

Dirección  
Gorriti 4674 - 1414 Capital  
E-mail: gsemeniuk@intramed.net.ar

## Ética y toma de decisiones en enfermedad pulmonar terminal

Autor G. B. Semeniuk  
I.I.M. A. Lanari, Facultad de Medicina UBA

---

La muerte ha terminado -se dijo-  
No existe más.  
Aspiró el aire, se detuvo  
en medio del suspiro,  
Se desperezó y murió.

La muerte de Iván Ilych. L. Tolstói

---

La mayor parte de los médicos creemos que hacemos más bien que daño. Creencia basada en el principio hipocrático de “primero no dañar”; y reafirmada por la tradición de los samaritanos y los caballeros hospitalarios del siglo XI en las Cruzadas. Actualmente los simples principios de la beneficencia y no maleficencia se han visto enfrentados y puestos a prueba por la concepción de los derechos del paciente/consumidor.

La aparición de métodos de sostén cada vez más eficientes y la posibilidad de trasplantes de pulmón y de ventilación no invasiva, plantearon desafíos éticos desde vértices aparentemente tan alejados como los de calidad de vida individual y costo económico-social.

Asimismo la conciencia de disponer de métodos de rehabilitación y de cuidados paliativos no siempre utilizados, abre nuevos caminos.

Finalmente se le plantea al médico el dilema de seguir con un tratamiento con el riesgo de caer en el encarnizamiento y la futilidad terapéutica o dejar morir, y cómo acompañar ese proceso final.

La medicalización de la vida y la tecnificación de la muerte complican cada vez más estas decisiones.

Como vemos cotidianamente en las unidades de terapia intensiva coexisten las presiones de los familiares con puntos de vista a menudo opuestos y de la sociedad en general que, por sobreinformación cae a menudo en requerimientos rayanos en el absurdo. Sociedad que por otra parte va envejeciendo al prolongarse la vida.

El planteo de que cada uno tiene “derecho a morir” no se agota en sí mismo, pues la interpretación del significado de “derecho” es amplia y

variada(libertad, reclamo, poder, inmunidad legal o “interés protegido”). Son los derechos morales positivos, negativos o naturales? Por otra parte, las obligaciones morales no implican obligaciones legales.

Los cuidados paliativos tratan de ser una respuesta a algunos de estos problemas. Creados por Ciceli Saunders se perfilan como una vía intermedia entre tratamientos “agresivos” para prolongar la vida, aportando un cuidado total al paciente que no responde a un tratamiento curativo, alejándolo del requerimiento de un suicidio asistido. Permiten morir sin dolor, en paz y con dignidad. No son, a mi criterio, una respuesta unívoca ni debe recurrirse a ellos “in extremis”, sino adjuntarlos siempre en toda enfermedad terminal o cuasi. Paliar es cubrir con un manto, calmar al sufriente. La idea del suicidio como ofensa a Dios ha sido sustituida por la de “enfermedad mental” y la depresión lógica de la muerte cercana es a veces tratada como enfermedad que impide el querer seguir viviendo. Debemos diferenciar esta depresión o tristeza, parte del proceso final, de la verdadera depresión.

El miedo a la muerte ha sido a su vez reemplazado por el miedo a morir. Distintas culturas a lo largo del tiempo y en distintas regiones han diferido en el concepto de que es una “buena muerte”. Algunos la quieren rápida o durante el sueño, otros lenta y consciente.

En la situación actual de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla sino también para establecer adecuadamente su terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.
6. En lo que respecta a enfermedades pulmonares, son indicios de enfermedad terminal: a) un VEF 1.0 menor de 30 %post BD; b) Hipoxemia en reposo respirando aire con  $PO_2$  menor de 55 mmHg, c) insuficiencia cardíaca derecha secundaria a la enfermedad pulmonar, d) pérdida de peso mayor del 10% corporal en un lapso de 6 meses, y e) Taquicardia en reposo mayor de 100 latidos/minuto.

Debe estudiarse en cada caso en particular las preferencias por los tratamientos de sostén y sobre la calidad de vida de cada enfermo. Muchas veces los médicos perciben como peor la calidad de vida de sus pacientes que ellos mismos. Muchas veces los médicos somos consultados para asistir en las decisiones entre medidas para sostener la vida o cuidados paliativos (en pacientes ventilados, por ej.) Pocos datos permiten predecir si estos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por ejemplo, podrían ser destetados o no y si podrían volver a su vida anterior. Esto trae el dilema ético sobre si continuar o no con la ventilación mecánica. Siendo la enfer-

medad pulmonar obstructiva crónica la 4<sup>a</sup> causa de muerte no traumática es de esperar que se incluya en la educación del médico, del paciente y su familia el conocimiento de estos problemas que enfrentarán. Debieran tenerse por lo menos tres charlas con los pacientes y sus allegados.

Se han identificado 5 puntos principales en la calidad del final de vida:

- 1) Adecuado manejo del dolor y otros síntomas molestos.
- 2) Inadecuada prolongación de la vida.
- 3) Tener la sensación de control.
- 4) Aliviar la pesadumbre.
- 5) Consolidar las relaciones con los seres queridos.

Estos preceptos deben ser tenidos en cuenta por todos los que quieran aliviar el sufrimiento al final de la vida. Se producirá una reducción en la estadía innecesaria en el hospital o en la terapia, una reducción en el uso de recursos no beneficiosos con el ahorro de insumos que podrían ser utilizados debidamente y por sobre todo ayudarán a "bien morir".

Sugiero además el uso de un plan de comunicación que permita discutir el pronóstico. Preguntar al paciente si desea conocer los detalles. Explicitar lo que se podrá y lo que no se podrá hacer. Permitir una fluída comunicación y posibilidad de contacto con el equipo tratante y hacer una consulta con especialistas no involucrados en forma directa.

Se ha dicho que la ciencia médica está reemplazando a la práctica médica. Recuperemos el ERARIT JARIT JAKA (deseo de algo perdido) de la compasión.