



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

DILEMAS BIOÉTICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dr. Oscar Vera Carrasco*

INTRODUCCIÓN

La **Bioética** constituye el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales. Por su parte la Ética médica, constituye una parte fundamental de la Bioética y a ella aporta el soporte científico y la tradición, a la vez que incorpora de ésta la luz de los valores y principios inherentes con la forma específica de existir del ser humano. La **Bioética general** trata los fundamentos éticos, valores o principios básicos que deben regir el juicio o toma de decisiones. Por su parte, la **Bioética clínica** examina aquellos dilemas que aparecen en el ejercicio asistencial de la Medicina mediante el análisis de los valores éticos implicados y con el apoyo de los principios utilizados en la Bioética general.

Conceptualmente la palabra **DILEMA** es esencialmente la duda o disyuntiva entre dos cosas. En este contexto, los dilemas bioéticos al que se enfrenta el equipo de salud en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cuando debe decidir iniciar o suspender las medidas de soporte vital es muy complejo, por lo que es necesario su análisis de forma sistemática y con un perfil multidisciplinario.

La Medicina Intensiva es la parte de la medicina que se ocupa de la atención de los pacientes con una alteración fisiopatológica de tal gravedad que pone en peligro su vida actual o

potencialmente, siempre que el proceso sea reversible, por tanto, sus bases son el conocimiento y el control de las que pueden llevar a la muerte.

A fines de la década de 1960, Meltzer sugirió que los objetivos de una UCI eran: 1) preservar la vida; 2) restablecer la máxima capacidad funcional, y 3) disminuir la mortalidad. Estos principios, también aplicables a un servicio de emergencias, tienen vigencia más allá del paso del tiempo, aunque de manera paralela aumentó la complejidad de los problemas que surgen de esta actividad.

Dentro de este ámbito, la bioética ha surgido como un vigoroso movimiento de aplicación en las Ciencias Médicas. Por lo que, si valoramos su papel fundamental en la Medicina de Cuidados Intensivos, y por ende, en la atención del paciente grave, comprenderemos su importante interrelación con la misma, dado los complejos problemas que se suceden. Este artículo tiene por objetivo explorar los avances más recientes en algunos de estos temas. Por su trascendencia, esbozaremos los siguientes:

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA BIOÉTICA

Los cuatro principios básicos de la bioética que deben condicionar la conducta en condiciones críticas y que nos sirven para dar un valor metodológico en la toma de decisiones, tal como se establecen en la obra de Beauchamp y Childress, son:

* Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Socio Fundador de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Profesor Emérito de la Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Andrés. Docente responsable de la Residencia Médica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax.

- **La no maleficiencia**, que obliga a no dañar a los demás (primun non nocere) y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recogen las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento debe proporcionar más beneficio que riesgo o peligro para el paciente. Este principio se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa una complicación evitable, daño o cualquier tipo de lesión. No es infrecuente que en la UCI llegue un momento en que las intervenciones no actúan realmente prolongando una vida aceptable, sino alargando un inevitable proceso de muerte. Así por ejemplo, administrar antibióticos para una infección en pacientes en coma irreversible o realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes terminales es evitar una muerte indolora para prolongar una situación agónica que, muchas veces, se acompaña de dolor y falta de dignidad.
- **La justicia**, que obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos. El principio de justicia exige que la distribución de los recursos sea equitativa: por esto, administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados. A pesar de que es responsabilidad de las autoridades de salud y gestores la obligación de justicia, la escasez de recursos no basta para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico, pero sí es responsabilidad nuestra o subsidiaria.
- **La autonomía**, que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa,

información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas, o sea que media el “consentimiento informado”. **Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o delegar su decisión** a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo puede hacer.

A diferencia de otras áreas del hospital, en las UCI, con frecuencia no se puede obtener el consentimiento informado y hay que actuar en ocasiones de forma rápida, como cuando se realiza intubación endotraqueal a un paciente para ventilación mecánica, se coloca catéteres, etc., sin poder consultar con la familia en muchos casos. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos rechazando algunos procedimientos de soporte vital, es obligación ética respetarlos. Por el contrario, no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado. En estos casos en que el médico sospecha que se va contra la voluntad del paciente, debe constituirse en el defensor, de los derechos de éste, incluso recurriendo a mecanismos judiciales si fuese necesario.

- **La beneficencia**, que obliga a hacer bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El médico debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad. Por este principio el médico tiene que responsabilizarse de cumplir los objetivos de la medicina, que podemos resumir en tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento. En ocasiones estos conceptos pueden entrar en conflicto. En la UCI, no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo, y en ocasiones someterlo a determinados procedimientos puede serle perjudicial, con lo que se están infringiendo los principios previos.

Estos principios éticos son criterios normativos de conducta, que introducen la garantía de una racionalidad argumentativa en la toma de decisiones, pero por sí solos son insuficientes. Los conflictos que surgen en el final de la vida, pueden resolverse con la prudencia, que la consideran como el concepto central en los cuidados paliativos e incluso en toda la asistencia sanitaria.

DILEMAS BIOÉTICOS

Los avances tecnológicos en el área de la medicina crítica han proporcionado resultados favorables significativos, mejorando los índices de sobrevivencia, con la consiguiente disminución de la mortalidad en las UCI. Sin embargo, éstos indicadores son cuestionables, en lo que respecta a la calidad de las vidas preservadas, en el caso de los pacientes recuperables, y la calidad del morir en el caso de los pacientes irre recuperables.

El proceso de toma de decisiones como la cuestión de que un enfermo debe admitirse en una UCI, la determinación del grado de agresividad de los tratamientos, cuando dar estos por terminados o la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de la donación de órganos, del alta médica y otros, se constituyen en grandes dilemas bioéticos permanentes, por lo que uno de los retos que se le presenta a este tipo de atención médica sea precisamente un reto para la solución de los problemas éticos, morales y legales.

Toda esta serie de dilemas pueden presentarse en la atención del paciente en estado crítico, especialmente los siguientes:

- **Encarnizamiento terapéutico o distanasia**

El encarnizamiento terapéutico o **distanasia** es sinónimo de **tratamiento fútil o inútil** sin beneficio para el paciente en su fase terminal. Es el proceso por el cual se prolonga solamente el proceso de morir, y no la vida propiamente dicha, teniendo como consecuencia

una muerte prolongada, lenta y, con frecuencia, acompañada de sufrimiento, dolor y agonía. Cuando se invierte en curar, delante de un caso incurable, se trata de una agresión a la dignidad de esa persona.

Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las UCI, en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan diversos recursos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antimicrobianos y fármacos vasoactivos, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasivas, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones, las que a su vez dan lugar a nuevas complicaciones que pueden terminar con la vida del paciente.

El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina adistanasia, que permite una muerte con dignidad; estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, habitaciones aisladas y aún en su domicilio.

- **Eutanasia**

Etimológicamente el término eutanasia significa “buena muerte” o “el bien morir”, lo que no es del todo apropiado; a pesar de que en determinadas circunstancias la muerte debe aceptarse desde el punto de vista técnico, social y moral, no es aceptable el deseo o precipitación de la misma, lo que lleva implícita en primer lugar la voluntad orientada hacia la muerte, y en segundo término la acción que la desencadena.

Actualmente es conceptuada como la acción que tiene por finalidad poner término la vida del ser humano por consideraciones humanísticas para con la persona o con la sociedad, es ética y legalmente incorrecta en la mayoría de los países de nuestro planeta. La eutanasia se clasifica en dos tipos: la eutanasia pasiva y la eutanasia activa voluntaria.

1. Eutanasia pasiva: su motivo y justificación puede ser evitar molestias, dolor o sufrimiento al paciente, en el que no se ejecuta ninguna acción ni se aplica ningún procedimiento o medicamento que termine con la vida del mismo. Esta conducta está dirigida a pacientes terminales con patología avanzada, la que de acuerdo con la valoración clínica e índices pronósticos se considera irreversible, en los que se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, las que representan un riesgo para el enfermo, y que se considera, fútiles al no esperarse ninguna respuesta favorable; sin embargo, se debe continuar con las medidas ordinarias o proporcionadas, medidas de sostén habituales que actúan como paliativos, alimentación, hidratación parenteral, movilización, aseo, fisioterapia, dejando que la enfermedad tenga una evolución natural.

La eutanasia pasiva **puede ser solicitada por el mismo paciente, o sus familiares, los que manifiestan el deseo de no ingresar a la UCI ni ser sometidos a maniobras de resucitación cardiopulmonar,** todo esto puede ser expresado por el enfermo antes del inicio de su enfermedad, a lo que se denominó "testamento en vida", en lo que se invoca el derecho a la muerte o muerte con dignidad.

2. Eutanasia activa voluntaria (EAV): esa aquella conducta dirigida intencionalmente a terminar con la vida de una persona afectada por una enfermedad terminal o irreversible, que le provoca sufrimiento que considera intolerable, y a petición expresa suya por un motivo compasivo y en un contexto médico. Es un acto deliberado por acción u omisión para dar fin a la vida de un paciente incurable, cuya muerte es inminente y que la continuación de los cuidados intensivos servirán únicamente para prolongar sufrimientos (en Holanda-2001). **El suicidio médico asistido (SMA)** es aquel por el que un paciente competente en fase terminal y de conformidad con sus familiares o persona responsable, pide al médico que le proporcione los medios médicos para que cometa suicidio, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales.

Las encuestas que se hacen en la población general sobre las peticiones de eutanasia activa no son muy fiables en este sentido, porque cuando se está sano se responde de una forma a cuando se está en una situación distinta, sobre todo si se está bien atendido. El estudio de E. Emanuel es claro cuando se interroga a enfermos terminales en una situación hipotética, el 60,2% consideran la eutanasia como una posibilidad, pero si se les pregunta si la han considerado para ellos mismos, la proporción baja al 10,6%, predominando en este grupo los depresivos que sufren dolor o carecen de cuadros adecuados, estados que pueden corregirse.

La eutanasia activa comprende todas las medidas encaminadas a

terminar con la vida del enfermo, mediante la aplicación de un procedimiento o medicamento que suprime la función cardiorespiratoria y encefálica, la cual no es aceptable desde el punto de vista legal ni ético. No obstante, es cada vez más frecuente, sobre todo en países donde legalmente es aceptada, como Holanda, Australia u Obregón en EUA, en los que la solicitud parte del enfermo o sus familiares para la aplicación de procedimientos o medicamentos letales en enfermos en fase terminal de padecimientos crónicos como insuficiencia renal, insuficiencia cardiorespiratoria, neoplasias malignas avanzadas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o en padecimientos agudos portadores de disfunción orgánica múltiple sin respuesta a las medidas de terapia intensiva.

• **Limitación del esfuerzo terapéutico**

El término de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es una expresión médica acuñado en nuestro entorno, no exento de polémica. Existen múltiples definiciones de LET. Suelen coincidir en referirse a **no iniciar o retirar un determinado tratamiento**, en el que no se genera beneficios al paciente, tanto en situaciones en las que éste puede o no puede decidir por sí mismo. Su justificación se da ante la percepción de desproporción entre los fines y medios terapéuticos. En el momento actual la LET está plenamente acreditada, siendo muy frecuente en el ámbito de los cuidados críticos, existiendo posicionamientos de diferentes sociedades científicas que las avalan, hasta considerarla un estándar de calidad.

Partiendo de esta realidad en la que los pacientes, en su mayoría, no están en condiciones de poder decidir, las decisiones de LET se pueden tomar

a partir de estas tres posibilidades u orientaciones que recomienda Quintana: a) declaraciones expresas que hubiera hecho el paciente previamente; b) lo que decida el allegado más próximo al enfermo, y c) actuar en función de lo que más favorezca al enfermo, entendiendo que lo que más le favorece es lo que le proporciona mayor bienestar. Además de lo anterior, cabe tomar en consideración estas propuestas para la toma de decisiones de LET en los pacientes de medicina intensiva.

- La decisión debe ajustarse al conocimiento actual de la medicina, fundarse en la evidencia y “hacer correctamente las cosas que son correctas”.
- La decisión debe discutirse colectivamente y tomarse en consenso. La presencia de dudas por parte de un solo miembro del equipo implicado en la decisión debe hacer que ésta se posponga, o bien se debe apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia.
- Debe siempre informarse y consultar a los familiares, intentando alcanzar un acuerdo, en lo posible, directo. En ningún caso debe responsabilizarse a la familia en la toma de decisiones, ya que eso no sólo es cruel sino además inadmisibles desde el punto de vista profesional. La LET en los sistemas de medicina intensiva porcentualmente es una decisión médica. En menos ocasiones es autónoma.
- No ingresar a un paciente en una UCI es una forma de LET. Por ello hay que procurar que los profesionales de los servicios de hospitalización y los médicos de cabecera aconsejan a sus pacientes, fundamentalmente

a los crónicos, la realización de voluntades anticipadas o "testamento vital".

Una vez tomada la decisión de LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación, asegurando la ausencia de dolor físico o psíquico.

- **Admisión o no de un paciente en una UCI**

En las UCI y los servicios de Emergencias no se presenta el problema relativo a la aceptación de la internación, ya que se trata de pacientes que por su estado crítico no están en condiciones de expresar su voluntad. Cuando los cuidados deben reemplazar al tratamiento porque éste resulta inaplicable dada la irreversibilidad del cuadro, es imprescindible la derivación a una sala de cuidados paliativos para rodear al paciente de la comodidad necesaria y procurarle el mayor bienestar posible en la última fase de su vida. Sin embargo, cabe señalar que en nuestro medio no existen disposiciones legales que regulen este tipo de decisión.

Según Castillo Valery (1996), en situaciones límites en que se debe tomar una decisión acerca de internar a un paciente o no, habría dos tipos de enfermos graves que serían los siguientes:

- **Pacientes en estado crítico:** con frecuencia ingresan en una UCI o de Emergencias. Son los que presentan un estado agudo de descompensación y tienen peligro de vida pero con posibilidades de recuperación.
- **Pacientes en estado terminal:** son los que el pronóstico indica que morirán en un plazo relativamente breve. En estos casos no estaría indicada su internación en una UCI o un

Servicio de Urgencias, sino más bien en una Unidad de cuidados paliativos.

En principio se estima que para que se lo admita en una UCI, un paciente debe tener posibilidades definidas de recuperación, presentar la gravedad suficiente como para que no pueda tratarse en un servicio menos complejo y, en último lugar, requerir apoyo de sus funciones vitales, además, en términos específicos asistencia respiratoria mecánica.

Por último, en este aspecto resulta oportuno destacar que muchos dilemas bioéticos tienen su origen en una indicación inadecuada de internación en una UCI de pacientes terminales. La aplicación de un soporte puede plantear la necesidad de otro adicional. No poner el segundo o retirar el primero puede suscitar conflictos personales, institucionales o con los familiares. De allí la importancia de evaluar si el paciente reúne las condiciones ya establecidas para ingreso en una UCI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para finalizar y como corolario, para afrontar los dilemas bioéticos en las UCI consideramos que es posible resolverlos con una actualización permanente de los conocimientos que permitan a los profesionales del equipo de salud hacer un diagnóstico correcto de la fase en que se encuentra el enfermo grave, además de lo siguiente:

1. Se debe fomentar la discusión de los principios bioéticos y la problemática asociada al ejercicio de la medicina en una UCI.
2. La divulgación y discusión de los principios bioéticos facilita la toma de decisiones, porque se crea una matriz de opinión que se va enriqueciendo con cada caso que se presenta.
3. Tomar en consideración el nivel de calidad de vida que se espera pueda tener el paciente, una vez

- desconectados los equipos de soporte y su disposición para aceptar su condición de sobrevivencia.
4. Se debe procurar disminuir el grado de incertidumbre en la información asociada a la evolución de un paciente. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de un diagnóstico erróneo.
 5. Desarrollar una buena comunicación con el enfermo y su familia.
 6. El éxito en la UCI está asociado directamente con la calidad de las interacciones humanas que se dan mientras se está vivo, lo importante es aprender, conocer e interactuar a tiempo.
 7. Incorporar aquellos avances terapéuticos que proporcionen más bienestar a los enfermos tras valorar entre el paciente, la familia y el equipo de las ventajas e inconvenientes de las intervenciones, y llegar a un consenso.
 8. La disponibilidad de los equipos técnicos no obliga a usarlos en todos los casos, es necesario tratar de estimar cuidadosamente las posibles consecuencias de su uso.
 9. El enfoque bioético en la atención al paciente crítico en nuestro sistema de salud es más humano y social que jurídico y económico.
 10. Es importante promover la formación científica de los médicos y enfermeras en el tratamiento del dolor, en el acompañamiento psicológico y en una mayor humanización de la asistencia con respeto a los derechos de los pacientes.
 11. Es también de ayuda educar a la sociedad en general sobre la muerte y las posibilidades del "Testamento vital" y de la delegación de poderes, para orientar la acción de los profesionales de salud en la continuación o suspensión de algunos tratamientos cuando el paciente no puede decidir por sí mismo.
 12. Comprometer a la sociedad en la ayuda a morir en paz y a la medicina para que uno de sus mayores retos sea y siga siendo promover la dignidad de la persona a lo largo de esta etapa.

REFERENCIAS

1. O' Hara D. *Principles of medical ethics in supportive care: a reflection*. *Support Care Cancer*, 2004; 12: 86-90.
2. Astudillo W, Mendinueta C. *La Medicina Paliativa y la Eutanasia*. En: *Cuidados del enfermo terminal y atención a su familia*, editado por W. Astudillo C, Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, Barañain, 4ª. Edición, 2002; 543-53.
3. Astudillo W, Mendinueta C. *Principios generales de los Cuidados Paliativos*. En: *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián, 2003; 17-58.
4. Sanchez-Padrón A, Sanchez-Valdivia A, Bello-Vega M. *Aspectos éticos de los Cuidados intensivos*. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2(4): 96-112.
5. Sanchez-Torres F. *Capítulo 14: Derecho a una Muerte Digna*. *Temas de Ética Médica*. Librería Digital. Copyright 2000. Encolombia.com. Disponible en www.sld.cu
6. Sheldon T. *Doctors end of life decisions vary across Europe*. *BMJ* 2003; 327: 417 (23 August). Disponible en: www.sld.cu
7. Sheldon T. *Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says*. *BMJ* 2002; 324: 905-7 (13 April). Disponible en www.sld.cu
8. Vit P. *Bioética en la educación universitaria INHRR*, 36(2) Caracas 2005.
9. Gutierrez-Samperio C. *El paciente quirúrgico en estado crítico*. *Avances en el proceso diagnóstico terapéutico*. *Gac Med Mex* 2000; 136: 353.
10. Viloria N, Mora F. *Dilemas bioéticos presentes en una Unidad de Cuidados Intensivos: Enfoque multidisciplinario*. *Memorias II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica, Habana-Cuba 2001*.
11. Cabré-Pericas L, Solsona-Duran JF. *Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva*. *Med Intensiva* 2002; 26(6): 304-11.

12. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, justice. En: Beauchamp TL, Childress JF, editors. *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press, 1994: 120-394.
13. Iribarren-Diarasari S, Latorre-Garcia K, Muñoz-Martinez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S, Castillo-Arenal C, Ruiz-Zorrilla JM, Hernández-Lopez YM. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*, 2007; 31(2): 68-72.
14. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *An.Sist.Sanit.Navarr.* 2007; 30(Supl.3): 129-35.
15. Fernández R, Baigorri F, Artigas A. La limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos ¿ha cambiado algo en el S. XXI? *Medicina Intensiva* 2005; 29(6): 338-41.
16. Patitó A. Aspectos Médicolegales. En: Tisminetaky G, Pahisa G. *Manual de emergencias médicas. Clínicas y quirúrgicas*. Buenos Aires-Argentina. Editorial El Ateneo 2006; 695-715.
17. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: Percepciones de los enfermeros de Unidades de Terapia Intensiva e implicaciones en la asistencia. *Rev Latino-am Enfermagem*; 17(5) 2009.
18. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C et al. *Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study.* *Intens Care Med* 2001; 27: 1744-9.
19. Rodríguez-Reína G, Ferreiro-álvarez Ma.José. *Bioética en Urgencias*. En: Moya Mir. *Normas de Actuación en Urgencias*. 4ª. Edición. Buenos aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana 2008; 8-13.