

Correspondencia
E-mail bustasae@yahoo.com.ar

Temas de Bioética

Limitación Terapéutica y conflictos Éticos. Proporcionalidad

Autor Marcelo A. Bustamante
Médico Especialista en Terapia Intensiva y Cardiología
Medico de Planta del Servicio de Terapia Intensiva de Adultos y Miembro del Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Nacional. Prof. Dr. A. Posadas. Buenos Aires

La medicina hipocrática proponía que los médicos se perfeccionaran en poder reconocer aquellas enfermedades y situaciones clínicas en las que no se debía esperar que los esfuerzos empleados (por médicos y paciente) pudieran superar una enfermedad¹. En nuestra medicina moderna la cuestión se repite con la de la presencia de médicos y medios sumamente eficientes en soporte vital en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y los servicios de Emergencia, quienes enturbian la visión para decidir los límites de recuperabilidad, ya que hoy se pueden “rescatar” pacientes graves desde situaciones críticas que hace 30 años era impensado lograr. Lamentablemente este rescate es muchas veces temporal y se utilizan recursos y esfuerzos en prolongar la agonía de un paciente sin chances de superar esa enfermedad.

En el modelo personalista de bioética (BE) se desarrollaron las bases de la categorización en métodos ordinarios y extraordinarios de soporte vital y luego se adaptó el principio de proporcionalidad para resolver los problemas que acontecen con el tratamiento de pacientes críticamente enfermos y posiblemente terminales. La aplicabilidad de estas pautas permite encontrar ética y científicamente el tratamiento más prudente para *ese paciente, en esa situación*.

Introducción a los Principios de la Ética Personalista

Existen varios modelos bioéticos a partir de los cuales se pueden estudiar y justificar las elecciones que realizamos en los casos particulares que enfrentamos a diario. Si bien el modelo personalista pareciera ser el más difundido y aplicado, el modelo personalista brinda una secuencia distinta en la resolución de algunos conflictos que a ve-

ces no resultan tan simples de elucidar. Según los explica el Mons. Sgreccia en su manual de Bioética² los principios en que se funda el modelo personalista son:

- a) *Defensa de la vida física*: “La vida corpórea representa el valor fundamental de la persona misma”, ya que (aunque no agota toda la riqueza de la persona) le permite realizarse, entrar en el tiempo, expresarse, manifestar sus otros valores como la libertad, la sociabilidad y hasta construir su propio proyecto de futuro². A este principio se hallan subordinados los otros principios personalistas.
- b) *Principio de Libertad y Responsabilidad*: Es el fundamento del origen de todo acto ético; se debe ser libre en la elección para ser responsable de cada elección. “La libertad debe hacerse cargo de la defensa de la vida propia y de la ajena”; para ser libres se requiere estar vivo². Si no fuéramos libres en la elección, no podemos ser responsables de nuestras decisiones morales. Ni la conciencia del paciente puede ser violentada por el médico, ni la del médico ser forzada por el paciente
- c) *Principio Terapéutico o de Totalidad*: Se aplica cuando para salvar la vida del paciente se requiere intervenir quirúrgicamente mutilando un miembro con la intención de salvar un organismo sano. Se deben dar algunas condiciones para aplicar este principio:
 1. Que se trate de una intervención sobre la región enferma.
 2. Que ese órgano sea la causa del mal.
 3. Que la finalidad sea salvar el organismo.
 4. Que no exista otra posibilidad terapéutica alternativa menos mutilante.

5. Que haya una posibilidad alta de éxito.
6. Que el paciente de su consentimiento.

Este principio tiene aplicación en la resolución de esterilización terapéutica, trasplante de órganos, etc. De este principio deriva la proporcionalidad terapéutica

d) Principio de sociabilidad y subsidiariedad: Por la sociabilidad se compromete a todos los componentes de una sociedad a contribuir en la realización y el bienestar de sus semejantes. Este principio también justificaría la donación de órganos. Por subsidiariedad se entiende el principio que se debe aplicar para que una comunidad social se encuentre con el deber de “ayudar donde la necesidad es mayor es decir cuidar más a quien más lo necesita, y gastar más con quien más enfermo está”². Esto referido a pacientes recuperables (para restablecer su salud) o los no recuperables (para extremar los cuidados paliativos).

Los principios de la BE principalista pueden encontrar puntos comunes y representación con los de la BE personalista. Así el principio de Beneficencia sería “homologable” al de Defensa de la vida física, el principio de Justicia equiparado al de sociabilidad y subsidiariedad, el principio de no maleficencia con el terapéutico y el principio de autonomía con el de libertad y responsabilidad.

Cabe aclarar que en la ética principalista, el principio de autonomía pareciera estar por encima de los demás en la práctica y la literatura sajona; sin embargo en su concepción todos los principios fueron planificados con igual peso, y si en todo caso uno debiera tener predominancia sobre los otros, sería el de beneficencia (según expresan Diego Gracia y Mons. Sgreccia).

¿Reúne criterios de ingreso a UTI?

En lo que a pacientes críticos se refiere, en la medicina moderna se presenta un problema entre los recursos de tecnología costosa, manejados por médicos y enfermeros altamente capacitados que se reúnen en las UCI, y la demanda de esos recursos que presenta una determinada población que excede la oferta de los mismos. El Dr. Spagnuolo hace referencia a este fenómeno como una paradoja, ya que mientras la, medicina (crítica) parece

ofrecer infinitas posibilidades terapéuticas la práctica de la medicina es gobernada por los límites (disponibilidad)³.

Asimismo, al ingresar a un paciente al área de UCI no sólo estamos decidiendo por este paciente en particular, sino por ese paciente anónimo al cual deberemos negar la cama cuando nos llamen por esa derivación a altas horas de la noche y que tal vez no podrá ser tratado en lo absoluto³. *Esta decisión debo tomarla como si fuera una norma Universal (Kant), pero en la decisión final e íntima estoy solo (Sartre).*

En lo referente a la decisión de no ingresarlo en UCI versus la de iniciar una reanimación completa y tener que discontinuarla al reconocer que el paciente era terminal, no reviste diferencia en el ámbito ético (tiene el mismo peso). Sin embargo, desde el punto de vista operativo parecería ser más útil la decisión de no ingresarlo, debido a esta administración de recursos limitados, y la posibilidad de mejor calidad de atención a aquellos pacientes recuperables que ya se encuentran en la UCI (a mayor número de pacientes por enfermero aumentan las tasas de infección, accidentes, errores, etc.).

En esta decisión de ingreso o no ingreso a las UCI es importante que se pudieran incluir al paciente y a la familia como actores de peso (haciendo uso el primero de su derecho a la autonomía) y principalmente al parecer del médico de cabecera. Este punto es muy importante, ya que frente a una emergencia, no se suele contar con el espacio ni el tiempo adecuados para reflexionar sobre la recuperabilidad y los bienes éticos, mucho menos si no se conoce al paciente (desconociendo por ejemplo su aplicación a la terapéutica o la calidad de terapia indicada). Por esto ante una duda, se debería obrar según el *principio de mayor interés* del paciente (o beneficio presunto) según el cual se debería obrar de más, y evitar tomar decisiones de supresión del soporte vital apresuradas y en soledad.

El médico de cabecera puede y debe reconocer cuando su paciente se torna Terminal y al evaluar el caso con el paciente y la familia poder encaminar la decisión del límite terapéutico, lo cual favorecería la secuencia terapéutica en el eventual caso de aparecer una emergencia. La decisión esta tomada o al menos encaminada antes de la aparición de la emergencia si hubo realmente un seguimiento adecuado y prudente.

Con el fin de evitar el ingreso de pacientes irrecuperables o la realización de procedimientos fútiles con los mismos, se intentaron realizar estudios multicéntricos sobre la gravedad de los pacientes que ingresaban en UCI en la década de los 80 y 90. Estos estudios tenían por finalidad la de homologar pacientes por patología y gravedad, así como establecer parámetros de control de calidad y utilización de recursos. Otra intención era la de reconocer entre los pacientes graves, aquellos que serían irrecuperables para limitar las medidas o el ingreso con éstos. Así hicieron su aparición varios escores de categorización por gravedad como el APACHE, el SAPS, el APACHE II, el MODS, el SOFA, el SAPS II y el MPM. Dado que los parámetros de muchos de ellos requieren la evaluación durante las primeras 24 hs. (con reanimación completa) no servirían para limitar el ingreso, y por estar basados en métodos estadísticos, sirven para predecir mortalidad global de grandes grupos, pero fallan en la evaluación de pacientes individuales. Esta es la causa por la que todavía existe una brecha de incertidumbre que no se puede eliminar y estos escores no son aplicables a la decisión de limitación terapéutica de los pacientes ingresados a UCI.

Con la intención de ordenar el pensamiento para evaluar pacientes (críticamente enfermos) desde la ética clínica, Thomasma en 1978 propuso una secuencia de seis pasos⁴ donde lo primero sería describir los hechos médicos del caso, lo cual significa profundizar en el diagnóstico preciso (científico) y arribar al pronóstico (estadístico) para esta patología, en este paciente, en este momento. El segundo paso se refiere a la descripción de los valores, dentro de los cuales se deben incluir las metas, los intereses, de todas las partes involucradas en el caso (médicos, paciente, familiares, personal de atención, institución hospitalaria, etc.). El tercer paso trata sobre la atención de los principales conflictos de valores (si los hubiera). El cuarto sobre la determinación de las posibles medidas que pudieran preservar al mayor número de valores en ese caso (consenso o conciliación). El quinto paso sería ya la elección de una determinada forma de actuar (determinación) y el sexto será la defensa de la decisión tomada (justificación moral).

Es útil realizar protocolos de no ingreso a UCI y de limitación terapéutica por parte de los integrantes de ese servicio (con el aporte del CBEH)

para que cada decisión tenga un marco de referencia institucional y ético y no se cometan errores por la improvisación.

Medidas Ordinarias y Extraordinarias. Proporcionalidad. Conflictos Éticos

Entre los principios éticos que expusimos hasta ahora, la ética personalista fue una de las primeras metodologías que utilizó el concepto de métodos ordinarios y extraordinarios aplicados a una persona enferma. De hecho fue el Papa Pio XIII quien en 1957 hizo la primera distinción entre métodos ordinarios y extraordinarios en el mantenimiento de la vida. Esta propuesta no puede ser mantenida en nuestros días por dos causas: primero debido a la amplia distribución de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que en ese momento (año 1957) no existían, y segundo que para algunos bioeticistas es inapropiado referirse a un método técnico como extraordinario si está enfocado en preservar la vida de un ser humano, bien fundamental y supremo objetivo del quehacer médico⁵.

Por ello, la evaluación de los métodos para alcanzar un determinado objetivo con un paciente fue reemplazada por la calificación de medidas proporcionadas o desproporcionadas a tal fin. Esta calificación compete a una elaboración por parte del médico tratante, quien debe responderse varios interrogantes: ¿Cuál es el diagnóstico preciso de mi paciente?; ¿Qué se puede esperar de la respuesta a tal tratamiento?; ¿Cuál es mi objetivo con el Sr. NN que padece tal enfermedad en este estadio?; ¿En qué medida se puede restaurar su salud?; ¿Puede curarse o se trata de un tratamiento paliativo?; ¿Dispongo del recurso para alcanzar este objetivo?.

Por su parte, el paciente puede también clasificar un tratamiento propuesto por el médico, pero allí se lo define como ordinario o extraordinario⁵. Estos conceptos deberían ser considerados como “una suerte de valoración relativa al paciente”, donde no se puede encontrar una regla objetiva ya que aquello que resultaría ordinario para una persona, puede no resultar así para otra. Es por ello que al igual que el concepto de calidad de vida, el propio paciente(o su representante, de la misma manera que pensaría el paciente) es quien tiene que definirlo. De este tema nos ocuparemos más adelante.

Método ordinario sería aquel que el paciente califica como pasible de ser realizado, donde el fin buscado merece los posibles padecimientos, los riesgos o los efectos adversos. Por el contrario dice el Prof. Calípari interpreta que un método extraordinario sería aquel que exige del paciente un esfuerzo descomunal, ya sea como una experiencia dolorosa insoportable, efectos colaterales indeseables desproporcionados, una experiencia de tremendo pánico, un costo excesivo para su familia o el paciente o una situación donde no hubiere expectativa razonable de éxito.

El profesor Calípari propone⁵ superponer la evaluación médica y del paciente frente a los recursos utilizables con un paciente terminal grave, con la calificación por el médico tratante de proporcionado-no proporcionado (según se adecuen al objetivo propuesto y a la situación clínica) y la del paciente calificarlo de ordinario o extraordinario (según su capacidad para sobrellevar los padecimientos que conlleva el tratamiento). Pueden darse así cuatro relaciones posibles (Tabla 1).

Primera: Que el médico lo califique como proporcionado y el paciente como ordinario. Aquí las elecciones de cada uno presentan una misma dirección y no se presenta conflicto ético alguno, salvo que aparezcan en el camino signos de ausencia de respuesta; en ese caso se puede caer en encarnizamiento terapéutico o en futilidad, algo que el equipo de salud debe estar atento a diagnosticar. No hay conflicto legal en este caso y la

acción del equipo debe ser realizar el tratamiento propuesto.

Segunda: Que el médico la califica como proporcionado y el paciente como extraordinario. El ejemplo típico de este caso sería el de la respuesta de los Testigos de Jehová a la indicación de transfusión. Se anteponen aquí los principios éticos que prevalecen en el acto médico (beneficencia y Defensa de la vida física) frente a los que sustenta el paciente (autonomía y Libertad-responsabilidad), por lo que hay conflicto. El médico intentará convencer al paciente, exponiendo al paciente los beneficios para su salud. Si el paciente la rechaza puede elevar un recurso de amparo a la justicia y obrar dentro del marco legal impuesto. Todo esto debe quedar refrendado adecuadamente en la Historia Clínica.

Tercera: El médico reconoce que los medios serían desproporcionados pero el paciente los evalúa como ordinarios. Vuelve a surgir aquí conflicto ético. Por ejemplo el paciente que solicita un tratamiento de radioterapia en un tumor demasiado avanzado. Se contraponen el principio de no maleficencia y el de principio terapéutico sustentados por el médico, mientras que el paciente enarbolaba los de justicia y subsidiariedad. Ningún profesional está obligado a realizar un acto médico que cree fútil, adhiriendo a la objeción de conciencia. Por ello el caso podría ser elevado al Comité Hospitalario de Bioética (CHBE) o se podría soli-

Tabla 1: Relaciones posibles entre el parecer médico (proporcionalidad de las medidas), las decisiones del paciente (métodos ordinarios o extraordinarios) y sus posibles conflictos éticos. (ver explicación en el texto)

Evaluación Médica (M)	Evaluación Paciente (P)	Ejemplos	Conflicto (M) (P)	Legalidad	Respuesta Médica
Proporcionado	Ordinario	ARM en EPOC grave terminal	NO. Evitar el encarnizamiento o futilidad	Sin conflicto	Tratamiento completo en UCI
Proporcionado	Extraordinario	Testigos de Jehová y transfusiones	M = Beneficencia P = Autonomía / Libertad-responsabilidad	Recurso de amparo	Convencer al paciente. Completar HC
Desproporcionado	Ordinario	Radioterapia en CA terminal	M = No Maleficencia P = Justicia, Subsidiariedad	Objeción de conciencia	Derivar - Comité de Bioética hospitalario
Desproporcionado	Extraordinario	ARM en CA de pulmón terminal	NO. No caer en Eutanasia	Sin Conflicto Completar HC	Tratamiento Paliativo Completo

citar la derivación del paciente a un centro cuyos terapeutas estuvieran de acuerdo con la solicitud del paciente.

Cuarta: El médico califica los medios como desproporcionados y el paciente como extraordinarios. Se vuelve a dar aquí coincidencia de direcciones por lo que no habría conflicto ético. Hay que tener cuidado igualmente de proporcionar al paciente todos los medios disponibles para garantizar su confort en el estadio terminal, lo cual puede incluir la orden de no reanimación. Entonces se debe ofrecer tratamiento paliativo completo, sin que se suspendan medidas básicas (como alimentación e hidratación) que puedan acortar a sabiendas la vida del paciente. Esto evitaría caer en la figura de eutanasia. También aquí es útil que se consignen en la HC todos los datos pertinentes a la decisión del paciente y el parecer del equipo médico.

Como se puede vislumbrar, la decisión de limitar la terapéutica no puede quedar librado al paternalismo médico ni a la “suprema” autonomía del paciente⁵. Es una interconexión constante que obliga a la justificación de cada paso.

Calidad de Vida

Es frecuente que frente a un paciente crónicamente enfermo o que padece una enfermedad invalidante en las UCI se esgrima el concepto de calidad de vida por algún médico o enfermero. El error en que se puede incurrir en este caso sería el de apreciar la calidad de vida de ese paciente con los valores propios del médico o del personal de salud¹. El concepto de calidad de vida implica una categorización donde intervienen múltiples factores, pero siempre concebida desde un individuo determinado. Puede así resultar que la evaluación de una determinada mutilación y las condiciones penosas que esto pudiera entrañar para un determinado paciente pueden presentarse como intolerables y desmesuradas para un determinado paciente, mientras que para otro le permitiría proseguir con su vida (aunque potencialmente limitada). Cada individuo se mide con una escala de valores propia, basándose en sus vivencias, en el contexto social y cultural en el que ha crecido y/o se desenvuelve, las condiciones de vida actuales y las que espera alcanzar, la posibilidad de realizar sus metas (proyecciones de su historia personal) o

de modificarlas, y la vida de relación que ha tenido y/o la que espera tener con su mundo circundante cotidiano.

Así hay pacientes que no podrían concebir su vida si les faltara una pierna, por ejemplo, mientras que otros han logrado objetivos inmensos desde una silla de ruedas, con una enfermedad invalidante. Citemos a modo de ejemplo al Físico inglés Dr. Stephen Hawking quien diera forma a la teoría de origen del universo del Big Bang aplicando la física cuántica, desde una silla de ruedas donde había permanecido más de 15 años, con esfuerzos increíbles para armar cada frase en el momento de su armado.

Conclusión

La cuidadosa evaluación de las decisiones a tomar con los pacientes graves potencialmente terminales debe incluir (en lo posible) el parecer del paciente para buscar coincidencias que puedan ayudar en la decisión. El médico debe extremar los esfuerzos para lograr el diagnóstico preciso y el pronóstico que le permitan planear un objetivo alcanzable. Esto le permitirá hallar la proporcionalidad o no-proporcionalidad de su acto. El paciente deberá calificar a las conductas propuestas por el médico como ordinarias o extraordinarias según su interpretación de las cargas que ello le implique. Puede haber conflictos éticos en ese momento y puede ser necesaria la intervención del CHBE.

Es el paciente quien debe juzgar su propia calidad de vida (desde la perspectiva ética) dado que es quien se encuentra en mejores condiciones de examinar los aspectos subjetivos de su propia historia personal y sus proyectos.

Bibliografía

1. Taboada Rodríguez P. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 1998; 27: 12 a 20.
2. Sgreccia E. *Manual de bioética*, México. Editorial Diana, 1996: 153-162.
3. Spagnolo A. Decisiones en medicina crítica: entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia. *Vida y Ética*, Publicación del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, 2004; 2: 285.
4. Fracapani de Cuitiño M. *Bioética Limitaciones de tratamiento*, Argentina. Editorial Lumen, 1997: 151.
5. Calipari M. *Proporcionalidad Terapéutica*. *Vida y Ética*, Publicación del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, 2004; 2: 269-281.