

# LA BIOÉTICA EN EL CUIDADO INTENSIVO

## Debate con muchos interrogantes y pocas respuestas.

Álvaro E. Rojas Mora, MD.\*, Mario Gómez Duque, MD.\*\*

### Introducción

El cuidado intensivo es tal vez una de las situaciones médicas que más pone a prueba al profesional de la salud con respecto a sus creencias filosóficas, teológicas, morales y éticas; representa la oportunidad más cercana frente a la muerte para los que nos encontramos laborando en este campo y hacemos de él nuestro modo de vida. Es una de las especialidades y servicios que le brinda al profesional satisfacciones ante la buena evolución de un enfermo crítico, o tolerancia a la frustración frente a la realidad incuestionable e ineludible de que aún la muerte no ha sido vencida.

Es curioso pensar que solo en pocas ocasiones el profesional se ve enfrentado a estas circunstancias de manera tan directa, por lo cual es necesario entender muchos ingredientes que interactúan y determinan la conducta del médico frente al paciente que le quedan pocas oportunidades. Dentro de éstos hay que mencionar como los más importantes el avance científico y tecnológico, que cada día nos acerca más al entendimiento completo de la fisiología corporal, las creencias religiosas tanto del médico como del paciente, y por último la relación entre los dos así como con la familia del enfermo.

### El paciente crítico

El paciente crítico es el objeto de nuestra revisión, toda vez que es el mismo de la terapéutica instaurada, con la idea de lograr su recuperación. En

términos prácticos lo podemos definir como aquel enfermo que se encuentra en grave peligro de perder la vida por cualquier causa, y requiere de un soporte externo para el mantenimiento de su condición vital.<sup>1</sup> El entendimiento pleno de la categoría de la cual se reviste este tipo de paciente, es el que en definitiva va a determinar la actitud especial y única del médico hacia él.

Gran parte del progreso de la medicina ha sido la conformación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), con todo lo que esto reviste. Incluye una tecnología de punta, enmarcada dentro de un funcionamiento complejo, que cada día se convierte en algo mayor y más oneroso; asimismo, el avance de nuestros conocimientos ha hecho que la monitorización de los pacientes, sea más estrecha y cercana, requiriendo métodos invasivos con mayor frecuencia.<sup>1</sup>

Es precisamente aquí donde se nos manifiesta una gran paradoja. Se ha logrado, y con una gran precisión, que a pesar de ofrecer todo lo posible a un paciente en cuanto a conocimientos, servicio, atención y vigilancia, resulte que el entorno que lo rodea en una cama de cuidado intensivo, sea rudo y hostil hacia sí mismo. Es un punto difícil de entender, pero las razones para hacer esta aseveración, radican en los siguientes aspectos:

- Desconocimiento en muchas ocasiones de la enfermedad y su evolución. Las causas para que esto suceda, son la complejidad de la enfermedad que no siempre es comprensible para el enfermo; sin embargo, la mayoría de las veces la falta de explicación por parte del médico, es la causa para que no entienda la razón de su estadía en la uni-

\* Residente de IV año, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

\*\* Unidad de Cuidado Intensivo. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José, Bogotá, D.C., Colombia

dad, proceso que es necesario para obtener su colaboración para la aplicación del tratamiento.<sup>1</sup>

- Si la razón del ingreso a la UCI, es posterior a un evento traumático que amenazó de manera grave la vida, como en el caso de accidentes, hechos violentos o catástrofes naturales, el paciente queda con un estigma dentro de su psiquis que se incrementa en la medida en que no entienda su entorno, ni se sienta cercano a quien lo auxilia.<sup>1</sup>
- La presencia de equipos para el paciente son extraños, raros y con una gran cantidad de alarmas que en cualquier momento del día o de la noche marcan un ritmo, pero cuyo funcionamiento normal implica la prolongación de la vida. Peor aún es que su activación determina de una manera rápida y traumática un empeoramiento dramático en su estado de salud.<sup>1</sup>
- La inmovilidad extrema, asociada a la ausencia de un ambiente en algo similar a la cotidianidad es un generador de un choque emocional, que lleva a ansiedad, sentimientos de minusvalía y depresión.<sup>1</sup>
- La ausencia de pudor e intimidad, así como de una comunicación fluida en los casos de intubación orotraqueal, y la invasión de su ser por cables, sondas y tubos, logran un efecto mayúsculo de minusvalía y dependencia.<sup>1</sup>
- El alejamiento de la familia hasta el punto de poderlos ver solo en pocas ocasiones muy cortas, así como estar rodeado de gente extraña sumergen al paciente en un sentimiento de profunda soledad.<sup>1</sup>

Las posibles respuestas del paciente ante esta situación, son la ansiedad, que en casos severos puede llegar a convertirse en pánico, depresión, hostilidad, ira, negación y/o sensación de dependencia hacia el personal que lo atiende.<sup>1</sup> Estas situaciones son catalogadas como normales y esperables dentro del proceso de cualquier enfermedad aún con el paciente en una cama de pabellón y dentro de condiciones hoteleras confortables, pero en UCI por las circunstancias que mencionamos, conllevan una carga emocional mayor que las hace más severas y de curso

más rápido, que desembocan en una amenaza a la autoimagen de integridad, temor a la desfiguración y la muerte, y sensación de limitación en sus capacidades físicas y/o mentales.<sup>1</sup>

## La muerte: suceso no entendido plenamente

Dentro de la óptica de la iglesia católica, la muerte es el paso del alma de este mundo terrenal y material, a una instancia superior, en la cual se logra la sanación de los pecados en mancomunidad con esa imagen suprema a la cual denominamos Dios. Por tanto, no es un evento desagradable sino el premio para aquel que en vida se comportó dentro de los valores cristianos y no le hizo daño al prójimo, pero para aquel que no fue justo el resultado es la permanencia eterna en las llamas del castigo en un sitio denominado infierno.

Dentro de la visión budista, cuyo fundamento es la reencarnación, la vida terrenal es una instancia en la cual un ente etéreo debe cumplir con unos objetivos predeterminados, por lo tanto la muerte del cuerpo es el paso a un área intermedia mientras se espera un retorno a la tierra en otro cuerpo, de tal forma que se permita el ascenso espiritual hasta lograr la perfección. Sólo se consigue si en cada una de las vidas anteriores se han cumplido los objetivos trazados, lo mal hace pensar que la vida siguiente siempre será más fácil que la anterior a menos que hayan quedado logros sin alcanzar.

Médicamente puede definirse la muerte, según el Medical Harvard School, que en 1968 la catalogó como la cesación de la función cerebral, a pesar del soporte cardiovascular.<sup>2</sup> Un poco corta la frase para un suceso tan complejo, que genera en todo ser humano una gran cantidad de sentimientos encontrados.

Algo que vemos todos los días es que para el gremio médico la muerte continúa siendo el tema tabú al cual nadie le quiere dar la cara, pero tampoco desea dejar pasar inadvertido. Se supone, o por lo menos es lo que se inculca desde la facultad de medici-



na, que el fin último de nuestra ciencia radica en derrotar las enfermedades para que de esta manera se prolongue y mejore la calidad de vida, y en últimas se pueda derrotar a la muerte.<sup>2,3</sup>

Comencemos por saber que el 100% de la humanidad tiene un 100% de probabilidades de morir en algún momento durante el 100% de su existencia.<sup>2</sup> Radical afirmación que nos sirve para entender de una vez por todas que la finalidad de la medicina no es evitar la muerte, ni jugar al papel de Dios, muy por el contrario, su fundamento esta en prolongar y mejorar la calidad de vida. Así mismo, será tan importante como lo anterior la asistencia del paciente en su proceso de muerte digna,<sup>2,4</sup>

Por lo tanto, el proceso frente a la muerte debe ser reconocido como una ley de probabilidades, en la cual un 50% se define en forma satisfactoria con la recuperación del paciente, y el otro 50% insatisfactoria con el deceso; esto ocurre toda vez que se ha realizado un proceso médico para la recuperación del enfermo; ahora, cuando se permite la muerte sin realizar ninguna intervención para detener la secuencia de la enfermedad, se cae en tres categorías bien determinadas: asesinato, suicidio asistido o eutanasia.<sup>2</sup>

Ahora bien, y esto debe que quedar muy claro, que antes de entrar a definir la actuación médica de cualquier colega, se debe entender plenamente el contexto en que se desarrolla la situación del enfermo, el estadio de la enfermedad y la oportunidad de atención. Definamos algunos términos que nos son útiles en este sentido.

- La **inminencia** se cataloga como aquella muerte que ocurrirá durante la misma hospitalización, en la cual no se logra mejorar el pronóstico a pesar de las medidas terapéuticas que se han instaurado, sin prolongar la vida mas de tres días desde que se realizan las mismas.<sup>2</sup>

- La **capacidad**, es la posibilidad del paciente de entender su entorno, interactuar con el médico en su tratamiento y con la recuperación de su funcionalidad una vez que el proceso ha revertido.<sup>2</sup>
- La **autonomía**, es el derecho del paciente para decidir su propio curso y determinarlo hasta llegar a un término, aunque la familia no se encuentre de acuerdo. Esta última sólo interviene en el proceso si el paciente lo pide expresamente o cuando por su enfermedad, como es el caso de las enfermedades neurológicas no puede ser autónomo.<sup>2</sup>
- La **futilidad** es la cualidad del médico de ser inefectivo a pesar de las medidas terapéuticas instauradas, pues ninguna de ellas permite que el paciente mejore su condición, aunque continúa atado a un soporte de vida artificial.<sup>2</sup>

El reconocimiento a tiempo de estas situaciones es el determinante de mayor impacto en cuanto a costos sociales, sentimentales y económicos tanto para el médico, la institución, el paciente y su familia.<sup>2</sup>

Ahora bien, si se entiende la muerte como una pérdida para la medicina originará un sentimiento de frustración y derrota en el profesional, situación que no debe suceder. La muerte no es un suceso aislado, sino un proceso en el cual se ven involucrados el paciente, la familia y el personal científico, dentro de los cuales el médico es el líder incuestionable y es quien debe cargar con la responsabilidad de llevarlo a buen termino, de una manera participativa y abierta, dando y entendiendo las razones que determinen su actuación.<sup>2,3</sup>

Por tanto, el proceso de asistencia a un paciente crítico, se basa en la evaluación de su condición y del pronóstico en cuanto a salud y funcionalidad,



haciendo entendible estas situaciones al paciente y su familia y actuando en consecuencia con respecto a ellos. De la misma manera, si el desenlace fatal es un evento definido, se deben instaurar las mejores condiciones para que sea lo más aceptable y digno para el paciente y lo menos traumático para su familia.<sup>2,3</sup>

## Eutanasia: ¿qué es realmente?

La eutanasia es entendida como la buena muerte si nos atenemos a su etimología proveniente del griego, esta definición genera sentimientos encontrados acerca de como puede ser bueno un suceso que a todas luces se considera triste, tanto para el científico, como para la familia del enfermo; pero es allí donde radica su gran significado, es convertir algo muy duro y difícil en una situación aceptada con tranquilidad.<sup>5,6</sup>

El debate sobre la eutanasia comenzó en la antigua Grecia bajo los dictados de Hipócrates en su escuela de medicina, donde se aplicaba a los enfermos que no podían curar, de tal manera que consistía en la suspensión de todo tipo de terapéutica médica, pero sin realizar tampoco ninguna intervención para acelerar el proceso de muerte. Una vez conquistados por los romanos, el concepto se transmitió hacia el resto de Europa, en los terrenos conquistados por el imperio y estas costumbres permanecieron a pesar de la caída con la invasión de los bárbaros anglosajones en las clases privilegiadas.

Con el surgimiento del cristianismo y su expansión hacia Europa, la medicina se opuso a la eutanasia, y en siglos posteriores se transmitió a todas las colonias en especial a las españolas y las portuguesas, hasta finales del siglo XVII y principios del siglo XX, cuando el debate se reabrió de nuevo. Sólo voces aisladas como la de Sir Thomas Moore en 1516 y Francis Bacon en el siglo XVII, vendieron la idea de un paso «fácil y humano» a una nueva condición.<sup>6</sup> Fue en la guerra civil de los Estados Unidos con la aplicación de morfina o cloroformo en dosis letales para aquellos soldados gravemente heridos, cuando la eutanasia volvió a tenerse en cuenta como una salida para pacientes en quienes la medicina no po-

día hacer más que la simple aplicación de medidas de soporte.<sup>6</sup>

En 1870, el debate en Europa deja de ser eminentemente médico, para permitir la inclusión de abogados y civiles; fue así como en 1895 Albert Bach propuso el libre derecho de los pacientes a definir sobre el curso de su vida o su muerte. Desde entonces, la aplicación de la eutanasia a través del siglo XX, ha sido clandestina, debido a que no existe una legislación clara y en cualquier momento se puede revertir hacia el médico con consecuencias legales que trunquen su carrera.<sup>6</sup>

En 1980, se inició en Holanda la discusión seria y abierta sobre las implicaciones jurídicas de la eutanasia, pero fue en 1993 cuando se definió como «toda intervención médica activa para terminar con la vida de un paciente, por un pedido explícito de éste, ante la inutilidad de un tratamiento».<sup>6</sup> De esta manera se logró la aceptación legal de la autonomía del paciente, en un modelo que se viene aplicando hasta la actualidad. Sin embargo, el código penal holandés no se ha modificado, a la luz de la nueva ley y por lo tanto la práctica de la eutanasia continúa siendo ilegal.<sup>7</sup> Ahora bien, en caso de que un médico se vea involucrado en un caso de eutanasia, debe reportar el caso al Colegio Médico Holandés donde se asignan un perito que inicia la investigación. El médico debe informar la historia clínica del paciente, el pedido voluntario del mismo a menos que por las condiciones de su enfermedad no se haya hecho expreso, una interconsulta con otro colega que haya conceptualizado de la misma manera y los medios utilizados para finalizar la vida del enfermo. A partir de estos datos, el perito determina la culpabilidad del médico o su inocencia, en cuyo caso queda en libertad de decidir si inicia o no un proceso penal.<sup>7</sup>

Este mismo ejemplo lo han seguido otros países, como Alemania, donde desde 1984 está aceptada la participación activa del médico en la eutanasia, si se cumplen tres requerimientos básicos: el pedido expreso y libre por parte del paciente, la invariabilidad del pronóstico de la enfermedad, junto con la ausencia de recuperación, y el concepto de otro colega en



el mismo sentido, que confirme el diagnóstico y el pronóstico hechos inicialmente.<sup>6</sup>

El debate ha progresado y se ha definido la eutanasia en dos categorías bien diferenciadas: activa, cuando el médico interviene con una medida que desencadena la muerte del paciente, y pasiva, que corresponde a la cesación de toda medida de soporte artificial que mantenga vivo al enfermo. Esta última consideración ha avanzado en el mundo, hasta el punto en que ya es una acción mandatoria la cesación de todo soporte artificial de vida, en todo paciente con diagnóstico de muerte cerebral.<sup>6</sup>

El suicidio asistido es otra categoría que es interesante para definir. No es igual a la eutanasia; su fundamento radica en la decisión libre y espontánea del paciente de acabar con su vida, ante el diagnóstico de una enfermedad fatal, para la cual no hay ninguna medida curativa que cambie el pronóstico de mortalidad. Es él mismo quien se aplica la medida que acabará con su existencia, bajo la vigilancia del médico que hace del proceso una situación más llevadera tanto para el enfermo como para su familia y es quien brinda los medios para poderlo llevar a cabo.<sup>6</sup>

Las voces contrarias a la eutanasia dicen que nunca un procedimiento activo está bien fundamentado, en la medida en que nadie puede asumir el papel de juez decisorio revistiéndose de una calidad divina, y tomar en sus manos el destino de vida o muerte de un ser humano; asimismo se debe tener en cuenta que la muerte no es el camino para salvar a un paciente del sufrimiento de una enfermedad, toda vez que ese mismo efecto se puede lograr con la administración de drogas y analgésicos opioides.<sup>6,7</sup>

Otra consideración importante para tener en cuenta es el papel de las medidas artificiales de soporte aplicadas a pacientes que ya no tengan pronóstico vital. Deben mantenerse hasta el momento en que el suceso fatal ocurra de manera espontánea.

Este argumento tiene su base en que es imposible no caer en la categoría de asesinato, cuando no se brinda asistencia a un enfermo y por el contrario, ya

sea en forma activa o pasiva se hagan todas las medidas para que la muerte se acelere.<sup>5,6</sup>

En 1992 se trató de llegar a un consenso sobre lo que es eutanasia y lo que no es. Benrubi publicó que la eutanasia activa es la terminación deliberada de la vida de un paciente, en el orden de la culminación de un sufrimiento mayor. Su principal argumento en favor de la eutanasia es el imperativo ético del alivio del sufrimiento en enfermos terminales; pero asimismo en aquellos que por más que tengan un perfil social muy alterado, si existe algún tipo de pronóstico de recuperación, las medidas terapéuticas no pueden ser suspendidas por nadie perteneciente al personal de la salud.<sup>6</sup>

## Transplantes y obtención de órganos

Los transplantes son uno de los aportes más eficaces que nos ha brindado la medicina moderna para un enfermo crítico, de tal manera que es una alternativa de primera mano en muchas condiciones que antes se consideraban intratables. Asimismo el manejo postoperatorio y crónico del paciente transplantado ha mejorado en forma sustancial, hasta el punto de que es una persona normal que se desenvuelve en un entorno cotidiano. Las tasas de supervivencia a un año para pacientes transplantados en los Estados Unidos son del 94%, 77% y 81% para riñón, hígado y corazón respectivamente. Estas expectativas de éxito han hecho que la demanda en la procura de órganos haya aumentado.<sup>8,9</sup>

Al principio se utilizaron siempre donantes vivos para la consecución de órganos y ello se hacía porque la decisión de ser donante debía ser libre y espontánea, ausente de todo tipo de coerción, que no chocara con los principios religiosos y en consonancia con un consentimiento informado escrito.<sup>9</sup>

A medida que los resultados se convirtieron en algo alentador, se comenzó a mirar hacia cadáveres y/o aquellos pacientes internados en UCI con diagnóstico de muerte cerebral como posibles donadores de órganos, pero surgieron una serie de interrogantes y problemas que era necesario resolver. El primero

era dónde radicaba y en qué punto arrancaba la decisión libre y espontánea de ser donante.

Teniendo en cuenta este punto, el Congreso de los Estados Unidos legisló en 1968, que se considerarían como donantes aquellas personas que en vida hubiesen aceptado por escrito la donación de sus órganos una vez hubiesen muerto;<sup>9-11</sup> y se prohibió la venta de los mismos. Fue así como se incrementaron las campañas educativas a favor de la consecución de potenciales donantes en colegios y universidades, para obtener su permiso una vez cumpliera 18 años, edad mínima para ser donante.

Entonces, se presentó un problema adicional, y fue definir cuándo se declaraba muerto a un paciente. Hasta 1968, la definición de muerte radicaba en la cesación de todo tipo de función cardiopulmonar.<sup>9</sup> El inconveniente era que una vez se hacía el diagnóstico, las posibilidades de conseguir un órgano viable se reducían dramáticamente, de tal manera que surgió el concepto de muerte cerebral como el momento en el cual los pacientes críticos se convertían en posibles donadores de órganos.<sup>9-11</sup>

Fue entonces cuando se definieron todos los criterios clínicos que hoy en día determinan el diagnóstico y las pruebas confirmatorias. En la medida en que se aplicó este nuevo criterio, se amplió el número de donantes potenciales.

Sin embargo, surgió un nuevo escollo para resolver, el cual radicaba en la familia del enfermo. Sólo hasta 1984 se abrió formalmente el debate del papel de la familia del paciente crítico, de tal manera que en 1986, se permitió la decisión libre de la familia si su pariente podría servir o no como donante una vez que el diagnóstico de muerte cerebral se había instaurado, así no lo hubiese autorizado en vida.<sup>8,10,11</sup>

Para efectos prácticos, hoy se tienen en cuenta tres consideraciones para la obtención de órganos: en primer lugar, la identificación del posible donante, pues muchos de ellos se encuentran internados en las UCI, como resultado de accidentes y afecciones médicas que han desembocado en una catástrofe neurológica, en quienes existe un diagnóstico cer-

tero de muerte cerebral; no deben ser menores de 75 años sin historia de patologías malignas, ni antecedentes de riesgo o diagnóstico serológico de hepatitis B y/o C, y HIV.<sup>12</sup>

En segundo término, la autorización de la familia: una vez identificado el donante, se inicia el proceso de hablar con la familia acerca del pronóstico y su condición real. Se calcula que el 30% de las familias no autorizan la donación de órganos, la mayoría de las veces por conceptos religiosos, la incomprensión del estado actual del enfermo o la espera de un milagro. Es más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos y la raza negra.<sup>12</sup> Autorizado el procedimiento, se debe dejar por escrito la constancia del mismo.

Y, por último, la consecución del órgano: radica en colocar al paciente en las mejores condiciones para ser donante el mantenimiento de las medidas de soporte inotrópico y ventilatorio, la corrección hidroelectrolítica y de valores de hemoglobina y hematócrito, así como la adecuación simultánea del receptor para la realización del procedimiento.<sup>12</sup>

En suma, podemos ver como todo este proceso depende de una adecuada comunicación, que nace en las campañas educativas y el convencimiento de la gente para convertirse en posibles donantes. Es primordial que cuando se intenta el acercamiento con la familia, el médico explique de manera sencilla y entendible el diagnóstico y la importancia de la donación como alternativa para otras personas, fuera de que esta actitud no chocha contra los paradigmas religiosos y culturales.

Así mismo, la coordinación entre los equipos de rescate y los encargados del posible donante, es la principal determinante del resultado satisfactorio en la culminación del proceso.

## **Consideraciones religiosas en la unidad de cuidado intensivo**

Una de las cosas que más ha marcado a la humanidad desde tiempos inmemoriales es la creencia en un ente superior, al cual de alguna manera somos similares, cuyo papel es regir los destinos de los



hombres, sus acciones y determinar las pautas de comportamiento dentro de un marco de bueno o malo de acuerdo como hayan sido realizadas y el fin último que cada una de ellas pueda perseguir.<sup>5</sup>

Es así como Platón, en la Antigua Grecia, reconoció la existencia de una esencia a la cual denominó alma. Esta se alojaba en una materia a la que llamó cuerpo, y la unión de los dos, proceso al cual denominó vida, buscaba el ascenso espiritual de aquella en cada etapa terrenal, como paso obligatorio para poder alcanzar la perfección. De esta forma se explicaba por qué la vida en la tierra tenía elementos fáciles y circunstancias difíciles, que eran la manera de superarse a sí mismo sucesivamente.

Aristóteles también plantea la existencia de un ser superior perfecto. Este último por su condición de perfección es un ser adimensional en tiempo y espacio, porque en el momento en que estas circunstancias se presentasen, se convertiría en un ser humano común y corriente. Pero lo más interesante es que de él mismo dependen todas las situaciones cotidianas, por lo tanto su funcionamiento es similar a lo que llamó un motor inmóvil.<sup>5</sup>

Jesús profetizó sobre un ser supremo, a quien describió en la esencia de un padre revestido de las mejores cualidades como bondadoso, comprensivo, generoso y quien se encuentra disponible para todo y para todos en cualquier momento, abierto a todo aquel que desee acercarse de corazón, y atento al arrepentimiento de los hombres como una de las principales virtudes para la normal convivencia entre los seres humanos; esta última es la cualidad donde radica el verdadero crecimiento espiritual, al ser posible el reconocimiento de los propios errores, sobre un sustrato de verdadera humildad.<sup>5</sup>

Las ideas de Platón y Aristóteles fueron recogidas posteriormente por San Agustín, que fue el primero en hablar del concepto de cuerpo y alma dentro de la doctrina cristiana, y de una vida futura en una instancia superior a la que llamó cielo para los que habían sido justos y buenos, o infierno para aquellas almas que habían hecho daño a sus congéneres.<sup>5</sup>

Así como el catolicismo ha hablado sobre lo que es la instancia superior a la que denominamos Dios, bajo los preceptos enseñados por Jesús, todas las religiones han profesado una entidad suprema que determina el comportamiento de los hombres. Lo que cambia entre ellas es la forma como se aplican los conceptos de cada una, pero en esencia todas son el resultado de una necesidad de los hombres por una creencia en algo absolutamente definitivo y la ansiedad de perpetuidad, que son en gran parte el objetivo mismo de la existencia.<sup>5</sup>

Hasta tal punto ha llegado la necesidad de estos dos aspectos, que se han levantado voces radicales en contra de las religiones como la de Carlos Marx, quien llega a denominarla como «el opio del pueblo», en la medida en que es un ente distractor de la cotidianidad y de la verdadera realidad que se basa en el aquí y ahora, que cumple con las funciones de un padre estricto ante la necesidad de los hombres de un precepto de autoridad, resultado de la falta de autocontrol de los hombres. Sólo el presente es única realidad y el trabajo mancomunado de los hombres el único determinante del futuro de los mismos y de las naciones; por lo tanto es claro que la vida acaba con la muerte y no existen instancias superiores mas allá de las que son palpables en este mundo material.<sup>5</sup>

A todas luces y vista dentro de una óptica absolutamente objetiva, la religión es la opción de creer en algo infinitamente superior, y es el resultado de la ansiedad de inmortalidad del hombre, así como de la necesidad de un precepto absoluto de autoridad. Es en este punto donde tiene su asidero la grandeza de cada una de las doctrinas religiosas. El poder brindar al ser humano la oportunidad de creer y priorizar su vida bajo el concepto de bueno o malo, dando claridad acerca de que los derechos míos culminan donde comienzan los de los demás, determina comportamientos sanos en la mayoría de los hombres.<sup>5</sup>

Así mismo, otorga siempre opciones hacia el futuro y esperanzas de vida a quienes son sus practicantes. Es aquí donde nace nuestra consideración sobre el papel que juega la religión en el paciente crítico. Como lo habíamos mencionado, este se en-



cuentra en una circunstancia crucial de su vida, en la cual está enfrentado como nunca a la muerte de manera tan cercana, o por lo menos a un cambio tan drástico que conlleve la pérdida de muchísimas capacidades que se encontraban plenamente desarrolladas.<sup>13</sup>

El paciente crítico tiene la necesidad imperiosa de creer en algo que lo aferre tan fuerte para no caer en la ansiedad, pánico y/o depresión de los cuales hablábamos antes; esto es muy importante en la medida en que se brindan las opciones de volver a vivir, o de aceptar con tranquilidad las secuelas de su enfermedad y la muerte si es un suceso inevitable.<sup>13</sup>

También las creencias religiosas le dan a la familia la oportunidad de comprender que la muerte no es algo que la medicina haya podido superar.

En muchas ocasiones, a pesar de los esfuerzos ingentes del personal médico por lograr la mejoría del enfermo, esta es un fin irremediable, pero sin mala connotación; tomarla de esta manera es el resultado del egoísmo humano que no permite entender que es un paso a una instancia mucho mejor para aquel que lo ha logrado. Con ello se brinda una tranquilidad que en ausencia de un concepto religioso, sería difícil de conseguir dentro de nuestra cultura.<sup>5,13</sup>

Por ello, es importante que el médico comprenda su entorno religioso y que de alguna forma le pueda brindar los medios para desarrollarla y tener la vivencia sin atenuantes y a plenitud.

Como norma, la UCI está rodeada de un ambiente frío que no es muy propicio para la espiritualidad. Por ello, el papel del médico en este aspecto debe complementarse con la acción de un sacerdote o de un conductor espiritual, que sirva de coyuntura entre nosotros y el paciente, ofreciéndole a éste la opción de acercarse a lo más íntimo de sí mismo, y generando en él una expectativa que a pesar del desenlace, pueda ser satisfactoria.<sup>13</sup>

Los principales aspectos en los cuales un conductor espiritual ayuda en cuidado intensivo son los siguientes:

- Algunos preceptos religiosos impiden una total aceptación de la terapia instaurada. Tal es el conocido ejemplo que es incómodo para muchos médicos, de los testigos de Jehová, y su negativa a ser transfundidos. En estos casos el gran beneficio de la terapéutica se ve entorpecido por una razón, no fácilmente comprendida por el médico, basada en la autonomía del paciente para rehusarse a recibir un tratamiento. El rol del médico en estos casos es permitir el libre albedrío del paciente y dejarlo decidir sin ningún tipo de coerción, mas allá de las explicaciones claras de los beneficios, riesgos potenciales y posibles complicaciones.<sup>13</sup>
- El sacerdote puede allí tener la oportunidad de una conversación más cercana con la familia y con el paciente, en la medida en que entiende mejor las razones de la negativa, ofreciendo un trato más cálido y libre de ataduras, aunque esto no siempre derive en una aceptación de la terapéutica que se desea instaurar.<sup>13</sup>
- La esperanza del milagro es otra de las expectativas que no es fácil manejar por el personal médico en UCI. Tanto para el paciente como para su familia, existe la idea de que todo se puede mejorar y que este suceso a todas luces doloroso se puede remediar. En muchas ocasiones a pesar de las explicaciones por parte del personal científico, no existe una adecuada recepción, que permita un desenlace menos traumático.<sup>13</sup> El sacerdote en este momento da la oportunidad de entender ante la supervisión de la religión y de los ojos de Dios, una visión cercana de la realidad y por consiguiente una aceptación tranquila del destino final.<sup>13</sup>



- La posibilidad de permanecer con una lesión permanente e incapacitante de por vida una vez se ha superado el proceso agudo de la enfermedad, genera en el paciente la sensación de ansiedad y miedo que incluso se puede convertir en pánico, ante una expectativa funesta de vida dependiente de su familia como una carga adicional a los problemas ya generados con su sola estancia en la UCI. En estos casos no siempre las explicaciones médicas son suficientes para ofrecer y lograr la tranquilidad necesaria para asumir el proceso de rehabilitación. La fe religiosa es una ayuda excepcional que le brinda una expectativa optimista de recuperación y llega a mejorar de manera sustancial la superación del paciente durante el tratamiento.<sup>13</sup>

## La UCI como un ente ético

Todo lugar donde la cotidianidad y funcionamiento normales implican el desenlace entre la vida y la muerte, está rodeado de una condición especial que es muy importante entender pues nos enfrenta a situaciones que son a todas luces de una inmensa carga académica, emocional y espiritual para todos los que en ella intervienen, y por tanto muy difíciles de soportar en cabeza de una sola persona.

Analizando esta consideración, la Corte Suprema de New Jersey, en 1976, ordena que todas aquellas decisiones que tengan que ver con tratamientos que impliquen soporte de la vida deben ser realizadas y aprobadas por un grupo de personas a los cuales denomina comités éticos. Desde entonces su presencia se ha vuelto indispensable y su número ha aumentado en todos los hospitales universitarios y de referencia, hasta el punto de que en 1993, el 92% con una capacidad mayor de 200 camas tenía dichos recursos<sup>14</sup>

En términos generales los comités de ética médica de los hospitales están conformados por médicos, enfermeras y personal afín de la institución,

como son el director general, jefes de departamento, capellán, abogado y por lo menos un profesional con postgrado en ética médica. El número de sus integrantes es variable de acuerdo con el número de camas y los servicios que preste.<sup>14,15</sup>

Dentro del marco de cada institución, el comité debe cumplir funciones médicas, administrativas, pastorales y legales, que le den la oportunidad de ser un ente completo con una adecuada visión de la realidad, lo cual radica en una selección adecuada y en la educación continua de cada uno de sus integrantes para no desviar hacia ningún tópico específico los posibles temas que entren en discusión.<sup>14</sup> Las funciones con las cuales cumplen los comités son:

1. Ser un ejemplo de educación y estudio continuo para toda la comunidad hospitalaria, fomentando la lectura y las realización de seminarios.<sup>15</sup>
2. Ser el eje de desarrollo de políticas intrahospitalarias que incluyan la atención de pacientes, la realización de protocolos y guías de manejo, y la definición de los procedimientos.<sup>15</sup>
3. Ser un grupo de consulta en el hospital, para la definición de conductas relacionadas con el tratamiento de algunos pacientes. El hecho de ser independiente le brinda la oportunidad de iniciar un estadio que lo lleva a decisiones enmarcadas en la ética y que sin duda redundan en el beneficio del paciente.<sup>15</sup>
4. Ser un ente regulador y comunicador de las decisiones éticas, así como un soporte psicológico para el paciente, la familia y el personal médico, facilitando el proceso terapéutico y la aceptación del estadio de la enfermedad.<sup>15</sup>

Como la UCI es la zona del hospital donde la tecnología constituye el soporte de la vida, es frecuente cruzar de manera fácil el límite entre lo que es la vida y la muerte, o mejor, atravesar el umbral entre lo que es una existencia o una muerte dignas.

Vemos, de esta manera, que casi es necesario un comité de ética médica exclusivo para los pacientes de la UCI. No solo su condición crítica amerita el



tratamiento científico y tecnológico que recibe, sino un soporte existencial y ético que brinde la oportunidad de un adecuado entendimiento de su patología y una relación afable con su entorno actual, el personal médico y su propia familia.<sup>14,15</sup>

Ahora bien, en un medio donde la cantidad de equipos utilizados es abrumadora, en el cual por la situación del enfermo se lleva a una incomunicación total y se invade su perímetro personal hasta restringir su intimidad, los espacios de comunicación con el médico son reducidos y en algunas ocasiones nulos.<sup>14,15</sup>

Esto conlleva a que la relación médico-paciente sea especial, en la cual el papel de la familia es fundamental. Cuando un enfermo por su condición se ve privado de su autonomía y por tanto no puede actuar con el médico en lo concerniente a su tratamiento, es la familia la interlocutora a la cual se le explica y con quien se decide cuáles son las directrices que se llevarán a cabo en el proceso terapéutico instaurado.<sup>15</sup>

Si tenemos en cuenta que la familia gasta gran cantidad de tiempo en largas y tediosas esperas, hasta que les permiten la visita a su pariente y que en ese mismo corto tiempo deben hablar con el médico para que les explique el estrés de la enfermedad, es indispensable facilitar el entendimiento completo del tratamiento y del pronóstico.

Asimismo, en aquellos casos de muerte cerebral o de pacientes terminales es vital abrir el espacio que propicie una suspensión de la terapia de tal manera que no produzca un choque emocional y pueda aceptarse en forma tranquila y segura por el médico y su familia.<sup>14,15</sup>

La vía más expedita para lograrlo es a través de los comités de ética médica. Aunque cabría pensar que no es una de sus funciones, son los más cercanos para hablar con tal veracidad que brindan un gran soporte al paciente y a su familia. La razón radica en que al ser un grupo multidisciplinario, hay una mejor visión del entorno y apoyan al cuerpo médico que está trabajando en la recuperación, evitando que se involucren emocionalmente con la familia, situación que en algunos casos puede reducir la objetividad durante el plan terapéutico.<sup>14,16</sup>

Además, todos sus miembros brindan a la familia el apoyo científico, humano y espiritual. De esta manera se logra una mayor comprensión que evita las interpretaciones erróneas que conllevan a una mala aceptación del proceso y en algunos casos a demandas hacia el personal de salud.<sup>14,15,16</sup>

Una de las funciones más importantes es la de ser interconsultante para todos los servicios médicos. La realidad actual es que para una patología específica se llama al experto para su solución, pero es una verdad a medias. Un comité de ética bien diseñado cuenta entre sus integrantes con expertos en cada una de las especialidades en cabeza de su director de departamento. Si lo observamos de esta manera, encontramos que el soporte que se brinda al profesional es más completo a la hora de tomar una decisión.

Esto no quiere decir que entonces se acaban los servicios interconsultantes y todas las decisiones las tomará el comité. Se convertiría en una situación dispendiosa y lenta que no llevaría ningún beneficio a los pacientes. Pero desde la óptica de la UCI, el ideal es que las decisiones que conlleven la diferencia entre la vida y la muerte sean tomadas por un grupo multidisciplinario que ayude al cuerpo científico, al paciente y a la familia.<sup>14,15,16</sup>

## Algunas consideraciones personales

Cuando se habla de temas éticos es imposible pontificar, porque no es una ciencia exacta; por el contrario, tiene una gran cantidad de variables.

La ética es todo lo bueno que puede realizarse en una situación determinada, en concordancia con los valores de la sociedad y aplicando de la mejor manera las experiencias de la vida y el ejercicio profesional.<sup>16</sup> Por tanto, la ética no es una ciencia exacta sino filosófica en la cual todo aquel que quiera intervenir es bienvenido, siempre que lo haga después de leer y documentarse lo suficiente para emitir una opinión.

Con mayor razón si vamos a expresar conceptos de bioética, en los cuales todos nuestros argumentos giran en torno al ser humano y en forma específica hacia lo que denominamos bienestar.



Estar en una UCI, no sólo es difícil para el paciente, sino que conlleva una carga emocional para el médico que no siempre es fácil de soportar. El paciente crítico, merecedor por excelencia de toda la atención médica, de la mayor tecnología disponible y de todos los logros académicos, lleva al médico a tal grado de exigencia que le implica largas horas de estudio, de asistencia al enfermo, de estar sometido a la zozobra de las situaciones inesperadas, todo el tiempo dependiendo de un hilo tan delgado que en cualquier momento se puede romper llevando al traste todas sus ilusiones y esperanzas.

Este tipo de sacrificio no es siempre bien visto por el paciente o su familia, y más triste aún, por los mismos colegas. Las razones para que esto suceda son la ausencia completa de comunicación que permite ante una situación de semejante magnitud, que cada cual la interprete a su manera.

Esta falta de conversación, en algunos casos propiciada por los sabios y en otros por los ignorantes, es la principal responsable de que procesos tan serios e importantes como la muerte, la eutanasia y el trasplante de órganos, no tengan hoy día la connotación que han debido adquirir hace mucho tiempo y permanezcan en un debate que parece inconcluso.

Es curioso, pero somos los médicos, los vigilantes de la vida, quienes menos entendemos el significado de la bondad de la muerte en ciertas circunstancias, por el hecho de aferrarnos a la vida al costo que implique, causando en ocasiones daño en vez de beneficio.

El problema radica en que ninguno puede ser Dios para definir quien vive y quien no. Pero dentro de un contexto multidisciplinario es probable que se tomen decisiones acertadas que derivan en beneficio del paciente, que no siempre es mantenerlo vivo, sino por el contrario, la asistencia humana y digna en un proceso de muerte, visto como un paso hacia una instancia mejor.

La eutanasia es un proceso que a todas luces puede ser una opción para muchos pacientes y su familia y por qué no decirlo, podría permitir una consecución de órganos para beneficio de muchos seres

humanos. De la misma manera el impacto económico que genera redundante en una mejor utilización de recursos hacia enfermos que en verdad lo necesitan.

El problema radica de nuevo en la disyuntiva de quien es el encargado de tomar la decisión. A nuestro modo de ver es un grupo multidisciplinario, conformado por el paciente, su familia, el médico y el personal paramédico, el encargado de optar por una solución de este talante. Pero para que este proceso se pueda llevar a cabo, hacen falta más que buenas intenciones y por ende es necesario establecer un marco, que libere al médico de la responsabilidad única y que le permita a los demás entender que su acto no solo carece de cualquier tipo de maldad, sino que va revestido de una total humanidad y amor hacia los demás.

Vemos que al avanzar la ciencia y con oportunidades de saber más y descubrir nuevas cosas, el desarrollo de la profesión se vuelve complejo, difícil y nacen interrogantes que cuestionan el ejercicio diario frente al paciente y solo aquellos con un adecuado conocimiento ético serán capaces de solucionarlos sin lesionar a colegas y pacientes.

Así como el descubrimiento del genoma humano, último gran avance de la medicina en el que la ética juega un papel fundamental en pro del ser humano, también en el cuidado intensivo el avance tecnológico y académico nos brindará oportunidades de cuestionamientos éticos ante las mejores expectativas de tratamiento.

Definir hasta donde llega la acción médica y cuándo comienzan los aspectos espirituales, es una de las tareas titánicas a la que nos vemos sometidos los que hemos de ejercer la profesión en este nuevo siglo.

Solamente un sustrato ético que funcione en consonancia con la academia y la tecnología, permitirá a médicos, enfermeras, laboratorios proveedores, capellanes, economistas y administradores, pacientes y familias un adecuado entendimiento de la enfermedad que amenaza la vida que causa sentimientos de alegría y frustración en aquellos que intervienen.

El objetivo común radica en la recuperación de nuestro enfermo, en el soporte continuo, en el diálogo

go permanente y en conducirlo al proceso de muerte cuando las opciones terapéuticas terminan.

Solo cuando entendemos que el hombre es el fin y no el medio de todas nuestras consideraciones, es cuando se logra ver la verdadera esencia del ejercicio médico y obtenemos las mayores satisfacciones de su pleno desarrollo.

## Referencias

1. Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J: El paciente en estado Critico. Cap. 15. 2ª Ed. 1997.
2. Koch K: The Language of Death: Euthanatos Et Mors- The Science of Uncertainty. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 1. 1996.
3. American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine Consensus Panel: Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. Chest 97: 949-958, 1990.
4. American Medical Asociation Statement: Guidelines for the apropiate use of do not resuscitate orders. JAMA, 265: 1868-71, 1991.
5. Cely G. El horizonte Bioético de las Ciencias. 1ª Ed. 1999.
6. Nyman D: Euthanasia. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 6. 1996.
7. Henk A.M.J. ten Have and Jos V.M. Welie: Euthanasia in the Netherlands. Critical Care Clinics, Vol. 12, No 1, Chapter 7. 1996.
8. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma. JAMA 205: 337, 1968.
9. Arnold R, Siminoff L, Frader J: Ethical Issues in Organ Procurement: A review for Intesivists. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 3. 1996.
10. American Medical Asociation CEJA: Strategies for cadaveric organ procurement: Mandated choice and presumed consent. JAMA 272: 609-12, 1994.
11. Caplan AL: Ethical and policy issues in the procurement of cadaver organs for transplantation. New England Journal of Medicine 311: 981-83, 1984.
12. Caplan AL, Virming B: Is altruism enough? Required request and the donation of the cadaver organs and tissues in the United States. Critical Care Clinics. Vol. 6, Chapter 2, 1990.
13. Wagner J, Higdon T: Spiritual Issues and Bioethics in the Intensive Care Unit: the role of the Chaplain. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 2, 1996.
14. Kelly D, Hoyt J: Ethics Consultation. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 4, 1996.
15. Fleetwood JE, Arnold RM, Baron RJ: Giving Answers to raising questions? The problematic role of institutional ethics committees. J Med Ethics 15: 137-42, 1989.
16. Crausman R, Armstrong J: Ehically Based Medical Decision Making in the Intensive Care Unit: residency Teaching Strategies. Critical Care Clinics. Vol. 12, No 1, Chapter 5. 1996.