

BREVE MANUAL DE REFERENCIA

EN ETICA CLINICA *

Elena Lugo, Ph. D

COMISION BIOETICA P. J. KENTENCH

I. Objetivos:

1. Identificar la dimensión moral - dilemas / conflictos / desafíos al igual que las acciones más rectas en la práctica clínica
 - a. Identificar las dificultades y experiencia vital y concreta de la persona en cuanto paciente.
 - b. Captar las disposiciones individuales de cada paciente ante el cuidado que se le brinda -su interacción en el proceso del consentimiento ilustrado, ante el tema de la confidencialidad y el de la veracidad.
 - c. Propiciar la sensibilidad moral que facilita la percepción del componente moral en las situaciones.

2. Interpretar y evaluar la dimensión moral concreta a la luz de los Bienes / Valores inherentes a la practica clínica, mediar la interacción en términos de Principios y plantear la deseabilidad de cultivar las virtudes personales y profesionales que facilitan la búsqueda de los Bienes y el seguimiento de los Principios Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y sus derivados, para facilitar el juicio prudente.
 - a. Explicar las obligaciones éticas y las responsabilidades del profesional en salud hacia sus pacientes individuales, las familias de estos, y hacia los colegas quienes participan del cuidado.

- b. Apoyar Inter. profesionalmente la practica de la empatía y la compasión responsable y eficaz ante el paciente adolorido-sufrido - dependiente - vulnerable, destacando así la dignidad de éste y manifestando respeto ante su condición.

(* Suplemento a mi libro: RELACION MEDICO/PACIENTE)

3. Practicar varios métodos de resolución o de decisión sustentado en el juicio ético, mediado por un dialogo interdisciplinar enriquecido por varias estrategias lógicas-inductivo-deductivo y atento al aporte de la narración de historias personales y la afectividad interpersonal = Acción recta.

- a. Facilitar la prevención de conflictos
- b Fomentar la integración del componente ético en la infraestructura de la institución hospitalaria = ética organizativa
- c. Ofrecer un fundamento integrador a las discusiones con atención a las teorías personalistas consonantes con la cultura hispana pero de significados universales

4 Identificar y explicar los requisitos principales para la formación de la conciencia libre y responsable de intención bondadosa y acción recta como de fina sensibilidad afectiva.

- a. acto moral en su estructura –intención, objeto del acto en si, y circunstancias
- b. la interioridad de la conciencia
- c. singularidad de la conciencia
- d. centralidad del concepto persona –la objetividad y la subjetividad en complemento

- e. la verdad y el bien como normas de la conciencia libre y responsable
- f. función de la prudencia

II. DEFINICION DE ETICA CLINICA:

El sentido existencial, epistemológico y antropológico de lo "clínico" (del griego klinikós= junto al lecho del enfermo) y sus implicaciones éticas, presupone fundamentalmente: que la práctica clínica en sí es una gestión moral a ser interpretada éticamente en sus varios aspectos

A Elementos

- I. Interacción medico / paciente como núcleo integrando la beneficencia del modelo paternalista y el respeto a la auto-determinación del paciente como participe del cuidado clínico según el modelo contractual = modelo de deliberación compartida en dialogo interpersonal e inclusive de la consulta de la familia.
- II. centralidad de la confianza
- III. rol del paciente concreto en identificar
 - 1. la experiencia del enfermar
 - 2. el sentido de su corporeidad
 - 3. dolor / sufrimiento
 - 4. vida / salud / morir en cuanto experiencias concretas
- IV. consentimiento ilustrado
- V. veracidad
- VI. confidencialidad
- VII. poder y autoridad de los profesionales
- VIII. solidaridad interprofesional en el cuidado

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO O ILUSTRADO

Más que un encuentro puntual para informar brevemente al paciente sobre su condición, diagnóstico y terapia indicada y gestionar la firma de un pliego, el Consentimiento Ilustrado (CI) es un proceso educativo e interpersonal de constante evolución y dinámica a tono con la individualidad del paciente y la mediación de sus comunidad de confianza. Proponemos como rasgos generales lo siguiente:

a. En cuanto sustentado en el Principio de Autonomía en armonía con el Principio de Beneficencia:

I Información pertinente y veraz que ha de ofrecerse con claridad, pero sin imponerse al paciente, o de no ser capaz de entenderla a su familia o a su representante según designado por este:

- Diagnóstico y etiología de la enfermedad o condición
- Prognosis y curso de la enfermedad según datos probabilísticos
- Tratamientos clínicamente apropiados con la evaluación correspondiente según beneficios y riesgos estadísticamente calculados. La disponibilidad de cada tratamiento, al igual que su efectividad según criterio médico y el grado de aceptación de parte del paciente han de figurar en esta evaluación.
- Evaluación de los efectos para el paciente de la no intervención o resistencia a ser tratado

II El consentir como segundo elemento del proceso del CI exige cuidar de la libertad interior como de la exterior del paciente.

- Ha de ser auténticamente voluntario y no estar bajo la influencia indebida o coerción de parte del médico o de los familiares

- Puede cambiar su decisión sin sentirse culpable y expuesto al abandono o disminución de la atención clínica apropiada.

III Factores a tomar en cuenta para precisar cuando y hasta que grado cuenta el paciente con capacidad para decidir deliberada y responsablemente (capacidad es mas que mera competencia en su sentido legal). Debe preguntarse si el paciente es capaz de decidir en relación a los aspectos específicos de la situación clínica.

- Capacidad para apreciar los rasgos mas significativos de la condición patológica
- Capacidad para evaluar las terapias sugeridas
- Capacidad para juzgar los diversos aspectos de la relación entre cada terapia y el sistema de creencias y valores personales del paciente en cuanto individuo y miembro de su contorno comunitario
- Capacidad para realizar una deliberación coherente sobre la selección o preferencia que estima pertinente a su situación
- Capacidad para comunicar su elección de forma argumentada y consistente de modo tal que suscite credibilidad

IV Resumen- el paciente debe considerar racionalmente la información, apreciar la situación presente y sus consecuencias, comprensión de la información atinente a la situación, comunicar su decisión. (Favor de consultar el esquema practico –Ética Personalista- Dinámica)

B. Pacientes Incapacitados e incompetentes (en parte o totalmente) En algunos países solo la Corte puede declarar a un paciente incompetente

I Tipos de incompetencia

- Informado pero incompetente-el paciente cuenta con la información pero se presenta incapaz de decidir al menos en algunos momentos, es decir, es fluctuante

- Previamente competente-el paciente ha sido capaz de decidir previo a un accidente o dolencia incapacitante
- Nunca competente-el paciente sufre de una incapacidad mental severa o es minusválido en el orden cognoscitivo sin posibilidad de recuperación
- Potencialmente competente-el paciente pediátrico quien podrá ser competente en el futuro, o el adulto temporáneamente incapacitado pero prevista su recuperación.

II El menor de edad-maduro y el emancipado

Según el criterio legal de muchos países personas menores de 18 en edad no son consideradas competentes para tomar decisiones importantes en ámbitos clínicos. Algunos estados en USA otorgan autonomía limitado a los menores en edad: pueden obtener recursos anticonceptivos, procurar abortos, recibir tratamiento para enfermedades venéreas y para abuso de drogas ilegítimas sin el consentimiento ma/paterno.

Aquellos menores en edad quienes han contraído matrimonio y los que viven social y económicamente independientes, designados "emancipados", se les considera competentes para tomar decisiones en el cuidado de su salud.

En todo caso, sociedades profesionales en pediatría recomiendan hacer al menos participe en las decisiones sobre salud de acuerdo a su edad, madurez e interés.

III La toma de decisiones en beneficio del paciente incompetente

- Criterio I –"juicio sustituto" = una persona quien conoce suficientemente bien al paciente incompetente como para precisar cual seria su preferencia de ser capaz de deliberar y decidir ante la situación presente, o quien conoce la expresión clara y consistente del propio paciente antes de quedar incapacitado.
- Criterio II –"mejor interés" = en ausencia del conocimientos sobre lo que el paciente desearía, una

persona puede plantear lo que las personas razonables en la mayoría de los casos juzgarían y decidirían ante la situación y en el contexto semejante al del paciente incompetente. Es preciso balancear los objetivos terapéuticos y el cuadro del diagnóstico y pronóstico, siempre optando por el beneficio integral del paciente.

IV Dificultades particulares al tomar decisiones en representación del paciente incompetente

Al implementar el criterio II-“mejor interés”:

- Se puede desconocer cuales serian los auténticos deseos de un paciente ante la interrupción o discontinuación de una intervención para sustentar la vida en las circunstancias inmediatas en las que se encuentra el paciente.
- Al no contar con las preferencias explícitas del paciente se descansa mucho en la apreciación de los representantes y profesionales al cuidado del paciente

- El juicio sobre la calidad de vida incluye elementos subjetivos, y al no contar con el juicio del paciente quienes juzgan la calidad de la vida del paciente incorporan elementos subjetivos propios potencialmente ajenos la paciente.
- Es preciso observar que el juicio y decisión a tomar se presenta evolutivo en dependencia a como cambian la sintomatología y el curso de la dolencia como cuan eficaz resultan las intervenciones clínicas.

NOTA- Favor de consultar el segmento sobre: Directrices por Adelantado

IV. VERACIDAD

El Principio de autonomía en cuanto respeto a la dignidad de la persona exige favorecer la libertad para deliberar,

juzgar y decidir lo cual supone que la información pertinente sea verdadera. Igualmente el Principio de Beneficencia promueve el bien de la razón la cual busca como objeto propio la verdad. ¿Que decir al paciente y como decírselo para que respeta la autonomía y el bienestar de este o de su familia? ¿Cómo evitar hacer el mal con la verdad cuando la misma puede resultar deprimente y por expreso deseo el paciente no desea conocerla?

A Decir la verdad es un deber (teoría deontológica) y promueve la confianza y la comunicación (teoría utilitaria) La persona-paciente según la teoría moral natural tiene derecho a la verdad sobre su situación clínica y los aspectos ya enunciados sobre la información que debe serle comunicada.

B La reserva mental o discreción puede aplicarse cuando el paciente no esta personalmente capacitado para recibir, asimilar y usar la verdad para su bien. No se trata de mentir o desvirtuar la verdad sino de ofrecerle gradualmente etapa por etapa acentuando lo positivo y esperanzador en caso de noticias atemorizantes)

C El "privilegio terapéutico" queda implícito en la reserva mental lo cual supone al medico capaz de mantener en secreto una verdad por considerar que su revelación la paciente le causaría un mal serio a su salud o recuperación.

D De especial consideración ética es el modo de decir la verdad, al igual que el momento y el lugar. Recomendamos las siguientes condiciones para decir la verdad según una ética del cuidado:

I preguntar al paciente que sabe de su condición y cuanto más desea conocer

II cultivar la empatia y la compasión

III adaptarse al nivel socio-cultural y lingüístico del paciente

IV respetar la privacidad

V observar la virtud de la paciencia y dar tiempo al paciente para asimilar la información, preguntar y comentar

VI evitar matizar la verdad o el modo de comunicarla con los estados de ánimo o preferencias personales ante la situación del paciente.

VII admitir con humildad los que aun no se sabe sobre la condición y la evolución de la patología, al igual que reconocer las limitaciones de la medicina en si o en su estado actual ante el diagnostico, terapia y pronostico

E. En un próximo segmento presentaremos las sugerencias en cuanto a decir la verdad al paciente terminal y al moribundo.

V. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialita es parte del secreto profesional. El medico ha de mantener dicho secreto, siempre y cuando no lo disponga de otro modo el bien común o un bien mayor para el paciente, o en casos especiales, el beneficio de una tercera persona que pueda ser victima inocente del intento de guardar confidencialidad.

A. Al observar las normas de confidencialidad el medico /profesionales en salud se reconocen como custodios de la interioridad y privacidad de la persona a quien han de respetar en su paciente. Además, la confidencialidad promueve:

I La relación de confianza o ínter subjetividad benévola que constituye la vinculación terapéutica

II Es un elemento tradicional en la ética medica-promesa Hipocrática

III Fomenta la imagen de integridad profesional ante la sociedad

IV Condición para prevenir el mal al paciente

B. Excepciones comunes

- I. Al tener que testificar ante una corte y según lo indica la ley
- II. Para informar sobre epidemias o enfermedades comunicables
- III. Revelar casos de abuso de menores, de cónyuges y de envejecientes.

- iv. Informar sobre heridas de armas letales o de heridas sospechosas si existe una duda razonable que esta ha sido resultado de un acto criminal

C. Dilemas especiales en el ámbito clínico que pueden justificar el subordinar la confidencialidad:

- I. Situaciones en que existe una alta probabilidad de peligro grave a la salud o vida para otra persona concretamente identificable luego de agotar todos los medios persuasivos para que el paciente revele la información a la posible víctima
- II. Situaciones en que se puede prevenir el mal para el paciente

VI. PODER Y AUTORIDAD DEL MEDICO

El medico al igual que todo profesional en salud debe asumir como punto de referencia en su gestión la finalidad inherente o los objetivos propios de la medicina, a saber:

- A. Prevenir la enfermedad y la muerte prematura
- B. Fomentar la salud en general y la física en particular
- C. Curar las enfermedades hasta el grado de lo posible

- D. Aliviar el sufrimiento y controlar el dolor al igual que promover el bienestar integral del paciente ante los síntomas o condiciones asociadas a su dolencia e internación institucional
- E. Cuidar, educar y sostener la totalidad de la persona del paciente bajo su encomienda- establecer los objetivos terapéuticos en dialogo con su paciente y familiares
- F. Deberes que se desprenden de la finalidad de la medicina. La responsabilidad central del medico es:
 - I. ofrecer un diagnostico preciso de la condición del paciente
 - II. informar y educar al paciente sobre el diagnostico
 - III. recomendar la terapia o intervención clínica estimada como la mejor para el paciente concreto
 - IV. explicar los beneficios y riesgos de la terapia recomendada al igual que las de otras terapias alternas y razonables.
 - V. Exponer el prognosis-bien sea si se sigue la terapia recomendada o no
 - VI. Proceder según su competencia técnica con las intervenciones diagnosticas necesarias y las terapéuticas
 - VII. Realizar las consultas necesarias y referir al paciente a sub-especialistas cuando así su bienestar lo exige.
- G. Individualizar o personalizar en tratamiento
 - I. Evaluar el grado de comprensión y asimilación de la información impartida
 - II. Apreciar el grado de severidad de la condición patológica
 - III. Ser sensible a la experiencia o vivencia del paciente en cuanto a su enfermedad dentro de su marco personal de referencia / estilo de vida /creencias / emociones
 - IV. Precisar cuando es urgente intervenir con mas medidas diagnosticas o con la terapia

- V. Auscultar el entendimiento y apoyo que la familia del paciente es capaz y esta dispuesta a ofrecer
- VI. Reconocer el impacto de la enfermedad del paciente en su entorno social y laboral

- H. El medico ha de recordar: la técnica le dice que puede hacer por su paciente pero la ética indica lo que debe hacer por la persona en si de su paciente (inspirado en E Pellegrino)
- I. Relaciones interprofesionales. Aun si el medico es la figura central y principalmente responsable del cuidado integral de su paciente, por el bien de este y en virtud de la prestación de servicio en un ambiente interdisciplinario, debe formarse para trabajar solidariamente en equipo. Por eso ha de:
 - I. Valorar la persona y la finalidad correspondiente a las otros profesionales que colaboran en el cuidado del paciente
 - II. Consultar cuando necesario a otros especialistas y respetar en espíritu de complementariedad su criterio, aun si retiene la responsabilidad principal hacia su paciente
 - III. Tomar en cuenta los aspectos empresariales de su gestión-sea en la practica privada o la institucional-sin dejar que el criterio de mercado transforme el cuidado de salud en bien de consumo o mercancía
 - IV. Auscultar el impacto de su prestación del cuidado en la salud publica y la justicia social (medicina preventiva / distribución justa de los recursos cuando estos puedan escasear)

VII. FUTILIDAD

El criterio central para la deliberación en torno a los cuidados que seguidamente discutiremos es el concepto de futilidad.

A. Futilidad desde la óptica medico-clínica se refiere a la intervención terapéutica que con alta probabilidad no beneficia al paciente, y de hacerlo sería en situaciones raras o únicas sin posibilidad de reproducir sistemáticamente.

I. Se trata de precisar cual intervención en particular es inútil para un paciente específico en una etapa concreta de su padecimiento.

II. La intervención fútil es aquella que no logra el resultado benéfico para el cual fue prevista

B. Desde una óptica más amplia y en consulta con el paciente una intervención puede ser fútil cuando no beneficia al paciente en su integridad personal o no supone un efecto positivo para su bienestar total, aun si dicha intervención pueda tener efectos positivos en un órgano u ante una sintomatología.

I. Se recomienda no usar el termino "futilidad" y si dialogar con el paciente para precisar los objetivos terapéuticos realizables en sus circunstancias específicas

II. Auscultar si la intervención puede hacerse evitando riesgos e incomodidades severas

III. Evaluar si la intervención prevista guarda conformidad con la practica establecida como norma o estado actual del arte clínico

C. Razones que algunos pacientes plantean para solicitar terapias fútiles o no indicadas clínicamente

I. Objetivos ilusorios del paciente o de su familia

II. Culpabilidad de parte de la familia por lo cual insiste en hacer todo lo imaginable-aun si no clínicamente posible

III. Confusión al no entender el plan terapéutico

IV. Desconfianza hacia el medico de parte del paciente o de la familia de este

- V. Diferencias étnicas y socioculturales entre el medico y los pacientes y su familia-temor a ser discriminado por razón de pertenecer a una minoría étnica
- VI. Como efectos del mecanismo psicológico de la negación de parte del paciente o familia
- VII. Deficiencia en la comprensión del idioma o barreras lingüísticas entre el medico y su paciente y familia
- VIII. Expectativas religiosas-esperar un milagro asociado a la intervención inútil

D. Derechos de los pacientes

- I. Derecho "negativo" = rehusar tratamientos específicos o en general sustentado en la autonomía y privacidad personal lo cual exige respeto de parte de los médicos tratantes
- II. Derecho "positivo" = estos son mas débiles pues suponen exigencias u obligaciones hacia otros que bien pueden objetar a responder. Ilustración-petición del paciente de intervenciones fútiles.
Razones para objetar:
 - El medico puede rehusar ofrecer una intervención fútil o una al margen de su competencia profesional
 - La solicitud puede incluir una acción en si declarada ilegal
 - La conciencia personal y la integridad profesional ante su responsabilidad del medico puede verse comprometida
 - Se recomienda consultar a una segunda opinión clínica cuando el medico rehúsa una solicitud de intervención
- III. Si el tratamiento supone no solo beneficios sino riesgos razonables, el criterio establecido por el paciente debidamente informado y consultado tiene prioridad

- IV. Consideraciones meramente económicas no pueden ser criterio único o primordial el decidir sobre una intervención benéfica

VIII. CIUDADO ESPECIFICO-1 LA REANIMACION CARDIO-RESPIRATORIA

La reanimación cardio-respiratoria (RCR) debe ser considerada temprano en el curso del cuidado de pacientes con condiciones serias en las cuales la posibilidad de fallo cardiaco o respiratorio puedan presentarse con cierta probabilidad. Debe observarse sensibilidad empática ante la posibilidad de no iniciar RCR y asegurar la atención del paciente en cuantas otras terapias de no iniciar RCR.

- A. Consideraciones ante el no reanimar (ingles DNR), en algunos países supone solicitar autorización legal
- I. A petición de un paciente capacitado para deliberar, juzgar y decidir sobre su cuidado
 - II. Por indicación de un documento- "Directrices por adelantado"
 - III. Por medio de un representante legítimo (propiamente designado por el paciente o su custodio) del paciente al estar este incapacitado
- B. Puede optarse por no reanimar según criterio estrictamente ético sin consulta legal (en EEUU al menos)
- I. Por indicación de la familia ,de no ser el paciente competente o estar incapacitado, y según este orden de prioridad sugerido – esposo(a), hijos adultos, o los padres
 - II. En ausencia de la familia, según evidencia ofrecida por otros parientes o amigos capaces y dispuestos a ofrecer su juicio en substitución del paciente a quien han de conocer personalmente o quienes acudan cual pueda ser el "mejor interés" del paciente.

III. De no contar con familia ni con amigos, el paciente puede ser considerado candidato a la no reanimación según el criterio clínico de lo que razonablemente beneficiaría a un paciente en condiciones semejantes al bajo consideración

C. La orden de no reanimar (DNR o DNA –“attempt” R) debe incluir:

- I. Documentación escrita por el medico responsable del paciente o por otro medico por el delegado para ` ` ` ello
- II. La documentación ha de incluir = explicación clínica para la no animación o la contra-indicación para esta ; opinión de los consultores (de ser esta necesaria); el tipo de autorización, sea legal o ética (ver segmentos anteriores)
- III. Especificaciones sobre las intervenciones clínicas que permanecen aplicables al paciente en cuestión, y que se estiman compatibles con la decisión de no reanimar, por ejemplo:
 - Cuidado en el área intensiva
 - Otros medios de mantener al paciente vivo en caso de condición terminal-aun si dichos recursos pueden ser retirados posteriormente al la no reanimación

D. Orden de no reanimar sustentado por el criterio de futilidad (concepto clínico / ético a ser elucidado)

- I. Se recomienda consultar al comité de ética institucional para así contar con varias opiniones a nivel interdisciplinario
- II. Médicos de las especialidades pertinentes al cuidado del paciente han de ser consultado
- III. La documentación debe incluir el consensus sobre la futilidad o inutilidad clínica de la reanimación

- IV. Cuidado especial ha de tomarse cuando los familiares no entienden que una intervención fútil pueda ni ser razonable ni clínicamente indicada

- E. Todos los profesionales participantes en el cuidado del paciente deben ser consultados sobre la no reanimación. Usar el "show code" o el "Hollywood code" son formas engañosas de enmascarar la no animación.
- F. Debe evitarse la impresión de que al no reanimar al paciente se abandona este o se le excluye de medidas de comodidad y otros cuidados básicos respetuosos de la persona del paciente
- G. En caso de desacuerdos el Comité de Ética Institucional debe ser consultado y su recomendación ser seriamente considerado por los responsables del paciente. El Comité puede mediar con la familia de ser esto necesario.

IX- CUIDADO ESPECIFICO 2–RETIRAR Y REHUSAR EL INICIAR UN TRATAMIENTO DE SOSTENIMIENTO VITAL

- A. Las diferencias entre retirar y rehusar el inicio
 - I. Psicológicamente es más sencillo rehusar el inicio que el retirar una intervención que apoya cierto modo de sobre vivencia. Pero, éticamente son equivalentes pues ambos el rehusar el inicio como el retirar o interrumpir una intervención obedecen a criterio de futilidad o de un balance racionalmente calculado en cuanto desfavorable entre beneficio y riesgos con los últimos predominando substancialmente.
 - II. El rehusar el inicio supone excluir posibilidades o beneficios difíciles de prever, por cuanto el no iniciar un tratamiento necesita una justificación de mayor rigor lógico o de razones solidamente arraigadas en los principios de beneficencia y no-maleficencia como de autonomía responsable.

III. En presencia de la incertidumbre ante la eficacia de un tratamiento en responder a los objetivos terapéuticos para el paciente, se podría iniciar la terapia con un determinado objetivo y duración específica. De no lograrse el objetivo se puede entonces interrumpir la intervención.

B. Criterio y procedimiento para retirar un ventilador

- I. Cuando queda establecido con suficiente rigor clínico la muerte encefálica (ver segmento posterior) El ventilador puede retirarse al punto de declarar clínica y éticamente hablando al paciente, pero al considerar al fallecido como donante de órganos la sensibilidad y el decoro ante la familia como el respeto a la corporeidad del donante puede aconsejar el retiro del ventilador unas horas mas tarde.
- II. En el caso de pacientes aun no fallecidos y en posible estado de conciencia, es preciso observar un procedimiento cauteloso y sensible al dolor e incomodidad del paciente, al igual que compasivo ante los familiares.
 - Una vez que la decisión de retirar el ventilador se ha tomado, se ha de proceder con la sedación apropiada al paciente individual y luego puede retirarse el ventilador sin para ello ser necesario el hacerlo gradualmente de modo de evitar dipnea y sofocación. El conservar o no en lugar el tubo endotraqueo supone un juicio clínico adicional y según la condición del paciente y su cuidado individualizado.
 - Sedación –antes de retirar el ventilador la sedación profunda con “benzodiazepine” o barbitúrico con morfina en la dosis apropiada para producir la perdida de la conciencia, pero no la muerte, es clínicamente indicada y éticamente aceptable. La sedación ha de continuar hasta que la muerte ocurra procurando

evitar el dolor y aliviar el posible sufrimiento

- Recurso o agente paralizador – no deben usarse medios para paralizar el sistema respiratorio durante el proceso de retirar el ventilador y que dichos agentes obstaculizan la evaluación del dolor y el malestar del paciente. De estar el paciente ya bajo efectos de los paralizantes, no se necesita esperar que estos terminen su efecto para iniciar la sedación y el retiro del ventilador.

C. Criterio y procedimiento para retirar nutrición e hidratación artificial /por sustitución técnica (NHA)

- I. Distinción fundamental -¿es la NHA un cuidados básico o es una intervención técnica sujeta al criterio de la futilidad para su adopción o retiro?
- II. Algunos clínicos y bioeticistas clínicos al definirla como intervención técnica- sobre la base de su naturaleza artificial y dependiente de elaboración como administración técnicamente mediada consideran:

- Ante un paciente en coma persistente (PVS por sus siglas en ingles- “Persistent Vegetative State”) la NHA puede ser retirada si así consta en la documentación previa o según el consentimiento ilustrado del paciente (directa o por representación-proxy). Neurólogos indican que ya que el sistema cortico de estos pacientes esta deteriorado de modo irreversible, estos ni sufren sed o hambre, ni experimentan dolor alguno. Se estima que la NHA es fútil para ellos.

- III. Pero, de ser la NHA un cuidados básico no puede retirarse ya que es el único recurso que mantiene vivo a la persona quien por su dignidad,

independiente de su condición o calidad de vida, tiene derecho a la vida en si.

- IV. En cuanto a pacientes conscientes, y por ello no en PVS, retirar la NHA es altamente controversial. Si la NHA es un tratamiento terapéutico mas, un paciente (terminal-moribundo o inclusive crónico) por dirección propia o por medio de su representante, podría optar no iniciar o retirar la NHA ya que esta puede ser altamente incomoda e indigna ante su criterio y en nada restaurarle la salud.
- V. Pero de ser NHA un cuidado básico o sostenimiento mínimo y esencial de la vida, rehusar su inicio o retirarlo podría asemejarse al suicidio médicamente asistido. Este tema amerita mayor ponderación (Recomiendo estudiarlo a la luz del Personalismo y la Ley Natural-reconociendo que la Pontificia Academia de la Vida ofrece un margen de debate sobre el tema)
- VI. Efectos en el paciente-procedimiento para retirar:
 - En general, la muerte ocurre a causa de falta de balance electrolito y por deshidratación a los 10 a 14 días. Si se mantienen los fluidos y solo se retira el alimento, la muerte ocurre por inanición y puede tomar varias semanas. Se recomienda retirar ambos. Por lo general, los pacientes no manifiestan incomodidad en situaciones clínicas. Es preciso no obstante, mantener el más esmerado cuidado paliativo. Esto puede suponer intervención intravenosa para administrar drogas paliativas pero sin prolongar el proceso de morir.

X. DEFINICIONES DE MUERTE Y EL PACIENTE EN COMA PERSISTENTE

A. Definición de muerte cardio-pulmonar

- I. Criterio tradicional = la muerte se evidencia en el cese de la palpación cardíaca y de la respiración
- II. Etapas en el pronunciamiento de muerte cardiopulmonar

- Identificar el "code status"
- Revise si se trata de hipotermia o de sobre-dosis de drogas
- Ausculte la tonalidad cardíaca y la respiratoria
- Revise los reflejos de la cornea con un roce leve de un algodón o servilleta de papel
- Al paciente se le puede pronunciar muerto si no responde positivamente al escrutinio anterior. Se procede entonces a documentar el momento de la muerte en el expediente del paciente.

B. Definición de muerte encefálica o cerebral (Aceptada por la American Medical Association y la American Bar Association y en múltiples naciones)

III. La muerte encefálica ocurre cuando la totalidad del sistema cerebral-inclusiva de la zona cortical como del tallo-presentan un deterioro fisiológico y anatómico irreversible

IV. Criterio para el diagnóstico- Evento neurológico adecuado para causar la muerte

- Escrutinio o examen clínico indicativo de ausencia de funcionamiento en el tallo cerebral-lo cual conduce a que el cuerpo pierda integridad o funciones como un sistema coordinado

v. Indicadores clínicos –resultantes de un examen físico

- Coma profunda-inconsciencia con ojos cerrados
- Ausencia de movimiento ocular o de reacción de la pupila
- Ausencia de reflejos en la cornea

- Carencia de tos o reflejos de la garganta como de reacción a estímulos dolorosos
- Carencia de respiración espontánea al intentar retirar en ventilador (existen varios modos de establecer los síntomas de apnea- si el paciente es candidato a donar órganos debe consultarse al equipo de trasplante)

III. Resultados de pruebas de laboratorio

- La prueba "radionuclide" no indica flujos sanguíneos en el cerebro
- EEG o electroencefalograma no resulta confiable por no diferenciar entre el suceso neurológico indicativo de muerte y la sobredosis de drogas como de la hipotermia. Consideraciones legales – en muchos países una vez que las condiciones anteriores se cumplen el paciente es declarado legalmente muerto con lo cual deja de precisar tratamiento médico. Es entonces importante documentar el momento preciso de la muerte y luego retirar el ventilador de ser el caso que el paciente esta al mismo conectado.

III. Aspectos ético-humanitarios – el paciente declarado muerto por criterio encefálico (totalidad del sistema cerebral) puede no aparentar estar muerto (color/ rigidez..) por cuanto es prudente acostumbrar a la familia gradualmente a la aceptación del evento. Se puede retener el ventilador durante el tiempo preciso para facilitar la asimilación del desenlace final de su ser querido.

IV. Interrogante- algunos bioeticistas de orientación utilitarista y promovedores del concepto de calidad de vida estiman que el paciente en coma persistente (PVS) deba ser declarado muerto , y así al ampliar la extensión de aplicabilidad del concepto muerte el PVS pueda a su vez ser candidato a donar sus órganos estimados viables.

C. Paciente en coma persistente = carencia de funciones corticas pero con tallo cerebral operante. Su diagnostico es básicamente clínico y no tanto dependiente de resultados de laboratorio, pues no existe al momento un criterio

exclusivamente sustentado en pruebas o "test". La consulta neurológica ha de ser confirmatoria.

I. Características

- Estado de dormición por espacio de días y hasta semanas, seguidos de un abrir los ojos lo cual pasa a alternar con estados de dormición
- Despierto pero no consciente-lo ojos de mueven sin aparentemente enfocar o fijarse y seguir a objeto alguno. Puede si reaccionar a modo de reflejo espontáneo a un sonido e inclusive enfocar sin aparente conciencia la fuente del sonido. (Cuando de hecho el paciente enfoca con aparente conciencia se trata de evento raro y extraordinario o de no ser una diagnostico acertado de PVS)
- Emite sonidos guturales, gritos o mueve la boca como si masticara e inclusive contorsiona el rostro pero sin aparente finalidad o significado inteligible.
- Persisten muchos reflejos espontáneos-cornea, tos, ahogos y sorpresa
- Movimientos marcados pero involuntarios o sin aparente finalidad.

II. Prognosis – luego de tres meses de presentarse la sintomatología anterior el prognosis de recuperación es prácticamente nulo. Del PVS ser causado por hipoxia cerebral el pronóstico puede preverse al cabo de un mes de la persistencia sintomatologica. Debe tomarse en cuenta la escala de Glasgow (¡!) antes de emitir un juicio de prognosis

III. Según criterio ético - deontológico como personalista el paciente en coma persistente no esta muerto según criterio de muerte encefálica, por cuanto su dignidad y derecho a la vida han de respetarse y así debe ser cuidado aun si no se le pueda curar según la práctica clínica actual.

- Debe explicarse a la familia que el PVS según consenso entre neurólogos por definición no sufre sensaciones de sed, hambre o dolor alguno por carecer del funcionamiento cortico-cerebral necesario para estas experiencias
- Frecuentemente no depende de un ventilador, pero si de nutrición e hidratación artificial lo cual es un tema conflictivo. Las directrices por adelantado pueden ayudar a descifrar el juicio del paciente ante la condición de PVS

XI. DIRECTRICES POR ADELANTADO

“Directrices por adelantado” (DA) designa un documento que el paciente redacta, o dirige en su redacción, para indicar mientras cuenta con la capacidad de decidir sobre cuales tratamientos favorece y cuales no en caso de perder en el futuro su capacidad de decidir por cuenta propia.

Tipos de DA

- I. “Living Will” o testamento vital
- II. “Power of attorney” o poder delegado
- III. “ Nonstatutory forms” Otras formas

A. Testamento Vital-características

- I. Indica la preferencia por una muerte natural y de no ser sometido a una sobre vivencia en dependencia de intervenciones tecno-medicas. En algunos casos se indica el rechazo de nutrición e hidratación artificial ante el evento de coma persistente.
- II. El documento generalmente entra en vigor cuando el paciente es designado como terminal o cuando la muerte resulta cercana (plazo de 6 meses); también cuando PVS es confirmado por dos médicos.

- B. Poder Delegado
 - I. El paciente designa a una persona como su agente en el cuidado de su salud, proxy o representante para tomar decisiones en torno a los aspectos de su salud y en su lugar al perder la capacidad propia para hacerlo. El paciente puede delegar en su proxy la posibilidad de evaluar la situación en su evolución y circunstancias específicas interpretando para ello el criterio encomendado por el paciente al momento de su pleno juicio.
 - II. Este recurso entra en vigor una vez que dos médicos o un médico y un psicólogo constatan que el paciente ha perdido su capacidad decisional.

- C. Sugerencia- de los dos tipos de documentos recomendamos el segundo o de "poder delegado" por las siguientes razones:
 - IV. Designa no solo lo que el paciente rehúsa sino lo que desea como preferencia-facilitando así el cuidado paliativo
 - V. Se extiende a pacientes no terminales pero incapacitados para tomar decisiones
 - VI. Provee para que una persona de confianza y conectora del paciente pueda interpretar de modo amplio y contextualizado el evento clínico cuando de hecho surge y, en vista que difícilmente puede el paciente anticiparlo en todas sus dimensiones.
 - VII. El dialogo con el representante del paciente resulta eficaz para el médico orientar su cuidado. (Para una evaluación mas amplia de ambas modalidades de DA les refiero al Apéndice 1. (en Ingles)

XII. CONTROL DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Muchos pacientes y sus familias experimentan la insuficiencia en el control del dolor. El temor natural a morir

en dolor severo puede motivar el interés y aun la propuesta en si del suicidio médicamente asistido y la eutanasia.

A. Errores comunes o deficiencias en la conceptualización

- I. .La selección de la droga o analgésico no es la indicada para el tipo de dolor
- II. La dosis y la periodicidad del medicamento no es correctamente calibrado para lograr su efecto previsto pero sin causar directamente la muerte
- III. Los médicos temen causar adicción a las drogas en pacientes con dolor crónico o en etapa terminal cuando necesitan con frecuencia altas dosis de los fármacos.
- IV. Los médicos favorecen dosis bajas de narcóticos por temor de causar una depresión respiratoria y tal vez un fallecimiento (no reconocen el principio del doble- efecto = uno deseado y legitimo y el otro permitido aun si no deseado)

B. Recomendaciones para el control de dolor

- I. Calibrar bien la dosis y periodicidad de un fármaco según sea este el apropiado para el tipo de dolor presente.
- II. Documentarse sobre las causas y condiciones bajo las cuales ocurre una verdadera adicción a las drogas. El umbral de tolerancia –cuando un fármaco deja de ser eficaz-varia de paciente en paciente, para algunos la dosis más alta es la indicada. La dependencia fisiológica puede ocurrir en pacientes expuestos a las drogas por largo tiempo, pero la dependencia psicológica es poco frecuente de modo que una vez que el dolor esta controlado o eliminado el paciente no se muestra necesitado de la droga por razones psicológicas. El paciente con previa adicción a sustancias controladas es un caso particular, pero en cuanto paciente no puede se discriminado y su condición atendida con la debida compasión y competencia farmacológica.

- III. En cuanto a la depresión respiratoria se refiere, informan los servicios oncológicos y paliativos que se trata de un evento poco común en pacientes recibiendo opio (opioids) para controlar el dolor. Cuando la depresión respiratoria ocurre, a menudo se debe a otras causas que la del fármaco. El dolor en si es un estimulante del sistema respiratorio. Además el efecto del opio en el sistema disminuye rápidamente en su uso regular. Recordemos el principio del doble efecto el cual permite como ética y clínicamente legítimo el proceder con una droga con la intención directa de controlar el dolor, y así aliviar el sufrimiento como experiencia subjetiva del dolor, en si la dosis indicada también produce la condición indeseada pero responsablemente permitida de la depresión respiratorio.
- IV. Sedación terminal- es ética y clínicamente indicado ante un paciente terminal-moribundo con una dolencia incurable y con sintomatología dolorosa resistente a los fármacos compatibles con la conciencia, proceder con una sedación que causa inconsciencia. La circunstancias que siguen los parecen indicar:
- Dyspnea
 - Dolor incontrolable o no controlable sin efectos mas dolorosos
 - "Delirium" agitado
 - Vómitos incontrolables

XIII DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANO

En este contexto indicamos los aspectos clínicos y no la dimensión social sobre la disponibilidad y distribución justa de los órganos cadavéricos o de donantes vivos.

A. Donantes apropiados

- I. Para órganos sólidos personas menores de 75 en edad

- II. Para huesos y tejidos blandos personas menores de 70 en edad
- III. Para donantes de ojos no hay limite de edad

B. Órganos transplántables:

- I. riñón
- II. hígado
- III. corazón
- IV. pulmón
- V. páncreas
- VI. intestino delgado....

C. Tejidos transplantables:

- I. piel
- II. huesos largos
- III. válvulas del corazón
- IV. venas
- V. ojos

D. Criterio para la donación

- I. donantes de órganos sólidos deben ser declarados muertos según la designación clínica = muerte encefálica , pero permanecer asistidos por un ventilador hasta la ablación para así conservar viables los órganos a ser donados
- II. El tema de los donantes descritos por sus siglas en ingles = NHBCD, "non-heart-beating cadáver donors" es controversial. En casos como estos, Regitime o su análogo es administrado en el quirófano para aumentar la perfusión de los órganos a la vez que se retira el ventilador. Hipotensión, apnea y cese cardiaco surgen con lo cual se declara al paciente muerto por criterio cadio -pulmonar. La ablación de los órganos donados procede inmediatamente. Este protocolo margina el criterio establecida de muerte, en cuanto cese irreversible de la totalidad del sistema cerebral. La sugerencia de que la ablación en si causa la muerte o que el ritmo cardiaco ha sido

arrestado deliberadamente no se pueden disipar y por ello la duda de si se trata de un proceder éticamente correcto.

- III. La donación de huesos y tejidos debe realizarse dentro de las 24 horas luego del "asytole"
- IV. La donación de ojos ha de ocurrir dentro de las 4 a 6 horas posterior al "asytole"
- V. Pacientes padeciendo infecciones, sepsis o malignancias no son candidatos idóneos para donación de órganos
- VI. La criteria aquí propuesta debe aplicarse con flexibilidad; cada día más órganos y tejidos de donantes envejecientes se pueden trasplantar en beneficio de más personas necesitadas de ellos para sobrevivir.

E. Consentimiento para ser donante

- I. El donante debe contar con una tarjeta firmada que le confirme como donante, y el mejor de los casos, especificando cual parte de su cuerpo o si todo lo viable desea donar. En muchos países esta preferencia documentada tiene precedencia sobre los deseos de los familiares. Debe explicarse a los familiares la legitimidad de la decisión del fallecido. Máxima prudencia debe tomarse ante la resistencia unánime de los familiares o representantes legítimos del donante.
- II. La familia de presuntos donantes-paciente en muerte encefálica con órganos sólidos utilizables, y quienes no se han expresado de un modo u otro a favor o en contra de la donación, deben ser exhortados a considera la donación como un regalo de vida en solidaridad humana y a modo de consuelo ante la perdida del ser querido.
- III. Aun en caso que un paciente no tuviese una tarjeta firmada autorizando la donación, o indicado su disponibilidad en el carne de conducir auto, la familia puede optar por Ali hacerlo a su nombre-de no existir evidencia de oposición de parte del fallecido y donante potencial.

- IV. Por technicalidades, la intención de donar no se incluye en muchas directrices por adelantado. Se estima entonces que el cuerpo del fallecido-cadáver – es una propiedad de la familia mas cercana en la serie ya clásica-cónyuge /hijos adultos /padres /o persona explícitamente designada con poder delegado para estos efectos.
 - V. Una institución con programas de trasplante debe contratar los servicios profesionales de un procurador para que este contacte de primera instancia a los familiares de un donante potencial. Los médicos de cabecera en quien el donante deposita su confianza o los transplantistas tan interesados en el procedimiento no son siempre los mejores objetivamente dicho, para solicitar la donación. Recomendamos un proceso de solicitud en equipo y marcado por la empatia, compasión y sensibilidad al dolor de los deudos.
 - VI. Aspectos culturales deben ser considerados de acuerdo a las costumbres y asuntos religiosos según el dogma pertinente al tema de la integridad corpórea y la vida posterior a la muerte.
- F. Costo de la donación –la familia del donante no es responsable de los costos asociados al proceso de ablación y trasplante
- G. Consideraciones funerarias
- I. Los familiares han de recibir el cadáver a la mayor brevedad posible una vez concluida la ablación , con lo cual no debe retrasarse demasiado los ritos fúnebres
 - II. En caso de una donación extensa, el cadáver debe contar con prótesis que replacen la naturaleza corpórea de modo que al cadáver se le pueda exponer públicamente según costumbres funerales. Una gran sensibilidad cultural y respeto a la religiosidad del donante y su familia ha de observarse.

APENDICE

Metodología Sugerida para analizar e interpretar situaciones clínicas para deliberar-juzgar –decidir responsablemente. De cada teoría ética derivamos una lección, a saber:

A De la casuística con su énfasis en la inducción y la descripción de situaciones concretas una atención a todos los datos pertinentes al paciente y su entorno comunitario

B Complemento de la teoría de los Principios y la deducción lógica

C Rol especial de las virtudes profesionales

D Aporte de la narrativa, historias personales y la riqueza de los detalles personales

E Abierto a la fundamentación antropológica-personalismo orgánico como propuesta

I. Orientado al servicio con lo cual la ética clínica es integral a la formación en residencia o internado medico/ enfermería / profesionales en salud, y en programas de capacitación continua

F Recapitulación del instrumento / procedimiento de análisis, para la evaluación, juicio y decisión ante la situaciones

I. Etapa descriptiva y de recaudación da datos

II. Etapa de discernimiento, evaluación e interpretación a la luz de Bienes / Principios. Cultivo de virtudes profesionales

III. Etapa de la decisión.

Una vez establecido el juicio moral sobre la base de la deliberación según expuesta se selecciona, propone, decide y ordena la acción que resulte prioritaria según el criterio:

- 1 La que este libre de suponer actos intrínsecamente malos de modo que observa el Principio de la No-Maleficencia
 - 2 La que al observar el Principio de Beneficencia promueva los bienes esenciales a la dignidad, integridad y trascendencia de las personas además de otros bienes con el mínimo de riesgos
 - 3 La que mayor observe el Principio de Justicia en su rol de distribución equitativa de los bienes esenciales
 - 4 La que suponga y a la vez fortalezca las virtudes en el agente moral principalmente responsable y autónomo ante la decisión
 - 5 Demostrar persuasivamente, con el dialogo con otros de opciones diferentes o contrarias para lograr un consensus sobre lo fundamental y negociar alternativas siempre y cuando no suponga ello el aceptar lo intrínsecamente malo en violación de la integridad del ser persona.
-