

ASPECTOS ÉTICOS-BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

Al analizar los aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente crítico deben considerarse sus elementos fundamentales, los cuales desarrollaremos a continuación.

DESARROLLO DE LA ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA

La bioética está estrechamente ligada a la profesión médica; desde sus principios es parte indisoluble del actuar de los dedicados a este fin, tiene sus raíces en el juramento hipocrático que devino con ulterioridad en otros juramentos, reglamentaciones y principios que establecen normas de conducta.

La bioética no es una nueva disciplina tecnocientífica ni una nueva ética de la vida. Va desde la deontología y ética médicas, centradas en problemas a menudo próximos a la filosofía de los derechos del hombre, a la ecoética o ética ambiental, centrada en la solidaridad antropocósmica y próxima a la filosofía de la naturaleza, atenta a las dimensiones ecoevolucionistas. Incluye los problemas de la tecnociencia biomédica, la ética, la deontología, cuestiones relativas a la manipulación (biotecnológica, ingeniería genética), la preservación de especies vegetales y animales, así como cuestiones relativas a la gestión de la biosfera.

La ética médica ha ido cambiando con el tiempo y los conflictos o dilemas en la práctica médica se han incrementado con el avance tecnológico vertiginoso acontecido en ese campo.

Algunos dilemas actuales son: hasta qué punto se puede categorizar que una persona está muerta, si con el apoyo de aparataje se puede perpetuar la vida; la aceptación de la transplantología en los diferentes sectores sociales y en la familia del difunto, la experimentación genética con obtención de bebés probetas, inseminación in vitro o bancos de órganos que solo son posibles a través de la tecnociencia y están en contra de las leyes que rigen la naturaleza humana hasta ahora concebidas (símbolos); la armonía que debe existir entre lo simbólico y la tecnociencia.

Son importantes en el análisis de la ética médica, el Juramento de Fidelidad Profesional adoptado por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial establecido en Ginebra (1948) y enmendado por la XXII Asamblea Médica Mundial en Sydney (1968), así como el Código de Ética Médica adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres (1949) y enmendado por la XXII Asamblea Médica Mundial de Sydney (1968) y la XXXV Asamblea Médica Mundial de Venecia (1983). En

todos estos documentos se expresan los deberes de consagración médica, las características que deben primar en el ejercicio de la profesión, así como las conductas censurables por ser antiéticas.

El Tribunal Internacional de Nuremberg, en 1947, analizó pormenorizadamente la ética, con énfasis en la experimentación en las Ciencias Médicas. Los derechos del paciente quedan bien establecidos en la Declaración de Lisboa adoptada por la XXXIV Asamblea Médica Mundial celebrada en Portugal (1981). Otros aspectos importantes sobre la evolución de la ética médica son los enunciados en casos de catástrofes, la declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el proyecto Genoma Humano (44 Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, 1992), sobre el maltrato y abandono del niño (XXXVI Asamblea Médica Mundial, Singapur, 1984), sobre las personas en huelga de hambre (430 Asamblea Médica Mundial, Malta, 1991 y la 440 de Marbella, 1992).

Concediendo la máxima importancia al análisis de aspectos bioéticos se realizó la 93 Conferencia Interparlamentaria de Madrid (1995), donde se adoptó la bioética como un reto internacional para proteger los derechos humanos.

La Asociación Médica Mundial (AMM) en su 46 Asamblea General celebrada en Estocolmo (1994), aprobó mantener las más altas normas de ética médica planteadas en sus declaraciones y exhortó a los médicos a reafirmar sus actividades profesionales y respetar escrupulosamente los principios enunciados. Todo lo antes expuesto evidencia la importancia concedida, a la ética-bioética, en la medicina, por sus profesionales.

ASPECTOS ÉTICOS-BIOÉTICOS DE LA GRAVEDAD Y LA MUERTE

El desarrollo científico-técnico de la sociedad actual, en los albores del siglo XXI, motivó el surgimiento de los cuidados de pacientes graves en servicios especializados de terapia con la recuperación de casos que antes fallecían, la prolongación de la vida en regímenes artificiales, la trasplantología y la donación de órganos, etc, han revolucionado los conceptos hasta ahora concebidos de gravedad y muerte y han generado nuevos problemas éticos que implican una nueva concepción de estos procesos.

La gravedad es un proceso en el cual la persona (paciente) necesita recursos sin los cuales puede fallecer; puede ser reversible o irreversible, comprende entidades noseológicas curables aunque no en todos los casos, al final el paciente puede estar vivo, con secuelas o no, o fallecido.

Hasta qué punto es reversible la gravedad y hasta qué punto el actuar médico puede influir en esa reversibilidad y en el desenlace de un enfermo, son hoy problemas bioéticos devenidos por el avance de la tecnología aplicable a pacientes críticos.

La gravedad es irreversible cuando los pacientes presentan enfermedades que, bien sea por su evolución o por las complicaciones surgidas al aplicar puntajes pronósticos, implican evolución final letal o cuando sin aplicar scores se infiere, por el compromiso de funciones vitales o el cuadro general, un pronóstico reservado.

Los factores predictivos permiten estratificar pacientes por grupos de riesgo, sobre la base de la mortalidad, secuelas discapacitantes y grados de recuperabilidad. Diferentes

sistemas de clasificación pronóstica como el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) y muchos otros, se emplean en las unidades de Terapia Intensiva para el seguimiento de pacientes en estadio crítico. Desde el punto de vista ético, permiten establecer con rigor científico, la magnitud de la gravedad y establecer pronósticos desde el ingreso y durante el curso de la enfermedad, con la focalización de recursos, según las necesidades.

Según la Comisión Estadística de las Naciones Unidas, la defunción es la cesación permanente de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento y la mortalidad es la acción de la muerte sobre la población.

La muerte constituye un suceso biológico, pero también social, de aquí que el acontecimiento esté estrechamente vinculado a problemas éticos.

Según nuestra práctica médica, solo existe una muerte, el término de muerte encefálica resulta ambiguo, pues la pérdida de las funciones de integración que permiten regir la conducta, según la concepción humana, hacen que la llamada muerte encefálica sea muerte y el actuar del médico está regido por los principios éticos de salvar la vida y mantenerla.

ÉTICA-BIOÉTICA EN UNIDADES DE CUIDADOS PROGRESIVOS

La medicina crítica o intensiva se dedica a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida y requieren de personal altamente calificado, diseño de unidades y equipamiento específico.

El 16 de junio de 1998 se rubricó la Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos en el Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos, donde los derechos del paciente ingresado constituyen la columna vertebral del documento.

Los objetivos de la medicina crítica son: salvar o prolongar la vida, aliviar el sufrimiento, evitar daños que puedan producirse en el curso de los cuidados, restituir la salud, o sea, la recuperación total del enfermo, pero en ocasiones se logra solo parcialmente o no se logra.

La declaración citada tiene como fundamento el estatuto 5 de la Constitución de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva, aprobada en la asamblea de Washington DC, (1991), así como en el numeral 3 del capítulo 1 de los estatutos de la FEPIMCTI, aprobados en la Asamblea de Buenos Aires (1983) en los que se establece el logro de altos estándares de la práctica de cuidados intensivos sin dudar que la cabal incorporación del componente ético en el quehacer del intensivista es indispensable para alcanzarlo.

Los derechos de los pacientes críticamente enfermos establecidos en esa declaración son:

- Recibir cuidado especializado para minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados.*

- *Obtener de sus médicos información acerca de su condición, o al menos parte de ella, cuando por razones de orden médico no sea recomendable ofrecerla toda.*
- *Negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la ley.*
- *Recibir las mejores facilidades disponibles cuando tenga que ser trasladado.*
- *Recibir asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo.*
- *Confidencialidad de la información respecto a su enfermedad.*
- *Ser atendido en forma personalizada y recibir trato respetuoso en su relación con los médicos y enfermeras.*

BIOÉTICA Y ENSAYOS CLÍNICOS

Los ensayos clínicos en la actualidad se realizan con mayor frecuencia de forma general en todo el ámbito médico, pero esto adquiere carácter relevante en los pacientes críticos, pues se trata de contar con potenciales no existentes para combatir enfermedades de elevada letalidad y que, de ser satisfactorios los resultados, pueden evitar la muerte del enfermo.

En 1885, Louis Pasteur practicó la primera vacunación a Joseph Meisten quien había sido mordido por un perro rabioso, desde esta época, el deseo de experimentar con seres humanos para conocer y confirmar el efecto terapéutico de nuevos medios fue recurrente.

La industria farmacéutica después de la II Guerra Mundial, trajo enormes beneficios a la humanidad con la cura de enfermedades irremediables hasta entonces, esto vino aparejado al desarrollo de equipamiento y métodos de diagnóstico de enfermedades hereditarias. El primer gran problema ético surge en la década de los 60 con la epidemia de focomelia atribuida al uso de talidomida en mujeres embarazadas de Europa y otras regiones, lo cual generó gran preocupación por la seguridad de los medicamentos y se establecieron regulaciones éticas internacionales.

Desde el punto de vista bioético, es inminente considerar la relación riesgo-beneficio al experimentar con seres humanos. Deben tenerse en cuenta los principios básicos de autonomía (PA) y el de hacer el bien (PB). Toda experimentación médica pretende un resultado de bienestar, mejorar la calidad de los servicios en aras de la salud del paciente, lo cual puede ir desde el ensayo clínico de un fármaco hasta la clonación. Pero también es un riesgo por los efectos negativos, deletéreos que puede traer la innovación, invención o nuevas prácticas para personas susceptibles de la experimentación.

El Código de Nuremberg en 1947, basado en las revelaciones de las prácticas de ensayos clínicos nazis en las que se cometieron horribles crímenes, estableció el inicio de una nueva ética que además de exigir el consentimiento voluntario del sujeto humano, exige la obligatoriedad de prerequisites científicos para realizar los citados ensayos.

En 1964, la I Declaración de Helsinki, recogió las recomendaciones del Código de Nuremberg y proclamó nuevos cambios. Estableció una distinción clara entre la investigación con fines esencialmente de diagnósticos o terapéuticos respecto al paciente y otra cuyo objeto esencial es puramente científico y sin aquella finalidad.

En cuanto a la protección de las personas, se plantean aspectos significativos en los ensayos clínicos: los intereses del sujeto deben estar siempre delante de los de la ciencia y la sociedad, el consentimiento del sujeto con plenas facultades físicas y psíquicas debe ser libre y claro, en caso de situación de dependencia, se deben tener precauciones especiales.

El carácter estrictamente ético de los ensayos clínicos fue acentuado en 1981 en la Declaración de Manila, elaborada por la OMS y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, donde se estableció que el consentimiento claro constituye una salvaguarda para el sujeto. Se exigió la formación de comités de revisión y ética constituidos por profesionales no vinculados a los investigadores de los proyectos ni a las instituciones.

El artículo 19 del código de Deontología Médica (1979) expresa que el empleo en un enfermo de una terapéutica nueva puede contemplarse solo después de estudios biológicos adecuados, bajo vigilancia estricta y si puede representar un interés directo para la persona. Para el consentimiento informado y los objetivos de los comités institucionales de revisión la Food and Drug Administration (FDA) ha descrito aspectos como:

- El sujeto debe comprender la información: se le explicará detalladamente en qué consiste el experimento de forma que lo comprenda e interiorice.*
- Dar tiempo suficiente para analizarla: que llegue a conclusiones no apresuradas de lo que quiere realmente hacer.*
- Explicarle detalladamente procedimientos investigativos utilizados, beneficios, riesgos y alternativas terapéuticas: las variantes existentes en el tratamiento de la afección en cuestión para la que se está realizando el ensayo, lo que puede esperar en la evolución con las diferentes alternativas y las posibles complicaciones del ensayo.*

En los años 70 surgen las organizaciones de investigación por contrato (CRO) que en la década de los 90 se convierten en evaluadores de los nuevos productos a registrar y comercializar.

En la actualidad existen más de 450 instituciones en EE.UU. y Europa. En Cuba esta labor la realiza el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC).

ÉTICA-BIOÉTICA E INFORMACIÓN

La problemática de la información está dada por dos aspectos: la interpretación de la información que llega al personal médico a través de la tecnología y la información que se trasmite en las relaciones interpersonales.

En el primer caso, el cúmulo de información proveniente de equipamiento, como parámetros de ventilación, monitorización, exámenes complementarios, etcétera, constituyen un flujo informático sobre el enfermo que, en condiciones de paciente crítico, determina las conductas médicas.

En el segundo tópico, la información constituye uno de los principales problemas éticos en pacientes críticos, no puede ser esquemática, para todos por igual, pues la interiorización de la verdad no es igual para todas las personas y si bien el derecho a ella

es parte de lo establecido, la aceptación y forma de comunicación difiere de un paciente o familiar(es) a otro(s).

La información comprende la realizada al enfermo y al familiar.

En nuestro país, la creación y funcionamiento de los Comités de Ética en los diferentes centros asistenciales permiten canalizar estos problemas y la supervisión rutinaria para evitar que estos ocurran.

ASPECTOS ÉTICOS–BIOÉTICOS RELEVANTES EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÍTICOS

Los cambios operados en los últimos años para prolongar la vida que incluyen tecnología sofisticada y arsenal terapéutico de punta generan dilemas en la práctica médica diaria en Cuidados Intensivos: reanimar o no a un paciente en estadio terminal, aplicar soporte ventilatorio, hemodinámico o de otro tipo al que por su enfermedad de base se infiera tendrá una evolución tórpida, hasta qué punto hay certeza de evolución con desenlace fatal, si se aplica soporte de inicio, cuándo retirarlo, se está salvando o prolongando la agonía, qué pacientes deben ser admitidos en UTI, deben aplicarse medicamentos y proceder de elevado costo en estadios finales de enfermedades avanzadas, qué posición adoptar ante la muerte encefálica y la trasplantología. Como se ha explicado hasta aquí, en dependencia de la ideología y filosofía de los practicantes existen divergencias de criterios, en nuestro medio está bien establecida la conceptualización de conductas. El primer problema ético es el cuestionamiento de si existe diferencia, desde el punto de vista moral, entre no iniciar un procedimiento de sostén de funciones vitales y el suspenderlo después de comenzada su aplicación, por considerarlo inútil. Otro es el relativo al tipo de medidas que pueden ser omitidas o retiradas en razón de su utilidad, si existe el criterio unánime de la imposibilidad de recuperación de un enfermo.

Se debe partir de un conjunto de principios en juego, además de la preservación de la vida, como son el alivio del sufrimiento, sobre todo del inútil e innecesario, el de no hacer daño, (primun non nocere), el respeto por la dignidad de la persona, los de autonomía e inviolabilidad y el de justicia distributiva en cuanto a la utilización de recursos limitados. Todo esto genera conflictos y debe estar definida la postura ética adecuada.

La práctica de la eutanasia, activa o pasiva, y, más recientemente, el manejo del término distanasia han provocado verdaderos dilemas y conflictos dentro de la bioética. Eutanasia pasiva es la no acción o ejecución de un proceder o aplicación de un fármaco que puede generar la muerte del individuo. La activa es la acción, proceder o medicación que precipita o provoca la muerte. El término distanasia se aplica para manifestar hasta qué punto estas acciones son realmente provocadoras si se ejecutan en el contexto de un cuadro en el que la vida está supeditada a la tecnología ya que de lo contrario el paciente estaría muerto. Otro conflicto ético de nuestros días ha sido la corriente de la llamada muerte con dignidad en la cual se preconiza una serie de intereses en virtud del cual el paciente o el médico puede elegir la realización de procederes o no ejecución de otros que le lleven al desenlace fatal de su enfermedad con el consiguiente fin de la vida.

En Cuba, las definiciones éticas en el tratamiento de los pacientes críticos se basan en los principios que rigen la sociedad con la atención de forma gratuita, sin escatimar recursos y con la disponibilidad de tecnología de punta que permite una atención espe-

cializada a los enfermos graves.

Los dilemas éticos en el actuar médico se solucionan mediante una cohesión profesional. No obstante, partiendo del principio dialéctico del cambio, nuestras concepciones bioéticas continuarán evolucionando con el cambio intrínseco al desarrollo de la humanidad, con el propósito de que la tecnología no nos separará de lo humano, que lo creado para bien no será utilizado nunca para mal y que los principios éticos regirán por sobre todas las cosas en el actuar médico salvando siempre los principios de dignidad y humanismo que son intrínsecos al actuar profesional y los que rigen esta sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laporte JR. Principios de investigación clínica. Madrid: Zeneca Farma, 1993:1-4,32-8.
2. Galende Domínguez I. Problemas éticos de la utilización de seres humanos en investigación biomédica. Consecuencias sobre prescripción de medicamentos. Med Clin (Barc) 1993;101-20-3.
3. Edelman B. Experimentación en el hombre: una ley sacrificial. Mundo Cient 1991;12(130):1042-54.
4. Pocock SJ. Clinical trials. A practical approach. Chichester: Wiley; 1991:84-5.
5. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.
6. Capron AM. Human experimentation in medical ethics. En Veatch R, ed. Medical ethics. Boston: Jones and Bartlett, 1989.
7. Alami M, ed. Guía ICH tripartita y armonización para la buena práctica clínica (BPC). Medicamento 1997;(2):7-27.
8. Veatch R, ed. Cross cultural perspectives in medical ethics: readings. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1989:196-8.
9. Beauchamp T, Walkers L. Contemporary issues in bioethics. 3 ed. Belmont: Wadsworth, 1989:31.
10. Serrano D, Linares AM. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe. Bol of Saint Panam 1990;108(5-6):489-99.
11. Shannon T, DiGiacomo J. An introduction to Bioethics. Nueva York: Paulist Press, 1979:105-10.
12. Castillo Valery A. Aspectos éticos de la limitación de tratamiento en pacientes en estado grave. Boletín de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI) 1988;1:8-11.
13. Ventura MG, Masser PG. Defining death: developments in recent law. Crit Care Clin 1985;1:397-5.
14. Castillo Valery A. Ética médica ante el enfermo grave. Barcelona: JIMS, 1986:105-19.
15. Ramsey P. The patient as person. New Haven and London: Yale University Press, 1970:114-8.
16. Brody BA. Resuscitating a patient with no vital signs. En: Ethics in Emergency medicine. ISERSON KV et al, editors. Baltimore, London: Williams and Wilkins; 1986:109-13.
17. A Working Group on Emergency Resuscitation: Emergency Brain resuscitation. Ann Intern Med 1995;122:622-7.
18. Castillo Valery A. Valoración de los pacientes en estado crítico. En: Medicina crítica y terapia intensiva actual: 1987. t 2. Caracas, Disinlimed; 1987:289-363.
19. Bedell SE, Delbanco TL, Cook EF. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. N Engl J Med 1983;309:569-76.
20. Chernow B, Sseeland AB, Snyder R. Orders not to resuscitate. The DNR patient. Crit Care Med 1984;253:2236-9.
21. Harvard Medical School and Hoc Committee to examine the definition of brain death: report on a definition of irreversible coma. JAMA 1968;205:298-300.
22. MacGowan D, Mayer S. Acute cerebrovascular disease. Current opinion. Critical Care 1996;2:92-7.
23. Brott TG. Urgent therapy for stroke. Stroke 1992;23:632.
24. The National Institute of Neurological Disorders and rtp-A Stroke Study group: TP activatot for AIS. N Engl J Med 1995;333:1581-7.
25. Blackhall LJ. Must we always use CPR. N Engl J Med 1987;317:1281-5.
26. Hottois T. El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia. España: Ed Anthropos, 1991.

Dr. Rubén Miguel Bembibre Taboada
Especialista de II Grado en Medicina Interna
Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencia