

## Reflexiones sobre problemas éticos en medicina intensiva

K. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA

Unidad de Cuidados Intensivos. Nafarroako Ospitalen. Hospital de Navarra. Iruñea. España.

Aunque los objetivos iniciales de la medicina intensiva eran la prevención del sufrimiento innecesario y de la muerte prematura, así como el tratamiento de las enfermedades reversibles que amenazan la vida durante un período adecuado, hoy en las UCI se atiende también a personas que han fallecido en cuanto donantes potenciales de órganos para trasplante. Los tratamientos de soporte vital (TSV) tienen beneficios inciertos, pueden causar daños y son además muy costosos.

A los enfermos graves nuestra sociedad les reconoce hoy múltiples derechos:

1. El derecho a recibir una atención sanitaria global de calidad, lo que implica, entre otras muchas cuestiones, ayuda para tomar decisiones sobre los TSV, esto es, sobre su aceptación, su duración, su intensidad, etc., así como el derecho a recibir una atención paliativa también de calidad.

2. El derecho a los TSV si están indicados, decisión para la que es necesaria la actuación de un profesional razonable, con los conocimientos, habilidades y juicio propios de la especialidad de medicina intensiva.

3. El derecho a un procedimiento justo si no se produce el acuerdo entre los profesionales y el paciente o sus representantes sobre la conveniencia de los TSV.

La práctica de la medicina intensiva se complica por múltiples problemas éticos y técnicos, entre ellos la “cultura de rescate” prevalente en muchos médicos de UCI, la gravedad de las enfermedades de los pacientes, la toma de decisiones que recae principalmente en las familias de los enfermos, los elevados niveles de angustia que se manifiestan en los seres queridos de los pacientes, y los diagnósticos y tratamientos altamente técnicos y complicados. Seguramente merece la pena reseñar algunos de ellos:

– La definición de qué pacientes deben –y cuáles no– ser tratados en la UCI. Hay una gran discrepancia entre hospitales debido a la diferente población de enfermos tratados en cada escenario, de forma que no existe un criterio universal sobre el que hacer descansar esta primera decisión. Así, muchas veces el médico de UCI se encuentra ante un paciente muy enfermo del que no conoce el diagnóstico el pronóstico y para el que –incluso con el que– debe tomar una rápida decisión relacionada con su posible ingreso en la UCI.

– La duración de la estancia de los pacientes en la UCI. Porque el daño y el sufrimiento causado por la estancia en una UCI a un paciente y a su familia pueden ser grandes, especialmente si la indicación de ingreso no fue la más adecuada.

– La calidad del cuidado impartido en la UCI, porque en la mayoría de las ocasiones los pacientes están sedados, lo que además de aislarlos de sus familiares dificulta enormemente la comunicación, convirtiéndose en muy difícil conocer los deseos de los pacientes.

– El coste de los tratamientos proporcionados en las UCI, que a veces crea auténticos problemas de justicia distributiva, dada la realidad de la escasez de recursos.

– Por todo esto –pero no sólo por esto– muchas veces se plantean graves problemas a la hora de limitar la utilización de los TSV. Y entonces: ¿quién decide? ¿Cuándo se decide? ¿Por qué se decide? ¿Cómo se decide?

– Por último, algo que personalmente considero de enorme importancia: la calidad del morir en la UCI.

A pesar de todos estos problemas, y otros muchos que los intensivistas conocemos en profundidad, la mayoría de los pacientes que han estado ingresados en UCI desean recibir tratamientos de medicina intensiva, aunque sólo sea para prolongar la vida du-

rante un período relativamente corto, e incluso si su calidad de vida o su estatus funcional se vieran comprometidos por esto<sup>1</sup>.

Todo esto ha llevado a muchos profesionales de la medicina intensiva a buscar la forma de realizar un cuidado más humano en las UCI<sup>2-4</sup>. También en nuestro país. Y es que no en vano la medicina intensiva nació al mismo tiempo que la bioética, y ambas alcanzaron juntas su mayoría de edad. En la historia de las dos disciplinas se han producido conjunciones que han provocado su refuerzo mutuo, reforzando desde una de ellas la otra y viceversa. Desde la teoría de una de las dos, la práctica de la otra y también al revés. Una de esas favorecedoras y favorables conjunciones tiene nombre: Dr. Juan Gómez Rubí. Conocido por ser uno de los pioneros de la medicina intensiva y por sus diversas aportaciones al campo de dicha especialidad, así como por sus múltiples trabajos en el campo de la bioética. El último de ellos es un libro escrito por él con la sabiduría de la experiencia teórica en cuanto profesional de “a pie de cama” y con la derivada de la experiencia práctica en cuanto paciente de su propia UCI, titulado *Ética en medicina crítica*, recientemente publicado por la editorial Triacastela.

El Dr. Gómez Rubí nos ofrece en su libro un análisis detallado de los más graves problemas a los que nos enfrentamos hoy los profesionales de la medicina intensiva. Sus reflexiones y aportaciones tocan tantos temas (tecnología y final de la vida, métodos clínico y bioético, diagnóstico de la muerte, reanimación cardiopulmonar, coma, estado vegetativo permanente, síndrome de cautiverio, nutrición e hidratación artificiales, conflictos de justicia en el paciente crítico, conflictos al final de la vida, etc.) y

son de un calado tan profundo que pueden ser estudiadas, analizadas y debatidas por todas las personas, profesionales de la salud o no, interesadas en el fascinante y cada vez más necesario campo de la bioética. Aunque como él mismo confiesa: “La humanización del entorno de la UCI no puede hacerse desde fuera, buscando el apoyo de persona ajenas, estén o no vinculadas al enfermo, sino cambiando hasta donde sea necesario las actitudes de los profesionales vinculados a la medicina crítica”<sup>5</sup>. Y es que la responsabilidad es fundamentalmente nuestra. Siempre lo es. Con esa convicción y en esa labor vive, escribe y trabaja –afortunadamente para nosotros– el Dr. Gómez Rubí. Un profesional comprometido con su área de conocimiento y praxis. Un buen intensivista, un intensivista bueno.

El Dr. Juan Gómez Rubí falleció el día 25 de enero, pocos días después de haberse escrito este editorial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Danis M, Gerrity MS, Southerland LI, Green ML. A comparison of patient, family, and physician assessments of the value of intensive medical care. *Crit Care Med* 1998;16:594-600.
2. Danis M, Federman D, Fins JJ. Incorporating palliative care into critical care education: principles, challenges, and opportunities. *Crit Care Med* 1999;27:2005-13.
3. Curtis JR, Rubengeld GD, editors. *Managing death in the ICU: the transition from cure to comfort*. New York: Oxford University Press, 2000.
4. Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the ICU. *Crit Care Med* 2001;29:2332-48.
5. Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica*. Madrid: Triacastela, 2002; p. 271.