



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE 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. Es una disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del ser humano con los restantes seres vivos (Van Rensselaer Potter, 1971). Por otro lado, la Ética médica es 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. Además, cabe señalar que existe una bioética general y una bioética clínica, la primera trata de los fundamentos éticos, valores o principios que deben regir el juicio o toma de decisiones, y la segunda examina aquellos dilemas que aparecen en el ejercicio de la Medicina mediante el análisis de los valores éticos implicados y con el apoyo de los principios utilizados en la bioética general.

En el ámbito de la Medicina crítica o Medicina intensiva, destinada al logro de los objetivos definidos por la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva para el paciente crítico que son: a) mantener una vida de calidad; b) aliviar el sufrimiento; c) evitar riesgos de este grupo de pacientes; d) restaurar

la salud y d) Respetar los derechos de los pacientes, la bioética demanda al especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, que la valoración estrictamente técnica de los “hechos” científicos sea complementada con la estimación paralela de los valores acompañantes, públicos e individuales. La adición de estos “valores” trata de conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios en salud.

Los adelantos en la tecnología han permitido disminuir las tasas de mortalidad y mantener la vida de los pacientes que en tiempos anteriores muy seguramente habrían fallecido, esto ha sido una de las causas del surgimiento de la Bioética. Uno de los principales problemas éticos a que se ven avocados los profesionales de la salud en las UCI es la decisión de retiro de tratamiento vital. El retiro o no inicio de un tratamiento está basado en una decisión que respeta la voluntad o al menos la presumida voluntad del paciente la decisión terapéutica y el desafío de no permitir el sufrimiento del paciente.

Por lo anteriormente señalado, las buenas decisiones clínicas deben argumentarse prudentemente en un sistema de referencia moral, aceptado por la totalidad de las sociedades desarrolladas, que se pueden permitir el disfrute de una medicina avanzada. Este sistema parte de dos premisas:

* Profesor emérito activo de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.) Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Miembro del comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Comité de Ética de la investigación de la U.M.S.A.
Correspondencia a Dr. Oscar Vera Carrasco. Email: oscar4762@yahoo.es
PRINCIPIOS BIOÉTICOS A SER APLICADOS EN MEDICINA CRÍTICA

1) Ontológica, en la que el ser humano es persona y no precio, y 2) Ética, en la que todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto.

La Bioética se fundamenta en cuatro principios que deben condicionar la conducta en pacientes críticos, lo que significa que deben ser respetados cuando no existe conflicto entre ellos.

1. Principio de justicia: equidad en las prestaciones asistenciales. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), se traduce en que todos los pacientes críticos deben gozar de las mismas oportunidades y en que se debe tratar de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social. Los esfuerzos terapéuticos se pueden limitar no solo porque el paciente los rechaza o porque están contraindicados, sino también porque son escasos y hay que racionarlos aunque el paciente no quiera y no estén contraindicados. En la UCI se traduce en que todos los pacientes críticos deben tener iguales oportunidades, tratando de conseguir el mejor resultado con el menor costo económico, humano y social.

2. Principio de No maleficencia: no se puede obrar con intención de dañar (“Primum non nocere”). Viene a expresar que sólo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Es utilizada por el personal de salud en su toma de decisiones (limitación del esfuerzo terapéutico). Nunca se puede indicar procedimientos de maleficentes o que están contraindicados, y no se pueden indicar procedimientos contraindicados ni con el consentimiento del paciente. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causarán daño físico ni psíquico.

3. Principio de beneficencia:

se debe actuar buscando el bien del paciente. Las obligaciones de beneficencia son de gestión privada. Implica: procurar los mejores intereses para el paciente, hacer el bien y prevenir el mal innecesario. Curar la enfermedad y evitar el daño cuando haya esperanza razonable de recuperación.

4. Principio de autonomía: significa: libertad de elegir, capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinado hecho y poder asumir la responsabilidad de sus propios actos. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones. Refleja el derecho del paciente crítico competente a aceptar o rechazar un tratamiento, a elegir entre las alternativas terapéuticas o, en caso de incapacidad, a ser representado por un subrogado o a ser tutelado judicialmente.

Entre estos principios existen dos niveles de jerarquización. El primer nivel, de ámbito público, incluye los principios de justicia y No maleficencia. El segundo, de ámbito individual o privado, incluye los principios de beneficencia y autonomía. Si existiera conflicto entre ellos, tienen prioridad absoluta los principios de primer nivel o, lo que es igual, los autonómicos de segundo nivel son obligatorios siempre que no entren en conflicto con los dos primeros.

Los principios de la bioética son un instrumento de análisis que puede ayudar en la deliberación sobre cualquier dilema derivado de la asistencia y cuidado de los pacientes.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS UCIs

Los conceptos relacionados con la atención del paciente en la UCIs son los siguientes:

Medicina intensiva: se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas de tal severidad que representen una amenaza para la vida. La amenaza puede ser actual o

potencial, pero existen posibilidades de recuperación. La amenaza actual puede estar dada porque tenga alterada alguna de sus funciones vitales, necesite medidas de soporte vital o medidas terapéuticas extraordinarias como soporte artificial de carácter mecánico, medidas de asistencia eléctrica y soporte vital farmacológico. La amenaza potencial está dada por las características evolutivas de la enfermedad o los procedimientos terapéuticos que le han sido aplicados, existiendo riesgo de aparición de algún fracaso orgánico serio.

Servicio de Medicina Intensiva (SMI): estructura jerárquica central e independiente de otros servicios, dependiente directamente de la Dirección Médica del hospital, con una estructura dirigida por una única persona con formación específica y titulación oficial en Medicina Intensiva (MI), como el resto de profesionales, y que debe asumir la responsabilidad de atender al paciente crítico allí donde se encuentre, lo que puede incluir la actuación fuera de los límites de las UCI. El Jefe de Servicio o Director del Departamento debería ser responsable no solo del cuidado del paciente sino gestor del SMI, incluyendo los presupuestos, recogida de datos, registros e indicadores y la valoración y mejora de la calidad, además de participar en la educación y ser el enlace con la población (cliente) con respecto a los problemas sociales y éticos relacionados a los cuidados intensivos. Dispone de un equipo humano altamente cualificado, compuesto por los médicos especialistas en Medicina Intensiva, los médicos en formación y el personal de enfermería.

Unidad Cuidados Intensivos (UCI): Unidad donde, de forma preferente pero no exclusiva, el Servicio de Medicina Intensiva ofrece sus posibilidades asistenciales al paciente crítico. La estructura de los SMI está compuesta por las Unidades de Cuidados Intensivos pero se están incorporando nuevas áreas estructurales tales como las Unidades de Cuidados Intermedios o Semicríticos,

las Áreas de Urgencias, los Servicios de Emergencia extrahospitalaria o las Áreas Funcionales de Críticos.

Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM): Unidades que atienden pacientes que requieren más recursos de los que se pueden proporcionar en las salas de hospitalización convencional, pero no necesitan la atención completa que se ofrece en UCI. Incluyen pacientes que requieren monitorización y/o cuidados de enfermería, sin requerir atención médica continua o terapia activa de soporte vital.

Enfermo o paciente en estado crítico: es aquel paciente que se halla en riesgo vital actual, inmediato o posible, cuya situación clínica sea reversible, incluyendo el soporte del potencial donante de órganos. Las características básicas del enfermo crítico son tres: la gravedad (entendido como riesgo de muerte; priorizaría los enfermos que más pueden beneficiarse del ingreso en UCI, “ni demasiado bien, ni demasiado graves”), la complejidad (complicaciones, comorbilidades, necesidad de soportes múltiples) y la reversibilidad “posibilidades razonables de recuperación”, teniendo en cuenta en cada momento la evolución de la medicina basada en la evidencia y el respeto a la autonomía de los paciente).

Paciente terminal: es aquel que no es susceptible de admisión en la UCI, salvo que por su condición de donante, se requiera la preservación de sus órganos en beneficio de terceros. Se considera paciente terminal a aquel en el que se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico que será causante directo de su muerte en un plazo de tiempo previsible (acordado internacionalmente en 6 meses). La previsibilidad del fallecimiento distingue perfectamente al paciente terminal del paciente irreversible o incurable, en el que el plazo no es previsible, por ejemplo el diabético es un enfermo incurable, pero habitualmente no terminal.

Apoyo vital: Es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la

función fisiológica de un órgano cuando su afectación ponga en peligro la vida.

Tratamiento de Soporte Vital (TSV): Procedimientos para prolongar la vida artificialmente y «ganar tiempo» para que con otras medidas terapéuticas (cirugía, antibióticos, etc.) o la evolución espontánea, se consiga resolver la situación.

Proporcionalidad: el principio de proporcionalidad indica que un tratamiento médico está indicado, desde un punto de vista ético, si es probable que proporcione al paciente más beneficios que inconvenientes.

Dilema ético: constituye un conflicto de valores, para la que no hay una respuesta correcta o incorrecta, y las perspectivas son distintas. Es una situación para lo que existe más de una solución válida. Refleja posiciones y/o argumentos diferentes. El diálogo es el instrumento clave para articular y en lo posible resolver los dilemas causados por la ciencia y la tecnología en el ámbito de la medicina, de la biología y de las relaciones del ser humano con los demás seres vivos.

Comité de ética asistencial: Es una comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria. Es un foro constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, filósofos y ciudadanos que no tienen relación con las profesiones sanitarias, donde se delibera, sopesa y pondera sobre los diferentes valores inmersos en la práctica asistencial, tratando de asesorar sobre las distintas decisiones que se pueden tomar.

Secuencia rápida de intubación (SRI): procedimiento de elección para lograr el acceso y control inmediato de la vía aérea en la mayoría de los pacientes críticos y cuyo objetivo es el aislamiento con la mayor rapidez

posible de la vía aérea con el menor riesgo de complicaciones. En esencia, implica la administración de fármacos de acción rápida (hipnótico y bloqueante neuromuscular), la aplicación de presión cricoidea (maniobra de Sellick), seguidos en no más de 60 segundos de la laringoscopia e intubación orotraqueal.

Sedación dinámica o sedación adaptativa: estrategia de sedación basada en prever y ajustar la dosis de analgésicos y sedantes, a las distintas necesidades que a lo largo del día puede tener el paciente crítico ventilado. En condiciones ideales, debería permitir la comunicación del paciente con el personal que lo atiende o con sus familiares, manteniendo el estado de alerta y confort durante el periodo de ventilación mecánica.

Sedación paliativa: consiste en reducir la consciencia en un enfermo con enfermedad avanzada o terminal, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios. Requiere el consentimiento del paciente o familiar.

Sedación terminal: se utiliza para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima. Requiere el consentimiento del familiar.

Limitación de TSV (LTSV): también conocida como Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): es la omisión y/o retirada de uno o varios TSV cuando se prevén inútiles o se han mostrado inútiles para conseguir los objetivos de salud del paciente.

Encarnizamiento terapéutico: el encarnizamiento terapéutico consiste en el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. También es conocida como distanasia, ensañamiento u obstinación terapéutica, pues no considera los sufrimientos añadidos al moribundo. Es, por tanto, un concepto opuesto al de eutanasia. Es la adopción de

medidas diagnósticas o terapéuticas, con objetivos curativos, no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada. Es el uso de medios extraordinarios. El médico no está obligado ni legal ni moralmente a tratamientos sin beneficios, con muchos inconvenientes, límites o costos (Ej. nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objetivo de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Adistanasia: es 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

Evento adverso: daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente. Toda lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se habrían producido en el caso de realizar o no una acción concreta) o inevitables (imposibles de predecir o evitar de acuerdo al conocimiento y recursos disponibles).

Suicidio voluntario o asistido: Hecho de proporcionar a los pacientes los recursos médicos que serán utilizados para cometer suicidio.

Calidad: grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseable y coherente con el conocimiento actual de los profesionales. Confirmación de que un producto o servicio cumple con los estándares predeterminados para él.

Calidad de vida: estado subjetivo de bienestar en todos los sentidos, con autonomía suficiente y ausencia de síntomas. La percepción que el paciente tiene de su bienestar existencial dependiente de su salud, estado psicológico, relaciones sociales, cultura y sistema de valores. Hay que

diferenciarlo del estado de salud que es lo que el profesional mide a partir de las diferentes escalas publicadas y aceptadas internacionalmente.

Indicador de calidad: los indicadores de calidad son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Conforman la unidad básica de un sistema de monitorización permitiendo medir y evaluar de forma periódica y planificada, aspectos relevantes de la asistencia. Deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. Son requisitos imprescindibles para todo indicador: su validez (cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia), sensibilidad (detecta todos los casos en que se produce una situación o problemas real de calidad) y especificidad (detecta solo aquellos casos en que existen problemas de calidad).

Índice de estimación pronóstica: estimación de la probabilidad de muerte a través de evaluaciones de gravedad. Los pronósticos establecidos (calculados o estimados) no permiten tomar decisiones asistenciales ante casos concretos. En los algoritmos de tomas de decisiones deben incorporarse otros factores no incorporados en los IP como las preferencias de los pacientes y evidencias suficientes de la rentabilidad de utilización de los recursos utilizados.

Eficacia: medida o grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio tiene capacidad para alcanzar un objetivo sanitariamente deseable en condiciones experimentales o ideales. La eficacia no presupone la efectividad, de forma que las acciones sanitarias pueden ser eficaces y efectivas a la vez, pero no ineficaces y efectivas al mismo tiempo.

Eficiencia: relación entre fines y medios; o la maximización de la utilidad; o la relación entre los beneficios y los costes monetarios que aparecería luego de aplicar un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Efectividad: medida o grado en el que se alcanza un determinado impacto, resultado, beneficio o efecto real a causa de la aplicación práctica de una acción sanitaria en condiciones habituales de uso o aplicación, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles y sin seleccionar los pacientes.

Riesgo: probabilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente y/o la organización. Probabilidad de peligro, pérdida o lesión dentro del sistema de salud.

Competencia mental: aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores. Es la capacidad que permite al paciente establecer un proyecto de vida personal, ajustando razonadamente a él sus decisiones cuando ejercita su derecho de autonomía al ser capaz de comprender, reflexionar y comunicarse.

Paciente incapaz: paciente que, debido a la enfermedad que padece, no puede ser adecuadamente informado ni prestar su aquiescencia a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se emplean sobre él.

Confidencialidad: el derecho del paciente a que la información relativa a su proceso asistencial no sea revelada sin su autorización expresa.

Consentimiento Informado: explicación comprensible a un paciente competente, de los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos recomendados para su enfermedad, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a dichos procedimientos. Se trata de un proceso informativo mediante el cual en un lenguaje asequible el paciente recibe del médico toda la información sobre tratamientos alternativos y riesgos que le permitan

tomar una decisión. No será obligatorio en situaciones que supongan un riesgo inminente para la salud, ni como es frecuente en las UCI en situaciones de urgencia.

Paternalismo: es una suposición de que el médico tiene mayor capacidad para determinar cuáles son los mayores intereses del paciente limitando su autonomía con el fin de protegerlo de consecuencias cuyas dimensiones el enfermo podría no apreciar. Puede considerarse un recurso lícito siempre y cuando no se utilice de manera constante y radical, pues sería aceptar que todos los pacientes carecen de razón. El médico puede y debe manifestar su desacuerdo cuando lo asista la certeza de que el paciente se ha decidido por algo que no lo va a favorecer.

Gradación asistencial: adaptación de la organización a las necesidades de los pacientes, procurando asegurar la equidad de los cuidados de todos ellos independientemente de donde se encuentren. Trata de reducir la distancia entre la atención disponible en la UCI y la de las salas de hospitalización convencional.

Reingreso no programado en UCI: nuevo episodio de admisión en UCI de un paciente que, habiendo sido trasladado a otra unidad asistencial después de un primer ingreso en esa UCI, vuelve a la misma antes de haber sido dado de alta del Hospital. Los reingresos no serán nunca considerados nuevos ingresos aunque se produzcan por causas distintas de las que motivaron la primera estancia en UCI. Si el primer episodio fue incluido en un estudio- registro, el reingreso no debe serlo excepto que las condiciones del estudio lo prevean específicamente así. Se excluyen los traslados a UCI de otros centros (centros de referencia o decisión familiar).

Futilidad: aplicación de un acto médico inútil o desaconsejado porque no es clínicamente eficaz. Se considera que una medida diagnóstica o terapéutica es

fútil o inútil cuando no aporta beneficio al paciente o bien puede producir al enfermo o a su familia perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio. Es cuando la probabilidad de éxito es muy baja o la calidad de vida, que es la meta del tratamiento, se considera inaceptable.

Rechazo de tratamiento: es la omisión o retirada de un tratamiento porque el paciente no da su consentimiento informado válido para iniciarlo o lo retira cuando el tratamiento ya había sido iniciado, aunque el profesional sanitario pueda considerarlo indicado.

Los valores en la UCI: paradójicamente en este lugar donde a veces hay tantas dificultades es donde tanto valores tienen el paciente crítico, el personal de salud y la sociedad.

Valores del paciente crítico: existe un acuerdo general en que el paciente en estado crítico conserva todos sus derechos durante su estancia en la UCI, es más, debe ser especialmente protegido. Por tanto, tiene derecho a ser tratado con dignidad, que sus creencias sean aceptadas, se conserve su privacidad y confidencialidad, y tiene derecho a su autonomía, recibir información suficiente para consentir o rechazar el tratamiento.

Valores del personal de salud: el personal de salud que trabaja en la UCI, está sometido a presión física y psicológica permanente; debe tomar decisiones clínicas rápidas y trascendentes, además, se ve obligado a establecer juicios audaces sobre los valores de los pacientes que no conoce.

Valores de la sociedad: la UCI constituye uno de los centros de gasto más importante dentro los hospitales, por lo que sus recursos humanos y técnicos son siempre limitados con relación a la demanda de los pacientes; también se ven obligados a utilizar criterios de justicia a la hora de seleccionar a los pacientes que deben ser ingresados.

La calidad asistencial: comprende las prácticas profesionales con calidad

científica, técnica y humana; el uso de recursos con eficiencia; la minimización o ausencia del riesgo del paciente a la lesión o enfermedad asociada a los servicios prestados y, la satisfacción del paciente con los servicios prestados.

Eutanasia: actuaciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable e indigna, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora.

Eutanasia activa directa involuntaria: muerte provocada por la acción del médico sin consentimiento del paciente; se aproxima o iguala al homicidio. No es legal en ninguna parte.

Eutanasia activa directa voluntaria: será la muerte inducida por el médico con consentimiento del paciente terminal. Aceptada en algunos países

Eutanasia activa indirecta: muerte no solicitada por el paciente terminal y facilitada por un efecto indirecto no buscado médicamente. Doble efecto: perjudicial / beneficioso, acto lícito. Ejemplo: opiáceos. Se considera legal y éticamente correcta.

Eutanasia pasiva u ortotanasia: es respetar el fallecimiento biológico sin actuar para retrasarlo. Moral y jurídicamente correcto. Terminar con tratamientos que sostienen la vida en el enfermo terminal (alimentación artificial, hidratación) con el consentimiento del paciente o tutor. No debería llamarse eutanasia.

Orden de No Intentar la Reanimación Cardiopulmonar (ONIR): en el caso de que al paciente le suceda un paro cardiorrespiratorio, ordena no iniciar la Reanimación Cardiopulmonar por no ser unas maniobras aceptables para el enfermo o ser consideradas inútiles por los profesionales sanitarios que le atienden. En la cual un facultativo responsable contraindica las maniobras de RCP ante un PCR. No supone ni la modificación del tratamiento ni la

negación del ingreso en la UCI. La ONIR se dará si: 1) La calidad de vida es baja antes las maniobras de resucitación; 2) Se espera mala calidad de vida después de las maniobras de resucitación y 3) No se espera ningún beneficio médico de la resucitación. No RCP: enfermos terminales, estado vegetativo persistente, demencia senil avanzada y enfermos que hayan manifestado su voluntad de no RCP.

Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas: proceso por el que una persona planifica los tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones.

Documento de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas: escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo con los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En él se puede designar a un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en el caso que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

Cuidados paliativos: se basan en los siguientes criterios: a) Evidencia que el paciente en estado terminal tiene dolor; b) Que la respuesta a la terapéutica sea proporcional al nivel del dolor y, c) La intención del médico será aliviar el dolor y no matar al paciente. Serán legales y éticamente permisibles. Se debe diferenciar los cuidados paliativos de la eutanasia.

Muerte Encefálica: es un concepto de muerte siguiendo criterios neurológicos, Muerte Cerebral o Muerte Encefálica, se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencefalo.

Esta entidad clínica aparece cuando por una patología intracraneal de cualquier etiología, la presión intracraneal se eleva por encima de la tensión arterial sistólica del paciente dando lugar a la parada circulatoria cerebral. La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica, y aceptada como tal, en la legislación de diferentes países. Es “un cerebro muerto a un cuerpo vivo”. “condición jurídica de cadáver”. De este estado del paciente se obtienen órganos y tejidos para trasplantes. Los pacientes no tienen ninguna posibilidad de recuperación.

Muerte digna: El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, de modo pragmático afirma que “la buena muerte es aquella libre de todo sufrimiento evitable para los pacientes, familiares y cuidadores, congruente con los deseos del paciente y su familia, y consistente con los estándares clínicos, culturales y éticos”. Varios autores (Jorge Manzini y otros) comparten la postura de que el único requisito para que una muerte pueda ser llamada digna es que se trate de un acto personal: que lo central no pasa por analizar si es con tubos o sin ellos, si en casa, el hospital, la UCI, sino en ayudar a que el paciente pueda morir de la forma que él elija.

Dignidad: “cualidad que enriquece o mantiene la propia estima y la de los demás”. Tenemos el derecho de vivir con dignidad y también el derecho de morir con dignidad.

Derecho a morir con dignidad: Philippe Ariés ha demostrado, en sus clásicos estudios sobre las actitudes de los humanos ante la muerte, que éstas son muy diferentes según los lugares y los tiempos. En la postmodernidad, distintos autores de diferentes culturas definen la muerte digna distinguiéndola del “ensañamiento terapéutico” así como de la muerte miserable, fuera y antes de tiempo a la cual Pessini y Martin definen como “mistanasia”.

“Diagnóstico clínico de Muerte Encefálica”: el diagnóstico clínico de

Muerte Encefálica se realiza mediante una exploración neurológica exhaustiva que debe ser realizada por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos. Esta exploración debe ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa. Los 3 pilares básicos del diagnóstico clínico son: 1) Coma estructural con ausencia de respuestas motoras y vegetativas al estímulo algésico en el territorio de los nervios craneales 2) Ausencia de reflejos troncoencefálicos 3) Ausencia de respiración espontánea demostrada mediante el Test de Apnea.

Pruebas Instrumentales (para el Diagnóstico de Muerte Encefálica):

además del diagnóstico clínico de Muerte Encefálica, existen una serie de pruebas instrumentales que pueden ser obligatorias en algunos casos y que varían en cada país. Las pruebas Instrumentales utilizadas son:

- Electrofisiológicas
- Electroencefalograma
- Potenciales evocados auditivos de troncoencéfalo y potenciales evocados somatosensoriales de nervio mediano.
- Estudiar el flujo sanguíneo cerebral. Son obligatorias cuando existe interferencia con fármacos depresores del sistema nervioso central.
- Arteriografía cerebral de cuatro vasos en sus diversas modalidades.
- Angiografía cerebral mediante Tomografía Computerizada multicorte
- Angiogammagrafía cerebral con Tc99-HMPAO u otros radiofármacos difusibles
- Sonografía Doppler Transcraneana

Estado vegetativo persistente: pérdida crónica e irreversible de todas las funciones cognitivas, conservando la vigilia, que se puede observar en pacientes que han sufrido lesiones encefálicas muy graves. El paciente no demuestra evidencias de tener

conciencia de sí mismo y del medio que le rodea. Hay daño cerebral usualmente de causa conocida consistente con el diagnóstico. No existen causas reversibles presentes. Como mínimo 6 meses, usualmente 12, han pasado desde el inicio del cuadro clínico. No ingresan a UCI

Abandono: se trata de la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia. Entre sus motivos destaca la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional. Es el otro extremo de la obstinación y constituye, igualmente, una falta deontológica y una mala práctica médica. Cuando en el proceso de enfermedad terminal o aún de agonía un paciente no recibe (por parte del equipo profesional y/o de su familia) aquellos cuidados apropiados de higiene, confort y alivio de los síntomas y del sufrimiento, hablamos en términos bioéticos de una modalidad de mistanasia, entendida la misma como una “muerte miserable” debido a diferentes razones, una de ellas es el abandono del muriente por parte de sus cuidadores.

ALGUNOS CAMBIOS QUE REQUIEREN LAS UCI

1. Cambios con relación al entorno: habitáculo individual, eliminación del corredor o sala de visitas, luz natural, con visitas al exterior, sala de familiares acondicionada.
2. Cambios con relación al paciente: defensa de la intimidad y autoestima; respeto de los niveles de competencia (consentimiento informado); tutela de la confidencialidad; fomento de la seguridad y comodidad; respeto a los valores individuales, asistencia religiosa según su credo y resolución de sus quejas.
3. Cambios en relación a la familia: información permanente, visita directa y presencia humana, colaboración en los cuidados, participación en la toma de

decisiones y apoyo a sus necesidades.

4. Cambios en relación al equipo de salud: creación de grupos de trabajo que facilite el trabajo en equipo; formación específica, incluyendo el fortalecimiento del área de ética y bioética; apoyo de los comités de bioética clínica.

Además de lo anterior, es importante tomar en cuenta las necesidades de la familia del paciente en estado crítico cuyos requerimientos son los siguientes:

- Obtener respuestas honestas para sus preguntas
- Conocer la verdad sobre el diagnóstico
- Conocer los resultados de los procedimientos tan pronto como estén disponibles
- Contar con un miembro del personal médico que les informe del progreso del paciente.
- Conocer las posibles complicaciones
- Recibir explicaciones que puedan entender
- Saber que miembros del personal están prestando cuidados al paciente.

CONCLUSIONES

El cuidado de los pacientes en la UCI tiene un valor fundamental, pues debe enfrentar a situaciones conflictivas y dilemas éticos en el cuidado de la salud, de la vida, de la enfermedad y de la muerte.

Se cuestiona la calidad de los indicadores en relación a la calidad de vidas preservadas en pacientes recuperados, y a la calidad de morir en pacientes irrecuperables.

La conducta ética del personal médico se basa en preceptos de carácter deontológico y moral, recogidos en el Código de ética del Colegio Médico de Bolivia, que aplicados en su diario quehacer profesional aseguran y amparan su práctica legal.

El médico aplica en su ejercicio profesional principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que constituyen las normas fundamentales que gobiernan su conducta, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación a sus acciones.

REFERENCIAS

- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Consideraciones éticas en la asistencia al paciente crítico. En: *El enfermo crítico 10. Calidad, gestión y bioética*. 2013. <http://www.semicyuc.org/temas/semicyuc/documentos/documento-oficial-de-semicyuc/codigo-etico-semicyuc>
- Cabré Pericas LI; Abizanda Campos R; Baigorri González F; Blanch Torra L; Campos Romero JM; Iribarren Diarasarri S; Mancebo Cortés J; Martín Delgado MC; Martínez Urionabarrenetxea K; Monzón Martín JL; Nolla Salas M; Rodríguez Zarallo A; Sánchez Segura JM; Saralegui Reta I; Solsona Durán JF y Grupo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones del grupo de trabajo de ética de la SEMICYUC. *Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)*. *Med. Intensiva*, 30 (2) Barcelona, 2006
- Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003, 2: 84-92
- López, E. A. Tres enfoques deontológicos acerca de La vida, *Revista Latinoamericana de Bioética* 2007, volumen 18, (13): 44-53
- Abizanda-Campos R, Gordo Vidal F; Quintana M. Glosario Terminológico de la Medicina Intensiva. *Consenso Terminológico de los Grupos de Trabajo. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*. Edita SEMICYUC, Abril 2011

Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos

- *De Simeone GG. Glosario sobre Decisiones en el Final de la Vida. Buenos Aires-Argentina. Junio de 2012*
- *Organización Médica Colegial de España. Manual de Ética y Deontología de España 2012*
- *Suárez-Álvarez JR, Caballero-Beltrán J. Conceptos bioéticos actuales aplicados a la Medicina intensiva. En: Montejo JC, García de Lorenzo A, Ortiz-Leyba C, Bonet A. Manual de Medicina Intensiva. Tercera edición. Madrid-España. Editorial Esvier 2006, pag.616-20*
- *Rincón R M, Carrillo Becerra L, Camargo LMA, Guerrero Guzmán Ma. del Pilar, Gutiérrez Cardona NA, Orduz López A, Cubillos Reyes CM, Hernandez Martínez IL, Garzón Díaz F. Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en Unidades de Cuidados intensivos. Revista latinoamericana de Bioética, Volumen 8 / Número 2 / Edición 15 / Páginas 114-123 / 2008*
- *Fernández Cañedo L. La ética en la práctica médica. Rev Med UV, Enero - Junio 2011*