

BIOÉTICA CLÍNICA: CASO DE LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

Dra. Gabriela Calderón Suasnavas

Médica General

Dr. Ramiro Sigüenza Hinojosa MSc

Ginecólogo Obstetra, Médico Tratante del HCAM

Dr. Diego Calderón Masón MSc

Ginecólogo Obstetra, Médico Tratante de HCAM

Correspondencia:

dfcalderonm@yahoo.es

Fecha de recepción: 15-01-2013

Fecha de aceptación: 26-03-2013

RESUMEN

Los Casos de Bioética Clínica son presentados y publicados en pocas ocasiones, influye en ello, el hecho de que generalmente son dilemas que al tratarse, deben respetar los principios de bioética. El tratamiento de los dilemas bioéticos ha sido abordado desde diferentes escuelas y, cada una de ellas, ha propuesto su propio esquema, en esta ocasión se ha adoptado el sistema integrado para tratar casos de bioética. Presentamos un caso que es de los que más frecuentemente deben ser abordados por el personal médico: Limitación de esfuerzo Terapéutico y Cuidados paliativos. El caso fue atendido en un Hospital de Quito y fue tratado sin respetar los principios bioéticos básicos, lo presentamos con el objetivo de que los profesionales de la salud tomen conciencia de lo importante que es tomar la decisión adecuada en el momento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Limitación de Esfuerzo terapéutico, Cuidados Paliativos

ABSTRACT

Clinical bioethics cases are rarely presented or published mainly because they are subjects that should be treated based on bioethical principles. The treatment of bioethical dilemmas has been done from different points of view, each of one proposing their own scheme. For this occasion, the Integrated System for Bioethical Cases Treatment has been adopted. We present a case that frequently should be addressed by medical staff : Limitation of therapeutic effort and Palliative care. This case took place at a Hospital in Quito and was treated without respecting basic bioethical principles. The case is presented to make health professionals aware of the importance of making the right decision at the right time.

KEY WORDS: Limitation of Therapeutic Effort, Palliative care

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica a menudo se presentan cuestiones éticas que, a menudo se resuelven en forma intuitiva, según la experiencia del médico; pero, otras veces, se convierten en verdaderos dilemas éticos (problemas cuya solución constituye dos propuestas opuestas entre sí). En estos casos, conviene seguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta en relación a los principios éticos universales.⁽¹⁾

Cada corriente bioética tiene la tendencia a abordar los dilemas "a su manera", pero si analizamos las diferentes tendencias, vemos que lejos de oponerse, se complementan.

Se puede decir que:

- La Bioética de los Principios se plantea resolver los conflictos basándose en unos principios éticos universales que guían la actuación del médico (no-maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía)⁽²⁾.

- La Bioética de las Virtudes propone la resolución tomando en cuenta el "buen hacer" del profesional y toma como fin prioritario en "bien del paciente".

- El Casuismo analiza las situaciones concretas tomando en cuenta las circunstancias. No recurre a teorías éticas universales.

En nuestro país, a pesar de que desde el 2006 se expidió el reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los comités de bioética que se relacionan con las áreas atinentes al Ministerio de Salud Pública⁽³⁾, muy poco se reúnen los comités hospitalarios para analizar dilemas bioéticos. En el HCAM los casos son cada vez más frecuentes.

Presentamos un caso de Bioética referente al final de la vida, que es bastante frecuente entre los dilemas dentro de los hospitales, en especial de tercer nivel de complejidad. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), es una decisión que debe ser tomada en consenso con los familiares y, por estar relacionados con varios de los principios bioéticos universales, es de los casos más didácticos en Bioética. Para el análisis hemos aplicado el llamado Método Integrado, que propone una

combinación de varios métodos de análisis de dilemas bioéticos, entre otros, el de Diego Gracia y el de Paulina Taboada, muy difundidos en Latinoamérica ⁽⁴⁾⁽⁵⁾. El método se resume a continuación:

Tabla I. Método Integrado de análisis de dilemas en Bioética

Nº	ACCIÓN
1	Detección de problemas
2	Búsqueda de experiencias semejantes
3	Estudio de las circunstancias
4	Examen de posibles cursos de acción
5	Toma de decisión y justificación
6	Ejecución (dificultades)

Elaboración: Autores

1. FASE DE FORMACIÓN

En cuanto al marco de referencia se refiere vamos a partir del personalismo ontológico (todo hombre es persona por el solo hecho de ser). Además se toma en cuenta los Derechos Humanos, basados en la dignidad personal que existe en todo ser humano y que no se pierde por enfermedad u otras circunstancias.

Los principios a tomar en cuenta básicos serán los *prima facie* ⁽⁶⁾:

De nivel Universal: No maleficencia y Justicia

De nivel Individual: Beneficencia y Autonomía.

No maleficencia: Se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa una complicación evitable, daño o cualquier tipo de lesión. Los riesgos de la práctica médica solo pueden justificarse cuando el beneficio obtenido es superior al daño.

Justicia: La distribución de los recursos debe ser equitativa. La administración de recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir a otros más necesitados, en especial en países con recursos limitados de salud. La prolongación de la vida sin tener en cuenta su calidad puede no servir al mejor interés del paciente, y la lucha por prolongarla con medios artificiales puede llegar a ser una acción degradante que viole los principios éticos y, por tanto, sea incompatible con el respeto a la dignidad humana.

Beneficencia: El médico tiene que responsabilizarse por cumplir los objetivos de la medicina, que se resumen en tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento. En enfermos terminales, algunas intervenciones pueden ser perjudiciales y se viola el principio de no maleficencia.

Autonomía: Capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y por lo tanto la vida y la muerte de los seres humanos. El permiso para la acción del médico que al final será decisión del propio

paciente o del familiar más próximo si éste se encuentra incompetente. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos rechazando algunos tratamientos de soporte vital, es obligación ética respetarlos. No existe obligatoriedad de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado o peor, nocivo. De no estar de acuerdo, el médico puede acogerse a la objeción de la conciencia (incumplimiento de un deber jurídico por motivo de conciencia).

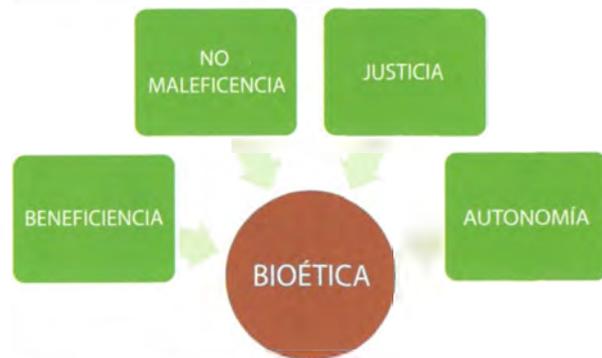


Gráfico 1.- : Principios Prima Facie

ALGUNOS CONCEPTOS

Calidad de vida: percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. El término es indefinible, en mucho lo debe definir el propio paciente.

Directivas anticipadas: Declaraciones que una persona afirma para sí en caso de un posible futuro con incapacidad para hacerlo.

Doble efecto: Por este principio, toda acción tiene dos efectos: uno malo y otro bueno ⁽⁷⁾.

Futilidad: característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil en cuanto al beneficio para el paciente o por sus altas probabilidades de fracasar.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET): decisión de restringir o cancelar algún tipo de medida cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica ⁽⁸⁾.

No inicio o retirada de tratamiento: Decisión de descartar el uso de una intervención médica ya sea no recurriendo a ella (no inicio) o renunciando a ella cuando no está cumpliendo los objetivos terapéuticos perseguidos (retirada).

Obstinación Diagnóstica: Realización de ciertas prácticas diagnósticas sin que vayan a traducirse en beneficios reales para el paciente, sería el "saber para no hacer".

Obstinación Terapéutica: Utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida biológica

de un paciente con una enfermedad irreversible o Terminal. Distanasia. Se conoce también como encarnizamiento o ensañamiento.

Orden de No Reanimación: Toma de decisión para que no se empleen maniobras de reanimación cardio pulmonar (RCP) en un paciente que ha dejado de respirar o se le ha parado el corazón.

Sacralidad de la Vida: Concepción que sostiene que la vida humana biológica tiene un valor fundamental y, en principio, es inviolable aun en situaciones de sufrimiento extremo.

Tratamiento Ordinario: abundante, no invasivo, barato, disponible, de bajo riesgo, tecnología simple, temporal. Lo contrario sería un Tratamiento extraordinario.

Tratamiento Proporcionado: mantiene un balance adecuado costo – carga/beneficio, en función de los objetivos. Lo contrario sería tratamiento desproporcionado.

Tratamiento de soporte vital: cualquier intervención médica, tecnología, procedimiento o medicación que se administra a un paciente con el fin de impedir el momento de la muerte, tanto afecte o no afecte el tratamiento a la enfermedad subyacente que amenaza la vida ⁽⁹⁾.

Muerte Digna: La expresión “morir con dignidad” implica que hay maneras más o menos dignas de morir. Ortotanasia: brindar alivio y consuelo frente a la muerte inminente ⁽¹⁰⁾.

2. FASE DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Dolores, es una enfermera de 59 años que ha trabajado por muchos años en el Hospital, soltera, vive sola en un departamento independiente. Tiene comunicación con su familia, en especial con su hermana menor. Hace tres meses fue sometida a laparotomía por tumoración pélvica y ascitis. Se diagnosticó de carcinomatosis peritoneal por cáncer de ovario y cáncer de endometrio con metástasis a hígado. La cirugía reductora no fue óptima y la ascitis recidivó inmediatamente. Su evolución ha sido mala, fue sometida a nueva intervención para drenaje de ascitis, se complicó con shock séptico que fue tratado en UCI con soporte dopamínico, antibióticos y nutrición parenteral. Se realizó drenaje de colección hepática. Se trató además una tromboflebitis secundaria. Ha sido sometida a quimioterapia intraperitoneal sin buenos resultados. Se encuentra en la tercera de seis sesiones de quimioterapia y desde la segunda ha presentado toxicidad importante, razón por la cual ha sido hospitalizada varias veces. Ha tenido un deterioro acelerado de sus condiciones físicas. Ella cree que ha evolucionado bien y que ya no tiene tumoración alguna, pues los médicos le han comunicado que su evolución ha sido favorable. Al momento se plantea la posibilidad de dejar la quimio-

terapia y pasar a cuidados paliativos.

Detección de problemas

- Paciente con cáncer Terminal
- Empecinamiento terapéutico
- Información deficiente a la paciente, incompleta.
- Retiro de tratamiento
- Tratamientos desproporcionados
- Decisión de LET y paso a cuidados paliativos

Búsqueda de experiencias semejantes

Se encuentran casos en especial en los Servicios de Oncología. Es frecuente el empecinamiento terapéutico en especial en personal allegado a la Medicina y personas “recomendadas”, políticos y trabajadores de la Institución en la que se atienden los casos.

El Caso Quinlan constituye un referente importante en la literatura internacional, el fallo por el cual se desconectó del respirador a la paciente llevó a repensar el dilema pues, como es conocido, presentó autonomía respiratoria y falleció varios años después ⁽¹¹⁾. La literatura nos informa de varios casos de LET y paso a cuidados paliativos, incluso se toman estos casos con fines didácticos ⁽¹²⁾. La elaboración de protocolos de tratamiento hacen que se disminuyan los casos pero existe la tendencia frecuente a no respetarlos según el paciente.

En nuestro país no se conoce de acciones judiciales emprendidas por familiares para LET y Cuidados Paliativos pues la mayoría de las veces se llega a acuerdos “voluntarios”, cosa dudosa por cuanto aún se puede sentir fuertemente el llamado Paternalismo Médico y la decisión no resultaría ser tan voluntaria que digamos.

En cuanto al marco legal

La atención a los pacientes en etapa terminal es un derecho reconocido por organismos internacionales y una prestación sanitaria descrita en las legislaciones de muchos países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha redactado varios informes técnicos instando a los países miembros a establecer acciones para controlar el dolor relacionado con cáncer mediante la provisión de cuidados paliativos, recomendando el uso y la disponibilidad de opioides, proponiendo estrategias para el control de síntomas o revisando el tratamiento del dolor por cáncer en niños ⁽¹³⁾.

En el Ecuador el año 2006 se expidió el reglamento para la aprobación, monitoreo, seguimiento, evaluación de los comités de bioética que se relacionan con las áreas atinentes al Ministerio de Salud Pública.

La nueva constitución de la República del Ecuador proclama la Salud y su acceso como un derecho de la población, con calidad y calidez, así como su gratuidad y la obligación del estado de las asignaciones presupuestarias

correspondientes, incluso, para las enfermedades catastróficas y los cuidados terminales. Entre otros derechos de los pacientes proclamados en la Ley Orgánica de la Salud se contempla la "autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su salud y procedimientos de diagnóstico y tratamientos, excepto en los casos de urgencia, emergencia" (14).

El artículo 10 de la ley orgánica establece que: "quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoque establecidos en el artículo 1 de la presente ley". No existe por el momento en nuestro país, marco legal alguno referido a cuidados paliativos, se ha entregado un borrador a la comisión legislativa pero aun no ha sido tratado.

Gran parte del marco jurídico reza en la Ley de Derechos y amparo del Paciente (1995), en especial en el capítulo II (15). Además se publica el acuerdo ministerial sobre cuidados paliativos (16) en el que se ingresa la morfina al cuadro básico de medicamentos (Dr. David Chiriboga, febrero 2011). Varios documentos y acuerdos internacionales se refieren a Cuidados paliativos y al momento de la muerte, entre otros:

- Declaración de Sidney (1968), sobre el momento de la muerte inminente (el médico nunca provocará la muerte de su paciente aún a pedido expreso de éste)
- Declaración de Venecia (1983), "todo paciente tiene derecho a una muerte digna", "el deber del médico es curar y, cuando no sea posible, aliviar el dolor"
- Declaración sobre la atención de pacientes con fuertes dolores crónicos en las enfermedades terminales (1990), "sobre analgésicos y las necesidades del paciente, familia y amigos" (17)
- Juramento Hipocrático, Declaración de Ginebra y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, también son dignos de tomar en cuenta.

Estudio de las circunstancias

- El diagnóstico se lo realizó por laparotomía exploratoria, se buscaba la causa de una ascitis
- Desde el principio se vio que era un cáncer muy avanzado
- La paciente es médica y es atendida en el Hospital donde ha trabajado toda su vida. El personal médico y paramédico la conocen y la estiman.

- La paciente es soltera y sin hijos, es decir, no tiene hogar formado por ella.
- Es una persona independiente.
- La paciente es sometida a cuidados especiales en cada servicio en el que estuvo hospitalizada
- El proceso de información para el consentimiento informado al parecer no fue óptimo, pues la paciente cree que está prácticamente curada
- El deterioro ha sido acelerado
- La quimioterapia está causando más daño que mejoría
- La decisión de LET se complica por la relación afectiva de los médicos (19)

Examen de posibles cursos de acción (Discusión)

Sujetos

Los médicos parecen estar influenciados por sentimientos especiales hacia la paciente y han realizado cuidados desproporcionados. Al parecer la paciente no ha tenido una buena información sobre la evolución de su problema, ello a pesar de que, a decir de los médicos entrevistados, se le ha informado en forma clara la situación. La información es un proceso de comunicación que debe ser transmitido de forma tal, que el mensaje sea percibido por el receptor de la forma en que fue enviado por el emisor, al parecer, la paciente tiene otra información, diferente por cierto, de su real estado.

La paciente es atendida por el personal de manera exagerada, acude personal de varios servicios a la habitación, esto más bien dificulta el tratamiento adecuado. Además por la relación de pertenencia al hospital, la paciente exige atención especial e influye en las decisiones médicas. Parece que por la relación con el Hospital y su situación particular, la paciente se siente en la Casa de Salud como en su casa.

La familia tiene buena relación con ella pero no tan profunda por su independencia de mucho tiempo.

Actuación específica

Podemos definir los siguientes cursos de acción:

- Continuar con las sesiones de quimioterapia hasta terminar el esquema
 - Limitación del tratamiento, supresión de la quimioterapia y paso a cuidados paliativos
 - Paso a Comité de Bioética para que decida
- Análisis bioético de las posibilidades:
- Al parecer no sería una decisión que respete los principios de bioética en cuanto a No maleficencia, pues ya

se está causando daño con la quimioterapia. Muy probablemente el daño que está produciendo la quimioterapia es mayor que el objetivo de mejora de la paciente (proporcionalidad terapéutica) y se está llegando a violar otro principio: el de beneficencia (hacer lo que beneficie al paciente). La calidad de vida se ha deteriorado mucho con el tratamiento. Finalmente, al aplicar cuidados y técnicas especiales, costosas, se está violando el derecho de Justicia, pues otros pacientes pueden beneficiarse de esos cuidados y recursos.

B) Se cumplen varios de los criterios para LET(18):

- Inutilidad del tratamiento
- Deseos expresos del paciente: este criterio no se cumple por la probabilidad de una mala comunicación del verdadero estado de la paciente
- Calidad de vida: está mas deteriorada y probablemente mejore con cuidados paliativos
- Costo beneficio: si bien en este caso los recursos son del estado, esto no quiere decir que no se deba dar un uso racional
- Proporcionalidad: los medios son muchos y los resultados casi nulos

Varios criterios son objetivos y deben ser valorados por el médico (utilidad del tratamiento, costos, proporcionalidad) y otros son subjetivos y deben ser valorados, en mucho, por la paciente (deseos de la paciente, calidad de vida).

Esta es la opción que en nuestro criterio es la más correcta.

C) En el presente caso, hay varias circunstancias que han sido analizadas y que pueden dificultar la decisión más correcta y favorable a la paciente. De suceder así, es preferible remitir el caso al Comité de Bioética para la decisión final.

Consecuencias

A) Positivas: Se terminaría el esquema y se cumpliría el protocolo de quimioterapia

Negativas: La paciente probablemente no va a resistir más sesiones de QT. Se va a llegar a ingresar varias veces por reacciones de toxicidad. Va a deteriorarse más la calidad de vida. Elevados costos para el Hospital.

B) Positivas: Para todos los que intervienen en el caso
Negativas: Si la paciente después de una buena infor-

mación de su verdadera evolución no accede a cuidados paliativos y desea terminar la QT, se debe priorizar el principio de No maleficencia sobre el de Autonomía.

C) Positivas: los médicos a cargo del caso se deslindan de la responsabilidad y la pasan a otro organismo

Negativas: La situación puede llegar a afectar la relación médico paciente al sentir ella que no decidieron los involucrados

Toma de decisión y Justificación

La opción B) es la que consideramos más adecuada. Debe realizarse una información clara, completa y objetiva de la situación de salud de la paciente, su mala evolución, la toxicidad del tratamiento y la no obtención de beneficios. Con esta opción se respetan los principios de No maleficencia, Beneficencia, Justicia y, con una buena información, probablemente el de autonomía al firmar el consentimiento la paciente ⁽¹⁹⁾.

Con esta opción no se perjudica a la paciente, se respeta la justicia, con los cuidados paliativos aplicamos la beneficencia a la paciente y con la información lo más probable es que se respete además su autonomía.

Dificultades

- La paciente puede constituir el principal obstáculo si no se le informa en forma adecuada, existen muchos médicos con formación en habilidades de comunicación (counselling) que pueden ayudar. Es recomendable una formación sólida en counselling para evitar que una mala praxis comunicativa perjudique el encuentro con el que sufre...⁽²⁰⁾

- Es importante anticipar que pueden haber médicos y enfermeras que, por su relación sentimental con la paciente, se constituyan en oponentes a la decisión, en estos casos, un diálogo eficaz puede hacer que lleguemos a consensos.

- Probablemente los cuidados paliativos deban darse más en el Hospital (que considera la paciente su casa) o en una institución especializada con la que tenga convenio el Hospital. Debe tomarse en cuenta a la persona, a la muerte y al sufrimiento, que pasan por diferentes etapas y necesitan apoyo multidisciplinario ^{(21) (22)}.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Martín NM (1996). Dilemas Éticos en la Práctica Clínica. En: *sobre bioética y medicina de familia, Documentos de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, N°7, capítulo 7. Pag. 41-50. Palma de Mallorca España.*
- 2- Altisent R, Delgado MT, Martín MN (1996). *Unidad de Bioética y Atención Primaria. Curso de Metodología práctica del trabajo en Atención Primaria. Universidad de Alicante, 1996*

- 3- ACUERDO MINISTERIAL DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA. Registro oficial 361. 22 sept 2006. Quito-Ecuador
- GRACIA, Diego. (1991). *Procedimientos de decisión en Ética Clínica. Madrid: Eudema.*
- 4- GRACIA, Diego. (1991). *Procedimientos de decisión en Ética Clínica. Madrid: Eudema.*

5. TABOADA RODRÍGUEZ, Paulina (1998). *Ética Clínica: principios básicos y modelo de análisis*. Boletín de la Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile. Vol 27. N 1.
6. Beauchamp, T. Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics. (Fourth Edition)*. Oxford University Press. New York.
7. Comité de Ética de la SECPAL (2002). Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. En: *Diario Médico.com*.
8. TABOADA, Paulina; Principios éticos relevantes en la atención a pacientes terminales. *Revista de estudios médico humanísticos*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol 12 N 12.
9. Organización Médica Colegial SECPAL (2002). *Declaración sobre la atención médica al final de la vida*. En: *Diario Médico.com*. Pag. 4-8. Madrid
10. Taboada P, Rodríguez A, Vercellino M (2005). *Dimensión Ética del Morir*. En: *Revista ARS Médica*, Vol 2 N° 2.
11. Alegre Del Rey E (2011). *El Caso de Karen Quinlan: Humanismo Cristiano o Eutanasia?*. www.profesionalesetica.org.
12. Gracia D, Judex J (2004). *Ética en la Práctica Clínica*. Fundación Ciencias de la Salud. Primera edición, Triacastella. Madrid, España.
13. Levin R. *Cuidados Paliativos, principios generales*. En: *Cuidados Paliativos, guía para el manejo clínico*. OPS.
14. LEY ORGÁNICA DE LA SALUD, Registro Oficial 423. 22-dic-2006. Quito-Ecuador
15. *Ley de Derechos y Amparo al paciente (1995)*. Ley N° 77. Reforma 2006.
16. Chiriboga D (2011). *Acuerdo Ministerial sobre Cuidados Paliativos*. MSP febrero 2011.
17. Zamudio T. *Cuestiones Jurídicas y Bioéticas en torno a la Muerte*. *Declaraciones de la Asamblea Médica Mundial*. En: <http://www.muerte.bioetica.org/legis/doc93.htm>
18. GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Definición de Enfermedad Terminal*. España.
19. Barnero Gutiérrez J. et al (2001). *Limitación del Esfuerzo Terapéutico*. *Medicina Clínica*. Vol 117. Num. 15. España.
20. Barbero Javier (2011). "Formarse en Counselling es clave para el que quiera tomarse en serio la relación terapéutica". Entrevista en: *Revista Humanizar*, sep.
21. Benito E, Barbero J, Payás A (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos de la SECPAL. España.
22. Hernando P, Diestre G, Baigorri F (2007). *Limitación del esfuerzo Terapéutico: cuestión de profesionales ¿o también de enfermos?*. En: *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, Vol.30, Supl. 3. Pamplona.