



Posición de la Academia Americana de Neurología sobre el EVP

Fecha 10/3/2005 18:15:39 | Categoría: Vejez y Final de la vida

La Academia Americana de Neurología, al definir el estado vegetativo permanente, afirma que la pérdida de capacidad cognitiva puede calificarse con certeza como irreversible, después de un período que oscila de uno a tres meses en los casos de hipoxia cerebral, y declara rotundamente que la decisión de suspender el suministro artificial de hidratación y alimentación debe estar sujeta a las mismas normas ético-jurídicas que otras formas de tratamiento de soporte vital.

PRIMERO

El estado vegetativo persistente es una forma de inconsciencia permanente, con los ojos abiertos, en el que el paciente está despierto con ciclos fisiológicos de sueño y vigilia, sin que de ningún modo se de cuenta de sí mismo ni de su entorno. Estar despierto pero inconsciente es neurológicamente el resultado del funcionamiento del tronco encefálico y la pérdida total de función del córtex cerebral.

* No se da ninguna acción o comportamiento voluntario. Las funciones primarias reflejas y vegetativas que se puedan dar, o están sujetas al control del tronco encefálico o son tan elementales que no necesitan ninguna regulación cerebral.

Aunque el paciente en estado vegetativo persistente puede generalmente respirar, pues el tronco encefálico está intacto, la habilidad de masticar y tragar se pierde normalmente, pues estas funciones son voluntarias, y requieren hemisferios cerebrales intactos.

* La primera base para el diagnóstico de estado vegetativo persistente es la observación clínica, cuidadosa y prolongada, del paciente, apoyada por estudios de laboratorio. Los pacientes en estado vegetativo persistente no darán ninguna respuesta que implique un comportamiento a lo largo de un período extenso de tiempo. El diagnóstico de inconsciencia persistente puede pronunciarse con un grado muy alto de certeza médica en casos de encefalopatía hipóxico-isquémica, después de un período que oscila entre uno y tres meses.

* Pacientes en estado vegetativo persistente pueden continuar sobreviviendo por espacios de tiempo prolongados (supervivencia prolongada) mientras continúe el suministro artificial de nutrición y fluidos. Estos pacientes no son enfermos terminales.

* Pacientes en estado vegetativo persistente no pueden sentir dolor ni sufrimiento. Dolor y sufrimiento son atributos de la conciencia que requieren el funcionamiento cortical cerebral, y los pacientes en estado de inconsciencia persistente y completa no pueden experimentar estos síntomas.

Hay varias bases independientes para la conclusión neurológica de que los pacientes en estado vegetativo persistente no experimentan ni dolor ni sufrimiento.

En primer lugar, la experiencia clínica directa con estos pacientes demuestra que no existe ninguna indicación, en su conducta, de que tengan conciencia de dolor o sufrimiento.

En segundo lugar, el examen efectuado después de la muerte de todos los pacientes en estado vegetativo persistente estudiados hasta ahora, revela un abrumador deterioro bilateral en los hemisferios cerebrales hasta un grado incompatible con el estado consciente o con la capacidad de experimentar dolor o sufrimiento.

En tercer lugar, recientes datos adquiridos, utilizando la tomografía de emisión de positrones, indican que el coeficiente de metabolismo de la glucosa en el córtex cerebral es muy reducido en pacientes en estado vegetativo persistente, en grado incompatible con el estado consciente.

SEGUNDO

El suministro artificial de nutrición e hidratación es una forma de tratamiento médico que puede ser interrumpido de acuerdo con los principios y prácticas que rigen la interrupción y la suspensión de los demás modos de tratamiento médico.

* La Academia reconoce que la decisión de suspender el suministro artificial de fluido y nutrición puede tener un significado simbólico y emocional para las partes interesadas y para la sociedad. Sin embargo, la decisión de suspender esta clase de tratamiento debería tomarse de la misma manera que otras decisiones médicas, p.e., basadas en una evaluación cuidadosa del diagnóstico y pronóstico del paciente, los beneficios esperados y las cargas del tratamiento, y las preferencias que ha manifestado el paciente y la familia.

* El suministro artificial de alimentación e hidratación es análogo a las demás formas de tratamiento de soporte vital, como el uso de un respirador. Cuando un paciente se encuentra en estado inconsciente, un respirador y un aparato para administrar artificialmente la nutrición sirven para sostener o reemplazar las funciones normales del cuerpo que se encuentran anuladas.

* El suministro de fluidos y nutrición por gastrostomía es más un procedimiento médico que un procedimiento para el cuidado básico del paciente, por varias razones:

- En primer lugar, la opción de escoger este método de administración de fluidos y nutrientes requiere un juicio médico cuidadoso sobre las ventajas y desventajas relativas de este tratamiento. En segundo lugar, la alimentación por gastrostomía supone crear un estoma en la pared abdominal, que sin lugar a dudas, es un procedimiento quirúrgico invasivo. En tercer lugar, una vez se ha colocado el tubo de alimentación en el lugar debido, éste debe ser controlado cuidadosamente por médicos, y por personal sanitario que trabaje bajo la dirección de médicos, a fin de asegurar que no se originen complicaciones. En cuarto lugar, el juicio de un médico es necesario para vigilar la tolerancia del paciente a cualquier respuesta a los nutrientes que se proporcionen por medio del tubo de alimentación.

- El hecho de que la administración de alimentación por gastrostomía sea por sí misma un procedimiento relativamente simple, y el hecho de que la alimentación no requiera un equipo mecánico sofisticado, no significa que la administración de fluidos y de alimentación de esta forma sea un método de atender al cuidado del enfermo y no un procedimiento médico. En verdad, ciertas formas de tratamiento médico, incluyendo, por ejemplo, la quimioterapia o los tratamientos de insulina, llevan consigo solamente una simple autoadministración de fármacos prescritos, por parte del paciente. Sin embargo, estos tratamientos son claramente médicos y su iniciación y control requieren una atención médica cuidadosa.

* Al cuidar a enfermos moribundos, los médicos deben valorar el nivel de tratamiento médico que se requiere en las circunstancias específicamente propias de cada caso:

- El reconocimiento del derecho del paciente a la autodeterminación es central en los principios médicos, éticos y legales relevantes para las decisiones sobre el tratamiento médico a aplicar.

- Junto con el respeto al derecho del paciente a la autodeterminación, el médico también debe intentar mejorar el bienestar del paciente, ya sea paliando su sufrimiento u ordenando o cambiando por completo el proceso patológico. Si el tratamiento médico no consigue proporcionar bienestar al paciente, no existe ninguna obligación ética de proporcionarlo.

- Los tratamientos que no proporcionan ningún beneficio al paciente o a la familia deben ser interrumpidos. El tratamiento médico que ofrece cierta esperanza de mejoría debe ser distinguido del tratamiento que simplemente prolonga o suspende el proceso mortal y no ofrece ninguna mejoría. El tratamiento médico, incluyendo el suministro médico de la nutrición e hidratación artificiales, no proporciona ningún beneficio a los enfermos en estado vegetativo persistente, una vez se ha establecido el diagnóstico con un grado de certeza elevado.

TERCERO

Cuando se ha diagnosticado con certeza que un paciente se encuentra en estado vegetativo persistente, y cuando es evidente que el paciente no desearía más tratamiento médico, y que la familia está de acuerdo con él, puede dejarse de lado la continuación del tratamiento, incluido el suministro de nutrición e hidratación.

* La Academia cree que este criterio es coherente con los principios médicos, éticos y legales que prevalecen, y de modo más específico con la resolución formal adoptada en el 15 de marzo de 1986 por el Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association llamada «Withholding or Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment» (Suspensión o interrupción de tratamiento médico de soporte vital).

* Esta posición es también coherente con el apoyo claro de la comunidad médica al principio según el cual los pacientes en estado vegetativo persistente no deben ser mantenidos indefinidamente mediante tratamiento médico.

Mientras las opiniones morales y éticas de los profesionales que se ocupan del cuidado de la salud merecen ser consideradas, son, en general, secundarias al derecho continuado del paciente y de la familia de aceptar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

* Cuando el médico responsable del paciente no está de acuerdo con la decisión de rechazar todo tratamiento, como la nutrición e hidratación artificiales, y cree que este modo de proceder es moralmente reprobable, en circunstancias normales no se le debería forzar a obrar contra su conciencia o contra su manera de entender los criterios médicos prevalentes.

En estas situaciones, debería intentarse limar diferencias, incluyendo la comunicación adecuada entre las partes implicadas y remitir la discusión del caso a un comité de ética asistencial, siempre que ello sea posible.

Si no se puede llegar a un consenso y las diferencias de opinión son irreconciliables, el médico responsable del paciente tiene la obligación de comunicar a la familia el hecho a fin de que el paciente pueda ser confiado a la atención de otro médico en el mismo espacio o en otro donde se pueda suspender el tratamiento.

* La Academia exhorta a los profesionales de la salud a establecer formas de proceder internas para el asesoramiento, como comités de ética u otros medios, que propongan un protocolo a seguir en los casos donde existan diferencias aparentemente irreconciliables. En mayo de 1985, la Academia dió su formal apoyo a la constitución voluntaria de comités de ética institucional, mul-tidisciplinarios, para que trabajen en la formación y aprendizaje para el enfoque y discusión de los dilemas éticos que se plantean en las instituciones de atención sanitaria.

CUARTO

Constituye una buena práctica médica iniciar el suministro artificial de fluidos y alimentación cuando el pronóstico del paciente es incierto, y permitir la conclusión del tratamiento después, cuando la condición del paciente excluye toda esperanza.

* Se requiere cierto plazo de tiempo antes que sea posible formular, con un alto nivel de certeza médica, el diagnóstico del estado vegetativo. Mientras el estado de inconsciencia completa del paciente no se prolongue por largo tiempo _de uno a tres meses, por regla general_ no se puede considerar, con certeza, como permanente. Durante el período inicial de estudio y evaluación, es conveniente administrar tratamiento médico agresivo para mantener al paciente.

Incluso cuando a los profesionales de la medicina les pueda parecer con claridad que un paciente no va a recobrar la conciencia, puede transcurrir bastante tiempo antes que las personas más allegadas al paciente acepten su pronóstico. Una vez ha transcurrido el tiempo suficiente, la familia puede estar dispuesta a poner fin a cualquiera de los tratamientos de soporte vital, si se le plantea de una forma adecuada y respetuosa.

* La opinión según la cual hay una distinción capital, médica o ética, entre la interrupción y la suspensión del tratamiento médico, es contraria al sentido común y a la buena práctica médica y es contraria a los principios médicos, éticos y legales comúnmente aceptados.

* Dada la importancia de un período adecuado de prueba para la observación y terapia en el caso de pacientes en estado inconsciente, un miembro de la familia u otro representante ha de tener la facultad de autorizar la retirada de la nutrición artificial a pesar de haber dado el consentimiento inicial a ella. Hay que tener presente que el consentimiento inicial se había otorgado para un tratamiento necesario en aquel momento, antes que el médico responsable del paciente determinara su estado irreversible, y éste fuese comprendido por la familia.

(*)**American Academy of Neurology**

(aprobado por el Consejo Ejecutivo de 21 abril de 1988

Cincinnati, Ohio)

Este artículo proviene de bioetica & debat

<http://www.bioetica-debat.org>

La URL para este Artículo es:

<http://www.bioetica-debat.org/article.php?storyid=11>