

Estrategia ante el reto bioético del paciente crítico

María Cristina Caballero Velarde

El contenido de este artículo será abordado bajo temas interrelacionados en la atención integral del paciente crítico en general, reconociendo la complejidad que en situaciones límite enfrentan los profesionales de la salud. Adquiere relevancia la atención médica basada en conocimiento, habilidades, respeto a la dignidad y humanismo; es así como describiremos en forma breve lo siguiente:

- Relación entre la bioética y las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Antecedentes.
- Dilemas.
- Principios.
- Valores.
- Estrategia.

Bioética

"Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos".¹

La bioética, se constituye en un vasto campo de reflexión, que fundamenta su accionar en los *derechos humanos* y en el respeto a la pluralidad moral que caracteriza la presente época postmoderna.

Paciente crítico

La medicina intensiva se ocupa de los pacientes con una alteración fisiopatológica de tal gravedad que pone en peligro su vida, actual o potencialmente, siempre que el proceso sea reversible, con potencialidad de sobrevivir con ayuda del soporte vital y los cuidados intensivos. La potencial recuperación del paciente es un proceso difícil, basado en determinados índices de intervención terapéutica y de morbilidad, que en las mejores condiciones brindan una aproximación confiable, mas no una certeza. Esto implica determinar criterios de ingreso a pacientes que serán favorecidos con el uso de alta

tecnología, asumiendo bajo el principio de justicia distributiva, la responsabilidad del buen uso de los recursos.

Cuidados intensivos y bioética

Ambas disciplinas coinciden en su juventud y en el hecho de haber tenido enorme aceptación en las áreas médicas en breve tiempo. El gran interés y el desarrollo de la bioética, se debe a varios factores entre los cuales destaca la mayor participación de los enfermos y de la comunidad en las decisiones en torno a su salud y su concepto de calidad de vida, lo que coincide con el deterioro de la imagen del médico quien se consideraba un profesional con una firme vocación y una probidad incuestionable, lo que deriva en la necesidad de recuperar la fuerza moral y el prestigio de los profesionales de la salud.²

Los antecedentes de las unidades de cuidados intensivos, se sintetizan en:

- Orígenes: Los cuidados intensivos surgieron de la visión de la enfermera Florence Nightingale, quien en la Guerra de Crimea (1854), improvisó un área para la atención de soldados graves, años después surgió el periodo de:
- Expansión: etapa de la creación de varias unidades de cuidados intensivos, incluyendo las pediátricas, en países desarrollados, hecho que contribuyó a nivel mundial al surgimiento de:
- Crisis económicas: el gasto sanitario crece. El costo de UCI es de 3 a 5 veces superior a cualquier otra área hospitalaria. Racionalización de recursos, elaboración de protocolos, establecimiento de criterios de ingreso.

Dilemas

Es precisamente en las UCI, ante el paciente que no puede comunicarse, ni tiene competencia, donde paradójicamente surgen los más *complejos dilemas éticos*.

Academia Nacional Mexicana de Bioética.
 Recibido para publicación: 25 julio 2012
 Aceptado para publicación: 13 agosto 2012
 Correspondencia: Dra. Ma. Cristina Caballero Velarde
 Hospital Ángeles Metropolitano
 Cons. 335 Torre Diamante
 Tlacotalpan Núm. 59
 Col. Roma, Del. Cuauhtémoc, 06760
 México, D.F.
 E-mail: akakicristina@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Cada dilema es único en su contexto, sin embargo predomina alguno de los siguientes temas centrales:

- La tecnología.
- Los límites del tratamiento (LET).
- Decisión de ingreso.
- Órdenes de *no reanimación*.
- Calidad de vida.
- Futilidad de un tratamiento.
- Consentimiento informado.

La toma de estas decisiones, involucra complejas interacciones entre el paciente, la familia y el equipo de trabajo. Aun cuando el entorno se caracteriza por la alta tecnología y el estrés, es favorable crear un ambiente continuo de humanismo y respeto por los valores de todas las personas involucradas; ello, sin duda, mejora las relaciones propias del profesional de la salud y facilita la toma de decisiones que a veces cambian minuto a minuto.³

Interrogantes

Bajo este entorno de relación entre los cuidados de pacientes críticamente enfermos, la bioética y el humanismo, surgen decisivas interrogantes:

- ¿Quién tiene que decidir si se interviene o no?
- ¿A quién corresponde las decisiones de las que dependen la vida y la muerte de las personas?
- ¿Dónde está el límite entre lo que es posible técnicamente y lo que es éticamente razonable?

Un reciente trabajo de investigación realizado en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica del Distrito Federal,⁴ describe los dilemas bioéticos que motivan las interrogantes descritas, así como las posibles soluciones, ratificando la necesidad de implementar la reflexión, el debate interno y la formación continua en bioética que coadyuve a definir conceptos éticos, a categorizar y diferenciar acciones legales, para facilitar la toma de decisiones.

Valores presentes

Los valores privilegian las reflexiones de la práctica cotidiana, se encuentran *firmemente unidos a la asertividad en la comunicación, brindan soporte a la privilegiada relación médico-paciente, debiendo ser considerada como fiel reflejo de nuestro valor personal, nuestra importancia y dignidad, nuestras convicciones, nuestro sentido de merecimiento y del aprecio y reconocimiento de nuestra valiosa condición humana, lo que debe motivarnos a actuar congruentemente con pensamientos y valores.*

- **Paciente:** debe ser especialmente protegido. Derecho a ser tratado con dignidad, respetadas sus creencias, su privacidad y confidencialidad. Derecho a su autonomía, recibir información suficiente para consentir o rechazar el tratamiento.
- **Personal sanitario:** trabaja bajo presión física y psicológica permanente, toma decisiones trascen-

dentas. Se ve obligado a establecer juicios sobre los valores de los pacientes que no conoce.

- **De la sociedad:** las UCI cuentan con recursos humanos y técnicos limitados en relación a su demanda. Obligados a tener criterios de ingreso y selección sustentados en el principio de justicia y a LET cuando está indicado.

Extremos de error

Es de importancia fundamental demarcar los posibles errores en la atención al paciente grave, entre los que se encuentran:

- La obstinación terapéutica.
- Abandono de paciente.
- Acción brusca y precipitada o indecisión paralizante.

Las decisiones prudentes que enlazan el conocimiento con la necesaria reflexión ética, responden a la pregunta: ¿Cuáles intervenciones médicas son moralmente obligatorias?

Obstinación terapéutica

Llamada distanasia, lleva implícito un componente de enañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y *ética*.

Tratamiento fútil

Las siguientes son circunstancias que motivan su elección:

- Ausencia oportuna de objetivos terapéuticos
- Confusión
- Ignorancia
- Desconfianza

Dilemas bioéticos

Las decisiones éticas deben tomarse en relación a *principios, valores y reglas*:

- Principios.

Beneficencia, autonomía, no maleficencia, justicia y veracidad

- Valores.

Dignidad humana, confidencialidad, empatía, calidad de vida

- Reglas para declarar:

- Donación de órganos.
- Órdenes de no reanimación.
- Limitación del esfuerzo terapéutico.
- Retiro de ventilación mecánica.

Las reglas están vinculadas al conocimiento actualizado, que orienta a la mayor certeza diagnóstica y pronóstica.

A manera de ejemplo, existe en la actualidad un notable incremento en la llamada “extubación terminal”

sobre todo, en países desarrollados. Se acompaña de un debate entre el uso de anestesia general o sólo sedación profunda y analgesia, con la finalidad de proteger en forma completa y evitar el dolor y sufrimiento inherentes⁵ este interesante artículo comenta, “como desearíamos tener a nuestro lado a un bioeticista en cada proceso de extubación terminal”.

Autonomía

El rechazo por un paciente lúcido y competente ha de respetarse una vez que el médico ha realizado todo esfuerzo posible por asegurar la comprensión y demostrar la *competencia*.

Decisión-autonomía

La autonomía, reflejada en el consentimiento informado, debe ser considerada como un proceso de información que asegure la comprensión y alcance de las decisiones y no sólo el momento de firmar un documento.

En la toma de decisiones, bajo el principio de autonomía, es conveniente enfatizar que los pacientes tienen el derecho moral a rechazar el tratamiento de soporte vital, pero no un derecho calificado a exigirlo.

Paternalismo ¿“benigno”?

Recordemos que los familiares de un paciente en estado crítico, enfrentan situaciones inesperadas y críticas, que alteran su estado de ánimo, que en ocasiones rebasan la comprensión y no brindan tiempo a la reflexión. Bajo este panorama, ponderar la autonomía como tal, no es la conducta más conveniente del personal médico. Recurrir a un paternalismo “benigno”, basado en una correcta información sobre riesgo-beneficio y consecuencias de las alternativas terapéuticas y orientar a la decisión que procure el bien mayor al paciente, es una actitud que suelen agradecer los involucrados.

Es necesario cultivar un marco filosófico basado en un enfoque humanista que enfatice la dignidad de la persona y priorice los derechos humanos.

Decisiones bioéticas

Centrados en la toma de decisiones, en ocasiones extremas y difíciles en las UCI, las siguientes consideraciones facilitan el proceso.

- Respetar el principio de proporcionalidad terapéutica (riesgo-daño/beneficio).
- Certeza o en su caso, mayor certeza del diagnóstico.
- Evaluar estado de competencia.
- Participación de la familia en toma de decisiones.
- No definir por sentido propio la calidad de vida.
- Unanimidad de criterio del equipo asistencial.
- Uso razonable de recursos.
- En la LET permitir la adaptación de la familia.
- Esmero en los cuidados paliativos.
- No abandono.

Proceso de deliberación⁶

Deliberación y prudencia son las dos condiciones básicas del “razonamiento práctico”, del mismo modo que “demostración” y “certeza” lo son del razonamiento teórico.

- Pondera tanto principios y valores como circunstancias y consecuencias.

Comité Hospitalario de Bioética

Cuando en el proceso de toma de decisiones se dificulta, existiendo el riesgo de alterar la relación médico-paciente, es conveniente recurrir al Comité Hospitalario de Bioética. Un *comité de expertos las 24 horas*, sería ideal adecuándose a la dinámica de las UCI y coadyuvando a la comprensión del difícil proceso en la toma de decisiones tanto a la familia como al médico, en un intento de minimizar el desgaste físico-emocional cotidiano.

Balance de metas en el cuidado del paciente

Es favorable integrar la atención médica en las UCI, a través de la unión de ambas metodologías, por un lado la medicina basada en evidencia, con la bioética clínica que integra la oportuna reflexión. Se presenta un breve resumen de los niveles de ambas.

Medicina basada en evidencia

- Pregunta principal
- Buscar la evidencia
- Determinar lo crítico
- Tomar una decisión
- Evaluar funcionamiento

Medicina basada en reflexión

Orden e introducción
Determinar valores y preferencias
Evitar preguntas y respuestas emocionales
Hacer recomendación y buscar consenso
No abandono y seguimiento del Paciente

Recomendaciones

- Incluir en forma cotidiana la evaluación bioética y la toma de decisiones con contenido moral en la formación médica, convencidos de que cada caso es diferente en su entorno familiar y de valores.
- Fortalecer la indispensable relación, sustentada en comunicación asertiva personal de salud/familia.
- Promover el funcionamiento adecuado de comités de bioética hospitalarios con funciones consultivas de emergencia.

Referencias

1. *Diccionario de la Real Academia Española*. Van Rensselaer Potter – 1971.
2. García RH, Limón LL. *Bioética general*. Trillas México, D.F. 2009: 22.
3. Kissoon. Humanism in pediatric critical care medicine. *Critical Care* 2005; 9: 371-75.
4. Casas ML, Caballero VC. Dilemas bioéticos y posibles soluciones en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica del D.F. Aceptado para publicación *Rev. Persona y Bioética*.
5. Andrew BJ. Humane terminal extubation reconsidered: The role for preemptive analgesia and sedation. *Crit Care Med* 2012; 40: 625-30.
6. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.