



Horizonte Médico

ISSN: 1727-558X

horizonte_medico@usmp.pe

Universidad de San Martín de Porres
Perú

Gamarra, María del Pilar

La asistencia al final de la vida: la ortotanasia

Horizonte Médico, vol. 11, núm. 1, junio, 2011, pp. 40-46

Universidad de San Martín de Porres

La Molina, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637121006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La asistencia al final de la vida: la ortotanasia

ASSISTANCE AT THE END OF LIFE: THE ORTHOTANASIA

Gamarra, María del Pilar¹

INTRODUCCIÓN

La muerte es un hecho natural e inevitable, que pone fin a la vida. En un sistema sanitario construido sobre el modelo de la terapia curativa, los profesionales de la salud han sido formados y han desarrollado su actividad como si el proceso de la muerte no existiera.

Muchos profesionales no tienen incorporada la actuación en el abordaje del paciente en el final de su vida, cómo comunicar la verdad de la situación irreversible, los tratamientos paliativos y el apoyo emocional al paciente y a su familia en esta situación de difícil toma de decisiones. Incluso desconocen las implicaciones legales y éticas del proceso de la muerte.

La atención al anciano genera problemas éticos con una mayor frecuencia que en el resto de los grupos de edad, y éstos pueden magnificarse o minimizarse en dependencia de una buena praxis médica. La ética clínica intenta precisar cuáles son nuestras obligaciones con los enfermos, y en general, con todos aquellos que estén inmersos en el sistema sanitario.¹

Los cuatro principios éticos cardinales de Beauchamp y Childress deben ser aplicados sobre un criterio de fondo de respeto por la vida, pero también de aceptación de la inevitabilidad última de la muerte, estos son la Autonomía, la Beneficencia, la No Maleficencia y la Justicia.

El principio de Autonomía tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él. Consiste en que todos los individuos deben ser tratados como entes autónomos. Cualquier persona es un fin y nunca un medio, y debe respetarse su libertad esté o no enfermo.

Las personas cuya autonomía está disminuida, deben ser objeto de protección, pudiendo surgir problemas como en el caso de incapaces o pacientes en coma. Hay que respetar su autonomía y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión.

El principio de Beneficencia consiste en la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo. Se extraen dos reglas generales: No hacer daño (esto luego evolucionó al principio de no - maleficencia) y extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El principio de Justicia consiste en la imparcialidad en la distribución de cargas y beneficios: los iguales deben ser tratados igualitariamente. Considera la equidad, que lleva a proteger a los más desfavorecidos. El médico, en su práctica habitual, se ve frecuentemente envuelto en los problemas de la asignación de recursos (hacer más o dedicar más tiempo o recursos a un paciente que a otros), teniendo que apelar al principio de justicia implícita o explícitamente.

El principio de no - maleficencia se refiere a la inocuidad de la medicina ("*primum non nocere*"). Hay que respetar la vida física de cada persona, no por su riqueza, sino porque es el fundamento en el que se realiza.

En cualquier acto médico existe el riesgo de hacer un daño. Dada la exigencia de la beneficencia, hay que ponderar siempre este riesgo de daño con el beneficio potencial.

Los adelantos tecnológicos producidos en los últimos 60 años, sobre todo en el área de los cuidados intensivos, han mejorado la sobrevida y la calidad de vida de muchos pacientes. Estos tratamientos permitieron que emergiera un nuevo grupo de pacientes de alto riesgo, cuya supervivencia era imposible con anterioridad, y se presentaron cuadros clínicos desconocidos hasta el momento y en quienes la aparición de nuevas y sucesivas complicaciones, la prolongación del tiempo de evolución y la desaparición de la transitoriedad del evento que motivó su ingreso, comenzaron a generar dudas sobre su reversibilidad y la razonabilidad de continuar el tratamiento.

Uno de los grandes retos de la medicina de hoy es conocer la utilidad y limitaciones que tiene la tecnología actual, y orientar racionalmente el uso de las medidas de soporte vital hacia pacientes que sean potencialmente recuperables.

¹ Médico Geriatra. Hospital Edgardo Rebagliati. Docente Facultad de Medicina Humana - Universidad de San Martín de Porres.

ACTITUD DEL MÉDICO ANTE LA MUERTE

Los médicos, como cualquier ser humano, presentan conflictos existenciales, que ante situaciones límite pueden hacer evidente su falta de resolución. La muerte y el sufrimiento provocan en cualquier persona sentimientos encontrados. El médico no solamente puede encontrarse afectado por la realidad del dolor y la muerte, sino que al no haber resuelto su propio conflicto, y tratando de sobreponerse a su miedo, reacciona, en vez de razonar, con actitudes de superioridad, como en el caso del ensañamiento, o de evasión y huida, como en el de abandono del paciente ².

La actitud es evidente en el paso de la visita médica y el dictado de las indicaciones, entre las frases “se hará *todo* lo que se pueda...” y el “no tiene caso hacer nada...” se encuentran encubiertos temores ocultos que buscan liberar angustia.

Una de las alternativas de reacción ante el miedo es el ataque, por eso, se pretende utilizar toda la tecnología al alcance, ya que la muerte del paciente representaría un fracaso personal, así como el enfrentamiento con la posibilidad de la muerte propia, a la cual se teme. “Nadie debe morir, pues si existe la muerte, yo moriré también” podría ser el pensamiento inconsciente que anima esta actitud. El modo prepotente de actuación con frecuencia trata de encubrir el temor.

Otra alternativa psicológica es la huida, el pretender que ese paciente no existe ya bajo nuestro cuidado, en rehuir su presencia. Se trata de un mecanismo de evasión. También esta actitud habla de un conflicto no resuelto ante la muerte. “No sé confortar, ni ayudar emocionalmente, el sufrimiento del paciente, es demasiado para mí, me hace sufrir, y yo no quiero sufrir”. Nuevamente es el pensamiento inconsciente que alienta esta forma de conducta ².

CONCEPTOS Y PRINCIPALES SITUACIONES

EUTANASIA

El término eutanasia proviene del griego: eu (bueno) y thanatos (muerte) y pretende significar buena muerte o bien morir.

La O.M.S. la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Son características esenciales de la eutanasia ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

Por los medios empleados, se divide en eutanasia activa (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva. En ésta se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida -p.ej. la hidratación-, con el fin de provocar la muerte.

Desde otro punto de vista, se puede clasificar también la eutanasia en voluntaria e involuntaria, en el caso de que lo pida o no el enfermo.

Aunque sea con el consentimiento de la víctima, la eutanasia es siempre provocada por otras personas, es un homicidio con unas características determinadas. Si es uno mismo el que se provoca intencionadamente la muerte se habla de suicidio, y cuando es el médico quien proporciona un fármaco letal al enfermo, pero es éste quien se lo administra a sí mismo³, se denomina suicidio asistido.

DISTANASIA

La distanasia (del griego “dis”, mal, algo mal hecho) es, etimológicamente, lo contrario de la eutanasia. Consiste en retrasar la muerte todo lo posible, por todos los medios disponibles, aunque no haya esperanza alguna de curación, y eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente, no lograrán esquivar la muerte inevitable, sino sólo aplazarla unas horas o unos días en unas condiciones lamentables para el enfermo³.

Llamada también ensañamiento y **encarnizamiento terapéutico**, entre otras acepciones, aunque sería más preciso denominarla **obstinación terapéutica**, que es la aplicación de intervenciones quirúrgicas y/o medidas de resucitación u otros procedimientos no habituales a enfermos terminales, cuyo fallecimiento por inminente y/o consumado se retarda por todos los medios.

Las medidas ordinarias proporcionadas o útiles son aquellas medidas de diagnóstico y tratamiento indicadas para la recuperación o curación de un paciente.

Las medidas extraordinarias o desproporcionadas, son aquellas que al aplicarlas a un paciente sin posibilidad de recuperación solo consiguen prolongar el proceso de morir y generalmente demandan equipos de alta tecnología, poco abundantes y excesivamente costosos.

El uso de terapias ordinarias es en principio éticamente obligatorio, mientras que el de terapias extraordinarias es opcional.

FACTORES QUE PERMITEN LA EMERGENCIA DE LA DISTANASIA

1) Factores culturales e históricos:

Durante la Edad Media, la muerte era un acontecimiento público, reconocido, anunciado y aceptado por la persona. En los tiempos actuales, la persona moribunda y sus allegados evitan reconocer la muerte, procuran pasarla por alto, la persona muere ignorando la muerte; es la llamada muerte excluida. Por otro lado, hablamos también de la muerte invertida, durante la cual la muerte es medicalizada. Se permite que el proceso de morir sea administrado por las instituciones médicas.

2) Factores tecnológicos:

Actualmente, la tecnología es un pilar estructural de la actividad médica. Pero la tecnología médica es una espada de dos filos: beneficia y daña. Los beneficios son claros, los daños son menos reconocidos. Esto es aplicable a los desarrollos tecnológicos que se usan en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), que evitan la muerte pero también prolongan la agonía.

3) Factores derivados de la evolución de la Biomedicina:

La actitud investigativa, no modulada, incorporada en la formación del médico y en la estructura de la actividad médica, orientada a la búsqueda de la certeza diagnóstica o el deseo de conocer el comportamiento de una variable fisiológica, puede llevar a solicitar estudios o a practicar manejos que aparte de la curiosidad investigativa no aportan beneficio al paciente. Al contrario, pueden someterlo a riesgos poco justificados.

4) La influencia de lo jurídico:

Las declaraciones de los derechos de los pacientes, los marcos legales más exigentes para el ejercicio de la profesión y la posibilidad de demandas por mala práctica, hacen que el médico en un ejercicio adaptativo, empieza a transitar hacia la medicina defensiva, con la cual se aumenta la solicitud de exámenes de diagnóstico, interconsultas, estancia hospitalaria, consumo de medicamentos, etc.

A su vez, aumentan los costos y se expone a los pacientes a riesgos innecesarios. Un trabajo que ilustra esta situación es el desarrollado por Marco,⁴ en el cual se ve que las decisiones respecto a practicar reanimación cardiopulmonar están basadas en preocupaciones por demandas legales o por las posibles críticas, más que en el criterio profesional de beneficio o futilidad médica. La mitad de los médicos encuestados iniciaron reanimaciones a pesar de la expectativa que esos intentos podían ser inútiles. La mayoría de los encuestados indicaron que idealmente los asuntos

legales no deberían influir en la práctica médica respecto a la reanimación (78%). Sin embargo, el 94% de los encuestados opina que en el contexto actual los asuntos legales influyen en la práctica.

5) La influencia del mercado:

En la actividad médica actual, interactúan dos fuerzas que en esencia persiguen fines de utilidad económica; por una parte el sector de laboratorios y de producción de equipo e insumos, y por la otra las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios. Ellas son antagonistas en el sentido que compiten por los mismos recursos. Unas favorecen el consumo y otras lo restringen. Los conflictos que emergen en el seno de la actividad clínica y particularmente en las decisiones del final de la vida, deben mucho a la configuración de las fuerzas económicas que participan en el mercado de la salud.

6) Factores médicos:

Decisiones tales como aceptar o no a un paciente en la UCI o, una vez allí, negar o suspender medidas de apoyo vital, pueden estar influidas por factores de la biografía del médico como el tipo de entrenamiento recibido (la formación en oncología favorece el retiro de la hidratación con mayor frecuencia), la orientación médica o quirúrgica de la especialización, el grado de supervisión de sus actividades, el género, la edad o los años de experiencia. También por factores administrativos, como la dependencia laboral (ser médico tratante o médico de planta), el tamaño de la UCI que se atiende o el número de camas disponibles. Y por factores no justificables del paciente como rasgos de personalidad (ser joven, optimista o sociable), o su condición física o cognitiva premórbida, abuso de alcohol o estado socioeconómico. Al escenario de la variabilidad, se suma el de la incertidumbre, que rodea las decisiones clínicas, posee factores modificables y otros no. Las fuentes de incertidumbre pueden ser técnicas, personales o conceptuales.

7) Influencia de la familia:

Un trabajo de Rivera⁵ mostró que el 62% de los manejos que se valoraron como fútiles en la UCI, fueron propiciados por familiares, en contraste con el 37% atribuido a los médicos. Las razones principales que indujeron estos manejos fueron: una esperanza no razonable de mejoría en 58% de los casos, temor a consecuencias legales en 14%, razones religiosas en 9%, culpa en 7%, inconformidad de los familiares en 7% y deseo del paciente solo en 5%. Las expectativas de mejoría que guardan los familiares en algunos casos tienen origen en ideas religiosas en las que se espera un milagro. Por otra parte, la manera como los médicos presentan la información, puede influir en las decisiones que toman los familiares.

CONSECUENCIAS DE LA DISTANASIA

1) Sobre el paciente:

El sufrimiento es un factor común a todo paciente, tanto que su alivio constituye uno de los objetivos generales del quehacer médico. Aparte del dolor, en un estudio, Nelson et al⁶, encontraron que 55% a 75% de pacientes con cáncer, críticamente enfermos, sufren de incomodidad, ansiedad, trastornos del sueño, hambre o sed insatisfechos de moderados a severos, un 40% sufren depresión y 33% disnea. Asimismo, los pacientes en UCI pierden el control sobre el ambiente, sobre su salud y sobre su cuerpo. Son sometidos a exámenes frecuentes, pérdida de la privacidad, de privación de sueño, y frecuentemente a trato impersonal. Pueden desarrollar estrés emocional, trastornos del pensamiento y del comportamiento y alteraciones psiquiátricas como delirio, reacciones psicóticas y síndrome de respuesta al estrés.

Por otro lado, existen otros efectos sobre el paciente que se refieren al respeto o vulneración de los principios de la bioética médica. En primer lugar, la distanacia vulnera el principio de autonomía. El paciente debido a sus condiciones clínicas no está en capacidad de desarrollar acciones, ni tomar decisiones autónomas, porque no puede actuar intencionalmente, no puede expresar sus opiniones, ni actuar según sus convicciones. En respuesta el médico tiene varias opciones: en primer lugar puede recurrir al paternalismo, el cual no es necesariamente reprochable, en este caso se justifica con el argumento de beneficiar al paciente, frente a la gran pérdida de autonomía que muestra. Esto está de acuerdo con la ecuación que proponen Beauchamp y Childress, según la cual hay mayor justificación para el paternalismo en la medida en que la autonomía decrece y se hace mayor el beneficio esperado.

En segundo lugar, puede delegar las decisiones en terceros o generar decisiones compartidas. El respeto a la autonomía no es fácil de garantizar en estas circunstancias. En otros países fuertemente autonomistas se trataron de promover las directrices anticipadas, las cuales no han tenido la aceptación esperada. Desde otro punto de vista, el deber médico de beneficencia se debilita en el paciente crítico moribundo. Al enfrentar el deber de beneficencia con los factores propuestos por Engelhardt, las posibilidades de éxito del tratamiento, la calidad de los resultados y la duración de la vida se hacen mínimos, mientras los costos generalmente son altos. En estas circunstancias el deber de beneficencia se extingue y por consiguiente, cualquier tratamiento de índole curativo que se aplique, pierde su connotación de beneficio.

Finalmente, aunque el principio de justicia no se aplica explícitamente en el contexto individual del paciente crítico, la selección de pacientes para ser admitidos en las UCI, y los criterios de costo efectividad que se usan para justificar el manejo clínico, derivan de razonamientos de justicia distributiva, que el médico sistemáticamente aplica a pacientes individuales. En este sentido, la distanacia quebranta el principio de justicia distributiva, ya sea por una decisión inadecuada del ingreso de un paciente a la UCI, o por corroborar que en los casos de distanacia la efectividad tiende a cero, ante costos generalmente muy elevados.

2) Sobre los familiares y allegados:

El peso de la enfermedad, la incomunicación, la poca información, la tendencia a tomar decisiones compartidas, favorecen la ansiedad, la insatisfacción, la sensación de culpa y de abandono por parte de ellos. Dos terceras partes de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI presentan signos de ansiedad (69.1%) y una tercera parte sufren de depresión (35.4%). Ellos sufren por verlos conectados a múltiples equipos, por la incapacidad de comunicación, por las variaciones en el estado de consciencia y por el malestar que puedan estar experimentando. En estas condiciones, muchos de ellos se ven obligados a participar en la toma de decisiones que rodean el final de la vida. La ansiedad y depresión hacen que los familiares sobreestimen los riesgos y subestimen los beneficios. Se afectan la comprensión y la capacidad para tomar decisiones. Además de la información, los familiares tienen gran necesidad de proximidad con el paciente. Las restricciones en visitas y proximidad, producen sufrimiento innecesario a los familiares y pacientes⁷.

3) Sobre el personal sanitario:

Pueden surgir sentimientos de frustración cuando la enfermedad del paciente progresa; sentimientos de impotencia frente a las enfermedades, junto con culpa, temor de enfermar, deseo de separarse o evitar pacientes para escapar de estos sentimientos. Esta mezcla de emociones, afecta la calidad del cuidado clínico, la propia sensación de bienestar del médico y, si ello no es reconocido, genera angustia, desgaste profesional y juicios incorrectos⁸.

4) Sobre las instituciones:

La distanacia aumenta los gastos innecesariamente; por la otra, es posible que mantener un paciente con soporte vital genere pagos y ganancias extra, esto determinado por las condiciones contractuales.

5) Sobre el sistema de salud y los estados:

El efecto de la distanacia sobre los sistemas de salud, también es en principio de tipo económico. El 1% del

producto interno bruto de los Estados Unidos se utiliza en los servicios de cuidado intensivo. Representa el 20% del total de los costos hospitalarios. El 6% de los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años que murieron en 1987 y 1988, representaron el 28% de los costos. El 77% de los gastos se hicieron en el último año de vida y el 40% en el último mes de vida.

CUÁNDO CONSIDERAR UNA MEDIDA EXTRAORDINARIA O FÚTIL

El término de medidas fútiles aparece en la literatura médica en 1990, y se definían porque podían ser considerados tratamientos fútiles aquellos que solamente conservaban la inconsciencia permanente, o que los datos empíricos (medicina basada en evidencia) mostraran que tenían menos de un 1% de posibilidad de ser beneficiosos para el paciente.

Para esta evaluación, existen escalas de predicción de supervivencia que pueden ser útiles en la consideración de medidas no necesarias para el paciente; por ejemplo, a la escala APACHE II (Applied Physiology and Chronic Health Evaluation), EPEC I (Escala Pronóstica del Enfermo Crítico), etc., con las cuales si se determina una probabilidad de mortalidad mayor al 95% deberían de considerarse, en términos generales, para el manejo de ese paciente, solamente medidas de asistencia mínima. Con esta cifra no se pretende menospreciar el valor de cada vida humana en particular; por supuesto, cada persona merece el 100% de atención, aun con probabilidades bajas de supervivencia, y es cierto que existe un 1 a 5% de éxito en esas escalas, pero el análisis estadístico traspulado a un paciente en particular, si es hecho en forma científicamente acuciosa, aunado a la experiencia profesional del médico, o mejor, del equipo médico, generalmente hace coincidencia positiva con este tipo de escalas.

Palliative Prognostic Score (PaP Score)

Variable	Puntos
Disnea	
Presente	1
Ausente	0
Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
Estimación Clínica (semanas)	
>12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5

Índice de Karnofsky	
≥30	0
10-20	2,5
Leucocitos totales por mm3	
≤8.500	0
8.501-11.000	0,5
>11.000	1,5
Porcentaje de linfocitos	
<12	2,5
12-19,9	1
≥20	0
Grupos de riesgo	Total de puntos
A (probabilidad de sobrevivir a 30 días >70%)	0 - 5,5
B (probabilidad de sobrevivir a 30 días 30-70%)	5,6 - 11
C (probabilidad de sobrevivir a 30 días <30%)	11,1 - 17,5

Fuente: Tassinari et al. The palliative prognostic score and survival in patients with advanced solid tumors receiving chemotherapy. Support Care Cancer. 2008; 16:359-370.

¿Dónde termina la atención terapéutica y cuándo el tratamiento no indicado? ¿Cuáles son las medidas que hay que suspender?, esto depende de cada paciente y sus circunstancias. Se referirían a aquellas que no contribuyen a su bienestar, a su tranquilidad o a la posibilidad de encontrarse con la muerte en forma diferente a sus convicciones.

Un procedimiento es inapropiado:

- a) Si es innecesario; es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- b) Si es inútil, porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- c) Si es inseguro, porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- d) Si es inclemente, porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- e) Si es insensato, porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

El médico necesita saber si está haciendo un acto médico, valioso y sumamente útil por su paciente, que es parte de su profesión y su vocación y que a la vez le ayudará a encontrar firmeza en sus decisiones ante la realidad humana. Verdaderamente, si es posible “hacer todo lo que se pueda”, pero sin perder la objetividad. El paciente va a morir, esta es la realidad y no hay concesión. ¿Cómo va a morir?, eso sí es, en gran medida, competencia de las decisiones médicas ².

MUERTE DIGNA

Es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. El poder escoger libremente una muerte digna como un derecho individual, es una rei-

vindicación que se considera propia de las sociedades actuales, que parten de una posición laica a la hora de enfrentarse con los problemas de la muerte. También se denomina ortotanasia.

ORTOTANASIA

Vocablo nuevo de la tanatología, acuñado en la última década. Consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo; se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo; se continúa con las medidas proporcionadas que disminuyen o suprimen el dolor y otras molestias; se procura que el paciente esté cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando el aseo y las curaciones que sean necesarias; se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera, pero lo más importante es la comunicación y el diálogo del enfermo con su médico, sus familiares, amigos y, en su caso, con el ministro de su religión, quienes proporcionan apoyo psíquico, moral y espiritual.

A diferencia de los anteriores procedimientos que ayudan a morir, la ortotanasia ayuda en el morir. La ortotanasia no enfrenta reparos éticos. Tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus circunstancias concretas, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprochable, ni tampoco prolongar artificialmente la vida con medios improporcionados para caer en el extremo, en distanasia.

Para obtener buenos resultados, es necesario establecer un programa de organización y capacitación de las personas encargadas de la atención del enfermo. Comprende a los médicos, a las enfermeras que están más tiempo en contacto con el paciente, estudiantes, familiares y amigos. Se debe integrar un grupo multidisciplinario que pueda atender al enfermo próximo a morir en el lugar más apropiado para cada paciente, el que puede ser el hospital, el hospicio o el propio domicilio del paciente.

El conocimiento sobre estos aspectos entre el personal de salud es poco, tal como lo demuestran los estudios de Bandrés⁹, que realizó una encuesta para conocer las actitudes de los médicos residentes ante el paciente con enfermedad terminal, y encontró que ante un paciente con enfermedad crónica terminal, se inclinó un 52% por la distanasia y 46% por la ortotanasia; así mismo, en el trabajo de Biondo¹⁰ en enfermeros, encontró que ninguno supo explicar la eutanasia, la mitad ofreció un concepto de distanasia y apenas un tercio de la ortotanasia.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

Es un término muy utilizado en las unidades de cuidados intensivos. Se está frente a limitación del esfuerzo terapéutico cuando se restringe el acceso de un paciente a la UCI, o cuando, una vez ingresado, se decide suspender o negar un tratamiento que se cree es inútil, que no genera ningún beneficio o que puede ser perjudicial.

Entre el 65 y 90% de todas las muertes en UCI, en un estudio realizado por Keenan, son causadas por suspensión o negación de las medidas de soporte vital en las UCI en hospitales de tercer nivel. La suspensión de las medidas de soporte vital está asociada con un aumento en las dosis de fármacos que ofrecen alivio sintomático.

Un aspecto de interés respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, es su amplia difusión y aplicación en las dos últimas décadas. Ello ha generado la exigencia, por parte de los familiares, de manejos más intervencionistas y sostenidos hacia sus seres queridos hacia el final de la vida, lo cual puede verse como otra vuelta del péndulo, hacia la inducción de manejos distanásicos inducidos, en este caso, por los familiares.

La decisión de la limitación terapéutica debe ser una recomendación compartida mayoritariamente por todo el equipo participante, respetando la objeción de conciencia; debe intentar alcanzarse un grado suficiente de acuerdo (directo o indirecto) con la familia, que previamente ha recibido una adecuada información acerca de las opciones de tratamiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad. En caso de no aceptación, seguir con el soporte vital y mantener el diálogo.

Finalmente, muchas veces ante la duda podemos derivar al paciente a servicios médicos que estén dispuestos a tratarlo o no compartan el criterio de futilidad, o solicitar una opinión colegiada del Comité de Ética Hospitalaria.

CONCLUSIONES

- La obligación primordial del médico es respetar la dignidad del ser humano, el proceso natural del final de la vida y velar por una muerte digna de la persona enferma.
- El enfermo competente debe tener el derecho a rechazar cualquier tratamiento médico.
- Siempre que sea necesario, deben brindarse cuidados paliativos a los enfermos en la etapa final de la vida.
- La decisión de LET debe tomarla el equipo multidisciplinario que atiende al enfermo, al considerar que no hay nada más que brindarle, y la voluntad del enfermo.

- Se debe capacitar de los profesionales en estos temas, para una mejor toma de decisiones.

Correspondencia:
Gamarra S. María del Pilar
pilargamarra@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson S.A.1999.
- 2 Doyle D, Hanks G, Cherny, Nathan I, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. 3rd Edition. 2004
- 3 Vega J. Eutanasia y Distanasia: aspectos legales y deontológicos. [Citado: 04-03-11]. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com>.
- 4 Marco C, Bessman E, Schoenfeld C, et al. Ethical issues of cardiopulmonary resuscitation: current practice among emergency physicians. En: Academic Emergency Medicine. 1997 (4): 898-904.
- 5 Sotomayor P. Ética Médica. [Citado: 04-03-11]. Disponible en <http://www.monografias.com>.
- 6 Nelson K, Walsh D, Behrens C et al: The Dying Patient. En: Palliative Medicine and Supportive Care of the cancer patient. Seminars in Oncology. 2000; (27)1: 84-89.
- 7 Hall R, Rocker M. End-of-life care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. Chest. 2000:118.
- 8 Kottow M. Futilidad. Medwave. 2002. [Citado: 04-03-11]. Disponible en <http://www.medwave.cl/perspectivas/bioeticasnoviembre2002/2.act>.
- 9 Tushida F, Beatriz M, Sánchez B, Pilar M. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal los cuidados al final de la vida. Rev. Per. Soc. Med. Intern. 2002; (15) 4.
- 10 Amorín Ch, Paes M, Dall L. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapia intensiva e implicaciones en la asistencia. Ribeirão Preto Sept./Oct. 2009. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; (17) 5.