

Aspectos éticos en la Unidad de Cuidado Intensivo

*Álvaro Ruiz Morales**

La atención médica en las unidades de Cuidado Intensivo concentra la mayor cantidad de intervenciones y recursos tecnológicos posible. Esto significa también la concentración de la mayor cantidad de dificultades éticas en toma de decisiones, mucho más allá del uso o no de un método: intervenciones con implicaciones serias, repercusiones a largo plazo y decisiones urgentes, sin oportunidad de consulta o consentimiento.

La atención al paciente debe tener objetivos claros: ofrecer el cuidado más correcto y oportuno; guardar proporción con la enfermedad, con el pronóstico y con la comorbilidad existente. Y sobre todo, adecuarse todo lo posible a los deseos, expectativas y esperanzas del paciente, siempre en procura del mejor bienestar de él mismo y de sus familiares.

Una vez hecha la evaluación global de la situación de salud, debe decidirse si puede corregirse (eventualmente curarse) o si el pronóstico implica que no hay corrección posible. En este último caso, debe hacerse una segunda evaluación: si bien se considera que el pronóstico es malo, puede serlo a corto plazo (horas a días), a mediano plazo (días a semanas) o a largo plazo (meses o años). Hay claras implicaciones en las decisiones que puedan tomarse después de hecha esta clasificación.

Una vez evaluada la situación, debe tomarse las medidas necesarias para proveer el cuidado que corresponda, que puede ser administrado en diferentes entornos, dos de los cuales son los extremos opuestos en el espectro de utilización de recursos y tecnología, así como en los ambientes ofrecidos: en un extremo está el paciente en su hogar y familia, con un mínimo de invasión, intervenciones y modificaciones en sus hábitos. En el otro extremo está la Unidad de Cuidado Intensivo, con aislamiento relativo y enorme potencial de intervención.

RACIONALIDAD Y PROPORCIONALIDAD

La atención racional, integral y ética en Cuidado Intensivo necesita claridad conceptual en objetivos: una vez evaluada la situación global del paciente debe escogerse el nivel necesario, en el espectro anterior, para cumplir adecuadamente el plan de manejo. No cabe aquí concepciones simplistas, por ejemplo ante la muerte, de que la situación ideal es su ocurrencia en el hogar, rodeado de la familia; y que la situación opuesta, la muerte en Cuidado Intensivo, es inhumana, y degradante, que debe ser evitada a toda costa y contra la que hay que protegerse con anticipación.

Si bien debe respetarse las decisiones previas del paciente o su posición manifestada antes de la enfermedad, tenemos la responsabilidad de asegurarnos de que el público en general conoce las opciones, entiende que los recursos son el medio para ofrecer atención

racional y que los extremos mencionados no tienen correlación exacta con el pronóstico: vale decir, que mal pronóstico no significa prohibición de acción ni obligatoriedad de reclusión en casa, ni limitación en la utilización de recursos terapéuticos y tecnológicos.

Es nuestro deber garantizar a nuestros pacientes y a sus familiares que entendemos nuestro papel en el cuidado de la salud y que buscaremos siempre el uso racional, proporcionado y respetuoso de los recursos, en procura del mejor resultado para el paciente, cualquiera que deba ser: o vida con la mejor calidad posible o la muerte con la menor cantidad de dificultades, dolor y ansiedad posibles para él y para sus familiares.

Puede considerarse la situación realmente ideal: un paciente con una enfermedad de mal pronóstico a corto plazo, en quien se espera una muerte tranquila y sin accidentes (estados terminales de enfermedad metastásica múltiple en un sujeto desnutrido crónicamente). En este caso, la muerte será pacífica y podrá considerarse dejar al sujeto en casa, rodeado de su familia que podrá acompañarlo en una transición pacífica hacia su deceso.

Pero puede haber un caso diferente: un paciente con una neoplasia muy avanzada y que podrá originar accidentes (hemorragia por erosión gástrica o herniación por edema cerebral). La muerte se acerca, pero no va a ser pacífica: habrá dolor, hematemesis, vómito, broncoaspiración, asfixia, intentos desesperados por respirar, por recuperar el aliento o peticiones angustiosas de solución al dolor o a la ansiedad.

En este caso, a pesar del mal pronóstico a corto plazo y aunque pueda parecer inicialmente desproporcionado, este paciente se beneficiará si se le hospitaliza. Puede incluso estar aún mejor en una Unidad de Cuidado Intensivo, en la que se pueda suprimir por completo su dolor, mitigar su sufrimiento y evitar o controlar los accidentes como hemorragia y broncoaspiración. El paciente puede estar sedado y eventualmente relajado y ventilado. Y puede estar acompañado por sus seres queridos, que sabrán su próximo deceso pero verán una muerte pacífica, tranquila y sin angustia. Debe recordarse que una de las principales preocupaciones de los familiares es el sufrimiento, dolor o angustia del paciente.

También está, por supuesto, la situación aberrante del paciente en quien se conoce mal pronóstico a corto plazo, que sufre el encarnizamiento tecnológico: se confunde el proceso natural esperable de la muerte con una emergencia que debe corregirse.

Ante un sujeto con una enfermedad terminal, sin esperanzas de mejoría a corto plazo y con serio compromiso en sus funciones de relación, cualquier complicación debe ser tomada como una etapa natural de la enfermedad. Infección intercurrente, sangrado masivo gastrointestinal, herniación o tromboembolismo pulmonar son métodos de la naturaleza para la terminación de una vida ya seriamente comprometida. En estos casos, la comprensión de nuestra incapacidad como médicos para mejorar o corregir la situación de base debe llevarnos a no buscar mejoría en la cantidad de vida sino a ofrecer la mejor calidad de muerte posible.

Y debe estar claro en la mente del equipo médico que cuando no está indicado un procedimiento o una intervención, está indicado no realizarlos. La muerte puede llegar sin

reanimación cardiovascular, sin intubación orotraqueal o sin masaje cardíaco ni medicamentos heroicos, o simples pero desproporcionados en relación a la situación, ya científicamente evaluada, del sujeto. Aunque en tono jocoso, la afirmación anecdótica de un médico ante un caso de reanimación innecesaria nos enseña una lección interesante: debemos distinguir entre un paro y una defunción.

Muchas de las dificultades éticas que se presentan en Cuidado Intensivo se originan en fallas de comunicación. Bien porque el paciente no tuvo suficiente intercambio con su familia con respecto a sus expectativas y posición frente a la enfermedad terminal, a las intervenciones médicas y a decisiones en relación con la etapa final de su vida; bien porque no hay comunicación adecuada entre el médico y el paciente, no hay explicación clara de su situación y pronóstico, de las posibilidades que se presentarán o de las opciones existentes; bien porque el médico no dialoga adecuadamente con la familia de su paciente y no los informa de manera adecuada y completa sobre lo que ocurre. O bien porque entre los familiares hay brechas de comunicación, desconfianza o resquemores.

Muchos otros aspectos de la atención en Cuidado Intensivo se prestan particularmente a dificultades. Se pueden enumerar brevemente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El derecho inalienable de cualquier sujeto a que se le informe de manera completa, clara y sincera con el propósito de facilitarle la toma de decisiones en relación a su salud. Con frecuencia se le confunde con la firma de un documento de autorización para un procedimiento, cuando éste no es más que el resultado parcial de un proceso de comunicación. En muchos casos se da información incompleta, incomprensible, sesgada o simplemente se la omite.

CONFIDENCIALIDAD

La obligación de respeto a las decisiones del paciente, por parte del equipo de salud, en relación a la información sobre su estado de salud y decisiones se ve amenazada con alguna frecuencia por aspectos organizativos (pagadores que solicitan información), familiares (preocupación por la salud del paciente o de sus seres cercanos), epidemiológicos (riesgo de contagio o de factores de riesgo ambientales) o sociales (la enfermedad o su mal control implican riesgo a otros).

INFORMACIÓN VERAZ

Otro aspecto como la información al paciente sobre su estado (cuándo y cómo informar, cuánto decir y a quiénes), debe ser tratado seriamente y con profesionalismo: no se duda en la actualidad sobre el derecho del paciente a conocer su estado y a tener información completa para la toma de decisiones. Los matices necesarios, que deben evaluarse con

precaución, se refieren a cuánto decir, en qué condiciones, a quiénes y cómo manejar decisiones anteriores o reportes de la familia sobre posiciones supuestas previas del paciente. Uno de los aspectos más importantes radica en la necesidad imperiosa de educación al médico en la comunicación de información sensible. Con frecuencia se omite la información o se da de manera inapropiada por falta de formación, o de experiencia del profesional, por falta de seguridad o por desconocimiento de los principios elementales en la comunicación de malas noticias.

CONCLUSIÓN

El ejercicio del Cuidado Intensivo requiere un enfoque integral al paciente, con respeto por su integridad, por sus decisiones y con el serio compromiso por la búsqueda de su bienestar mediante el uso racional de los recursos que sean necesarios para lograrlo, siempre en un marco de respeto y proporcionalidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Stewart M.A. *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. CMAJ 1995;152:1423-33.
2. Cassileth B.R., Zupkis R.V., Sutton-Smith K., *et al*. *Information and participation preferences among cancer patients*. Ann Intern Med 1980;92:832-6.
3. Ende J., Kazis L., Ash A., *et al*. *Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients*. J Gen Intern Med 1989;4:23-30.
4. Waterworth S., Luker K.A. *Reluctant collaborators: Do patients want to be involved in decisions concerning care?* J Adv Nurs 1990;15:971-6.
5. Emanuel E.J., Emanuel LL. *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 1992;267:2221-6.
6. World Medical Association. *International code of medical ethics (1949)*. In: *Encyclopedia of bioethics*. New York: Free Press, 1978:1749-50.
7. Canadian Medical Association. *Code of ethics*. CMAJ 1996;155:1176A-B.
8. Canadian Medical Association. *The medical record: confidentiality, access and disclosure [position statement]*. CMAJ 1992;147:1860A.
9. Strull W.M., Lo B., Charles G. *Do patients want to participate in medical decision making?* JAMA 1984;252:2990-4.
10. Dawes P.J.D., Davison P. *Informed consent: What do patients want to know?* J R Soc Med 1994; 87: 149-52.
11. Gates R.A., Weaver M.J., Gates R.H. *Patient acceptance of an information sheet about cardiopulmonary resuscitation options*. J Gen Intern Med 1993; 8: 679-82.