

Bioética en medicina crítica. Reflexiones, precisiones y decisiones

Alfredo Sierra Unzueta y Jean Paul Vázquez Mathieu

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El avance de la medicina, ocurrido en las últimas décadas, ha sobrepasado por mucho a los cambios en normas y expectativas que se pudieran tener sobre la acción y la conducta del médico frente a la sociedad y al paciente como persona.

Es tal el progreso de estos cambios y la frecuencia de conflictos graves por resolver, que ha surgido una creciente preocupación al respecto. Hasta el momento, varias comisiones han publicado estudios que incorporan declaraciones, planteamientos, y recomendaciones para dar respuesta a los inconvenientes que enfrentan la medicina actual, buscando mantener la posición y la imagen del médico frente a la sociedad a la que sirve.

Históricamente los mismos médicos han impuesto ordenamientos y códigos de conducta para el ejercicio de su profesión.¹ En ellos, se ha establecido con claridad el compromiso del médico con el enfermo de ponerse a su servicio, de colocarse a su cabecera para alejar sus sufrimientos o hacer que sean más leves. Hipócrates dijo en su tiempo: “Una prueba del poder de la medicina es su capacidad de salvar aun a los que no creen en ella”.

La categoría central de la ética es el concepto de *areté* que significa, no sólo perfección moral sino toda excelencia o perfección en general que contribuye a plasmar un tipo de mejor humanidad.

En el canon de medicina, Avicena hace un grandioso intento por codificar las doctrinas médicas de Hipócrates y Galeno con las biológicas de Aristóteles. Con esa tradición de siglos se inicia la cultura cristiana en un imperio que se derrumba. Es esto entonces el terreno propicio para la difusión de una doctrina, de una religión perfectamente coherente con las enseñanzas de Jesús, que lleva a un nivel consciente el hecho de que la atención a los enfermos es un deber ético, al cual nadie, ni el individuo ni la comunidad pueden sustraerse. También es un nuevo significado del valor de la vida y de la caridad que emana justo de la figura de Cristo Médico.

RELACIÓN ENTRE LA ÉTICA Y LA MEDICINA CRÍTICA

La ética y la medicina crítica han compartido sus historias de manera sorprendente; ambas son disciplinas en teoría nuevas, su reconocimiento ha ocurrido entre los últimos 35 a 40 años,² y se han practicado desde la antigüedad, por su relación con la gravedad y la muerte, además de que su desarrollo ha sido también en paralelo.

A su vez se han creado instituciones como la *Society of Critical Care Medicine*, la cual se fundó en 1970 y el *National Board of Medical Examiners* en 1980. Se suman la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, en 1973 y el reconocimiento de la Especialidad por la División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1976.

En 1960, se inicia el reconocimiento a los derechos del enfermo y se pone énfasis en la libre selección de tratamientos médicos o quirúrgicos. Ya en 1969 se formaliza el concepto de Ética médica, y en 1971 se crea el centro Hastings y el Instituto Kennedy de Ética.^{3,4,5}

Más adelante, en 1990 Ake Grenvick⁶ crea el premio de “Ética en Medicina Crítica”.

Todos estos avances han originado más dilemas de carácter ético moral. Los médicos que tuvieron la fortuna de acompañar los inicios de la medicina intensiva, al percibir que todos estos adelantos tenían la posibilidad de prolongar la vida casi de manera indefinida, empezaron a enfrentar cuestionamientos nuevos sobre la suspensión de las medidas extraordinarias.

El propósito principal de la medicina crítica que podría elevarse a la categoría de principio es recuperar la salud del enfermo en estado crítico con grandes probabilidades de recuperarse. Mientras esto último se considere, el equipo médico-enfermería de la unidad intensiva debe realizar todas las acciones posibles en el contexto de la medicina moderna

para restaurar la salud, siempre que ello coincida con los deseos y perspectivas de vida del enfermo.

El segundo propósito es atender al enfermo en proceso de fallecimiento, de manera comprensiva y justa, evitando el dolor y sufrimiento para que su deceso sea digno.

De lo anterior se derivan dos formas de actuar; atender de manera intensiva para lograr vida y la otra, evitar el sufrimiento. Esto es así, porque se inscribe en la esencia del hombre mismo: el hombre nace y un día, obligadamente, deja de vivir.

Es cierto que en las unidades intensivas el proceso de fallecimiento ocurre más a menudo, ubicándose en rangos de 11 a 13%. La prolongación de la estancia en la UCI agrava la morbimortalidad del enfermo crítico. El enfermo crónico no sólo representa un desafío ético-moral y social, sino también un grave problema de índole económico.

En la medicina intensiva el médico enfrenta con mayor frecuencia decisiones vinculadas con la suspensión de medidas extraordinarias. Situación que adquiere un grado de dificultad muy elevado. Para los enfermos y sus familias estas unidades son un sitio desconocido, y como tal fuente de angustia y temor.

La toma de decisiones clínicas correctas en términos generales puede ser compleja y ésta se acentúa por muy diversas razones. Primero, la condición de crisis; de urgencia, por sí misma impone trabas ante el proceso de decisión. Segundo, las determinaciones acerca de tratar individuos que están críticos son a menudo más complejas que las de situaciones clínicas no críticas. Además, en ocasiones, suele haber incertidumbre de diagnósticos, del pronóstico del tratamiento. Tercero, los pacientes muchas veces no se pueden comunicar y por lo tanto no pueden participar en las decisiones de su propia vida, cuando el enfermo está imposibilitado a tomar decisiones se recurre con frecuencia a un miembro de la familia. El ser familiar de un enfermo grave no exime del compartir la crisis de gravedad, esto significa que también en el familiar pueden ocurrir impedimentos de carácter psicológico para la toma de decisiones. Por último, el número creciente de profesionales de la salud participantes en la atención aumenta la posibilidad de conflictos.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA MÉDICA

La ética es un término genérico que implica diversas vías que investigan e intentan definir lo que es moral. La teoría consecuencialista y la deontológica constituyen las bases para el análisis de lo relativo a la bioética médica. La primera, establece que las acciones podrán ser buenas o malas si se juzgan a partir de las consecuencias que generen. La segunda, estipula que ciertas cosas son inherentemente correctas o erróneas. Del análisis de ambas teorías y de las aportaciones derivadas del razonamiento moral se han estipulado cuatro principios fundamentales aplicables a la ética-biomédica.

Beneficencia

La beneficencia significa hacer el bien; o el actuar de manera que se haga el bien a otra persona. En medicina es el equiva-

lente a recuperar la salud y aliviar el sufrimiento. Esto a su vez, implica las acciones para preservar la vida. La beneficencia es un principio central en la medicina, una profesión devota para el bien al enfermo que persigue la salud en su totalidad.

No-maleficencia

Es no hacer daño (*primun non nocere*). Esto en medicina aplicado a las ciencias de la salud implica que no se debe emplear una acción terapéutica si sus riesgos o daños son mayores que sus beneficios. En la medicina crítica, algunas veces es difícil el asegurar que los beneficios pesan más que los daños reales (centrar riesgos que hacen daño, dolor e invasión corporal) y los beneficios, (curar o restaurar la limitación funcional). Alcanzar un balance aceptable entre ambos es desafiante.

Una violación a este principio en medicina crítica es sostener con apoyo vital máximo a enfermos no recuperables, o bien el aplicar las mismas medidas a enfermos sin potencialidades para recuperar una vida de calidad y cualidad razonables.

Es importante observar que en ocasiones se prolonga el proceso de fallecimiento, por miedo a la toma de decisiones, violando los principios fundamentales de la medicina.

Autonomía

Ningún derecho humano es considerado con un carácter tan sagrado ni defendido con tanto cuidado, como el de la autonomía: todo individuo tiene posesión y control sobre sí mismo.

El respeto a la aceptación o negación de una persona con conciencia plena, a un tratamiento médico o quirúrgico es en suma lo que estipula éste importantísimo principio ético. La capacidad de decisión se ubica sobre todo en el enfermo y no en el personal al servicio de la salud.

Se puede considerar sinónimo de autodeterminación, y ha sido bien capturado en la frase de Cardoso: "Todo ser humano a su edad adulta con mente íntegra tiene el derecho a determinar o decidir lo que se vaya a hacer sobre su propio cuerpo". El principio de autonomía es, en la mayoría de los casos legales que se haya establecido, el derecho a rechazar una intervención médica no deseada, inclusive, si es para salvar la vida o que se sostenga ésta por un plazo de tiempo. En particular, puede ser un valor difícil de lograr en el campo de la medicina, ya que muchos pacientes pueden carecer de la capacidad de tomar decisiones.

Este es el principio de consentimiento informado. Es todo un proceso, que de acuerdo con diferentes autores debe contar con cuatro elementos: la habilidad para entender la información relevante, apreciar la situación médica y sus consecuencias posibles, comunicar su selección, y comprometerse bajo una deliberación racional sobre sus propios valores en relación con las opciones de tratamiento recomendadas por el médico. Hay algunas excepciones en condición de emergencia, carente de consentimiento informado la que también es denominada **consentimiento presumido**. Esta se produce cuando ante una emergencia médica, el paciente es incapaz de consentir y no hay otra manera disponible, otra es de pacientes que han intentado el suicidio. En

tales casos, el tratamiento se hace sin ningún proceso de consentimiento informado. Aunque el paciente sea capaz de conversar, el efecto médico de un intento de suicidio es tratado a pesar de que los deseos del paciente sean todo lo contrario. Esta se basa en que, ante casos selectos, los médicos están convencidos de que el proceso de informar al paciente pudiera en sí mismo producir daño, y ante estos terrenos, se toma un camino lateral del proceso de consentimiento informado.

Una tercera excepción, presupone que la información puede producir daño y asume que ciertos pacientes no van a ser capaces de manejar de manera constructiva las malas noticias.

En términos de principios éticos, el concepto de privilegios terapéuticos cae en el principio de no maleficencia y en contra del de autonomía, lo cual apoya que el primero pesa más que el segundo. Hoy en día, la mayoría de los eticistas concluyen que lo opuesto es lo correcto: la autonomía siempre pesa más y sobre el hecho de que es mejor para el paciente el no conocer su diagnóstico. El desvío de información se refleja en la actitud del médico, la cual ha cambiado casi a 180 grados de su paternalismo.

Justicia

La justicia se centra sobre todo en la asignación justa cuando hay recursos escasos. La clásica pregunta de justicia en relación con el acceso a la UCI es: ¿A quién se le debe asignar la última cama de la UCI si hay dos pacientes en emergencias y ambos requieren de terapia intensiva? Otra versión es el caso de un paciente joven, víctima de trauma salvable que necesita terapia intensiva cuando la unidad está llena. ¿Qué formulación del principio de justicia se debe plantear para decidir a quién se debe dar preferencia o bien retirar de la unidad para aceptar al paciente víctima de trauma?

Los cuatro principios éticos fundamentales interactúan en un proceso dinámico y en ocasiones existe contraposición entre uno y otro, para formular un argumento que otra persona pudiera proponer uno en realidad opuesto.

En 1991, se establecieron los principios que deben guiar al comportamiento médico:

1. El médico adquiere el compromiso de tratar de suprimir o aliviar el dolor y el sufrimiento y, si es posible, de curar tanto el cuerpo como la mente.
2. Respetar la vida humana y su dignidad.
3. Estudiar y valorar lo que es más conveniente para el paciente y respetar su derecho de libre selección.
4. Aceptar la responsabilidad de servicio a sus semejantes y estar bien preparado y calificado para desempeñar este servicio.
5. Tener la responsabilidad de enseñar y transmitir los nuevos conocimientos a colegas y estudiantes.
6. Ocuparse de que exista atención para la salud de todos, sin dejar de lado a indigentes, menesterosos y oprimidos.
7. Mantener la integridad moral personal, tanto en la atención del paciente, como en la investigación científica y en las relaciones con la sociedad y la industria.

Su cumplimiento requiere mantener en la estructura del médico el *ethos* y el *logos*. Eso es una condición crítica para cumplir con los compromisos morales que se adquieren en el momento en que se inicia la relación médico-paciente y la del médico con la institución y la sociedad.

Desde que inicia la medicina racional nace también la norma que establece que el médico antepone el bien del paciente a cualquier otra conveniencia; que nunca va a subordinar los intereses del paciente a los suyos o a los de otros médicos, grupos, instituciones de salud u hospitales. Es por eso, que los enfermos ponen en manos del médico su salud y bienestar. Cuando estas actitudes no se cumplen, la imagen y la categoría del médico frente al paciente y la sociedad se devalúan.

REFLEXIONES A PROPÓSITO DEL INGRESO A LA UNIDAD INTENSIVA

Las unidades se conciben como sectores de hospitalización destinados a vigilar y tratar enfermos en estado agudo crítico. El estado agudo crítico significa la presencia de alteraciones en la fisiología de riesgo vital. La recuperabilidad potencial influye de manera directa en los factores determinantes de ingreso que son:

1. Falla en uno o más sistemas fisiológicos mayores.
2. Alto riesgo, estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores.
3. Necesidad de vigilancia o atención especial o especializada.
4. Donador potencial de órganos.
5. Cuidados paliativos.

Estas dos últimas han sido añadidas en tiempos recientes.

La decisión de ingreso se observa con frecuencia enmascarada por controversia o polémica, debido a que son varios los factores que en un momento dado pueden concurrir para la toma de tan importante decisión. En muchas ocasiones se llega a confundir el término de valoración que efectúa el médico de la unidad intensiva. El médico de cabecera, quien solicita el ingreso a la UCI, interpreta que es cuestionada su solicitud y su decisión, cuando la realidad es que la decisión de ingreso es un proceso compartido entre los médicos, el propio enfermo y sus familiares. En el centro de esta decisión, deben tomarse como puntos clave, el beneficio potencial del tratamiento intensivo y sobre todo la posibilidad razonable de lograr uno de los objetivos fundamentales de la práctica médica: prolongar la vida con suficiente calidad. Si la terapia intensiva puede cumplir con este objetivo el ingreso tiene justificación.

A continuación, se muestra el modelo de ingreso basado en niveles de prioridad publicado por el *Jefferson Country Hoursing Authority* (JCHA):

Prioridad I. Enfermo crítico, inestable en la necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo, que no se puedan brin-

dar fuera de la UCI. Incluyen ventilación mecánica (VM), fármacos vasoactivos, entre otras. Por lo general, no tienen límites en el tiempo en que van a recibir la terapia como pacientes posoperados o los que desarrollan insuficiencia respiratoria aguda, estados de choque, o hemodinámicamente inestables que requieran de monitorización invasiva o fármacos vasopresores.

Prioridad II. Necesidad de monitorización intensiva. Requerimiento potencial de una intervención inmediata. No se estipulan para ellos ninguna limitación en esfuerzos terapéuticos (LET).

Prioridad III. Pacientes críticos, inestables pero que tienen pocas posibilidades de recuperarse por sus padecimientos subyacentes o por la enfermedad aguda. Los pacientes prioridad III pueden recibir tratamiento intensivo para el alivio de su enfermedad aguda, pero deben ponerse límites a las acciones de tratamiento tales como; intubación y RCPA.

Prioridad IV. Estos son los pacientes para los que la admisión a la unidad se considera no apropiada.

1. Escaso o nulo beneficio del cuidado en la UCI.
2. Pacientes con padecimientos terminales o irreversibles o que enfrentan una muerte inminente (demasiado graves para beneficiarse de la unidad intensiva).

Se considera paciente en estado terminal cuando se ha determinado desde el punto de vista médico que la enfermedad no es reversible y existe una elevada probabilidad de causar su muerte en un lapso corto de tiempo.

Se presume que la vida es el valor más importante del ser humano. Todos los demás valores dependen de ella. Si la vida no fuese tan importante para el hombre, los esfuerzos, en veces heroicos, de la medicina crítica no tendrían ningún significado.

Por lo tanto, el equipo de salud que enfrente dudas sobre la recuperabilidad del enfermo, debe intentar prolongar la vida hasta aclarar sus dudas.

Es importante considerar, que el no ingresar a la unidad al enfermo no recuperable cumple con la mayoría de los principios fundamentales de la ética médica, de lo contrario, el fallar esta decisión es caer en el terreno de practicar lo no justificable; es decir, prolongar el proceso de fallecimiento, lo cual va en contra de los principios éticos y morales que se han mencionado, y cabe la posibilidad de acaecer en encarnamiento terapéutico.

En ocasiones no poco frecuentes, la solicitud de ingreso a la unidad intensiva se deja como el último recurso; es decir, tardía. Este retraso, puede irrumpir con la capacidad preventiva de la medicina crítica y puede ser tipificado como una violación al cumplimiento de principios éticos.

Una condición que invita a la reflexión es la llamada **actor ignorado**; con frecuencia no sólo ignorado sino también manipulado. Al paciente no se le explica con honestidad y precisión, en qué consiste el tratamiento, ¿cuáles son sus expectativas?, ¿qué puede esperarse en el pronóstico vital con el apoyo intensivo? Si se recupera, ¿cuál será su calidad de vida? En primera instancia, y de acuerdo con el principio de

autonomía, el enfermo es quien tiene el derecho de aceptar o rechazar su tratamiento.

Los intensivistas se dedican a un área muy importante de la vida humana y, por lo tanto, comparten la obligación de brindar al enfermo y a su familia toda la ayuda y asesoría posible para influir en la toma de la mejor decisión.

Quizás el actor sea ignorado porque la mayoría de las veces el médico advierte la incapacidad cognoscitiva del paciente para ejercer su derecho; conciencia plena y ausencia de coacción. Las causas de esta disfunción suele ser hipoxia, sepsis, alteraciones hidroelectrolíticas, inadecuada perfusión, entre otras.

Cuando por las condiciones anteriores no se puede tomar en cuenta al enfermo para la decisión de ingreso se recurre al familiar más cercano que conozca los valores, los deseos y la forma de pensar del propio enfermo.

Un problema importante cuando se analiza solo un principio ético para ayudar al proceso de decisión es que a veces los principios se contraponen uno con otro. Por desgracia, los principios por sí solos no ayudan a resolver de manera clara dichos conflictos. Un abordaje podría ser adoptar una posición de resolución práctica que intentase limitar el grado al cual se podría sacrificar un principio o el otro. Esto invita a una reflexión o deliberación cuidadosa, así como al suficiente conocimiento sobre cómo dichos conflictos de valores se habrían resuelto en su momento.

Con enfermedad amiotrófica, bajo conciencia y competencia plenas, aunque dependiente de la ventilación mecánica. Se le pide al médico que le retire el ventilador. El paciente no es un suicida, ni está en depresión, el sólo no acepta vivir su vida dependiente de un ventilador. Este caso fue sometido a la corte, quien aprobó que este paciente bajo competencia plena tiene el derecho constitucional a rechazar tratamientos médicos no deseados, inclusive si esto pueda significar que el paciente pierda su vida.

Con competencia plena, con gangrena en una pierna, el médico recomienda su amputación. La paciente rechaza el tratamiento e indica que ella no estaría dispuesta a vivir como una invalida, no quiere afectar a los niños de su familia y no desea terminar su vida bajo cuidados de enfermería a domicilio.

En estos casos, como en otros más, la corte se ha apegado sobre todo al derecho de autonomía más que al de beneficencia. Se puede entonces estipular una regla general: en casos en los que el principio de autonomía y beneficencia entren en conflicto, a la autonomía se le debe dar el mayor peso. Esta forma de apegarse a los principios ayuda a resolver conflictos importantes.

Para el abordaje de decisiones en medicina crítica, lo mejor es aplicar un método que sea consistente y sistemático. En la mayoría de los casos, la gente percibe que está bajo un conflicto ético sin haberlo articulado y aclarado. Ante otros casos, la gente se enfoca en diferentes facetas o dimensiones de un caso éticamente complejo. Lo que se necesita es familiarizarse con una manera de agrupar la información que permita descubrir todo en la exploración del caso. Se han propuesto varias maneras prácticas para efectuar decisiones

clínicas. El abordaje presentado está basado en el modelo propuesto por Jonson, Siegler y Winslade.⁷

El primer problema en considerar estriba en la certeza de la percepción de que el caso es éticamente problemático. En 1991, Walter *et al.* reportaron que con frecuencia las enfermeras y los médicos no están de acuerdo con los casos que presentan problemas éticos, pero ambos difieren en cuáles son. Mas aún las diferencias perceptuales constituyen una fuente frecuente de conflictos *Inter-staff*. Las diferencias o desacuerdos a menudo no son sólo entre médicos y enfermeras, sino también entre médico y médico. Esto tiene mucha importancia en el contexto de la medicina crítica, en la que varios individuos diferentes, están involucrados en el caso y en la que no todos están privilegiados con la misma información. A veces, las diferentes perspectivas de casos con facetas múltiples pueden escalar hacia verdaderos conflictos éticos. Por lo tanto, el primer paso a dar ante cualquier proceso de decisiones es el aislar la fuente de conflictos o de preocupación y después, abordar el caso de una manera consistente y sistemática. Bajo ciertas instancias, después de haber analizado el caso, uno descubre, que el conflicto aparente, no es el verdadero problema, sino que son otros aspectos los que obstaculizan el proceso.

Una forma consistente y útil para sortear los problemas verdaderos es el organizar la información éticamente relevante dentro de un esquema de decisiones en las que se identifiquen las siguientes categorías:⁷ indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y eventos contextuales. Cada una de ellas se discute a continuación:

INDICACIONES MÉDICAS

Una vez que se haya identificado un problema ético, lo primero es disponer de toda la información médica necesaria. Esto incluye específicamente información pertinente al diagnóstico, pronóstico y todas las opciones terapéuticas (incluyendo la de no-tratamiento) y su pronóstico correspondiente son a menudo el centro de los problemas de conflicto en medicina crítica. Es importante considerar estos asuntos de manera explícita, más allá que enmascararlos dentro de frases comunes como la de: "Mal pronóstico". Un buen número de desacuerdos pueden surgir a partir de la información clínica nebulosa o a partir de interpretaciones diferentes sobre los hechos.

INDICACIONES MÉDICAS, PREFERENCIAS DEL PACIENTE, CALIDAD DE VIDA Y EVENTOS CONTEXTUALES (CUADRO 1)

La opción del escape moral es una forma en la que son respetados los principios éticos y las gestiones morales de todas las partes.

Muchos pacientes que requieren de terapia intensiva sufren alteraciones que afectan la capacidad para decidir por sí mismos. Algunos presentan capacidades limitadas o atenuadas; algunos otros, parecen incapacitados para la toma de

ciertas decisiones, pero no para otras, algunos están por completo incapacitados, ya sea de manera temporal o permanente. Cada caso debe ser evaluado de manera individual. En los casos en los que dicha capacidad se desvanece o se altera, las decisiones deben ser tomadas en los periodos de lucidez del paciente y se puede mostrar su consistencia con el tiempo y deben ser considerados autónomos. Si la capacidad del enfermo se altera o se pierde de manera temporal y puede recuperarse de tal manera que pueda elegir su propia decisión entonces esa opción debe seguirse en la medida en que sea práctica. En casos bajo sedación es recomendable apelar a la suspensión temporal de la sedación (ventana terapéutica). Aunque es pertinente aclarar que una ventana terapéutica no necesariamente cumple con el principio de consciencia plena y de libre selección.

En medicina crítica muchas decisiones se tienen que tomar antes de que se recupere la capacidad del paciente. La situación se vuelve más problemática cuando no exista alguna persona disponible que conozca los deseos del paciente en cuanto a los cuidados médicos.

El primer paso cuando se conversa con un enfermo en la UTI es el evaluar si el paciente conserva su capacidad para poder tomar sus decisiones. El rigor con que esto se haga depende del caso individual. Es obvio que algunos pacientes en la unidad están capacitados para tomar decisiones y deben tratarse como tales. En otros casos, cuando esta se cuestiona, se debe hacer una evaluación mucho más detallada. Si se piensa que esta facultad se encuentra obnubilada por un padecimiento psiquiátrico o neurológico, se debe Inter consultar con el especialista en cuestión. Las materias se hacen más difíciles si las decisiones a tomar son más importantes o si el tiempo no deja que el paciente pueda elegir con una capacidad clara su resolución.

El proceso mediante el cual las decisiones se apoyan en un familiar cercano o sustituto se denomina **juicio sustituido**. Un proceso de decisiones efectuado por un sustituto es de-

CUADRO 1. Indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y eventos contextuales

<p>Indicaciones médicas (beneficencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Información pronóstica • Opciones terapéuticas y recomendaciones 	<p>Preferencias del paciente (autonomía)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Capacidad de tomar decisiones? Sí: consentimiento informado No: consentimiento por delegado cercano (juicio orientado hacia el mejor interés)
<p>Calidad de vida (no maleficencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinada por el enfermo • Determinada por otros 	<p>Eventos contextuales (justicia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miembros de la familia • Leyes • Administrativos • Costos de atención • Asignación justa de recursos • Conflictos Inter-staff • Conflictos de intereses

cidir, basado en la incapacidad del paciente, tomando en cuenta las preferencias del paciente antes expresadas.

EVENTOS CONTEXTUALES

Son factores importantes que son muchas veces externos a la relación médico-paciente. La razón estriba en que los dilemas éticos no ocurren en una situación en el vacío y no sólo quedan limitadas al dúo paciente-médico. Todo esto ocurre dentro de un contexto en el cual existen diferencias de caso a caso, pueden involucrar a los miembros de la familia, a aspectos legales, administrativos, de costos, de justicia y otros más. El asunto está en el grado en el que estos factores influyen, o quizás confluyen para volverse decisivos ante decisiones en medicina crítica.

Debe puntualizarse que el concepto de inutilidad cada vez se usa más en la práctica clínica. El médico debe tener mucho cuidado al definir a un tratamiento como inútil, pues puede ser un problema subjetivo. Esas posibilidades refuerzan de nuevo la necesidad de ser explícito sobre las indicaciones médicas del caso. Sólo aquellos que han estado involucrados tienen el chance de identificar razones ocultas y sesgos.

Existen diferencias entre las concepciones de los médicos y los eticistas; el médico concibe como ordinario lo habitual o lo aceptado y como extraordinario lo nuevo o lo que ubica en el terreno de la investigación clínica. Aun así, los mismos procedimientos terapéuticos pueden ser extraordinarios para un paciente y ordinarios para otro. La enfermedad aguda o crónica, la recuperabilidad y la calidad de vida ayudan para la definición entre estos términos.

Se pueden también definir como medidas extraordinarias las que no ofrecen un beneficio razonable o las que, lesionan con gran daño al enfermo y a la familia; por ejemplo, dolor extremo, alto riesgo, desfiguración severa, costo devastador, entre otros.

Grenvik⁶ propone como medidas extraordinarias el ingreso a la UCI, la reanimación cardiopulmonar avanzada, intubación traqueal, apoyo mecánico ventilatorio, utilización de órganos artificiales, monitorización invasiva, nutrición artificial y empleo de fármacos de acción potente.

Hasta ahora se han propuesto varios índices para definir el pronóstico vital; la evaluación del estado funcional agudo y crónico (Apache I, II y III). El índice de severidad de lesiones (ISS) que se aplica de manera específica a enfermos con trauma grave. El médico ha desarrollado experiencias prospectivas con ellos y los resultados coinciden con las observaciones multicéntricas de Knaus *et al.*^{8,9}

La existencia de más de tres sistemas vitales en disfunción grave después de 72 h de apoyo intensivo máximo es fatal en 95% de los casos. Estos índices aportan una aproximación aceptable acerca del pronóstico, pero no son la solución al problema porque es en los pacientes en los que existe duda de su evolución cuando la medicina encuentra su verdadero desafío. Aun así, es recomendable su aplicación, lo que puede ayudar en las decisiones de ingreso, así como suspender las medidas de atención extraordinaria.

PROTOCOLOS PARA LIMITAR EL ESFUERZO TERAPÉUTICO

El estudio SUPPORT se ha llevado a cabo para mejorar el tratamiento de los pacientes al final de su vida. Este estudio de dos fases incluyó a casi 10 000 enfermos en 5 hospitales en EUA, y fue capaz de revelar la existencia de limitaciones severas en el tratamiento de los pacientes con enfermedades graves. La comunicación del personal sanitario con el enfermo y su familia sobre el tratamiento al final de la vida fue deficiente, el costo del tratamiento acabó con los ahorros de toda la vida de algunas familias, y la mitad de los enfermos en los últimos tres días de su vida sufrieron dolor de moderado a severo. Las intervenciones llevadas a cabo para mejorar la comunicación y el tratamiento del dolor no tuvieron éxito. Este estudio también mostró que muchos de los enfermos ingresados a las UTI padecen dolor y otros síntomas relacionados con el sufrimiento.

De manera paulatina se han ido superando las numerosas barreras que dificultan el cuidado del enfermo al final de su vida: la sociedad niega u oculta la muerte, es muy difícil predecirla con exactitud incluso en las UCIS, y con frecuencia el tratamiento del paciente crítico está fragmentado, por la participación de numerosos especialistas. Otras dificultades identificadas por los profesionales sanitarios incluyen las expectativas poco realistas del enfermo, de sus familiares e incluso de los médicos en medicina paliativa, además de las habilidades de comunicación. Es presumible que la identificación de los obstáculos descritos es el primer paso para mejorar la calidad de vida del enfermo terminal en la unidades intensivas.

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados paliativos se han vuelto en especial importantes dentro de las políticas sanitarias del mundo y en países poco desarrollados. Esta importancia se acentúa de manera significativa con un porcentaje alto de enfermos, en los cuales ya no es posible la curación, pero cuando aún se puede aliviar el sufrimiento empleando intervenciones de bajo costo.

En la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Ángeles Lomas se tiene la tarea de enfrentar el proceso de morir de una manera que pretenda acercarse al humanismo y a la mejor calidad de vida del proceso de fallecimiento.

Por ello, se desarrolla un procedimiento para poner límite a los esfuerzos terapéuticos.

PROTOCOLO PARA EL PROCESO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO^{10,11,12}

El objetivo del protocolo es definir cómo se aplica el procedimiento de LET (Limitación del Esfuerzo Terapéutico) (figura 1).

También, es normar la atención de los pacientes en etapa terminal de su enfermedad y mejorar sus cuidados, calidad y

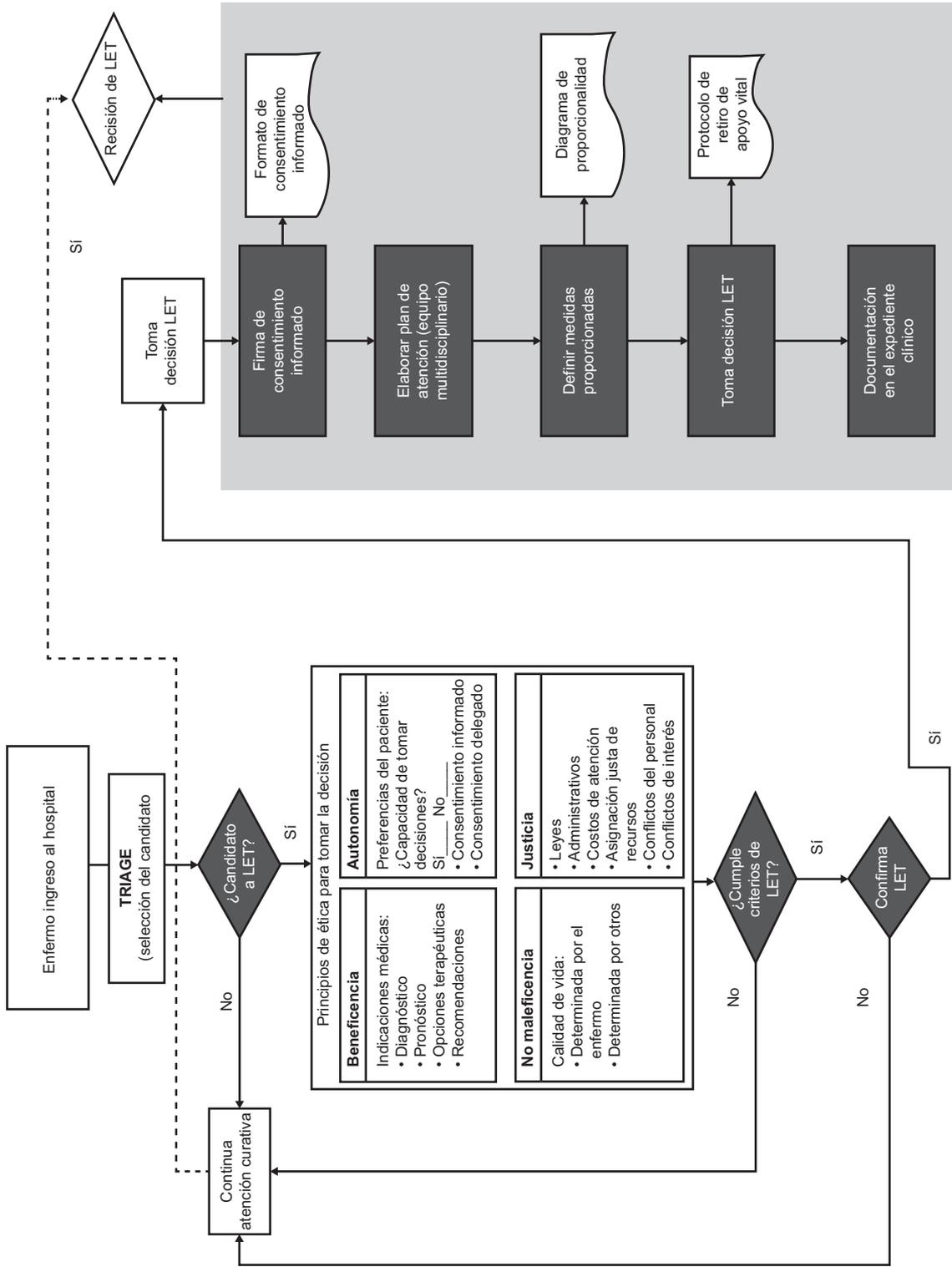


FIGURA 1. Limitación del esfuerzo terapéutico.

seguridad. Además, se pretende mejorar la toma de decisiones en la práctica clínica acerca de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, determinar las medidas de soporte vital básico y avanzado.

Cuando una enfermedad supera la capacidad de la medicina para conseguir la recuperación, el núcleo de la atención al paciente ha de centrarse en ayudar y soportar la enfermedad, aliviar los síntomas y colaborar en dignificar el proceso de muerte. Por este motivo, se entiende que hay situaciones de deterioro de la salud en los que es apropiado y aceptable, desde el punto clínico y ético, que el médico responsable del enfermo decida conjuntamente con el equipo de profesionales de la salud (médicos especialistas intensivistas, enfermeras, médicos interconsultantes) y el propio enfermo si esto es posible, o en su caso con un familiar cercano o representante legal, que un paciente determinado no sea sometido a medidas desproporcionadas, incluyendo maniobras de soporte vital avanzado como la reanimación cardiopulmonar.

Es parte fundamental del protocolo evitar el encarnizamiento terapéutico.

La decisión de LET nunca debe tomarse de forma individual, sino que deberá cumplir unos requisitos indispensables, tanto como de consenso; debiendo ser una decisión compartida con el médico responsable del enfermo, los servicios interconsultados, así como los profesionales de la salud directamente relacionados con el caso.

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar no pueden modificar el curso de una enfermedad terminal o su mal pronóstico y pueden, sin embargo, prolongar el proceso de fallecimiento, agrediendo con gravedad la dignidad de la persona.

Es importante saber identificar con precisión y temporalidad el momento crítico, en el cual, el recuperar la salud se vea como lo primero que debe cambiarse para evitar el sufrimiento.

El propósito de este protocolo es ayudar a los médicos, enfermeras y, en general, a todos los profesionales, así como a los enfermos y a sus familiares a la toma de las mejores decisiones.

JUSTIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Que un paciente sea sometido o no a maniobras de intento de reanimación cardiopulmonar (RCP) depende primero del diagnóstico primario y de la evolución esperada. Por lo tanto, si el pronóstico inmediato del paciente no ofrece esperanzas (p. ej., no se espera que sobreviva al ingreso), la RCP no se justifica y no existe imperativo moral para aplicarla (pacientes que después se sitúan en el nivel III de ingreso a las unidades).

Un número importante de casos atendidos corresponde a enfermos con patologías crónicas y debilitantes, físicas o mentales, o con patologías agudas y que amenazan la vida, pero en los que no se espera que la muerte sea inminente. En estas situaciones, inciertas en cuanto al beneficio de los intentos de RCP, el equipo de salud tiene la obligación de agre-

gar las preferencias del enfermo sobre estos aspectos del tratamiento.

La información sobre los deseos del paciente deben ser obtenidos de preferencia mediante el diálogo con el mismo, pero en ocasiones esto no es posible; o en su defecto con la familia o el representante legal que lo acompañe. Lo primero será el paciente, si está mentalmente competente debe ser expresada por éste, que puede solicitar o rechazar las maniobras de RCP en estas circunstancias.

La decisión de que un paciente no sea sometido a maniobras de RCP no implica limitaciones en otros aspectos del tratamiento, por lo tanto, no es sinónimo de abandono. Si un enfermo con orden de no reanimación presentara hipotensión, disnea, bradicardia o incluso taquicardia ventricular se deberían iniciar las maniobras de tratamiento estándar a no ser que se especifique lo contrario en las órdenes médicas, previa comunicación con el enfermo, familia o representante legal. Por otra parte, siempre podrán estar indicados tratamientos paliativos, incluyendo la cirugía para reducir, eliminar el dolor o mejorar su nivel funcional. Tampoco constituye la orden de no intentar RCP algo irreversible, y se debe de reconsiderar de manera regular por el médico responsable, siempre en acuerdo con el enfermo, la familia o su representante legal, haciéndolo constar en la historia clínica.

REGISTRO ESPECÍFICO DE ÓRDENES MÉDICAS

Después de completar la adecuada valoración del paciente, el médico responsable debe reflejar por escrito en el curso clínico y de la forma más clara posible, el pronóstico del paciente y su clasificación, en especial para identificar a los pacientes que no se les debe aplicar maniobras de intento de RCP; además de identificar de manera adecuada en el expediente, por medio de una codificación de colores.

Una vez tomada la decisión deberá constar por escrito en la historia clínica la correspondiente orden de no intento de RCP o limitación del tratamiento, según el formato.

Se realizarán maniobras de RCP a todo enfermo, a no ser que el médico responsable haya firmado una orden de no reanimación. Si el médico responsable estuviese presente durante tal evento, se puede aceptar la orden verbal de no reanimación, considerándose necesario que dicha orden verbal quede reflejada por escrito.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Se dividen en niveles de I a IV (cuadro 2).

MODIFICACIÓN DE LAS ÓRDENES DE NO INTENTO DE RCP

Las órdenes de no RCP deberán modificarse en las siguientes circunstancias (figura 2):

CUADRO 2. Clasificación de las órdenes de no intentar RCP o de iniciar maniobras	
Clasificación de pacientes	Definición
Nivel I	1. Pacientes en los cuales se espera que el tratamiento sea satisfactorio y puedan ser dados de alta en el hospital Si sucede un paro cardiorrespiratorio (PCR) se iniciarán las maniobras de intento de RCP
Nivel II	1. Enfermos en los cuales se desconoce por completo el pronóstico de la enfermedad subyacente (p. ej., urgencias) Si sucede un PCR se iniciarán maniobras de intento de RCP hasta que sea evidente su fracaso o se obtenga información de que pertenece a la categoría III o IV
Nivel III	1. Paciente con pronóstico fatal inmediato 2. No hay imperativo moral para proporcionar un tratamiento que no se espere que mejore las condiciones clínicas del paciente 3. La decisión de no intento de RCP, en estos casos se toma con base a criterios médicos. La situación clínica es el motivo para la orden de no RCP y ha de reflejarse con claridad en el curso clínico reportando al paciente o a sus familiares, dentro del proceso de información global de los aspectos restantes del tratamiento
Nivel IV	1. Pacientes con enfermedades crónicas y debilitantes, físicas o mentales, o un tanto agudas y amenazadoras de la vida, pero en las cuales la muerte no parece inminente Cuando se plantea una orden médica de no intento de RCP en estos casos, en donde los datos médicos no permiten establecer con claridad el posible beneficio de las maniobras, las preferencias del paciente se deben incorporar como elemento primordial en la toma de decisiones, estas se establecerán después de la discusión abierta con el paciente y cuando las circunstancias lo hagan posible, del conocimiento de sus voluntades anticipadas, o en su defecto tratando de conocer sus preferencias a través de los familiares más cercanos o a través de los miembros del equipo que tengan más relación con el paciente. La situación clínica y los motivos de la decisión tomada ha de reflejarse en el curso clínico de su enfermedad y anotarse por escrito en la historia clínica

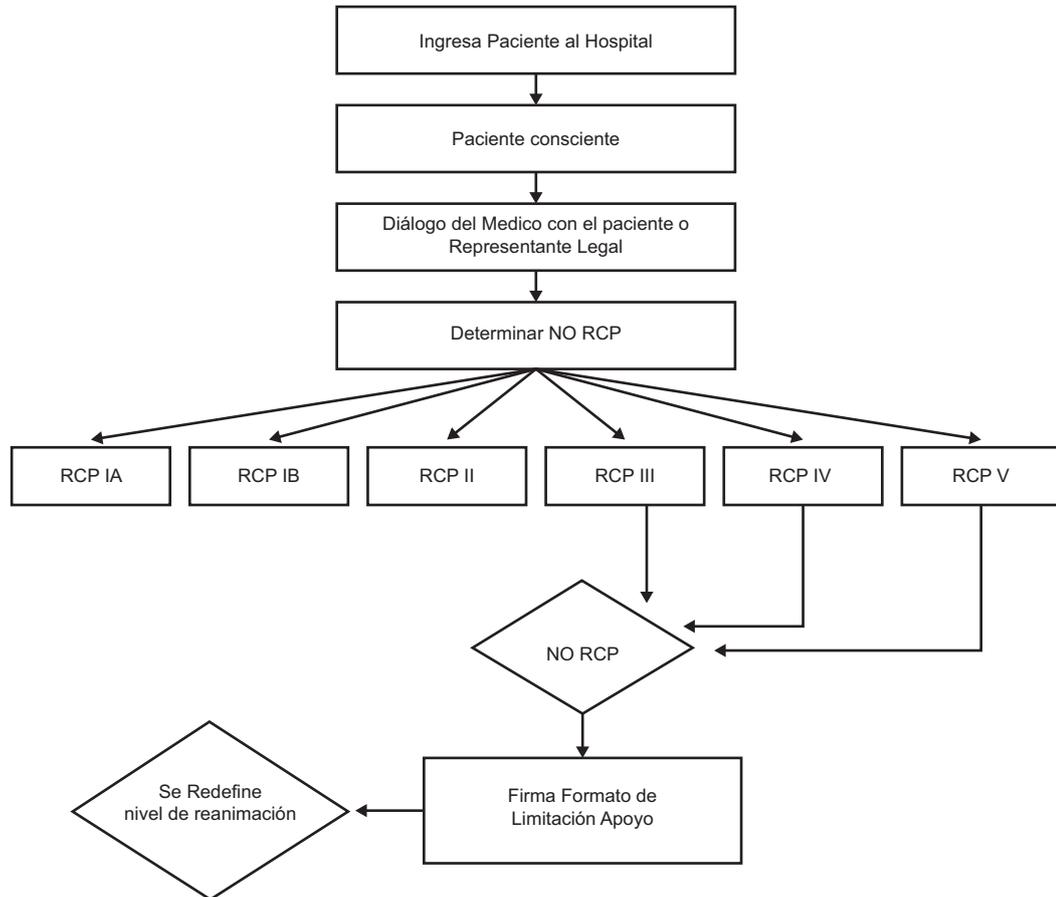


FIGURA 2. Diagrama para la decisión de reanimación cardiopulmonar.

1. En el supuesto de que la situación clínica y el pronóstico vital cambien y el paciente pase a nivel I.
2. En el caso de que un enfermo esté en el nivel IV y su familia o su representante legal, decidan revocar la orden de no RCP previamente expresada.
3. En el enfermo con nivel IV que sea sometido a algún procedimiento (en especial quirúrgico), se puede considerar una revocación temporal en cuanto a los riesgos específicos del mismo, con el consentimiento del paciente, su familiar o representante legal.

PUNTOS CLAVE

- Los aspectos bioéticos con medicina crítica son sumamente importantes en la toma de decisiones
- El conocimiento de estos aspectos son importantes tanto para el paciente, médico y familia
- La aplicación del protocolo de limitación de esfuerzo terapéutica debe ser norma en todas las unidades de cuidados intensivos

REFERENCIAS

1. **Aristóteles:** *Ética nicomáquea: Política*. México: Editorial Porrúa, 1977.
2. **Brennan TA:** Ethics committees and decisions to limit care: The Experience of Massachusetts General Hospital. *JAMA* 1988;260-803.
3. **Brody H:** *Ethical decisions in medicine*. Boston: Little Brown, 1976.
4. **Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR:** *Critical care goals for intensive care*. 2ª ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1992.
5. **Durant W:** *The story of philosophy*. New York: Simon & Shuster, 1996.
6. **Grenvik A, Power DJ, Snyder JV et al.:** Cessation of therapy in terminal illness and brain death. *Crit. Care Med.* 1978;6:284.
7. **Orlowski J:** *Ethics in Critical Care Medicine*. University Publishing Group, Inc. Hagerstown, Maryland 1999.
8. **Knaus WA, Draper EA, Wagner DP et al.:** Apache II: A severity of disease classification system for acutely ill patients. *Crit. Care Med.* 1985;6:685.
9. **Knaus WA, Draper EA, Wagner DP et al.:** Prognosis in acute organ-system failure. *Ann Surg.* 1985;202:685.
10. **Margotta R:** *Historia de la Medicina*. Médico: Editorial Novaro, 1972.
11. **Raffin TA:** ICU survival of patients with systemic illness. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1989;140:28.
12. Society of Critical Care Medicine Ethics Task Force: Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life sustaining treatments. *Crit. Care Med.* 1989;17:589.