

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

LA BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL EN MEDICINA
INTENSIVA

Por:

Dr. Luis Alberto Santos Pérez¹, Lic. Cándida G. Milián Hernández² y Dr. Carlos Herrera Cartaya³

1. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias y de I Grado en Medicina Interna. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC. e-mail: santosla@capiro.vcl.sld.cu
2. Licenciada en Tecnología de la Salud. ATD Laboratorio Clínico. e-mail: griselmh@hamc.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias, y en Medicina General Integral. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.

Descriptorios DeCS:

BIOETICA
CUIDADO TERMINAL
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Subject headings:

BIOETHICS
TERMINALLY CARE
INTENSIVE CARE UNITS

Señor Editor:

La medicina intensiva, por su carácter multidisciplinario, requiere conocimientos amplios, jerarquía en las medidas terapéuticas, trabajo en equipo y selección del paciente que recibirá tratamiento. Su objetivo no es solo salvar vidas, sino también reconocer cuándo se debe renunciar y reorientar los esfuerzos para aliviar el sufrimiento, consolar a la familia y ayudar al paciente a morir con dignidad¹. El enorme cambio ocurrido en ciencia y salud en las últimas décadas ha conducido a una reformulación de la bioética, y nuestra capacidad para asimilarla ha resultado fundamental en la medicina. Los principios éticos: beneficencia, autonomía y justicia han ayudado a comprender y resolver conflictos de interés entre médicos, pacientes y sociedad, en la aplicación de procedimientos clínicos, pero hoy tenemos compromisos más serios que implican sentido social y principios de solidaridad humana; el esfuerzo que realizamos es más humano, con un profundo cambio conceptual desde la ética hipocrática hasta la de nuestros días².

La peculiaridad de la salud cubana como bien social es la conciliación de la racionalización económica con la ética, y el criterio de equidad con el derecho a la asistencia médica. La orientación humanista del profesional de la salud cubano, y su educación rica en valores, como resultado de un proceso a lo largo de toda su formación educativa, le permite un pensamiento axiológico que le capacita para comprender la base ideológica de su desempeño laboral³. De todos los procesos biológicos presentes en la vida del ser humano, solo hay uno común a todos sin excepción, que es la muerte; sin embargo, "todos no estamos convencidos de ser mortales". La

etapa terminal ha existido siempre, pero no el problema de conciencia que provoca, que es más actual en nuestro tiempo, como resultado de los avances recientes de la medicina y de los recursos tecnológicos de que hoy disponemos y que no se conocían antes; por ello, cuando la muerte se sabe segura, todos los actos del quehacer médico quedan enmarcados en el respeto a la voluntad del enfermo y sus familiares, como obligación moral en la disciplina práctica que norma y juzga la bondad o no de la conducta humana.

En el paciente crítico, predomina inicialmente el criterio de recuperabilidad, y el médico recurre a todos los medios para luchar contra el riesgo de muerte, con la esperanza de que sea salvado. En situaciones como estas, nadie objeta que maniobras molestas para el enfermo y económicamente costosas para la institución sean aplicadas de inmediato en las horas críticas. En nuestra experiencia personal, todos los medios ordinarios y extraordinarios son permitidos y considerados parte del deber profesional del médico con sus enfermos, al que la ética le indica poner todo su esfuerzo y devoción a favor de los mismos; sin embargo, en muchas ocasiones olvidamos que el paciente sigue siendo un ente con vida, con deseo de expresarse y ser escuchado, y es tratado como persona sin derecho alguno de opinar, lo que genera una situación impersonal, como parte inherente de nuestro quehacer cotidiano, que ignora las necesidades fisiológicas del proceso agónico, sin concentrarse más en las psicológicas y espirituales.

Cuando un episodio agudo ha evolucionado a una etapa sin solución médica previsible y son nulas las esperanzas de recuperación, la situación se torna más difícil hasta admitir que no se puede curar y que la muerte es inevitable, pero que se puede cuidar, aliviar, acompañar y ayudar de manera digna en el camino hacia el no-ser, sin acelerar la muerte ni prolongar innecesariamente la vida. Es en este momento, donde los conocimientos médicos actuales necesarios para el diagnóstico de enfermedad no reversible y el sustento de la ética guían consistentemente la decisión de no prolongar una lucha estéril con tratamientos fútiles que solo procurarían molestias, sufrimientos y gastos innecesarios, sin ningún beneficio real al paciente como persona; entonces, es necesario el consenso en las decisiones, como la limitación del tratamiento y la de no resucitar. En el presente milenio, han surgido desafíos éticos relacionados con el desarrollo y uso de terapéuticas de emergencia aprendidas durante 30 años con el objetivo de mantener vivos a nuestros pacientes, que han obviado el deseo o no de la familia que representa al enfermo, de mantener el uso de nuestras herramientas de soporte cuando las posibilidades de sobrevivir son muy pocas. En nuestro tiempo, es posible nutrir al enfermo, evitar la asfixia, oxigenar la sangre, hacer latir al corazón, mantener la circulación, limpiar la sangre de productos de desecho y, en algunos casos, mantener la vida biológica por días, semanas o meses, lo que ha creado conflictos de intereses sobre decisiones de atención médica; por ello, debemos pensar críticamente acerca de nuestra capacidad de reconciliar los intereses de la sociedad, pacientes, familiares e intensivistas, usando la lógica y la empatía para alcanzar el objetivo común, basados en una buena comunicación con la familia, que es también una parte muy importante en la calidad de los cuidados médicos^{4,5}.

Muchos estudios en diferentes países han descrito la práctica de detener y retirar los cuidados intensivos en los pacientes al final de sus vidas. En Estados Unidos, la mayoría de los pacientes que mueren en unidades de cuidados intensivos (UCI) lo hacen después que la decisión ha sido limitar los cuidados. La mayoría de los médicos los ha detenido o retirado, y la incidencia de esta decisión se está incrementando. La participación de la familia o el paciente en estas decisiones ha sido casi universal⁶. En España⁷, de 644 muertes en la UCI, 221 (34 %) fueron precedidas por la decisión de detener o retirar la terapéutica. En contraste con Los Estados Unidos, las familias no fueron involucradas en el proceso de decisión en 28 % de los casos, mientras que en 41 % hubo acuerdo entre la familia y los médicos, y en el 3 % la familia rehusó la recomendación médica, a pesar de lo cual la terapia fue detenida o suspendida.

Los médicos de hoy tenemos la responsabilidad moral y legal de respetar los deseos de nuestros pacientes y de los sustitutos de sus decisiones, en cuanto a la terminación del tratamiento médico de sostén vital o la atención médica inútil.

Tras reflexionar sobre tan importantes decisiones, falta lograr mejor comprensión por algunos profesionales de la salud de los conceptos de “muerte digna”, “no resucitar”, “detener la terapéutica y retiro de la terapéutica” al final de la vida. Recordemos las palabras de Jean Lhermitte: “El respeto a la vida comienza por el respeto a la muerte”.

El Papa Pío XII, en 1957, ante la pregunta de si el médico puede interrumpir la respiración artificial en un enfermo moribundo, contestó: "Se pide al médico que aplique medidas ordinarias, pero no extraordinarias para prolongar la vida"; con el apoyo de estas palabras, esta decisión se ha tomado muchas veces, solo hay que contar con la autorización de la familia para evitar incomprendimientos y posibles reclamaciones judiciales. Sin embargo, esta situación deja un dilema al médico, quien debe definir qué es una medida extraordinaria, pues lo que es una medida extraordinaria en un país, puede no serlo en otro. Es ahí donde el conocimiento y la ética se imponen⁸. A medida que la medicina crítica continúe avanzando, desarrollaremos más terapéuticas, algunas de las cuales serán costosas, por lo que necesitamos discutir más acerca de cómo estos avances afectarían los intereses de la sociedad y la población como un todo, para evitar el peligro de alcanzar un punto en el que la insignificante ganancia de algunos amenace el bienestar de la mayoría. En un mundo perfecto, debería haber un balance perfecto entre el cuidado de salud que se necesita y el que es deseado. La manera de encontrar un camino científico y filosófico para el mundo del presente es relacionar dos elementos que se hallan en la condición humana: las emociones y la inteligencia, y que ellas nos conduzcan a la acción⁹, para poder decir al igual que Sydenham: "Nadie fue tratado por mí de modo distinto a como me hubiera gustado ser tratado de haber contraído igual enfermedad".

El futuro de los cuidados intensivos depende de nuestra capacidad de pensar críticamente, a través de los desafíos éticos planteados con las excitantes terapéuticas que nos atraen a ejercer en este campo de la medicina.

Referencias bibliográficas

1. López Gómez JR. Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología Rev Obstet Ginecol Venez. 2006;66(3):185-90.
2. Castiñeiras GR. Calidad de la vida y desarrollo social en Cuba. Rev Cuba Socialista [serie en Internet]. 2005 Sept [citado 10 Ene 2007];(121):[aprox. p.]. Disponible en: <http://www.cubasocialista.cu/texto/cs0121.htm>
3. Pérez SA, Martín LX: Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(1):65-72.
4. Farhad K, Manoj S, Jigeeshu D, Priya V, Farokh EU, Sumit JR, et al: Limitation and withdrawal of intensive therapy at the end of life: practices in intensive care units in Mumbai, India. Crit Care Med. 2005;33(6):1272-5.
5. Jonathan RM, Tricia BE, Ruth AE, Sarah ES, Gordon DR, Donald LP, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. Crit Care Med. 2004;32(7):1484-8.
6. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. Am J Respir Crit Care Med. 1995;151:288-92.
7. Esteban A, Gordo F, Solsona JF. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Med. 2004;27:1744-9.
8. Turner L. Bioethics in pluralistic societies. Med Health Care Philos. 2004;7(2):201-8.
9. Betto F. La obra del artista. Una visión holística del universo. La Habana: Caminos; 1998.

Recibido: 15 de abril 2008

Aprobado: 20 de mayo de 2008