

BIOÉTICA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BIOETHICS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Dr. Luis Alberto Picard-Amí, BSc, M.D., A.P.M.C.

*Catedrático de Ética Médica e Historia de la Medicina, Profesor Clínico de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Panamá*

RESUMEN

La Unidad de Cuidados Intensivos surge de la necesidad de proveer una atención más esmerada y eficaz a aquellas personas en las cuales peligra la vida. Debido a los límites nebulosos entre la vida y la muerte que han creado los avances en las intervenciones biomédicas, esta unidad puede ser un ejemplo del manejo humanístico en su mejor expresión o en la peor. El personal de esta unidad tiende a estar compuesto por personas orientadas a la acción y la parte psicológica tiende a ser secundaria o más bien un estorbo, tornándose fácilmente en un lugar impersonal y deshumanizado.

Palabras Clave: Unidad de Cuidados Intensivos, bioética, consentimiento informado

ABSTRACT

The Intensive Care Unit arise from the necessity to provide a more careful and effective attention to people with their life in danger. Due to the cloudy limits between life and death that have created by the advances in the biomedical interventions, this unit can be an example of the humanistic care in its better expression or in the worse one. The staff of this unit tends to be made up of people oriented to the action and the psychological part rather tends to be secondary or a hindrance, becoming easily an impersonal and dehumanized place.

Key Words: Intensive Care Unit, bioethics, informed consent

Difícilmente se encuentra un ámbito de acción en donde se susciten más problemas (y a veces dilemas) que en el recinto de cuidados intensivos. Los cuidados intensivos surgen de la necesidad de proveer una atención más esmerada y eficaz en aquellas personas en las cuales peligra la vida.¹

De acuerdo con una de nuestras fuentes de opiniones, puede ser un ejemplo del manejo humanístico en su mejor expresión o en la peor.^{2,3} Esto es así porque la biomedicina ha multiplicado el tipo de intervenciones a un nivel no soñado en un pasado no muy distante. Ha creado, en cierto sentido, unos límites nebulosos o imprecisos respecto al concepto de vida o muerte; ejemplo de ello sería la muerte cerebral aún cuando persisten, si bien artificialmente, las funciones cardio-respiratorias. Peor aún, tienden a propiciar expectativas no realísticas especialmente en los familiares o el público en general.⁴

Comenzaremos por comentar el ambiente físico de las unidades de cuidados intensivos.⁵ Tienden a percibirse por el paciente como un recinto lúgubre y hostil; la luz artificial fluorescente borra la noción del día y la noche, muchas no tienen ventanas. Los aparatos que monitorizan las funciones vitales, con su constante "clic, clic" o de repente un timbrazo y trazados ininteligibles en las pantallas han sido descritas como el gabinete del Dr. Frankenstein por algunos. Las visitas son limitadas, las

explicaciones son parcas o casi ausentes, el paciente se siente aislado del mundo y no en pocas ocasiones, cuando son intubados, la capacidad de comunicarse es nula; la angustia y la depresión son la regla y no la excepción. A veces, ven a otros morir con el consecuente efecto.

Con todo el respeto que se merece el personal de cuidados intensivos, muy dedicado por cierto y con un alto índice de desgaste, tienden a ser personas orientadas a la acción; la parte psicológica es secundaria y más bien un estorbo. A menos que se presente un delirio o conducta expresa anormal, el estado anímico se ignora.

La verdad es que una psicoterapia de apoyo no es cosa fácil. Es un arte que pocos dominan o quizás ni les importe (experiencia personal como psiquiatra en más de 45 años de ejercicio). Le compete desde luego al médico de cabecera proporcionar la información adecuada. En situaciones especiales, se puede utilizar el recurso de reservas mentales, pero no hay una excusa desde el punto ético para ignorar o trivializar la preocupación del paciente.

En resumen, la unidad de cuidados intensivos fácilmente se torna en lugar impersonal y deshumanizado. El estado de "desgaste" del personal de salud (ya mencionado) es más alto de lo que se reconoce.⁶

En segundo lugar deseamos abordar el problema vivencial que puede experimentar el médico (o el equipo de salud) ante un paciente terminal, con una enfermedad catastrófica y mantenido “vivo” artificialmente.⁶

Se ha señalado que los estudios de medicina no nos preparan bien para ayudar a un paciente a completar su ciclo de vida, que incluye, desde luego, la muerte; pone a prueba nuestros sentimientos de omnipotencia, nos recuerda que nosotros mismos somos mortales, nos hace sentir impotentes y algunos colegas llegan a sentirse inconscientemente culpables ante una “imaginaria” falla en sus conocimientos y capacidades. En este último renglón, los abogados que amparan la *malpraxis* empeoran la situación. Para estos últimos, la llamada *ignorancia invencible* no existe.

Como resultado de lo anteriormente expuesto se introducen toda clase de mecanismos de defensa conscientes o inconscientes que incluyen excesos de pruebas de laboratorio o tratamientos inútiles, pero que dan la sensación de que todavía tenemos las cosas bajo control y que otras personas incorrectamente lo llamen *ensañamiento terapéutico*.^{6,7}

El diccionario de la Real Academia Española de la lengua nos da a entender que ensañarse es el deleitarse con el mayor dolor y sufrimiento ajeno. No creemos que los médicos hagan esto a propósito. Yo aceptaría la situación como “empecinamiento terapéutico”.

Otros mecanismos son la negación de lo inevitable, olvidos en las visitas y, en el peor de los casos, una total despersonalización del paciente, que ya no es un individuo, sino una cama o una enfermedad en particular, lo que demuestra más deshumanización (no como sinónimo de tratamiento inhumano, sino impersonal y mecánico).^{6,8}

Es imperante que se obtenga, hasta donde sea posible, el poder distinguir entre *medidas ordinarias y medidas extraordinarias*.¹ Las primeras, que van dirigidas a proporcionar un alivio, independientemente del pronóstico, son obligatorias. Las segundas son opcionales, debe ponderarse su utilidad y evitar la *distanasia* (o sufrimiento innecesario que no prolonga la vida sino más bien el sufrimiento e impide una muerte con dignidad o la *ortotanasia*).^{9,10} Por cierto, creemos que *distanasia* es la apelación correcta y no el término peyorativo *ensañamiento terapéutico*, ya antes mencionado. Lo que si es aceptable es el concepto del *doble efecto*, que se refiere al hecho de que una medida paliativa contra el dolor o la depresión pueda ocasionar consecuencias

funestas. Éticamente esto es aceptable si es un efecto colateral y de ninguna manera intencional.

No siempre es fácil determinar cual es una medida ordinaria y cual es una extraordinaria. Para nosotros, las medidas ordinarias incluyen control del dolor, de la angustia, de la depresión, de la anorexia o de la disnea, pero los criterios pueden variar por la época o el lugar.¹¹ Para varias autoridades la hidratación, alimentación por un tubo nasogástrico o el simple oxígeno es controversial. Desde luego que un respirador o la hiperalimentación si son extraordinarias.¹²

Más difícil es decidir la interrupción de las medidas extraordinarias, por justificado que sea esto éticamente; pues, aunque el paciente fallece por la dolencia o enfermedad de fondo, la interrupción resulta en su deceso. Esto ha sido apodado *eutanasia pasiva*.¹¹ Igualmente controversial puede tornarse la orden de no resucitar. Un comité de Bioética Hospitalaria es esencial para asesorarnos en estos casos.¹³⁻¹⁵

Más recientemente se ha tornado en sujeto de polémicas “encontradas” en la bioética la *eutanasia activa*, a la cual nos oponemos por no considerarla la medida más adecuada, aumentando el problema vivencial del médico.^{6,11}

Otro tema más peliagudo es el que respecta al *consentimiento informado*.^{16,17}

Debemos citar al insigne bioeticista Diego Gracia que desde la perspectiva del principalismo (mantra de los norteamericanos) el enfermo actúa por el principio moral de *autonomía*, el médico por el de *beneficencia* (y desde luego no maledicencia) y la sociedad, elemento importante que comentaremos más tarde, por el principio de *justicia*.^{17,18} Fácilmente estos tres elementos producen conflictos bioéticos adicionales en la unidad de cuidados intensivos.¹⁹

El principio de autonomía está íntimamente ligado al *consentimiento informado*.¹¹ Este último, llevado a cabo plenamente, requiere una explicación adecuada al nivel intelectual, emocional y cultural del paciente. Hay que señalar que beneficios se esperan, cuales son los riesgos, las alternativas (aunque uno no este de acuerdo con ellos) y, por fin, cual sería el curso probable de la dolencia si no se hace nada. Es fácil deducir que estos requisitos son difíciles de lograrse en condiciones de urgencia cuando el tiempo apremia.

Antaño (así nos lo enseñaron a nosotros), en un caso de duda el médico podría “presumir” que una persona “normal” escogería lo que sería mejor. A esto hoy le

llaman *paternalismo médico* y se ve como reprochable.¹⁴ Peor aún, se corre el peligro de una demanda por *malpraxis*.²⁰

La verdad es que el paciente es siempre el necesitado, y con frecuencia incapaz de hacer una decisión realmente madura y racional. La revista *Psychiatric Annals*, en su entrega de febrero de 2001, le dedica el número entero a las contribuciones que la Psiquiatría puede proporcionar a la Bioética.²¹ No es nada raro que un paciente niegue su consentimiento por razones realmente ajenas al procedimiento, como la falla en la comunicación o una respuesta casi infantil, así como algunas otras.

Por cierto, la decisión del paciente debe respetarse, pero no creemos que una negación nos desliga de esfuerzos por convencer (no forzar) al cliente a escoger lo que más le conviene.²² La intervención de un Psiquiatra de enlace debiese ser frecuente.

El paciente obnubilado o comatoso presenta otro problema. Le corresponde al pariente más cercano decidir. ¿Como sabemos que esa decisión es también racional o siquiera altruista?

Ojalá contásemos con un *Documento sobre las Voluntades Anticipadas* (el "Living Will" de los sajones) y de preferencia notariado.²³ Sin embargo, por ahí leímos una vez que si las condiciones cambian científicamente, el documento se puede cuestionar legalmente.

El bioeticista James Drane nos dice que la ética médica europea presta más atención a las consideraciones sobre las *virtudes* (Ética de las Virtudes) y está menos sujeta a los principios de Beauchamp y Childress.¹⁵ También quisiéramos que se explorara más la ética del *Cuidado Solicito* y de la *Casuística*. El Dr. Mainietti prefiere el llamado *Protocolo de Borham* en el que se presta menos atención a la autonomía.¹⁴

El que escribe tiene muchas reservas acerca de un posible nuevo *Imperialismo Médico Yankee* concerniente a la autonomía. Aunque no nos atrevemos, por no considerarnos calificados para dar una opinión categórica, es una situación muy delicada y controvertida y solo aspiramos despertar inquietudes.

Por último, es necesario mencionar, aunque sea superficialmente, que pueden surgir problemas éticos respecto a una distribución adecuada y equitativa de los recursos de salud en una unidad de cuidados intensivos. Un tratamiento muy costoso, al nivel privado, puede estar accesible a unos pocos. Al nivel estatal, la institución de ciertos procedimientos muy especializados puede

restarle fondos a programas de salud más básicos y que afectan a la población general.²⁴ ¿Si se satura el servicio, es aceptable recurrir al famoso "triage" practicado en un campo de batalla?

En la unidad de cuidados intensivos no es raro que, de una forma u otra, se tome la decisión de quién es el recipiente de un órgano que va a ser transplantado.^{25,26} Le corresponde esto al más necesitado, al que ha estado esperando por más tiempo o bien, como ocurre en más de una ocasión, a la persona más cercana y más fácil de transplantar. Conocemos casos en el cual el recipiente con el mayor atributo es ser alguien prominente o importante. ¿Es esto justo?

En justicia, debemos señalar que, desde que preparamos inicialmente este artículo y su presentación en una Mesa Redonda en México, hemos visto muchos cambios positivos, primordialmente en el ambiente físico, pero también una actitud más humanitaria en el personal.

Se maneja mucho mejor el dolor, pero el estado anímico es harina de otro costal y no se le da la importancia "profesional" que creemos se merece. En este último renglón, los intensivistas, personas que merecen todo respeto y admiración por su gran dedicación a su trabajo, no se diferencian mucho del resto de la Medicina Moderna, cosa que ya dijimos. Todavía el esfuerzo mayor es dirigido a la patología biológica (lo cual es correcto, pero no se debe descuidar el aspecto psicológico y social). Esto es un tema de la Bioética.

Desafortunadamente, los cambios progresistas no han sido uniformes y el público nos sigue acusando de que, por razones primordialmente de lucro, prolongamos el sufrimiento del paciente terminal con tratamientos inútiles y no desarrollamos mejor los cuidados paliativos. Trabajo porque todavía amamos a nuestra profesión y quisiéramos que continuara siendo un apostolado. Nos atrevemos a adentrarnos en un tema delicado y que probablemente no nos traiga más amigos. Esta experiencia ya la tuvimos en México en un Congreso de Bioética.

Para finalizar, deseamos citar parcialmente al poeta y teólogo inglés del siglo XVII John Donne: "Nunca preguntes por quien doblan las campanas, están doblando por ti".

REFERENCIAS

1. León A. El Médico ante las Emergencias y su Responsabilidad, Ética en Medicina. Editorial Científico-Médica-1973-Barcelona Madrid-México. pp 126-7.
2. Hollender MH. The Doctor – Patient Relationship. The Psychology of Medical Practice. W.B. Saunders Co., Philadelphia 1958. pp 5-33.

3. Hackett T, Cassen NH. The Psychology of Intensive Care and their Management. *Psychiatric Medicine. The America College of Psychiatrists* – Brunner / Mazel – New York 1977. pp 228-58.
4. Rovaletti ML. Más allá de la enfermedad: Las Prerrogativas de la Biomedicina Actual. *Acta Bioética* 2000- Año VI – No 2. pp 311-9.
5. Cassen NH, Hackett TP. The Setting of Intensive Care Units. *Handbook of General Hospital Psychiatric. Massachusetts General Hospital – Second Edition* – P.S.S. Publishing CO, Inc. Littleton, Mass, 1987.
6. Group for the Advancement of Psychiatry. *Death and Dying: Attitudes of Patient and Doctor – Symposium No. 11 June, 1962 to October, 1965.* New York, New York.
7. Alvarado Morales N. El Ensañamiento Terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Memoria Bioética, 2001- Comisión Nacional de Bioética – México 2000.* pp 677-80.
8. Kübler-Ross E. *On Death and Dying.* McMillan Publishing Co., Inc. New York, 1969.
9. Van Leeuwen E, Kimsma G. Problems Involved in the Moral Justification of Medical Assistance in Dying. *Medical Ethics at the Dawn of the 21st Century – Annals of the New York Academy of Science 2000.* Vol. 913.
10. Alcantar Enriquez J. Bioética de las unidades de Cuidados Intensivos y de los Recursos Paliativos del Enfermo Terminal. *Memoria, Bioética 2001. Comisión Nacional de Bioética- México 2000.*
11. Picard-Amí L. Eutanasia, Enfermedad Catastrófica y el Paciente Moribundo. Leído ante la Academia Panameña de Medicina y Cirugía en Septiembre del 2001. Aceptado para su publicación en la Revista Médica de Panamá.
12. Shannon TA, Walter JJ. *The P.V.S. Patient and the Forgoing / Withdrawing of Medical Nutrition and Hydration.* *Bioethics Fourth Edition* – edited by Thomas A. Shannon – Paulist Press, New Jersey – 1993.
13. Gracia D. *La Ética de los Comités de Ética. Bioética Clínica. Ética y Vida. Vol II – Editora Bus – Bogotá 1998.*
14. Tealdi JC, Mainetti. *Los Comités Hospitalarios de Bioética. Bioética. Temas y Perspectivas.* O.P.S. Publicación Científica No. 527 Washington, D.C., 1990.
15. Drane J. *Métodos de la Ética Clínica.* Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108.
16. Chapman CB. *From Tomas Percival to Informed Consent Physicians.* *Law and Ethics.* New York University Press 1984. pp 75-101.
17. Reich WT. *Clinical Aspects of Present in Health Care. Autonomy & Bioethics.* *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition 1995.*
18. García D. *La Bioética Médica. Bioética, Temas y Perspectivas.* Publicación Científica No. 527. O.P.S. / O.M.S. Washington, D.C.- Re-impresión 1999.
19. Kotlow M. *Principios de Bioética: Principalismo.* Introducción a la Bioética. Editorial Universitaria. Universidad de Chile. Santiago Chile 1995. O.P.S. pp 72-4.
20. Fawcett J. *Medical Ethics in a Litigious Climate.* *Psychiatric Annuals* Vol 31, No. 2- Febrero 2001. p 79.
21. Wallwork E. *What psychiatry can offer. Ethics: psychodynamic Contributions.* pp 105-12.
22. Serrao D. *El Testamento Vital no debe respetarse cuando haya una terapia que salva vida.* Opinión presentada en el Congreso Mundial de Bioética. Gijón – Europa.
23. Royers A. (Coordinador). *Documento sobre las Voluntades Anticipadas.* Observatorio de Bioética y Pret Parc Cientific de Barcelona 2001.
24. Velez Conca LA. *Distribución y Racionalización de los Servicios de Salud. Ética Médica.* O.P.S. –B.I.D- Universidad de Antioquia. Colombia 1987. pp 195-204.
25. Dubler N, Nimmons D. *Reinventing Death: Who gets the Kidneys.* *Ethics on Call.* Harmony Books. New York –1992.
26. Chapman CB. *The Future: Ethical Profession or Politicized Industry.* New York University Press 1984. pp 125-43.



**Cardiólogos
Asociados
de Panamá**

¡médicos de corazón!

Consultorios Médicos Paitilla, Piso 6

Apdo. 0816-02351, Panamá
Tel. (507) 269-0566 / 5222
Fax (507) 269-4068
Mensajes 811

e-mail info@cardiologos.com
internet www.cardiologos.com

**Cardiología Clínica e Intervencionista,
Ecocardiografía y Cardiología Pediátrica.**

El equipo que le atenderá,

Dr. Percy Nuñez J.	Dr. Daniel R. Pichel
Dr. Jorge Motta B.	Dr. Norberto J. Calzada
Dr. J. Alberto Arrocha	Dr. Sergio T. Solís D.
Dr. Antonio J. Rodríguez	Dr. Miguel De La Rosa M.