

Dilemas Éticos en el paciente crítico

Dr. Carlos Romero Fregoso¹, Dra. Patricia Tirado Carvajal²

¹Departamento de Medicina Crítica - IMSS

Los dilemas éticos en el paciente crítico (que surgen junto con el servicio de Cuidados Intensivos), están sometidos a rápidos y progresivos cambios que generan situaciones de conflicto. Los dilemas éticos son inherentes a la condición humana.

Son seres humanos unidos interdisciplinariamente quienes tienen la obligación de enfrentar una serie de casos clínicos imposibles de protocolizar. Todo paciente o enfermo es un ser individual y cada caso específico se debe analizar por separado de acuerdo a múltiples condiciones relacionadas con el contexto del mismo paciente cuando conserva todavía su autonomía, o de la familia, o de situaciones sociales, políticas, religiosas y legales del ambiente que rodea a la institución hospitalaria y a nuestro enfermo.

El Cuidado Intensivo, como la bioética, son disciplinas jóvenes que tienen un poco más de 25 años de existencia. La primera nace cuando es posible sustituir las funciones vitales (a partir de la manipulación farmacológica y tecnológica de las variables fisiológicas que condicionan mortalidad o supervivencia), y por lo tanto el control de algunos procesos que llevaban a la muerte. La muerte natural comenzó a perder espacio en muchas comunidades. Nace entonces, casi simultáneamente, el concepto de muerte asistida y comienza a desarrollarse la segunda disciplina, la bioética, la cual busca reflexionar acerca del poder de decisión humano sobre la vida o la muerte.

Cuando describimos el problema del dilema ético en el cuidado intensivo es necesario mencionar y conocer unas definiciones que citaremos con frecuencia en esta breve revisión sobre la ética en Medicina Crítica¹.

SELECCIÓN-ELECCION.

Es muy importante la elección de una intervención. Debe realizarse en la medida de lo

posible el paciente aún cuando puede tomar sus propias decisiones. Si el enfermo se encuentra en una situación grave generalmente se acude a los familiares más cercanos para considerar una conducta específica (otra situación sería difícil de resolver pues no existe en nuestro medio una legislación que indique qué hacer). Lo ideal sería que previamente existiera normas sobre:

1. La gestión de la propia muerte.
2. Ordenes de no-resucitación en caso de pacientes con enfermedades terminales crónicas debilitantes.
3. Gestión de mandatarios o delegar a otra persona en caso de no poder tomar decisiones con autonomía total.

RACIONALIZACION- RACIONAMIENTO.

En teoría debemos hacer lo indicado y evitar hacer lo contraindicado. Aquí la decisión sobre racionalización de equipo o medicamento es exclusivamente médica y debe ser vigilada por los comités de ética médica periódicamente para evitar el ingreso de pacientes no indicados a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Debemos evitar el gasto de recursos cuando sabemos que no hay posibilidad de recuperación. El racionamiento se refiere en este caso a vigilar el adecuado uso de los recursos y a la gestión del jefe de la UCI para tratar de disminuir el flujo de pacientes, lo que se logra con procesos académicos y un objetivo fundamental: Evitar los fenómenos de hipo perfusión que llevan al paciente a requerir soporte avanzado. Proponemos verlo desde el punto de vista "hemodinámico"^{2,3}.

1. PRECARGA: Nace aquí el concepto de la medicina crítica preventiva, donde el médico que la practica participa de las decisiones que se toman para prevenir, por ejemplo, las lesiones inducidas o no por el hombre y la accidentalidad que genera el

ingreso de pacientes a la UCI, así como las complicaciones derivadas de inadecuado enfoque y manejo del paciente en los servicios de emergencia.

2. CONTRACTILIDAD: Debemos optimizar el uso de los recursos, evitando gastos innecesarios de elementos, medicamentos y procedimientos.

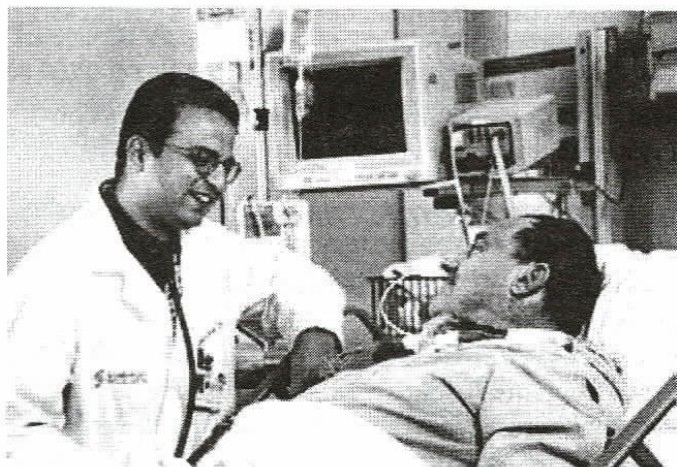
3. POSTCARGA: Mejorar los procesos de salida de pacientes de la unidad, acelerando en lo posible el destete de la ventilación mecánica, vigilando el adecuado de las unidades de cuidados intermedios y transferirlo si es necesario los pacientes más estables para evacuar las camas, en muchas ocasiones necesarias para otros enfermos.

Autonomía.

El paciente tiene derecho, si es competente, a rechazar todo tipo de asistencia, incluso la indicada, y puede rechazar la asistencia que no parece del todo indicada como es la de las situaciones terminales, aun con competencia disminuida^{4,5}.

No Maleficencia.

El médico de cuidados intensivos nunca puede realizar procedimientos que sean claramente contraindicados. Estos no se pueden realizar ni con



el consentimiento del paciente. En resumen, el médico tiene que instaurar los procedimientos indicados y nunca imponer los contraindicados, aunque el paciente los desee^{6,7}.

Justicia.

Se deben establecer normas claras sobre la utilización de los recursos disponibles. Esta es una obligación inherente a la administración y gestión de las unidades de cuidados intensivos.

Deben existir pautas de manejo claras basadas en adecuados niveles de evidencia, para garantizar tratamientos efectivos y eficaces evitando la pérdida de recursos necesarios. Los criterios de

racionamiento, cuando se utilizan, deben aplicarse a todos por igual para evitar casos de discriminación.

Beneficencia.

Esta definición también incluye benevolencia. Se debe intentar ofrecer al paciente intervenciones indicadas para que se sientan bien, pero siempre evitando los contraindicados, porque así serían maleficentes. Lógicamente esto obliga a priorizar el uso de recursos para no violar las normas del adecuado racionamiento.

La beneficencia es más factible de aplicar en las unidades de cuidados intensivos privadas, que en general son más permisivas para el ingreso de pacientes que podrían no tener indicación de ingreso. Esto se explica por el relativo bajo volumen de pacientes que solicitan su ingreso. En las unidades de cuidados intensivos públicas priva más la indicación real y la adecuada utilización de los recursos basados en el principio de justicia^{9,10}.

Decisión de cuándo prestar, obviar o suspender un tratamiento.

Cuando el paciente es competente tiene el derecho a exigir sus principios de autonomía y no maleficencia. El paciente incompetente, con pérdida de sus facultades mentales y sin posibilidad de recuperación, según los distintos índices de severidad de la enfermedad (TISS, SAPS, SOFA Y APACHE)^{12,13}, es el que condiciona situaciones de conflicto y estrés.

Los orígenes de la negación del sostén vital se remontan a Hipócrates. Él afirmaba que el papel de la medicina consistía en “suprimir los sufrimientos de los enfermos, disminuir la violencia de sus enfermedades y negarse a tratar a aquellos que eran dominados por sus dolencias”, advirtiendo que en estos casos la medicina es impotente. La historia de la medicina es similar a una espiral en muchos casos.

El médico de cuidados intensivos debe evitar como norma el encarnizamiento terapéutico, definiendo éste como la aplicación de tratamientos farmacológicos, procedimientos o alternativas terapéuticas fútiles que en última instancia no producirían ningún beneficio a nuestro enfermo.

Debemos recordar que los médicos no tienen la obligación de tratar enfermedades cuando no hay esperanzas de recuperación. En el nuevo milenio se fortalece la noción de que los médicos y los pacientes tienen la posibilidad y el derecho, si están de acuerdo, de suspender un tratamiento fútil ante una enfermedad terminal.

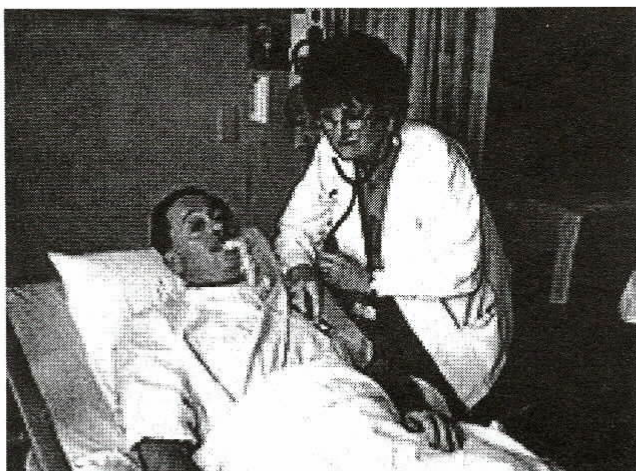
La limitación del esfuerzo terapéutico en los enfermos sin expectativas de alcanzar la recuperación con un nivel de calidad de vida dentro de límites

aceptables constituye un hecho reconocido en todo el mundo¹⁵. También es razonable dejar morir cuando el esfuerzo terapéutico no produce ninguna respuesta y máxime si se aproxima a los límites del encarnizamiento terapéutico. En estos casos se entra en contradicción con los principios de la Bioética.

El médico de cuidados intensivos debe considerar las siguientes condiciones clínicas comunes, evaluarlas y tomar la decisión pertinente^{16, 17, 18, 19}.

1. La comunicación y participación de la familia en las decisiones de iniciar o retirar un tratamiento es fundamental.

2. Tomar decisiones de acuerdo a consenso con todos los miembros del equipo médico tratante, nombrando una sola persona con experiencia previa en ello que debe encargarse de reunir la familia y responder sus preguntas, dudas temores y servir de mediador si en los familiares existen diversas opiniones que les ocasionen conflicto.



3. Una vez que se llega a la conclusión de que el tratamiento es fútil, este concepto se presenta a la familia como una recomendación, apoyándose en elementos tales como los índices de severidad y la explicación de los efectos del encarnizamiento terapéutico.

4. Cuando se dan recomendaciones se debe dar tiempo para que estas sean comprendidas y aceptadas.

5. Si no hay aceptación se debe continuar con el soporte vital básico sin violar

El principio de la no maleficencia y sin llegar a encarnizamiento terapéutico.

6. Una vez que la familia acepte la suspensión de nuevas intervenciones, se debe garantizar una asistencia digna, la cual debe tener los siguientes principios fundamentales: Garantizar la asistencia religiosa si la familia lo desea, no dolor, no sensación

de ahogo, no hambre, no frío y acompañamiento controlado de los familiares que lo deseen.

7. Ofrecer un trato digno, privado y reservado en el manejo del cadáver. El manejo del médico de cuidados intensivos no termina cuando se declara la muerte clínica.

8. Si es necesario, atender a los hijos menores permitiéndoles la posibilidad de expresarse.

Depende de la adecuada comunicación entre los miembros del equipo, los diferentes interconsultores, y sobre todo de la calidad y calidez de la información que se proporcione a la comunidad en general, que los dilemas éticos en el manejo del paciente críticamente enfermo sean más fáciles de entender y manejar por nosotros, por los familiares y de seguir siendo evaluados por la ciencia apoyados en lo posible por los comités de ética médica.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Abizanda, R, Selección frente a la elección. Política de ingresos y altas de las Unidades de cuidados Intensivos. Med. Intensiv. 1991; 322-28.
2. Teres D Civilian triade en the intensive care unit: the ritual of the last bed. Crit care med 1993; 21: 598-606.
- 3.- Swenson MD Scarcity in the intensive care unit: principles of justice for rationing ICU beds. Am. j med 1992; 92: 551-5.
- 4.- Beauchamp T, Childress J. principles of biomedical ethics. Oxford University Press, Inc. NY 1989; 470
- 5.- Jonsen A, Siegler M, Winsalade W, clinical ethics McGraw-Hill, Inc NY 1992
- 6.- Levin R, ethics and regulation of clinical research YALE Univ. Press. New Haven
- 7.- Moline, Professionals and professions: A philosophical examination of an ideal, Soc Sci Med. 1986; 22: 501-508
- 8.- Redman B, clinic practice guidelines as a tools of public policy: conflicts of purpose. Issues of autonomy and justice. J clin ethics 1996; 5: 303-309.
- 9.- Caralis PV, Davis B, Wright K, et al. the influence of ethnicity and race on attitudes toward advance directives, hfe - proonging treatments, and euthanasia, J clin. Ethics 1993, 4; 155-65.
- 10.- Baker R, the ethics of medical futility. Crit care clin. 1994: 575-584.
- 11.- Lemeshow S, Le Gall J - R modelling the severity of illness of ICU patients JAMA. 1994: 13: 1049-55.
- 12.- Tomlinson T Brody H : Futility and the ethics of resuscitation, JAMA 1990: 264: 1276 - 1280.
- 13.- Stern SG, Orlowsky JP, DNP or CPR: the choice in ours. Critical Care Med 1992 ; 20: 1262-63.
- 14.- Bryan-Brown CW, Cuidados criticos. Dilemas en complicaciones en cuidados criticos ediciones consulta Barcelona españa 1990 pagina 2.
15. - Jenneth B, inappropriate use of intensive care Br. Med 1984; 289:692 **BM**