

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La señora K de 62 años de edad, nacida en el exterior, vive desde hace 40 años en Argentina, en el interior de la provincia de Córdoba.

De contextura pequeña, de buena presencia, se la ve siempre sonriendo y erguida. Habla escasas palabras en español. Es de clase económica-social media.

Es ama de casa. Está casada con un hombre de su misma nacionalidad y tiene cinco hijos adultos. Dos de ellos viven en el extranjero, una hija vive en el interior de la provincia de Córdoba, estudiante universitaria y otras dos hijas que viven con ella y su esposo. Una de ellas es quien la cuida durante la internación y sirve de intérprete. Tiene estudios terciarios.

La señora K ha tenido internaciones en años anteriores en Terapia Intensiva del hospital, por Infarto de Miocardio, Edema Agudo de Pulmón y Arritmia Ventricular. Otra internación fue por Hemorragia Digestiva y Angina de Pecho secundaria a la hemorragia.

En esa oportunidad se le colocó sonda nasogástrica y fue sometida a una cirugía por úlcera gástrica sangrante.

El marido ha acudido al hospital ocasionalmente y en los momentos críticos, manifestó que su mujer tenía antecedentes de internación en dos nosocomios de Salud Mental, con diagnóstico presuntivo de esquizofrenia.

En esta ocasión es internada en Clínica Médica por vómitos de tres días de duración, refiriendo desde hace un mes malestar en la boca del estómago.

Se practican diversos estudios diagnosticándose: esofagitis (inflamación del esófago), gastritis (inflamación del estómago), dilatación de esófago y ascitis (líquido libre en cavidad abdominal); este líquido es extraído por punción y los resultados sugieren investigar enfermedad neoplásica (cáncer). Una nueva endoscopia, (tubuladura que se introduce por la boca y que visualiza el tubo digestivo) revela compresión del estómago que impide el paso de alimentos y de una sonda nasogástrica. Durante estos estudios no toleró ningún alimento y únicamente recibe hidratación por suero. Se intenta realizar una vía central (canalizar una vena grande) para realizar alimentación parenteral (la única forma de evitar la desnutrición) con resultados negativos.

En el día trece de internación, su médica de cabecera aclara en la historia clínica que la señora se presenta de buen humor, espera con ansias el alta, ya que, según ella refiere “alguien” le prometió el alta clínica.

Al día siguiente, tras saber que no se le daría el alta, se niega a la conversación con su médica de cabecera, con quien siempre mantuvo una buena relación, inclusive en internaciones anteriores. Se niega también rotundamente a ser canalizada o a que se le practique ningún otro procedimiento.

La señora K es evaluada por Salud Mental del hospital, estableciendo que la mujer gozaba de competencia para tomar sus propias decisiones y en particular para rechazar el tratamiento.

La médica informa a los familiares de la situación y de la necesidad urgente de implementar alimentación parenteral hasta la realización de una cirugía (sugerida en junta médica) para constatar la presencia de un tumor que estaría ejerciendo una compresión extrínseca al estómago y obtener un diagnóstico y planificar su posterior tratamiento.

Al consultar a la familia la hija contesta: “que se haga como ella dice”, el esposo manifestó que “no tendría inconveniente en firmar el permiso de la cirugía”.

La señora K se niega a la cirugía y a todo otro procedimiento, manifiesta tras una exhaustiva explicación de su médica que “sabe que va a morir” y solicita se la “traslade a un hogar de ancianos”.

La médica tratante consultó al comité de ética preguntando qué sería lo correcto en esta situación.

PROBLEMAS DETECTADOS

1- Rechazo al tratamiento

Considerado como problema dada la forma abrupta en que se presenta y habiendo sido multivadida anteriormente y teniendo probabilidades, con el tratamiento, de tener mejor calidad de vida y mayor sobrevida.

2- Competencia de la paciente

Se plantea la posibilidad de competencia disminuida. ¿Entendía realmente la información que se le daba y su contenido? ¿Cómo influían sus antecedentes psiquiátricos en la capacidad para tomar decisiones? ¿No actuaría como un factor intrínseco en dicha capacidad?

3- Comunicación por diferencia de idiomas y cultura.

El hecho de no hablar español y su necesidad de intérprete lleva a pensar en dificultad de entendimiento, aunque se refiere buena relación médico-paciente.

4- Divergencia de opiniones en la familia y ausencia de otros familiares.

La información se le brinda a los familiares presentes, ambos tienen opiniones disímiles.

DATOS

1. Rechazo de tratamiento
2. Paciente crítico
3. Intervención terapéutica
4. La paciente viene del nosocomio que la derivó con un diagnóstico de esquizofrenia, el cual luego fue anulado por el servicio de Psiquiatría del Hosp. donde se encontraba. Por lo menos se afirmó que el diagnóstico anterior de esquizofrenia no era un impedimento para declararla competente.
5. Rechaza el tratamiento sin ningún tipo de coacción, es una decisión voluntaria.
6. Se le ha revelado toda la información material.
7. Se hizo la recomendación de un plan terapéutico.
8. Se supone que hay comprensión de la información y de la recomendación de un plan terapéutico, pues la hija ofició de traductora.
9. La paciente decide rechazar el tratamiento.

A MODO DE FUNDAMENTACIÓN:

Valores en juego

-Vida.

Visto desde la perspectiva de la paciente, que llegado un momento de su tratamiento invasivo, consideraría la vida no como un valor absoluto, con conciencia que su decisión pondría en riesgo su vida (Considerando que según la competencia, comprende el significado de su deseo sostenido).

-Libertad.

Como la capacidad en esta ocasión de rechazo del tratamiento médico, en contraposición con la perspectiva de recuperación.

En general se acepta que un paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento o lo que es lo mismo, es cuestionable que se pueda obligar a alguien a someterse a un tratamiento en contra de su voluntad.

No se trata por lo tanto, en este caso, en relación a las consideraciones referidas, no iniciar un tratamiento o retirarlo.

El conflicto se plantea cuando las posibilidades de vida (por lo menos por un tiempo) existen, cuando no habría un desenlace inminente, con posibilidades de una cierta calidad de vida, existe los recursos para el tratamiento, y no hay dudas acerca de la indicación médica, y por el otro lado un paciente se niega al tratamiento impidiendo cualquier recurso terapéutico y diagnóstico.

La vida tiene valor para todas las personas, en esto pareciera que hay consenso, el conflicto aparece cuando para algunos es un valor absoluto, mientras que para otros este valor es relativo, aunque valioso, relativizar el valor de la vida no significa que no tenga valor.

En algunos casos hay que tener en cuenta el balance beneficio / perjuicio si se vive y si se muere.

Cuando se toma una decisión sobre final de la vida, lo relevante es lo que queda por vivir y cómo vivirlo. Lo vivido aunque no se puede cambiar, también es relevante, por eso esta decisión nunca será independiente de la propia biografía y de la historia personal.

La vida humana tiene un valor intrínseco, que es el mismo para todos, sean cuales sean sus características y sus capacidades, es constante e igual para todos. Y un valor extrínseco que los diferencia uno de otros, depende de la creación humana.

El debate se hace sobre todo en el carácter absoluto o relativo del valor intrínseco de la vida y cuando las personas deciden que la calidad de vida y de los años que le quedan por vivir no les compensa.

Frente a este conflicto la propuesta es intentar acercar posiciones entre los valores individuales y sociales y el respeto a ser diferente.

RECOMENDACIÓN DEL CHB

En referencia a la paciente K, de 62 años de edad, internada en el Servicio de Clínica Médica del hospital:

- 1.- Presenta un cuadro de vómitos, deshidratación y trastornos electrolíticos, imagen que protruye en parte inferior del estómago, hernia hiatal, esófago dilatado, síndrome pilórico que condiciona el paso de sonda nasoyeyunal”.
- 2.- No habría una enfermedad terminal estrictamente hablando, aunque hay signos que puedan sugerirlo
- 3.- La paciente “no acepta ningún tipo de intervención, médica ni quirúrgica, y solicita ser trasladada a un Hogar de Ancianos”.
- 4.- El informe de Salud Mental considera a la paciente competente para la toma de decisión.

El CHB, luego de estudiar la historia personal de la paciente, tomando conocimiento de todos los datos disponibles, sugiere:

- Respetar la decisión de la paciente de no ser invadida aunque esto suponga acelerar el proceso de muerte.
- Recomendar en la misma línea de respeto por la decisión de la paciente una orden de no reanimación en caso de producirse el deceso, debiendo informar esto al equipo médico de guardia y de enfermería.
- Que la nota que figura en la historia clínica, donde se informa a los familiares sobre las consecuencias de respetar la decisión de la paciente esté firmada por el médico, el esposo y la hija, así como la propia paciente.
- Facilitar el acompañamiento espiritual, si la paciente así lo deseara, para lo cual sería necesario obtener datos de su opción religiosa que no consta en la historia clínica.
- Mantener el cuidado médico y de enfermería para brindarle el mayor confort posible.
- Sugerimos el apoyo diario de Salud Mental para trabajar el proceso de morir evaluando la posibilidad de un cambio en su decisión. Así también a los familiares.

Las recomendaciones aquí propuestas no son vinculantes.

BIBLIOGRAFÍA

- _ BEAUCHAMP, Tom, FADEN, Ruth. *Information Disclosure. Ethical Issues.* Encyclopedia of Bioethics. Waren Thomas Reich, (Ed.). Vol. 3. 1995, pp.:1225- 1241.
- _ OCTAVI, Quintana. *Por una muerte sin lágrimas.* Flor del Viento Ediciones.