

Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento

Grupo de Estudios de Etica Clínica,
de la Sociedad Médica de Santiago.

On proportionate medical actions and
extraordinary methods of treatment

Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun. 2003

As a general rule, any medical action should be proportionated. That is, the expected benefit of the treatment provided must be commensurate to the diagnosis and prognosis, the therapeutic efforts the suffering caused to the patient, and the eventual risks. Inversely a disproportionate or excessive medical action that will result in no benefit to the patient is technically incorrect and ethically reprehensible. As opposed to ordinary methods of treatment (basic nursing, feeding, hydration, drugs and regular clinical procedures), we reserve the name of "extraordinary methods of treatment" to those medical actions using complex and invasive high-cost procedures and equipment that should be urgently indicated in any critically ill patient with a potentially reversible disease. These do not have any indication in terminally ill patients, except in the case of concomitant potentially reversible acute complications. When a DNR (do not resuscitate) order is adopted it should be reassessed periodically. The use, withholding and withdrawal of these extraordinary measures of treatment are subject to a series of medical and ethical requirements, which receive full discussion in this paper (Rev Méd Chile 2003; 131: 685-92).

(Key Words: Ethics, institutional; Ethics, medical; Terminally ill; Therapeutics)

Documento elaborado por el Grupo de Estudios de Etica Clínica. Presentado al Directorio de la Sociedad Médica de Santiago y aprobado el 13 de mayo de 2003. Integrantes del Grupo de Estudios de Etica Clínica: Drs. Carlos Echeverría B (Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar), Alejandro Goic G (Presidente del Grupo de Estudios; Facultad de Medicina, Universidad de Chile), Manuel Lavados M (Departamento de Ciencias Neurológicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile), Carlos Quintana V (Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile), Alberto Rojas O (Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar), Alejandro Serani M (Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes), Ricardo Vacarezza Y (Centro de Bioética del Hospital del Salvador).

Hoy día, en la literatura médica se tiende a hablar preferentemente de "métodos desproporcionados" en vez de "métodos extraordinarios" de tratamiento. Sin embargo, nosotros pensamos que no son términos sinónimos. En lo relativo al actuar terapéutico del médico, el concepto de lo proporcionado es más amplio que el de extraordinario y es una condición o cualidad que compromete todo accionar del médico. La expresión métodos extraordinarios de tratamiento se refiere a una serie de procedimientos terapéuticos específicos, distinguibles de los métodos terapéuticos que habitualmente se utilizan en la práctica médica.

En el presente documento hacemos una reflexión técnica y ética sobre los llamados métodos extraordinarios de tratamiento, las condiciones requeridas para su uso, las

restricciones a que están sujetos y los criterios para suspenderlos una vez aplicados. Nos ha parecido indispensable referirnos, previamente, a la proporcionalidad de las acciones médicas y, además, distinguir las medidas terapéuticas de uso ordinario de aquellas de uso extraordinario, intentando caracterizarlas. Finalmente, hacemos algunas consideraciones sobre las terapias en fase de investigación clínica.

LA PROPORCIONALIDAD DE LAS ACCIONES MÉDICAS EN GENERAL

En cualquier acción médica respecto a un determinado enfermo están involucrados los conceptos de proporcionalidad y no-proporcionalidad¹⁻⁷. Lo proporcionado o desproporcionado de una acción del médico es un juicio que emitimos respecto a la conveniencia, inconveniencia o necesidad de una determinada acción en conformidad con la condición de un paciente. Así, se espera que exista un equilibrio entre los medios diagnósticos o terapéuticos que el médico aplica y el resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones particulares del paciente y su entorno. Esto significa que el médico debe considerar el tipo de acción, el grado de dificultad de su ejecución, los riesgos implícitos y explícitos en su uso, los costos reales y la posibilidad efectiva de llevarla a la práctica. Debe considerar, además, las circunstancias concretas del paciente y sus fuerzas físicas y morales. Si existe una relación de equilibrio, la acción médica se estima proporcionada y si, por el contrario, ella no existe, la acción médica se califica de desproporcionada, desmedida o inmoderada.

Como norma general, la conducta terapéutica del médico debe ser proporcionada, vale decir, que los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico, tienen que guardar proporción con el esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del paciente, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos. Por esta razón, la proporcionalidad en la acción médica es una exigencia no sólo técnica sino que también ética, ya que no es lícito llevar a cabo acciones diagnósticas o terapéuticas desmedidas. Por otra parte, la conducta médica desproporcionada, que es aquella de la que no se puede esperar un beneficio cierto para el enfermo, es técnicamente incorrecta y éticamente reprobable. Conviene tener en cuenta, además, que las medidas terapéuticas pueden ser proporcionadas o no atendiendo al juicio que el médico se forme sobre la situación estrictamente personal del paciente, para lo cual debe considerar, además de las razones científicas, técnicas y económicas, el estado espiritual del paciente, sus relaciones familiares, sus proyectos y, sobre todo, su expresa voluntad cuando ella es manifestada con plena lucidez y libertad. Esto exige un esfuerzo de discernimiento muy delicado del equipo tratante, en general, y del médico, en particular.

Conviene tener presente que existe una relación estrecha, aunque no una identidad, entre la proporcionalidad de las medidas terapéuticas y la utilidad del tratamiento. De un tratamiento proporcionado se espera en principio alguna utilidad, siendo claro, por otra parte, que nadie está obligado a ejecutar acciones fútiles o inútiles.

En último término, la consideración de lo proporcionado o desproporcionado de una conducta médica resulta de un juicio global sobre la acción que el médico está llevando a cabo, en la que intervienen múltiples factores como conocimientos, esfuerzos, tecnologías más o menos complejas, pronóstico de la enfermedad, costos emocionales y materiales, prudencia.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS ORDINARIAS O DE USO HABITUAL

Para la práctica médica cotidiana es útil distinguir los tratamientos ordinarios de los métodos extraordinarios de tratamiento. Los tratamientos ordinarios incluyen aquellos cuidados de carácter imprescindible, así como medicamentos y procedimientos de uso habitual por cualquier médico.

1. Los cuidados de carácter imprescindible (mínimos) se refieren a los cuidados básicos de enfermería, a la alimentación y la hidratación. Los cuidados de enfermería comprenden acciones como el aseo corporal y bucal, cambio de sábanas y camisas, corte de uñas, abrigo, prevención de escaras, control de pulso y presión arterial y la administración horaria de medicamentos. Este tipo de cuidados son irrenunciables frente a cualquier paciente, toda vez que contribuyen a su confort y evitan complicaciones indeseables. Habitualmente, algunos de los cuidados de enfermería mencionados los realiza el propio enfermo si está en condición física y mental de hacerlo; en caso contrario, es obligatorio para el médico, los familiares y el equipo de salud, proporcionárselos en su totalidad.

Igualmente imprescindibles son la alimentación e hidratación dado que, de no ser utilizadas, conducirían directamente a la muerte de la persona, sana o enferma. No obstante, en el enfermo terminal con compromiso de conciencia y cuya muerte se espera ocurra en un tiempo breve, no parece obligatorio ni médicamente adecuado administrarle siempre alimentación e hidratación por vía enteral o parenteral. Esta no es una decisión fácil y requiere de mucha experiencia, buen criterio médico, prudencia y la comprensión de la familia y del personal que participa en la atención del paciente⁸⁻¹⁰.

2. Respecto a tratamientos medicamentosos y procedimientos de uso habitual, entre los primeros se incluyen medicamentos como los analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, ansiolíticos, antibióticos; y, entre los segundos, procedimientos tales como la enema evacuante, sonda nasogástrica, sonda vesical, oxigenoterapia. Se caracterizan, en general, por ser recursos terapéuticos habitualmente disponibles, de bajo costo relativo, de bajo riesgo y simples de administrar.

En este rubro cabe hacer una especial mención al empleo de analgésicos, ya que no es aceptable que un paciente deba sufrir dolores insoportables existiendo medios para eliminarlos o mitigarlos. Sin embargo, particularmente en pacientes graves, es necesario cuidarse de no privar prematuramente a un enfermo de su lucidez de conciencia con el uso de analgésicos, particularmente opiáceos y sedantes mayores, de modo que ello le impida poner, en el orden que él crea apropiado, asuntos personales importantes o trascendentes.

Si del uso racional y técnicamente apropiado de analgésicos, indicados con la finalidad de aliviar el dolor y no con el propósito velado o declarado de acelerar la muerte del paciente, se sigue secundariamente el acortamiento de su vida, ello es lícito bajo el llamado principio del doble efecto o del voluntario indirecto¹¹. De acuerdo a este principio, una acción u omisión médica puede tener un doble efecto: uno positivo o bueno, que es el directamente querido, y otro negativo o malo, que sólo es tolerado al ser inevitable, pero no directamente deseado.

En este caso, la acción médica de doble efecto será éticamente permitida en la medida que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la acción buscada sea buena en sí misma o, al menos, moralmente indiferente.
- b) Que quien actúa busque directamente el efecto bueno, siendo el eventual mal resultante secundario o colateral a la acción principal y no buscado ni deseado.
- c) Que el efecto bueno buscado tenga tal importancia para la persona que lo recibe que resulta razonable o prudente la aceptación indirecta del mal secundario no evitable.

En consecuencia, no es éticamente aceptable buscar una situación beneficiosa a través de una acción mala buscada inicialmente y por sí misma, aun con la intención de obtener finalmente un bien.

MÉTODOS EXTRAORDINARIOS DE TRATAMIENTO

En las últimas décadas, el continuo avance del conocimiento y la aparición rápida y frecuente de nuevas tecnologías han puesto a disposición del médico y de la humanidad métodos terapéuticos que se utilizan, particularmente, cuando está en juego la vida del paciente y cuya omisión puede significar su muerte. Se acostumbra a rotularlos como métodos extraordinarios de tratamiento, en contraste con los métodos ordinarios o de uso común por todo médico. Estos métodos extraordinarios incluyen, en general, técnicas o instrumentos complejos, escasos, invasivos, de alto costo y cuyo uso expedito y sostenido requiere un entrenamiento especializado del equipo médico. Es el caso, por ejemplo, del ventilador mecánico, de los aparatos de hemodiálisis, del trasplante de órganos, etc. Cuando están indicados, porque se juzga razonablemente que su uso redundará en un claro beneficio vital para el paciente, se los considera procedimientos terapéuticos éticamente proporcionados y técnicamente útiles. En caso contrario, si se estima que de su aplicación no resultará ningún beneficio significativo para el enfermo, o incluso se piensa que sólo puede prolongar innecesariamente un esfuerzo terapéutico o un sufrimiento para el paciente, se convierten en procedimientos terapéuticos desproporcionados y fútiles. El médico está siempre técnica y éticamente obligado a usar los métodos ordinarios de tratamiento; en cambio, no tiene siempre la obligación técnica y ética de emplear métodos extraordinarios. Sólo está justificado su uso cuando sean necesarios para salvar la vida de un paciente o se espera con fundamento un beneficio claro para el enfermo.

Condiciones para el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Se deben dar las siguientes condiciones para que el uso de métodos extraordinarios de tratamiento pueda ser considerado técnicamente correcto y éticamente lícito¹²:

- a) El diagnóstico debe estar debidamente fundamentado, en especial cuando se trate de indicar terapias complejas. Cuando exista una razonable duda diagnóstica que impide establecer con certeza el pronóstico, debe operar el principio del mayor interés del paciente y la necesidad de asegurar su vida. Lo anterior puede ser, de hecho, la situación en un Servicio de Urgencia donde el médico tiene que decidir si aplica o no un determinado procedimiento extraordinario sin que tenga un conocimiento cabal de la situación de ese paciente, al no disponer de la ficha clínica o de antecedentes mórbidos fidedignos.

b) Debe existir una expectativa razonable de conseguir un real beneficio para el paciente con el procedimiento prescrito.

c) Cuando se trata de un paciente competente y las circunstancias lo permitan, éste debe estar informado de su condición, diagnóstico y pronóstico, de las ventajas y riesgos del procedimiento terapéutico que se le propone y dar su consentimiento para llevarlo a cabo. En caso contrario, el consentimiento debe obtenerse de sus familiares próximos o del representante legal, según sea el caso.

d) El procedimiento debe estar disponible y accesible localmente; en caso contrario, el eventual traslado del paciente a un establecimiento de mayor complejidad no debe implicar, debido a ello, un riesgo cierto de poner en peligro su vida.

e) La aplicación de los procedimientos extraordinarios de tratamiento debe ser efectuada por profesionales calificados y debidamente entrenados para utilizarlos.

En suma, el médico debe ponderar diversos factores: el grado de dificultad de la aplicación del procedimiento, el dolor y sufrimiento que puede implicar, la fuerza y capacidad del paciente para tolerar el tratamiento, así como los costos emocionales y económicos de su utilización. Se aparta de la justicia provocar un grave daño económico al paciente o su familia por seguir de un modo inconsulto un tratamiento claramente desproporcionado.

LIMITACIÓN Y/O SUSPENSIÓN DE LOS MÉTODOS EXTRAORDINARIOS DE TRATAMIENTO

Los métodos extraordinarios de tratamiento plantean al médico dos dilemas: uno, el emplearlos o no emplearlos en un caso particular y, otro, tomar la decisión de suspenderlos una vez iniciada su aplicación.

1). Limitación o restricción ("withholding") del uso de métodos extraordinarios de tratamiento. La limitación o restricción del tratamiento se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas, en este caso del uso de métodos extraordinarios de tratamiento¹³⁻¹⁶.

En la práctica clínica, para fundamentar la limitación de tratamientos se utilizan los siguientes criterios:

a) Inutilidad del tratamiento. Éticamente el médico no está obligado a administrar terapias inútiles o inefectivas¹⁷. Sin embargo, en la práctica clínica no siempre es fácil determinar cuándo un tratamiento es inútil. Depende del estado de los conocimientos científicos y de la experiencia del médico, de modo que en la decisión que se tome existe inevitablemente un grado de incertidumbre.

b) Deseos o voluntad del paciente. Esto supone que el paciente sea competente, esté debidamente informado y comprenda esa información. Si se cumplen estas condiciones, es válido el rechazo informado de un paciente a una determinada terapia¹⁸⁻²¹.

c) Calidad de vida. Es el paciente quien -en última instancia- debe juzgar su calidad de vida, ya que es él quien está en mejores condiciones de examinar los diversos aspectos de su subjetividad. Sin embargo, la complejidad de esta evaluación se refleja, por ejemplo, en estudios empíricos que muestran la ausencia de correlación entre la apreciación derivada de criterios objetivos de invalidez funcional y el juicio de los pacientes acerca de la calidad de vida que llevan con esos grados de invalidez.

d) Costo del procedimiento. El uso racional y eficiente de los recursos médicos es un problema muy serio, incluso en países ricos. Los países pobres tienen una exigencia aún mayor de utilizar de modo eficiente y justo sus limitados recursos. La decisión de limitar tratamientos en razón del costo tiene que ser una decisión en la que exista participación de los pacientes, de la familia o de la sociedad en su conjunto. Al médico no se le puede exigir que sea sólo él quien deba decidirlo. El médico tratante tiene como primera obligación determinar cuáles serían los mejores medios conocidos para tratar a su paciente y debe aspirar, en principio, a disponer de ellos en la calidad y cantidad requerida. Sólo una vez juzgada razonablemente la imposibilidad de disponer de los mejores recursos terapéuticos, podrá introducir modificaciones a su indicación, sin excluir el esfuerzo por conseguirlos. Los criterios a considerar pueden ser de naturaleza ética, como sería por ejemplo, el respeto a las decisiones del paciente o de su familia, criterios económicos de macro o micro asignación de recursos, criterios epidemiológicos u otros. Es en este sentido que se puede afirmar que no existen razones estrictamente médicas para limitar recursos por razones de costo. Las restricciones proceden de la consideración concreta de las circunstancias en las cuales le corresponde a cada médico ejercer la medicina.

Orden de no reanimación. Dentro del tema de la restricción terapéutica en el enfermo terminal incluimos, por su importancia, una mención a la denominada "orden de no reanimación", que se refiere a la instrucción explícita de abstenerse de efectuar maniobras de "reanimación cardiopulmonar" cuando un paciente terminal, que sufre de una condición irreversible, deja de respirar o le sobreviene una detención de la actividad cardíaca, un evento que es esperable dentro de su condición^{22,23}. Hay consenso que, en estos casos, la aplicación de estas maniobras resulta desproporcionada e inútil, toda vez que se trata de reconocer efectivamente las limitaciones de la naturaleza humana y la llegada inevitable de la muerte. No se trata en esta situación de abandonar al paciente a su suerte, sino de permitir una muerte humana y digna sin caer en la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Resulta aconsejable para una adecuada aplicación de lo ya dicho que, previamente y en la medida de lo posible, se haya conversado con el paciente o en su defecto con la familia. Debe buscarse la comprensión de todos los miembros del equipo de salud que intervienen directamente en la atención de ese paciente sobre la situación del enfermo y la decisión de no-reanimar, enfatizando la obligación de los tratantes de respetar el proceso de morir de la persona entregada a su cuidado. Debe también considerarse la posibilidad de cambio en la evolución del enfermo que haga modificar la decisión, razón por la cual el paciente debe ser evaluado con la periodicidad que su situación lo requiera. De este modo se cautelarán los derechos del paciente, familiares, equipo médico y personal sanitario, se evitarán interpretaciones erróneas sobre el ejercicio de los deberes de los tratantes para con el enfermo y no se dará una falsa sensación de omnipotencia o bien de culpabilidad no justificada, de parte de los encargados de la terapia.

2) Interrupción ("withdrawing") de los métodos extraordinarios de tratamiento.

Aplicado un procedimiento extraordinario de tratamiento, se plantea al médico en qué circunstancias y condiciones debe proceder a su interrupción o suspensión^{14-16,24-26}. Esto implica dos preguntas centrales: ¿cuáles son los criterios aceptables para suspender tratamientos? y ¿quién debe tomar la decisión de no tratar?

Será lícito interrumpir un procedimiento extraordinario en uso, en los siguientes casos:

- a) Cuando las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias no tolerables para él;
- b) Cuando los resultados observados defraudan las esperanzas puestas en el procedimiento empleado;
- c) Cuando médicos competentes juzgan que el uso del procedimiento empleado es desproporcionado a la condición del paciente o a los resultados previsibles;
- d) Cuando el costo económico o emocional del tratamiento es claramente desmesurado para el paciente o la familia;
- e) Cuando el justo deseo o voluntad del paciente y de sus familiares es que el procedimiento sea interrumpido. El justo deseo del paciente, cuando le es posible manifestarlo, implica considerar varios elementos: la preeminencia de la voluntad del paciente por sobre la de los familiares; que el paciente no busque la muerte sino que desea evitar tratamientos que sólo lograrían una prolongación inútil y penosa de su vida; la aceptación de la muerte como un hecho inevitable de la vida humana. En lo que se refiere a los familiares, el médico debe abstenerse de acceder a sus solicitudes si percibe evidencias claras de que su actuación está en contradicción con el mejor interés del paciente.

Dada la complejidad de los factores a considerar para suspender un procedimiento en curso, es imprescindible discernir para cada caso cómo y quién define o juzga los beneficios, y qué es lo correcto y aceptable: ¿es el médico, el paciente, los familiares, el Estado?

Pareciera que la primera pregunta es establecer si, a la luz de los conocimientos científicos, es técnicamente factible obtener un beneficio para el enfermo. La respuesta a esta interrogante debe darla el médico, recurriendo a sus conocimientos, experiencia y habilidades profesionales y, si fuese necesario, al consejo experto que se precise, sea el de otros profesionales idóneos o al de los Comités de Ética Clínica en el caso de la medicina institucional. Luego, ha de ser el paciente competente (o su subrogante legal en caso de incompetencia) el que opine sobre la materia a través de un consentimiento obtenido en relación dialógica con su médico. Adicionalmente, la consideración del entorno y las condiciones particulares del enfermo permitirán, en último término, establecer la cuantía del beneficio posible de ser obtenido para ese caso particular. Creemos que la responsabilidad de interrumpir un procedimiento extraordinario que está en curso recae, en último término, en el médico, quien deberá necesariamente ponderar debidamente la voluntad del paciente cuando su condición lo permita, la opinión de otros médicos y de los familiares, así como los costos sociales y emocionales

involucrados. No podemos dejar de señalar que los enfermos críticos suelen no ser competentes y que, probablemente, en la mayoría de los casos la decisión más adecuada la tiene que tomar el médico.

LA PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON RIESGO VITAL

Una situación particularmente delicada que enfrenta el médico es la decisión terapéutica que debe adoptar en pacientes cuya enfermedad o condición pone claramente en riesgo sus vidas. Esto incluye el tratamiento de enfermos en condición crítica y el de los enfermos terminales. En estas circunstancias, el médico suele plantearse preguntas como estas: ¿hasta dónde debo llegar con el tratamiento de este enfermo?, ¿debo emplear cualquier recurso terapéutico, a cualquier costo?, ¿hasta dónde debo mantener un tratamiento destinado a mantener a este paciente con vida?

Estas preguntas plantean al médico, al paciente, su familia y a la sociedad serios problemas técnicos y éticos. En términos generales, la respuesta debería ser coherente, a la vez con las más altas exigencias del arte médico y con las obligaciones morales que la profesión impone.

Entendemos por paciente crítico aquel que sufre de una enfermedad aguda o una exacerbación aguda de una enfermedad crónica con riesgo vital e inestabilidad fisiológica grave y que se juzga que es potencialmente recuperable. Desde un punto de vista institucional, una comisión del Ministerio de Salud de Chile define el paciente crítico como "aquel enfermo cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas de su organismo y pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado, solamente disponibles en unidades de cuidados intensivos o de atención intermedia"²⁷. En síntesis, la gravedad y la reversibilidad potencial de su condición es lo que caracteriza al enfermo crítico. Al paciente crítico se le deben proporcionar en principio todos aquellos recursos terapéuticos ordinarios y extraordinarios de los que se dispone y que puedan beneficiarlo. Al respecto, se ha llegado a afirmar taxativamente que "siempre que se pueda prever que de esa manera el enfermo grave pueda curarse, es un deber utilizar tales medios y es tarea del Estado hacer que estén a disposición de todos los que los necesitan los aparatos y los medicamentos, también los costosos"²⁸. Es en este tipo de pacientes en los que es necesario recurrir a métodos extraordinarios de tratamiento con el objeto de revertir su condición y preservar su vida. En este caso, los métodos extraordinarios serán proporcionados a la condición del enfermo y útiles para él.

En el caso del paciente terminal, que es aquél que sufre de una enfermedad o condición juzgada como irreversible y que lo conducirá inevitablemente a la muerte en plazo breve, aparece como necesario y lícito aplicarle sólo cuidados básicos y medicamentos de uso ordinario²⁹. La irreversibilidad de su condición es lo que caracteriza a estos pacientes. Existe acuerdo que, en estos casos no hay obligación de utilizar procedimientos terapéuticos extraordinarios. Sin embargo, cabe hacer notar la posibilidad de que un paciente afectado de una enfermedad o condición irreversible sufra una complicación o condición distinta a la enfermedad de base y que sea potencialmente curable (complicación intercurrente). En este caso puede ser necesaria la aplicación de recursos extraordinarios. Por consiguiente, es necesario esforzarse por

distinguir en un paciente terminal lo que es un proceso intercurrente y lo que puede ser juzgado como un evento patológico final.

TERAPIAS EN FASE DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Finalmente, conviene hacer mención al uso de terapias que están en fase de investigación clínica. Esta situación se da en el caso de enfermedades en que la medicina no dispone aún de un tratamiento cuya utilidad se haya comprobado clínicamente. En la actualidad esto es común, por ejemplo, en la quimioterapia para el cáncer o la terapia del SIDA, en que constantemente están apareciendo nuevos productos farmacológicos cuya efectividad está aún en etapa de comprobación clínica. Estas drogas son habitualmente utilizadas sobre la base de protocolos de tratamiento pre-establecidos.

Para que su uso sea considerado legítimo, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) la droga a usar debe haber cumplido todas las exigencias establecidas de ensayo en animales de experimentación y ser conocidos sus efectos colaterales;
- b) debe existir una expectativa razonable de conseguir un bien con el medicamento prescrito;
- c) el paciente debe estar bien informado de su situación clínica, del estado actual de la terapéutica que se le propone, de sus efectos colaterales, riesgos y costo;
- d) el paciente debe dar su consentimiento para someterse al tratamiento propuesto;
- e) el médico debe evaluar la capacidad y fuerzas del paciente para tolerar el tratamiento, la importancia y magnitud de los efectos colaterales previsibles y tomar las medidas para atenuarlos;
- f) debe considerar las implicancias económicas del uso de la droga que, generalmente, son de elevado costo, así como la capacidad individual y familiar de asumirlo sin detrimento grave de su patrimonio;
- g) la calidad de vida del paciente no debe sufrir un menoscabo intolerable con el tratamiento.

Cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en el medicamento debe interrumpirse su aplicación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Ante un enfermo en condición crítica o terminal, el médico se pregunta: ¿hasta dónde llegar con el tratamiento? ¿Debo emplear cualquier recurso terapéutico a cualquier costo? ¿Hasta dónde utilizarlos para mantener con vida a un paciente? Estas interrogantes plantean al médico, al paciente, su familia y a la sociedad, serios problemas técnicos y éticos. Como norma general, la conducta terapéutica del médico debe ser proporcionada, vale decir, los beneficios esperados de un determinado tratamiento tienen que guardar relación con el diagnóstico y pronóstico formulados, el

esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del enfermo y los riesgos asumidos. La conducta médica desproporcionada o desmedida, que es aquella de la que no se puede esperar ningún beneficio cierto para el enfermo, es técnicamente incorrecta y éticamente reprobable. Tampoco el médico está obligado a ejecutar acciones fútiles o inútiles. En la práctica médica es conveniente distinguir las medidas terapéuticas de uso ordinario o habitual de los métodos extraordinarios de tratamiento. Medidas terapéuticas de uso ordinario son los cuidados de carácter imprescindible, que incluyen los cuidados básicos de enfermería, la alimentación e hidratación. También son medidas ordinarias la administración de medicamentos y la ejecución de procedimientos de uso habitual por todo médico. Bajo la denominación de métodos extraordinarios de tratamiento se incluyen técnicas o instrumentos complejos, escasos, invasivos, de alto costo y cuyo uso requiere un entrenamiento especializado para aplicarlos (ventilador mecánico, hemodiálisis, trasplantes, etc). Su indicación perentoria es en el enfermo crítico que sufre una condición potencialmente reversible. No tienen indicación en el enfermo terminal, salvo en complicaciones agudas intercurrentes, potencialmente reversibles, que se puedan presentar en el curso de su condición irreversible. El empleo de estos métodos extraordinarios de tratamiento está sujeto a una serie de requisitos médicos y éticos al igual que su restricción o su suspensión una vez iniciada su aplicación. La llamada "orden de no-reanimación", debe ser concordada por el equipo tratante y re-evaluada periódicamente. El uso de terapias en etapa de investigación clínica está sujeto también a un conjunto de exigencias técnicas y éticas.

REFERENCIAS

1. GOBLOT E. Vocabulario de filosofía. El Ateneo: Buenos Aires. 1945.
2. ABBAGNANO N. Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica: México. 1961.
3. Declaración "Iura et Bona" sobre Eutanasia. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. 5 DE MAYO, 1980.
4. SERANI MERLO A, ROSSO P. Intensive care its nature and problems. In: Critical choices and critical care. Catholic perspective on allocating resources in intensive care medicine. Dordrecht Kluwer. Academic Press 1995; 63-78.
5. CONSEJO PONTIFICIO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS. Carta de los agentes de la salud N° 64. Ediciones Palabra SA: Madrid, 1995.
6. BERGER S. Principle of proportionality. <http://www.trace.wisc.edu/docs/eitaac/web/eitaac.9901/msg00067.html>
7. TIFFER C. Principio de proporcionalidad y sanción penal juvenil. Introducción al principio de proporcionalidad y proporcionalidad en sentido amplio (pp. 2 y 3).
8. MARÍN P, PRAT G, SERANI A. Pacientes moribundos: uso de líquidos intravenosos y manejo de la fiebre. Rev Méd Chile 1988; 116: 906-8.

9. MICETICH KC, STEINECKER PH, TYHOMASMA DC. Are intravenous fluids required for a dying patient? Arch Intern Med 1983; 143: 975-8.
[Medline]
10. SIEGLER M, WEISBARD AJ. Against the emerging stream: should fluids and nutritional support be discontinued? Arch Intern Med 1985; 145: 1290-1.
11. SOLOMON D. The principle of double effect. In: The Encyclopedia of Ethics (LC Becker, editor).
12. LAVADOS M, SERANI A. Etica clínica. Fundamentos y aplicaciones. Ediciones Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile, 1993.
13. BARBERO GJ, ROMEO CC, GIJÓN P, JÚDEZ J. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Bioética para clínicos. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, España, 2001.
14. PELLEGRINO ED. Withholding and withdrawing treatments: Ethics at the bedside. In: Clinical Neurosurgery. Vol, 35. Williams and Wilkins: Baltimore. 1989; 164-84.
15. LUCE JM, RAFFIN TA. Withholding and withdrawing of life support from critically ill patients. Chest 1988; 94: 621-6.
16. RUARK JE, RAFFIN TA. Initiating and withdrawing life support: Principles and practice in adult medicine. N Engl J Med 1988; 318: 25-30.
[Medline]
17. KOPELMAN LM. Conceptual and moral disputes about futile and useful treatments. J Med Philos 1995; 20: 109-21.
[Medline]
18. EDWARDS MJ. Disconnecting a ventilator at the request of a patient who knows he will then die: The doctors's anguish. Ann Intern Med 1992; 117: 254-6.
[Medline]
19. JACKSON DL, YOUNGNER S. Patient autonomy and death with dignity: Some clinical caveats. N Engl J Med 1979; 301: 404-8.
[Medline]
20. TABOADA RP. Dimensión ética del morir. Ars Médica 2000; 2: 31-44.
21. SGRECCIA E. Manual de Bioética. Capítulo 15. Editorial Diana: México, 1994.
22. DE VOS R, KOSTER RW, DE HAAN RJ, OOSTING H, VAN DER WOUW PA, LAMPE-SCHOENMAECKERS J. In hospital cardiopulmonary resuscitation: Prearrest morbidity and outcome. Arch Intern Med 1999; 156: 845-50.
23. BECA JP, BRAVO M, LAVADOS M. Orden de no resucitar. Rev Chil Pediat 1994; 65: 343-6.

24. LANGFITT. Critical care: When enough is enough? In: Clinical Neurosurgery. Vol 35. Williams and Wilkins: Baltimore. 1989; 15-27.
25. PELLEGRINO ED. Decisions to withdraw life sustaining treatment: A moral algorithm. JAMA 2000; 283: 1065-7.
[Medline]
26. WINTER B, COHEN S. Withdrawal of treatment. BMJ 1999; 319: 306-8.
[Medline]
27. IPINZA M et al. Normas de funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos. Paciente Crítico 1997; 13: 3-18.
28. Declaración de los obispos alemanes. L'Osservatore Romano 23 de octubre, 1978.
29. GRUPO DE ESTUDIOS DE ETICA CLÍNICA. Sociedad Médica de Santiago (Bravo M, Echeverría C, Goic A (Presidente), Kottow M, Lavados M, Mosso L, Pérez M. et al). El enfermo terminal. Rev Méd Chile 2000; 128: 547-52.