eliminar el sufrimiento y deben respetarse).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La obligación primordial del médico es respetar la dignidad del ser humano.
2. El enfermo competente debe tener el derecho a rechazar cualquier tratamiento médico.
3. Siempre que sea necesario, deben brindarse cuidados paliativos a los enfermos en la etapa final de la vida.
4. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico debe tomarla el equipo multidisciplinario que atiende al enfermo, al considerar que no hay nada más que brindarle, y la voluntad del enfermo.
5. No se aprueba el suicidio asistido.
6. Se recomienda la aprobación de voluntades anticipadas y que se legisle al respecto.
7. En relación con la eutanasia, se considera conveniente realizar un análisis profundo y un debate prudente y bien sustentado entre las diversas agrupaciones médicas, jurídicas y académicas del país. Por el momento no se considera conveniente ni prioritario legislar su autorización.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Asociación Médica Mundial. Declaración de la XXIX Asamblea. Madrid, octubre de 1987.
2. Trevijano M. ¿Qué es la bioética? Salamanca: Ediciones Sígueme, 1998.
3. Gómez R. Bioética y medicina intensiva. Barcelona: Edika Med, 1998.
4. Keown J. La eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas y legales. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.
5. Gracia D. Fundamentos de bioética. EUDEMA Universidad, 1998.
6. Beuchamp TL. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor, 1997.
7. Declaración sobre la eutanasia. Universidad de Navarra, 2002,

- www.unav.es/cdb/
8. Zussman R. Intensive care: Medical ethics and the medical profession. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
 9. Belmont Report, en Ensayos Clínicos en España (1982-1988), Ministerio de Sanidad y Consumo (monografía Técnica #17), 1990.
 10. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós Básica, 1995.
 11. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com
 12. Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2006, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a traves de cuidados paliativos.
 13. Tanur B. Dolor no comprendido.

AVISO IMPORTANTE

Compañeros miembros del Colegio de Medicina Interna de México, por medio de la presente hago de su conocimiento la nueva clasificación para agrupar a los miembros del Colegio, esta clasificación fue presentada a votación y aceptada en la última sesión extraordinaria que se llevó a cabo el día 23 de junio del 2006.

Nueva clasificación:

Colegiado	Internista afiliado	Médico asociado	Profesional no médico asociado	Socio honorario
------------------	----------------------------	------------------------	---------------------------------------	------------------------

Serán **Colegiados** quienes sean aceptados por la Secretaría de Admisión y Filiales, habiendo presentado solicitud de ingreso acompañada de copia de la cédula profesional para ejercer la medicina interna y copia de la certificación del Consejo de Medicina Interna de México.

Serán **Internistas afiliados** quienes hubieran sido miembros de AMIM o sean aceptados por la Secretaría de admisión y Filiales, habiendo presentado solicitud de ingreso y diploma de especialidad, título de especialidad o carta de terminación del curso emitida por una institución avalada.

Serán **Médicos asociados** quienes sean aceptados por la Secretaría de Admisión y Filiales, habiendo presentado solicitud de ingreso y cédula profesional de médico general o de otra especialidad.

Será **Asociado** cualquier ciudadano que sea aceptado por la Secretaría de Admisión y Filiales, habiendo presentado solicitud de ingreso y una carta de intención que justifique su incorporación.

Será **Socio honorario** cualquier ciudadano propuesto por el Consejo Directivo o cualquier colegiado, avalando la solicitud con una carta justificante y cuya designación sea resuelta por el Consejo Directivo en sesión ordinaria. Se limita esta distinción a los individuos de alta calidad moral cuyo desempeño genere conocimientos científicos, o prácticas humanísticas acordes con la misión del Colegio de Medicina Interna de México AC. Solo podrán otorgarse dos distinciones por año.

En los anteriores rubros se incluirán a todos los miembros del Colegio de la siguiente manera:

Los internistas que por sus credenciales puedan ser colegiados y que serán los únicos con derecho a voto dentro del colegio y que gozarán de todos los beneficios dentro de éste. (Colegiado)

Los médicos internistas que por falta de algún requisito o por decisión propia no quieran o puedan colegiarse. (Internista afiliado).

Médicos de otras especialidades, médicos generales o residentes de medicina interna, estos últimos en espera de ascender a alguna de las dos opciones anteriores. (Médicos asociados).

Enfermeras, paramédicos o cualquier miembro del equipo de salud etc. Que deseen pertenecer al colegio (Profesional no médico asociado)

Cualquier ciudadano ajeno a la medicina que por sus méritos científicos, morales o sociales el Colegio invite a pertenecer. (Socio honorario).

Por favor no duden en comunicarse con un servidor para cualquier aclaración o duda y con gusto los atenderemos.

Dr. Cipriano Colima Marín
Secretario de Admisión y Filiales
Colegio de Medicina Interna de México