

Comentarios

Sobre la desproporcionalidad de la atención médica

About the disproportion of medical care

Dra. Norma Rossato*

La atención del paciente grave incluye varios aspectos a tener en cuenta.

La etapa en que se encuentra la enfermedad es uno de ellos.

En el período agudo, la lucha por la sobrevida es el planteo excluyente en los servicios de cuidados intensivos; en la etapa subaguda, se busca estabilizar al paciente y la etapa crónica se centra sobre la rehabilitación o los cuidados paliativos. Actualmente, la incorporación de la internación domiciliaria ha incluido a la familia en estos cuidados y puede brindar un entorno más humanizado al final de la vida.

Los profesionales que atienden las diferentes etapas tienen objetivos notoriamente distintos. Si en cada instancia el paciente se deriva oportunamente al nivel de atención que requiere, se evita el desgaste que sufren los profesionales cuando sienten que ya no pueden hacer más por él en ese nivel de atención.

Otro aspecto es el impacto que causa una enfermedad crónica evolutiva o las secuelas graves de una dolencia aguda, porque exigen de cada persona su máxima capacidad de adaptación. Es común que las familias de estos pacientes manifiesten conflictos personales, familiares o laborales y que no les resulte fácil aceptar informes desfavorables.

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico puede tomarse en cualquiera de los niveles de atención y debe ser encuadrada en el principio, correctamente técnico y moralmente ético, de la proporcionalidad de las acciones médicas,¹ para evitar la obstinación terapéutica y el tratamiento infructuoso. Es un proceso complejo que supone tomar en cuenta el diagnóstico de la enfermedad, su irreversibilidad, su pronóstico, la calidad de vida esperable, los aspectos culturales, sociales y religiosos del paciente y su familia.

La limitación del esfuerzo terapéutico comprende el acuerdo de no reanimar en caso de paro cardiorrespiratorio, no iniciar tratamientos desproporcionados (drogas vasoactivas, asistencia respiratoria mecánica, nutrición parenteral) o suspender un tratamiento de soporte vital (asistencia respiratoria). En países del norte de Europa, son más frecuentes las decisiones de suspender el soporte vital y de hacer participar a la familia en la toma de la decisión.² En otros países, las creencias religiosas tornan inaceptable esa conducta.³

En una publicación reciente, la posibilidad de resolver legalmente la suspensión unilateral del soporte vital, a pesar de la oposición de la familia, ha merecido comentarios adversos. La conclusión es que sería deseable aumentar la capacidad de tolerancia hacia las decisiones de terceros que difieren de las propias y no necesariamente son equivocadas.⁴

La opción médica de no tratar o suspender un tratamiento debe ser consensuada en un comité de ética. La toma de decisiones con respecto a la suspensión del soporte vital debería incluir al personal de enfermería; su permanente contacto con el paciente y la familia les brinda más oportunidades de compartir sus sentimientos en situaciones extremas.

Una vez tomada la decisión médica, el paso siguiente es compartirla con la familia. En el caso de no haber acuerdo entre la opinión del comité de ética y la de la familia, el tiempo suele ser el mejor aliado para el cambio de actitud. La base fundamental para llegar en ese lapso a una posición clara sobre el estado del paciente y la actitud médica correcta, es el diálogo, la construcción de un vínculo de confianza entre los profesionales y la familia, idealmente, con apoyo psicológico y espiritual.

Es importante que todos los pasos de este proceso se registren detalladamente en la historia clínica y que todos los profesionales involucrados en la atención del paciente tengan fácil acceso a lo acordado. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico puede modificarse si se producen cambios en la situación clínica o el pronóstico del paciente. ■

* Sanatorio de la Trinidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Rev Méd Chile* 2003; 131(6):689-696.
 2. Verhagen AA, van der Hoeven MA, van Meerveld RC, Sauer PJ. Physician medical decision-making at the end of life in newborns: insight into implementation at 2 Dutch centers. *Pediatrics* 2007; 120(1):e20-8.
 3. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(2 Suppl): S109-16.
 4. Truog RD. Tackling medical futility in Texas. *N Engl J Med* 2007; 357:1-3.
-