

¿Qué se debe hacer con un paciente que se rehúsa a recibir la terapia para una enfermedad infectocontagiosa?

What Should Be Done With a Patient that Denies the Acceptance of Therapy for a Communicable Disease?

FORMACIÓN MÉDICA
Fecha de recepción: 23/08/2005
Fecha de aceptación: 30/08/2005

GERZAÍN RODRÍGUEZ¹
MARTA SARMIENTO²
RAFAEL PINTO³

RESUMEN

Algunas enfermedades infecciosas pueden requerir tratamiento farmacológico prolongado, con importante toxicidad o simplemente inconveniente. Se discute el caso de la lepra, su tratamiento y la toxicidad secundaria y se informan las alternativas disponibles en los casos en los que el paciente rehuía el tratamiento médico.

Palabras clave: Enfermedades infecciosas, control de enfermedades transmisibles

Infectio 2005; 9(3): 152-155

ABSTRACT

Some infectious diseases may require very long or toxic pharmacological treatment, or it may be just inconvenient for some patients. The case of leprosy is discussed, its treatment, the secondary toxicity and it is reported the available alternatives for such patients that deny to be medically treated.

Key words: Infectious diseases, communicable disease control

Infectio 2005; 9(3): 152-155

La lepra es una enfermedad crónica que, en su evolución, lesiona gravemente los filetes y troncos nerviosos periféricos, la piel, el ojo, las manos, los pies, los testículos y otros órganos. El daño neural es irreversible y conduce a discapacidades y deformidades permanentes, más notorias en las manos, los pies y los ojos; en estos últimos, la discapacidad puede llegar a la ceguera (1). Cuando se detecta en sus estadios iniciales, el tratamiento con poliquimioterapia impide que se produzcan discapacidades o daños permanentes.

Es producida por un bacilo, *Mycobacterium leprae*, que se transmite de hombre a hombre, con mayor probabilidad por la vía nasal (2). La principal fuente de infección es el paciente sin tratamiento, especialmente el multibacilar, en el que se demuestran bacilos por el método de la baciloscopia, técnica que toma muestras del moco nasal, los lóbulos auriculares, los codos y de las lesiones de la piel.

En algunos pacientes no se demuestran bacilos por este método, a pesar de tener lepra; se denominan paucibacilares y también pueden transmitir la enfermedad al huésped susceptible (2, 3). El riesgo de infectarse con bacilos provenientes de un paciente multibacilar es 10 a 14 veces mayor para las personas que viven con él, comparado con el de la población general, riesgo más notorio para los niños; el mismo riesgo para los convivientes con un paciente paucibacilar es de 4 veces el de la población general (3-5).

La lepra se trata con tres drogas: rifampicina (RMP), diaminodifenilsulfona (DDS) y clofazimina (CLO) (6), que se administran por vía oral; desde 1985, las provee gratuitamente el Programa Nacional de Lepra, gracias a los auspicios de la Organiza-

¹ Profesor. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chia, Cundinamarca.

² Enfermera, Programa de Lepra, Sanatorio de Agua de Dios, Cundinamarca.

³ Fundación ONG Fundasalud, Bogotá, miembro de la Junta Directiva del Sanatorio de Agua de Dios.

ción Mundial de la Salud y de otras asociaciones como la Fundación Sasakawa y Novartis (7). Es un tratamiento efectivo, considerado como uno de los grandes logros terapéuticos del siglo XX porque ha curado a más de 14 millones de enfermos de lepra y ha impedido que se presenten discapacidades en unos 4 millones de ellos (7, 8).

A las dosis en las cuales se suministra, prácticamente no hay efectos secundarios graves. Se prescriben tres drogas (RMP, CLO y DDS) para los pacientes multibacilares, durante dos años, y dos drogas (RMP y DDS) para los paucibacilares, durante 6 meses. La rifampicina se administra a la dosis de 600 mg, una vez al mes, supervisada, es decir, que un funcionario de salud observa que el paciente ingiere el medicamento. La eficacia de este tratamiento es tal, que al otro día de haber recibido la primera dosis, el paciente multibacilar ya no es transmisor de bacilos, pero, tiene tantos (hasta 10^{11}), que su terapia debe durar al menos 2 años (9).

Algunos pacientes se rehúsan a tomar el tratamiento aduciendo que les puede hacer daño o que les cambia el color de la piel. Los médicos y las enfermeras, así como otros trabajadores del Programa Nacional de Lepra, educan al enfermo para enseñarle que durante el tratamiento, antes de éste, o después de terminado, se pueden presentar cambios en la respuesta inmune del paciente, que tienden a destruir el bacilo, pero que son muy graves y deletéreos para la función neural, ocular y de otros tejidos afectados por la lepra (1).

Estas reacciones son la principal causa del daño neural, de la discapacidad y de las secuelas de la lepra. No son producidas por los medicamentos usados para su tratamiento y éste no debe suspenderse, sino complementarse con diversos antiinflamatorios, principalmente con prednisolona y talidomida, según el tipo de reacción (1, 10).

La clofazimina se acumula dentro de los macrófagos que forman parte de la respuesta del enfermo ante la presencia de los bacilos y que son algunas de las células que los contienen; por eso, su acción bacteriostática está muy bien dirigida. Su acumulación intracelular origina una coloración violácea o pardusca de la piel. Las lesiones se localizan especialmente en las mejillas y las orejas, áreas en las que se presentan con mayor frecuencia por ser más frías. Esta decoloración es más aparente en las razas de piel clara y, menos, en la raza negra. Una vez

terminada la ingestión de la clofazimina, la droga se va eliminando lentamente y la piel recobra su color normal en dos o tres años (11).

La clofazimina, además de bacteriostático, es antiinflamatorio. Su uso rutinario en el tratamiento de la lepra ha hecho disminuir la reacción 2 o de eritema nudoso leproso, una complicación importante de la lepra (10). Cuando no se usaba, o cuando hoy no se prescribe, la reacción 2 era más frecuente, afectaba hasta 50% a 72% de los pacientes multibacilares, y hoy no pasa de una tercera parte de ese número (10). Estas explicaciones dadas al paciente lo convencen de no rechazarlo, inclusive las mujeres jóvenes, las más preocupadas por su apariencia estética.

Algunos enfermos de lepra, a pesar de esta labor educativa del personal de salud, se niegan no sólo a recibir la clofazimina sino toda la poliquimioterapia antileprosa. El resultado previsible es que sus lesiones aumenten, la carga bacilar también lo haga, tengan mayores probabilidades de quedar discapacitados y, desde luego, que su poder de transmitir el bacilo en la comunidad aumente. Estos enfermos aducen que ejercen su libre albedrío, que son libres de hacer con su cuerpo y su salud lo que quieran y que se debe respetar su decisión de la misma manera que hay personas que, por razones religiosas, no se someten a una cirugía para extirparles un tumor o no aceptan una transfusión sanguínea que les salvaría la vida.

Circunstancias semejantes ocurren con la tuberculosis, una enfermedad frecuentemente letal sin tratamiento, calculada en 50% en dos años (12, 13), lo que no sucede en la lepra, que produce discapacidad, deformación y mutilación, pero no es letal. Además, un enfermo de tuberculosis sin tratamiento infecta entre 10 y 15 personas por año (12, 13). Por otra parte, el tratamiento irregular o discontinuo por abandono de la terapia conduce a resistencia bacilar, con la posibilidad de que los nuevos infectados con estos bacilos desarrollen una tuberculosis resistente a los medicamentos usuales, con consecuencias desastrosas.

¿Qué se puede hacer en estos casos en los que han fracasado las labores de educación y de persuasión del personal de salud? ¿Se puede acudir al defensor del pueblo, a Bienestar Familiar, al juez o al alcalde? ¿Qué medidas prevén la sociedad, la ética social y la justicia para enfrentar esta circunstancia?

REFERENCIAS

1. **RODRÍGUEZ G, OROZCO L.C.** Lepra. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1996.
2. **FINE PEM.** Leprosy: the epidemiology of a slow bacterium. *Epidemiol Rev.* 1982;4:161-88.
3. **RANADE MG, JOSHI GY.** Long term follow up of families in an endemic area. *Indian J Lepr.* 1995;67:411-25.
4. **VAN BEERS SM, HATTA M, KLATSER P.R.** Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr other Mycobact Dis.* 1999;67:119-28.
5. **ARRIETA R, GARCÉS M.T, ORDÓÑEZ N, FADUL S, PINTO R, RODRÍGUEZ G.** Lepra familiar. *Biomédica.* 2001;21:248-55.
6. **WHO STUDY GROUP.** Chemotherapy of leprosy for control programs. Tech Rep Ser 675. Geneva: World Health Organization; 1982.
7. **RODRÍGUEZ G.** La eliminación de la lepra. Editorial. *Biomédica.* 2001;21:1-3.
8. **WHO.** Global leprosy situation, 2004. *Week Epidemiol Rec.* 2005;80:118-24.
9. **GROSSET J.** Traitement antibacterien. En: H. Sansarricq, ed. *La lépre.* Paris: Ellipses; 1995. p.226-44.
10. **PANIKAR V.** The return of thalidomide: new uses and renewed concerns. *WHO Pharmaceuticals Newsletters* No 2, 2003. (<http://www.who.int/lep/TAG/Thal.doc>). Reproducido en *Lepr Rev* 2003;74:286-93, con respuestas y comentarios de GFM Pereira (Ministro de Salud del Brasil), D. Lockwood y A. Bryceson (Londres) y B. Naafs (Holanda).
11. **ARRIETA R, FADUL S, PINTO R, RODRÍGUEZ G.** Seguimiento de una familia con lepra. *Rev Leprol Fontilles* 2004;24:497-504.
12. **MINISTERIO DE SALUD.** Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Bogotá: Ministerio de Salud; 2001. pp. 1-47.
13. **TORRES C.** Tuberculosis y otras enfermedades micobacterianas del pulmón. En: Chalem F, Campos J, Esguerra R, Chalem P, editores. *Tratado de medicina interna.* Cuarta edición. Bogotá: Celsus; 2005. p.474-92.

Respuestas

1. El médico, con la presencia de otro médico o testigo, debe hablar con el paciente de manera respetuosa y clara sobre su enfermedad, la manera como se adquiere, como se contagia, los riesgos que tiene para el paciente y para los demás si no se toman las medicinas, los beneficios de tomar la medicación, etc. Se le debe hablar al paciente con lenguaje claro y sencillo, de manera que lo entienda, y preguntarle si ha comprendido y si quiere que se le aclare algo más.
2. Se debe levantar un acta de lo hablado, que firman el médico y el paciente; si el paciente no quiere firmar, se deja constancia en el acta y firma el testigo.
3. El acta se guarda en la historia clínica.
4. Para preservar la salud de la población se puede instaurar una tutela, con énfasis en que la enfermedad es potencialmente mortal para la población.
5. El juez puede obligar al paciente a tomar el medicamento.

Existen acciones contra quien se niegue a tomar el tratamiento. La libertad y autonomía de las personas para aceptar o no determinado tratamiento, tendiente a salvaguardar su salud o, incluso, su vida, no pueden ser transgredidas porque están íntimamente ligadas a preceptos constitucionales que tutelan el respeto por las creencias y demás derechos y libertades, salvo que el no tomarlo atente contra la seguridad de las demás personas, pues recordemos que el ejercicio de un derecho conduce a asumir obligaciones y el derecho de cada persona tiene como límite el nacimiento de un derecho ajeno.

Este preámbulo abre la discusión sobre la prevalencia del derecho comunitario o general sobre el individual o particular y la jerarquía de los mismos, discusión que, en virtud del principio de que lo particular cede ante lo general, terminaría con facilidad. El tema que nos ocupa no puede ser la excepción, de tal manera

Pablo Arango, Profesor de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca.
Fernando Arturo Torres Jiménez, Bacteriólogo y abogado; gerente del Sanatorio de Agua de Dios, Cundinamarca.