

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales

Dr. Paulina Taboada Rodríguez  
Directora del Centro de Bioética  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## I. Introducción

Los profesionales de la salud se ven enfrentados con frecuencia a problemas de naturaleza ética en el cuidado de pacientes terminales. Algunos ejemplos son la toma de decisiones acerca de la conveniencia de revelar el diagnóstico y el pronóstico, de utilizar procedimientos de alimentación o hidratación artificial, de mantener o suspender ciertas terapias médicas, de tratar eventuales enfermedades intercurrentes (infecciones, accidentes vasculares, etc.), de recurrir a medidas de soporte vital (e.g., diálisis, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, drogas vasoactivas, reanimación cardiopulmonar, etc.).

El conocimiento de algunos principios éticos básicos facilita el análisis y resolución de este tipo de problemas en casos individuales. Sin entrar en disquisiciones teóricas acerca de la naturaleza objetiva o subjetiva de la ética, me limitaré a mencionar algunos de los principios éticos generalmente aceptados en los diversos códigos de ética médica y que tienen especial relevancia en Medicina Paliativa. Ellos son los principios de inviolabilidad de la vida humana, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de veracidad, de prevención y de no-abandono.

## II. Principios éticos relevantes en medicina paliativa

### a) Inviolabilidad de la vida humana

La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental, del que derivan los derechos humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre consigo mismo y con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana se suele afirmar que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual (autonomía) del paciente se propone entender el derecho a una muerte digna como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficencia.

Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrojarse al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona

sufriente. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin. La concepción hipocrática es la que subyace a la práctica de la Medicina Paliativa contemporánea. El informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga”.

Estos objetivos corresponden a una concepción del derecho a morir con dignidad no como un derecho a morir, sino como un derecho a una forma de morir. La expresión denota, entonces, una exigencia ética. La idea fundamental es que el ser humano muriente plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos son una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.

### **b) Principio de proporcionalidad terapéutica**

Parte integrante del imperativo ético de respetar y promover la vida humana es el deber moral de poner los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena. Pero es evidente que nadie está obligado a utilizar todas las medidas médicas actualmente disponibles, sino solo aquellas que le ofrezcan una razonable probabilidad de beneficio. Más difícil resulta responder a la pregunta sobre la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos. Esta pregunta nos confronta con el problema de los límites de la obligación moral cuidar la salud.

En un intento por ofrecer una guía que ayude a distinguir las intervenciones médicas que son éticamente obligatorias de las que no lo son, se ha propuesto la clásica distinción entre medidas “ordinarias” y “extraordinarias”, doctrina que hoy se conoce mejor como principio terapéutico o principio de proporcionalidad terapéutica.

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar solo aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran “desproporcionadas” y no son moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si en un caso particular una intervención médica es o no moralmente obligatoria se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud moral de omitir aquellas intervenciones que puedan reportar beneficios para el paciente particular, pues ello representaría una forma de eutanasia (por omisión).

Para verificar si esta relación de “debida proporción” se cumple o no en determinada situación, es necesario confrontar el tipo de terapia –su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación– con los resultados esperables. Es decir, los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son, entre otros:

- La utilidad o inutilidad de la medida.
- Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.

- El pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- Los costos (en sentido amplio): cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas, etc.

Es importante destacar aquí que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no solo en relación con los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En la actualidad se están desarrollando diferentes modelos pronósticos, basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (Medicina basada en evidencias).

Cabe precisar aquí que el juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero análisis costo/beneficio. Existen actos que por su misma naturaleza son siempre ilícitos y que no pueden justificarse simplemente en atención a las circunstancias o los resultados positivos. El fin no justifica los medios.

### **c) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia**

El uso de opioides y otras drogas que pueden alterar el estado de vigilia del paciente es habitual en Medicina Paliativa. No es infrecuente que el recurso a este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas –como hipotensión, depresión respiratoria, etc.– podrían representar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar, en primer lugar, que cuando se utilizan en forma adecuada, los efectos secundarios de estas drogas no son tan frecuentes como se solía afirmar en el pasado.

Sin embargo, aun cuando en algún caso se pueda prever la ocurrencia de ciertos efectos adversos, ello no significa que usar estas terapias sea moralmente reprobable. Se aplica aquí el clásico principio ético conocido como doble efecto (o voluntario indirecto). Este principio señala algunas condiciones que deben darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y uno malo– sea moralmente lícito. Estas condiciones son:

- que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente;
- que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado;
- que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo;
- que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos este principio, por ejemplo, al tratamiento analgésico con dosis altas de opioides, vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de efectos negativos, no habría inconvenientes éticos en administrar opioides, siempre y cuando los efectos adversos, como una eventual hipotensión, depresión del centro respiratorio y/o sedación, no sean directamente buscados, sino solo tolerados dado que no se dispone de otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia representaría el mayor bien posible para ese paciente.

En relación con la supresión de la conciencia, necesaria a veces, por ejemplo, en pacientes muy agitados, se aplicaría el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no sería lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino solo tolerada. No sería lícito, por ejemplo, sedar a un paciente por razones como falta del personal necesario para la atención, etc.

#### **d) La virtud de la veracidad**

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, en términos generales, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual – especialmente en Latinoamérica– optar por una actitud paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente. Ello podría suponer caer en la “conspiración del silencio”, que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una injusticia, pues lo priva del derecho a ejercer su autonomía.

Sin embargo, no revelar toda la verdad acerca del diagnóstico o pronóstico a un paciente determinado no siempre significa violar su autonomía. Sabemos que existen diferencias culturales en los estilos o modelos de toma de decisión. Así, mientras que en medios anglosajones la tendencia general es hacia un modelo individualista, en los países latinoamericanos es frecuente la opción por un modelo familiar de toma de decisiones. Por tanto, dependiendo del caso, respetar el deseo del paciente de optar por un modelo familiar de toma de decisiones puede representar justamente la forma concreta de respetar su autonomía.

Por otro lado, existen circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente determinado en atención al principio de no-maleficencia. Este podría ser, por ejemplo, el caso de pacientes con una depresión severa aún no adecuadamente tratada.

Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida por una cuidadosa reflexión sobre el qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar. En el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, guiados por la virtud de la prudencia.

#### **e) El deber de prevención**

Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de

que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán, en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad respiratoria o un paro cardiorrespiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después son muy difíciles revertir.

#### **f) Principio de no-abandono**

Exceptuando casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo es inadecuado. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación empática es, muchas veces, la mejor forma de lograr que el paciente recapacite.

Este principio ético nos previene también frente a una forma más sutil de abandono. La atención de pacientes terminales nos confronta necesariamente con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirse. Ello pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El *éthos* de la Medicina Paliativa nos recuerda que, incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar.

### **III. Reflexiones finales**

El modelo de atención médica propuesto por la Medicina Paliativa contiene en sí el potencial para un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del “imperativo tecnológico”, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable –o incluso exigible– todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina nos presenta un modelo de atención “personalista”, es decir, un *éthos* profesional basado en el profundo respeto por la persona y por su dignidad.

Este potencial renovador de la Medicina Paliativa solo podrá llevarse a cabo si esta disciplina no sucumbe ante el peligro de transformarse en una técnica más –la técnica de controlar el dolor y los otros síntomas–, sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona que estuvo en su origen. Para ello es necesario tener presentes los principios éticos destinados a proteger la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida. El respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana son las dos actitudes fundamentales que orientan la práctica de la Medicina Paliativa, según lo expresó la fundadora del movimiento hospice:

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras” (Cicely Saunders).

### **Literatura recomendada**

1. Roy, D. & MacDonald, N. (1998) "Ethical Issues in Palliative Care". In: Doyle, D., Hanks, G.W., MacDonald, N.: Oxford Textbook of Palliative Care (2 nd Ed.) Oxford University Press, Oxford, pág. 97-138.
2. Twycross, R. (1998) "Palliative Care". In: Encyclopedia of Applied Ethics, Vol.
3. Academic Press, pág. 419-433. 3. Zylicz, Z. & Janssens, M.J. (1998) "Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die". Bailliere's Clinical Anaesthesiology, 12; 1: 121-131.
4. Randall, F. & Downie, R.S. (1996) Palliative care Ethics. A Good Companion. Oxford Medical Publications: Oxford.
5. "Ethical Pearls in Palliative Care". In: M.D. Anderson's Manual of Palliative Care.
6. Blanco, L.G. (1997) Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas. Ad Hoc, Buenos Aires.
7. Sgreccia, E. (1996) Manual de Bioética. Diana, México.