

## CAMBIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS EN LA SUSPENSIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE MANTIENEN LA VIDA: PREOCUPACIÓN PARA EL FUTURO.

*C.L. Sprung, M.D., L.A. Eidelman, M.D., y R. Pizov, M.D.*

*Departamento de Anestesiología y de Atención de Medicina Crítica del Centro Médico Hadassah de la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel.*

Hemos sido testigos en las últimas 4 décadas de grandes avances en medicina y en tecnología, que se han traducido en un aumento sustancial de la expectativa de vida. Infortunadamente, junto a los numerosos éxitos también se han producido fracasos que incluyen situaciones en las cuales pacientes con graves incapacidades, ventilados mecánicamente se mantienen vivos en los hospitales y en otras instituciones. A lo largo de estos años las actitudes de los médicos, de las leyes y de la sociedad han cambiado. Además, han tenido lugar cambios en la suspensión de los tratamientos que mantienen la vida. Este comentario está enfocado en los más recientes cambios en las creencias y acciones de los médicos que han llevado a que numerosas personas expresen gran preocupación respecto del futuro.

**Técnicas iniciales de la atención médica de los estados críticos.** Durante los años 1950 se utilizó por primera vez la ventilación mecánica durante una epidemia de poliomielitis<sup>1</sup>, y en 1956 Zoll y asociados<sup>2</sup> describieron el término de la fibrilación ventricular mediante la aplicación de una sacudida externa. Hacia 1960 se hizo la demostración del masaje cardíaco externo<sup>3</sup> y durante los años 1960 se crearon las unidades de cuidados intensivos (UTI-UCI)<sup>4</sup>. Estas nuevas técnicas, que actualmente son de rutina, revolucionaron la atención médica de los pacientes críticos. Los médicos eran capaces de interrumpir y ocasionalmente de revertir el proceso de morir. Su objetivo primario era prevenir la muerte la que era considerada como un fracaso de la medicina. Esta perspectiva era consistente con el sistema ético occidental que había proclamado el valor infinito del

ser humano. Era también un tiempo de recursos aparentemente ilimitados.

**Cambios en la atención médica de los estados críticos relacionados con decisiones de los tribunales.** Se puede citar en 1976 el caso Quinlan<sup>5</sup> como el verdadero comienzo de cambios en el ejercicio de la medicina. Por primera vez un tribunal decidió un asunto que anteriormente había sido decidido por la profesión médica. Además, el público se interesó en un problema de ética médica. Lo que fue más importante es que ésta fue la primera decisión que permitió quitar el ventilador a un paciente que no estaba en muerte encefálica y sobre el cual los médicos pensaban que moriría si se le retiraba el ventilador. Los médicos tratantes y numerosos expertos creían que la remoción del ventilador en un caso como éste era un desvío de las prácticas, estándares y tradiciones médicas<sup>5</sup>.

En 1983 el 73% de los médicos creía que los fluidos administrados intravenosamente debieran proporcionarse a los enfermos terminales comatosos sin esperanza de recuperación<sup>6</sup>. Los fluidos intravenosos parecían diferir de otras terapias médicas y ser un tratamiento que los médicos tenían dificultad para discontinuar. La remoción de los líquidos intravenosos y de la nutrición eran una tan grave desviación de los estándares éticos y legales que en 1983 dos médicos que habían discontinuado los fluidos y la nutrición a un paciente comatoso con grave daño cerebral y poca esperanza de recuperación fueron juzgados por asesinato<sup>7</sup>.

Durante los 15 años que siguieron a la decisión Quinlan, las Cortes de los Estados Unidos proclamaron el derecho del paciente a rechazar los tratamientos de mantención de la vida. Se daba este derecho a pacientes competentes y a pacientes comatosos mediante un sustituto e incluía el rechazo de terapias que iban desde los ventiladores a la nutrición<sup>8,11</sup>. Un juez aún reconoció

el derecho del paciente a morir con ayuda<sup>10</sup>. Además, se pusieron en vigencia actas de muerte natural en numerosos estados que permitían negar o retirar los procedimientos de mantención de la vida o los tratamientos a pacientes con una enfermedad terminal<sup>12a</sup>. Las Cortes y la Comisión Presidencial<sup>12b</sup> concluyeron que permitir la suspensión de las terapias era importante ya que, si no se permitía tales acciones y las acciones médicas tenían que continuarse, los médicos podían verse desincentivados para intentar tratamientos y se presentarían decisiones prematuras que permitirían que el paciente muriese. A pesar de los estándares médicos previos que señalaban que los pacientes deberían recibir líquidos y nutrición, numerosos médicos habían cambiado sus creencias en el curso de los años. Muchas de las decisiones de las Cortes citaban al Consejo de Ética y Asuntos Judiciales de la Asociación Médica Americana que señalaba que: «no es contrario a la ética discontinuar todos los medios de tratamiento médico para prolongar la vida en pacientes con coma irreversible»<sup>13</sup>. Se incluía la hidratación y la nutrición entre las terapias destinadas a la mantención de la vida.

Algunos argüían que permitir el retiro de las terapias destinadas a la mantención de la vida era un precedente peligroso y el comienzo de una «pendiente resbaladiza» que podría llevar a la eutanasia activa en los Estados Unidos<sup>14</sup>. Estos pronunciamientos se vieron refutados por el hecho de que las decisiones de las Cortes se basaban en el derecho autónomo del paciente para rehusar los tratamientos de mantención de la vida<sup>15</sup>. Nunca nadie negaría los tratamientos de mantención de la vida a un paciente o a un sustituto familiar que deseara que tal tratamiento se mantuviera.

### **Cambios en las actitudes y prácticas de los médicos.**

Más cambios han tenido lugar en las actitudes y prácticas de la medicina americana. Tradicionalmente los médicos han sido los abogados de sus pacientes<sup>16</sup>. La responsabilidad primera del médico y sus deberes se centran en los mejores intereses de sus pacientes individuales sin hacer caso de los costos o de las consideraciones de los grupos sociales<sup>16</sup>. La autonomía de los médicos ha disminuido debido a que más médicos se han empleado a salario en vez de ejercer como médicos independientes<sup>17</sup>. Esta situación se ha

visto evidentemente acentuada con el crecimiento de las organizaciones de mantención de la salud (OMS) y de atención administrada<sup>18</sup>. En los Estados Unidos ha aumentado al mismo tiempo el gasto en atención de salud a más de un 14% del producto nacional bruto<sup>19</sup>. Se ha empleado una gran cantidad de este gasto en la atención de los pacientes críticos, muchos de los cuales no sobrevivirán a su enfermedad<sup>20</sup>. En los últimos años los médicos se han ido preocupando cada vez más por las necesidades de la sociedad antes que por las necesidades de su paciente individual<sup>16,21</sup>. La reforma de la atención de salud ha enfatizado el control de los gastos y el acceso universal a ella y los médicos han acentuado la defensa de la justicia distributiva y proporcional<sup>21</sup>. La mayoría de los médicos hacen lo que es mejor para sus pacientes. Recientemente, sin embargo, se les ha dicho que no deben hacer todo lo necesario en pro de los mejores intereses de sus paciente sino que en vez de ello deben hacer tanto cuanto es razonable<sup>21</sup>.

Han cambiado, también, en las últimas dos décadas las prácticas de los médicos acerca de la suspensión de los tratamientos. Hace veinte años moría la mayoría de los pacientes que estaban en las unidades de tratamiento intensivo poco después que el médico llevaba a cabo la resucitación cardiopulmonar (RCP). En la última década se ha incrementado dramáticamente en las UTI-UCI la frecuencia de las decisiones acerca de la atención terminal<sup>22</sup>. La suspensión del tratamiento incluye tanto la negación como el abandono del RCP, de la intubación, de la ventilación mecánica, de los vasopresores, del oxígeno, de la presión positiva al final de la espiración, de las transfusiones sanguíneas, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que incluyen la diálisis y las intervenciones quirúrgicas, de los antibióticos, de las drogas antiarrítmicas, de la alimentación y de la hidratación<sup>23,24</sup>. Se han producido aumentos no sólo en las decisiones de no resucitar (DNR) sino que también en la limitación y abandono de terapias<sup>22</sup>. Se ha señalado que cerca del 79% de las muertes en las UTI-UCI se producen después de la suspensión de las terapias que prolongan la vida<sup>22</sup>. Tratamientos tales como la RCP, que inicialmente eran obligados en todos los pacientes<sup>25</sup>.

Estas decisiones de suspensión de los tratamientos que mantienen la vida se implementan habitualmente sólo después que hay consenso entre el médico, el personal de enfermería, el paciente y la familia<sup>23</sup>. Infortunadamente, en algunas circunstancias los principios del paciente son menos importantes de lo que pudiera esperarse<sup>26</sup>. En las decisiones de término de la vida, los principios del médico pueden ser más decisivos que los del paciente<sup>26</sup>. Las preferencias del paciente y de la familia se respetan cuando el médico está de acuerdo con estas decisiones pero pueden no ser respetadas cuando el médico está en desacuerdo<sup>26</sup>. Casi siempre son los médicos los que deciden cuándo la suspensión de la terapia es una eventualidad para el paciente; con muy poca frecuencia estas peticiones tienen su origen en el paciente o en la familia<sup>23</sup>.

Los principios de los médicos predominan por varias razones<sup>26</sup>. Los médicos desconocen las preferencias de los pacientes debido a que los pacientes que son capaces de tomar decisiones cuando ingresan, son típicamente incapaces cuando están en las UTI-UCI. Aunque los médicos se equivoquen acerca de las preferencias de sus pacientes respecto de la resucitación<sup>27</sup> y de la continuación de la vida<sup>28</sup>, presentan a menudo información basada en sus propios puntos de vista y preferencias, las que alteran las decisiones de sus pacientes<sup>29</sup>. Pueden tomar decisiones porque creen que el paciente o la familia no pueden comprender la complejidad médica de la situación o porque creen que es una decisión médica<sup>26</sup>. Pueden simplemente anular la decisión paciente-familia porque están en desacuerdo con ella<sup>28</sup>. Además, los médicos pueden no estar deseosos de proporcionar un tratamiento que consideran fútil o inapropiado<sup>26,30</sup>. Más aún, tienen prejuicios en relación a la suspensión del apoyo a la vida que puede ser contraria a las metas del paciente<sup>31</sup>. Los médicos prefieren retirar la terapia de apoyo a los órganos que fallan por razones naturales más que a los que lo hacen por causas iatrogénicas; retirar la terapia recientemente iniciada más que los tratamientos de largo tiempo; retirar la terapia que se traduce en la muerte inmediata más que la que lleva a una muerte distanciada; y retirar el tratamiento que lleva a una muerte tardía más que a la inmediata cuando hay incertidumbre diagnóstica<sup>31</sup>.

Pese a que muchas de las decisiones de terminar la vida se han formulado en términos médicos tales como «futilidad»<sup>30,32</sup>, son frecuentemente determinaciones subjetivas y éticas. Las decisiones de continuar o discontinuar las terapias se basan a menudo en información científica débil y la incertidumbre médica abunda<sup>33</sup>. De hecho, cuando varios médicos son los responsables del cuidado de los pacientes en estado crítico, se muestran frecuentemente en desacuerdo sobre el pronóstico<sup>34</sup>. Los conceptos sobre la vida, su calidad y beneficios que tiene el paciente son tan correctos como los del médico<sup>33</sup>. Los médicos debieran evitar confundir los juicios de valor con las indicaciones médicas de la terapia. Infortunadamente se están cumpliendo las advertencias de los críticos. Los abusos ocurren cuando la futilidad se aplica y expande inconsistentemente<sup>32</sup>. Curtis y sus colegas<sup>35</sup> han demostrado que numerosas definiciones médicas de futilidad incluyen intervenciones que podrían considerarse médicamente razonables. Los médicos estimaron en 75 pacientes que la RCP era fútil en el 32% a pesar de que la probabilidad de sobrevida era de 5% o mayor, y en el 20% cuando la probabilidad de sobrevida era 10% o mayor. Los médicos no estaban de acuerdo acerca de cuando la RCP era fútil y, lo que es más inquietante, había más tendencia a considerarla como fútil si el paciente no era de raza blanca<sup>35</sup>. El sostener que tratamientos tales como la RCP, que tienen una probabilidad de sobrevida de 5 a 10%, son inútiles es totalmente inaceptable. Además, la futilidad cualitativa fue decidida para 61 pacientes y la calidad de vida fue discutida con sólo el 65% de los 40 pacientes competentes<sup>35</sup>. También los médicos han usado la RCP en forma no equitativa en pacientes con diferentes enfermedades de pronóstico similar<sup>36</sup>. Los órdenes DNR se escribieron para el 52% de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y para el 47% de pacientes con cáncer pero solamente para el 16% de los pacientes con cirrosis y el 5% de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, todos los cuales tienen un pronóstico muy similar<sup>36</sup>. Asch y colaboradores<sup>37</sup> mostraron que el 34% de los médicos continúan los tratamientos de mantención de la vida a pesar de que el paciente o su representante desee la discontinuación, y que el 82% unilateralmente suspenden las

terapias que estiman fútiles. Algunas de estas decisiones se toman sin el conocimiento o el consentimiento del paciente o su representante, y algunas se llevan a cabo a pesar de su objeción<sup>37</sup>.

La autodeterminación del paciente y el derecho a morir se han transformado en la "obligación de morir" aún contra los deseos del paciente o sus representantes<sup>16,38</sup>. Se ejemplificó esta situación en el caso de Wanglie; una mujer anciana con falla respiratoria que estaba en un estado vegetativo persistente (EVP)<sup>39</sup>. Los médicos concluyeron que el ventilador «no era beneficioso» y recurrieron a los tribunales para que le designaran un tutor que estuviera de acuerdo con su remoción del ventilador<sup>39</sup>. Llevaron a cabo tal acción a pesar de que el esposo de Wanglie creía que su esposa no estaba sufriendo y que ella habría considerado que el ventilador, con el cual se mantenía en vida, le era beneficioso<sup>39</sup>. Algunos expertos médicos y legales han recomendado que se considere como muertos a los pacientes en EVP<sup>40</sup>. Ha aflorado la discriminación contra los pacientes ancianos y se ha propuesto la edad como un estándar para la terminación del tratamiento<sup>41</sup>. Se ha ido volviendo más aceptable la actitud de que ciertos pacientes tienen «una vida que no vale la pena ser vivida»<sup>42</sup>.

**Cambios en la sociedad.** Concomitantemente con estos cambios en las acciones médica, se han transformado los puntos de vista sociales. En Holanda se lleva a cabo la eutanasia activa en aproximadamente 2.000 a 10.000 pacientes al año<sup>43</sup>. La eutanasia activa se está presentando también en otros países europeos<sup>44</sup>. A pesar de la existencia en Holanda de estrictas pautas para la práctica de la eutanasia, que incluyen la petición por parte de un paciente con una enfermedad insufrible sin posibilidad de recuperación y la confirmación del diagnóstico y pronóstico<sup>43</sup>, un cierto porcentaje de pacientes que no cumplen con estos criterios son sometidos a la eutanasia<sup>45</sup>. El médico decide cuando es apropiado apresurar la muerte; la eutanasia involuntaria ha sido llevada a cabo en pacientes que no la habían solicitado y muchos de estos casos no han sido informados<sup>43,45</sup>. La Asociación Médica Americana ha condenado el matar por compasión como: «contrario a las más fundamentales medidas acerca de la estima y del valor humano». Sin embargo

¿por cuánto tiempo serán capaces los médicos americanos de evitar la eutanasia activa cuando el público y numerosos médicos creen que es lo mejor para el paciente y la sociedad?

La eutanasia activa está evolucionando en los Estados Unidos. Los americanos temen que el morir sea prolongado por la tecnología médica y que ellos no vayan a tener control alguno sobre lo que les pasará. Médicos eminentes han sostenido que la ayuda médica en el suicidio racional de un paciente terminal no es inmoral<sup>46</sup>. A raíz de las elecciones de noviembre de 1994, Oregón se transformó en el primer estado en dar inmunidad a los médicos que prescribían medicamentos para ser empleados por pacientes terminales para suicidarse<sup>47</sup>. Las encuestas de opinión pública muestran que los americanos favorecen el suicidio ayudado por médicos y la eutanasia activa<sup>48</sup>. Se ha informado de un caso de eutanasia activa<sup>49</sup> y muchas de las 6.000 muertes diarias en los Estados Unidos han sido planificadas o ayudadas indirectamente<sup>48</sup>.

#### **Distinción entre el negar y el retirar el tratamiento.**

A pesar del hecho de que numerosos eticistas y la Comisión Presidencial han señalado que no hay una diferencia moral entre el negar y el retirar los tratamientos que mantienen la vida, numerosos profesionales de la atención de salud se sienten más incómodos al suspender que al negar las terapias<sup>44,50</sup>. La ética bíblica, fundamento histórico del código moral judeo cristiano occidental, considera que cada vida humana tiene un valor infinito. Se permite, en general, negar la terapia que prolonga la vida mientras que el suspender la terapia que conduce a la muerte está prohibido y se considera un crimen<sup>51</sup>. Este código puede parecer arcaico a muchos médicos americanos y europeos pero los médicos israelitas consideran que el retiro de los tratamientos que mantienen la vida, que acortan la vida del paciente, es contrario a la ética e ilegal. Los médicos israelitas nunca titubearían en iniciar la terapia en un paciente crítico aunque los tratamientos no puedan ser retirados. El alivio del dolor es siempre una preocupación primaria.

Beauchamp<sup>52</sup> dio razones para preservar la distinción entre la eutanasia activa y pasiva. Una razón tiene que ver con dos grupos de pacientes cuya condición ha

sido erróneamente diagnosticada como sin esperanza: el primer grupo sobrevivirá aunque se suspenda el tratamiento (para permitir una muerte natural) y el segundo sobrevivirá sólo si no se suspende<sup>52</sup>. Si sólo se permitiera la eutanasia pasiva (suspender la terapia) entonces la permisión de la muerte llevaría a la pérdida de pacientes solamente en el segundo grupo mientras que si la eutanasia activa fuera permitida, al menos algunos pacientes del primer grupo se «perderían innecesariamente»<sup>52</sup>.

Creemos que este argumento debiera ser también pertinente a la distinción entre el negar y el retirar la terapia. Por ejemplo, en pacientes en que se piensa que necesitan ventilación mecánica o la están recibiendo, si sólo se permitiera negarla, sobrevivirían tanto pacientes del primer como del segundo grupo; sin embargo, si también se permitiera el suspenderla, sólo sobrevivirían pacientes del primer grupo y se perderían innecesariamente pacientes del segundo grupo. Por consiguiente, la consecuencia de negar y no suspender los tratamientos que mantienen la vida salvaría algunas vidas que no podrían ser salvadas si se permitieran tanto el negar como el suspender. Como en la distinción entre eutanasia activa y pasiva, el número de tales casos es lo más probablemente pequeño, y no es una razón decisiva ya que pueden existir elementos de contrapeso a favor de la suspensión del tratamiento<sup>52</sup>. Es, no obstante, una razón moralmente relevante que favorece la negación y que debiera ser considerada<sup>52</sup>.

Hace poco un médico nos describió un paciente que pertenecía a una HMO\* al cual se le había retirado la terapia a causa de que si bien su disfunción respiratoria, renal y hepática no era especialmente severa, tenía una mortalidad del 80%, fundamentada en el puntaje de APACHE II (evaluación de fisiología aguda y enfermedad crónica\*\*)(un registro de la gravedad de la enfermedad que predice la mortalidad en las UTI-UCI)<sup>53</sup>. El médico estaba muy preocupado ya que creía que la mayoría de los intensivistas habrían continuado con el tratamiento en este paciente. Como lo hicimos

ver antes, las decisiones DNR se toman unilateralmente por los médicos. Uno se pregunta cuantas decisiones de suspensión del tratamiento se toman también unilateralmente o con el consentimiento del paciente o su representante basados en los principios del médico pero sin las orientaciones apropiadas. Esta puede ser otra razón para permitir negar pero no suspender las terapias que salvan la vida.

**Prácticas habituales.** En una generación nueva de médicos que no han vivido la evolución de los cambios en la suspensión de los tratamientos que mantienen la vida, muchos no sabrán que hubo un tiempo en el que las terapias que prolongaban la vida no podían ser suspendidas. Hoy día prácticamente todos los intensivistas han negado o retirado las intervenciones que mantienen la vida basados en la expectativa de la muerte del paciente, y la mayoría lo hacen frecuentemente en el transcurso de un año<sup>37</sup>. Los médicos están «impactados» por la gravedad de la suspensión de las terapias que mantienen la vida y experimentan considerable angustia la primera vez que suspenden los tratamientos<sup>54</sup>. Tienen sentimientos de auto-acusación, de que son ellos y no la enfermedad los que están matando al paciente<sup>54</sup>. Después de un tiempo, sin embargo, la suspensión de las terapias se hace frecuentemente, se vuelve un lugar común y se asocia con menos ansiedad. En cierta medida, algunos médicos han perdido el gran respeto que ellos tuvieron alguna vez por la santidad de la vida.

**Implicaciones futuras.** Aunque los médicos y las familias creen que saben lo que es mejor para los pacientes, lo que ocurrirá en el futuro puede no estar basado en lo que el paciente, la familia o el médico deseen para éstos. Los argumentos entre los abogados de la autonomía del paciente versus aquellos a favor del profesionalismo médico pronto no tendrán sentido. Las compañías de seguros y los planes de atención controlada decidirán qué tratamientos son beneficiosos y cuáles fútiles basados en lo que ellos determinen que es reembolsable. Lo que los pacientes, la familia y los médicos saben que es mejor no importará, aún si ellos están de acuerdo. Por tanto, los médicos deben aprender de sus errores de inactividad del pasado para asegurarse que no se repitan. La medicina no debe esperar a que los tribunales o las agencias de seguros

\* Organización de previsión social en salud que trabajan en base al sistema de mantención de la salud, de ahí el nombre de health maintenance organization (HMO)

\*\* Acute physiology and chronic health evaluation

## BIOETICA EN EL ENFERMO CRITICO

*Profesor Dr. Mauricio Parada Barrios*

con diferentes agendas decidan lo que es mejor para los pacientes. Los médicos, a pesar de sus desacuerdos deben volverse más proactivos, agruparse y definir orientaciones específicas. Deben desarrollarse resguardos contra la inconsistencia y despreocupación por los principios del paciente<sup>34</sup>. Existen muchas áreas en las cuales puede llegarse al consenso. La mayoría de los médicos y familiares estarán de acuerdo respecto de la gran mayoría de los pacientes en sobre qué pacientes son candidatos a una atención completa y cuáles no. Aún en la áreas grises en la que pueden presentarse desacuerdos, puede obtenerse el consenso para la cobertura por un período aceptable o hasta que la familia y el médico se pongan de acuerdo. Si los médicos desarrollaran orientaciones fundadas científica y éticamente para la supresión de los tratamientos de mantención de la vida, la confianza del público en los médicos sería mayor.

**Epílogo.** Nuestra perspectiva probablemente no será aceptada por la mayoría de los médicos americanos. Podrían decir que éste es un punto de vista conservador de judíos de Israel. No obstante, muchos pacientes y familias judíos y aún cristianos de los Estados Unidos están de acuerdo con nuestras opiniones y los médicos debieran estar conscientes de las creencias que difieren de las suyas propias. Además, los autores son muy conocedores de la prácticas médicas americanas. El autor principal ejerció la medicina en los Estados Unidos durante 15 años antes de inmigrar recientemente a Israel. Fue el presidente del Comité de Ética y miembro del Consejo de la Sociedad de Medicina Crítica por muchos años. Los otros autores también recibieron adiestramiento en los Estados Unidos.

Cualquiera que sea la reserva que los autores puedan tener sobre este comentario, los hechos son indisputables. En las prácticas médicas americanas han ocurrido cambios progresivos. No queremos hacer proselitismo sino más bien ofrecer un enfoque diferente para su consideración. Si nuestro artículo instila en los médicos más cautela y un mayor respeto por la santidad de la vida, habremos entonces alcanzado nuestros propósitos.

La especialización en Medicina junto con lograr un importante y evolutivo progreso, fue profundizando los conocimientos y experiencias de tal manera que se hizo imposible para el profesional médico dominar todos los campos clínicos. Al mismo tiempo la aplicación de nuevas tecnologías que mejoraron los diagnósticos y los aportes de la fisiología y de la fisiopatología en el manejo de los enfermos graves, llevaron a conseguir sobrevida en pacientes críticos rescatándolos de las cifras históricas de letalidad. Nuevos conceptos en la etiopatogenia del shock y un tratamiento racional con la aplicación de mediciones hemodinámicas ofrecen desde 1960 otras expectativas y en las planificaciones aparece la necesidad de contar con unidades especiales para hacerse cargo de esos enfermos; así surgen en el extranjero las Unidades de Tratamiento Intensivo. En nuestro hospital se crea la UTI en 1968; se había llegado al convencimiento que los enfermos graves debían ser atendidos en una forma distinta a lo habitual hasta entonces; necesitaban mayores recursos y mayor tecnología, necesitaban la atención de médicos y enfermeras en forma permanente y dedicados a esa tarea con exclusividad. Se había entendido que un enfermo crítico, con riesgo permanente de muerte, podía aumentar súbitamente su gravedad y en ese lapso perder la vida si no era oportunamente atendido por el equipo de salud; se incorporó la monitorización hemodinámica y la aplicación de respiración asistida; también enfermos graves sometidos a complejas intervenciones quirúrgicas lograron una mejor atención post operatoria.

Al prolongar la sobrevida de los enfermos críticos y obtener éxito en mejorarlos en un porcentaje importante, rescatados de los altos porcentajes de letalidad del período anterior, aumentó progresivamente el costo de las atenciones y ese costo ha llegado a cifras que han superado ampliamente las posibilidades de pago del enfermo y familiares. Valores de 10, 20, hasta llegar

a 45 millones de pesos, obviamente superan los niveles económicos habituales de los grupos familiares en Chile y valores bajo los 10 millones también superan la posibilidad de pago de pacientes de escasos o nulos recursos. La cobertura de pago por contratos en sistemas de salud tampoco es suficiente en muchos pacientes. Esto provoca situaciones de conciencia médica versus realidad administrativa contable.

¿Es el médico el que debe decidir que se suspenda un tratamiento complejo y costoso porque el enfermo y familiares no podrán cancelarlo? ¿es el hospital el que debe resolver el problema del gasto aumentando la negatividad de su balance contable? ¿el médico debería convertirse en una especie de juez sobre la vida rechazando el ingreso de un enfermo a la unidades de pacientes críticos?

Cuando el hospital no puede proveer los medicamentos y la tecnología necesaria para tratar a esos enfermos ¿los médicos de esas unidades deben aceptar tener al enfermo crítico a su cargo sin poder entregarles el tratamiento adecuado?

Cuando se prolonga el período en que un enfermo está conectado a un respirador ¿el tiempo que transcurre debe influir en la decisión de retirar el respirador?, ¿la familia tiene derecho a decidir que sea retirado ese respirador o retirar el resto del tratamiento?. Para la familia solamente podría influir el gasto en la toma de su decisión, porque su otra razón de aliviar al enfermo de sufrimientos, los que no existen en esta categoría de enfermo crítico, porque su inconciencia si está en un respirador, habitualmente inducida por medicamentos para soportar la intubación, o por su enfermedad o por su obnubilación determinada por la gravedad, hacen que su sensibilidad o no exista o sea completamente diferente a la de un enfermo en niveles menores de gravedad.

¿Pueden existir implicancias legales en las opiniones de los familiares?. No puede oponerse el médico intensivista ante la solicitud de alta pedida por los familiares, pero no puede aceptar intervenciones sobre el tratamiento ni puede medir sus indicaciones terapéuticas por el costo que ocasionarán. Las oportunas y frecuentes explicaciones del médico tratante, y no

de otras personas, es la manera apropiada de tratar esas situaciones.

Hasta hace pocos años la ética médica tenía el predicamento del «paternalismo médico» hacia el paciente; el trato del médico era similar a la tradicional actitud del padre de familia hacia sus hijos, en que su voluntad era el todo, desde la época en que los hijos no podían hablar delante de sus mayores, especialmente durante las comidas, ni podían opinar de ningún tema. Hacia el enfermo el médico decidía todas las conductas a seguir en el tratamiento de su enfermedad. Pero en la actualidad ese paternalismo se ha cambiado por la «autonomía» del enfermo para tomar sus propias decisiones, especialmente en los países de mayor desarrollo; requiere tener más información sobre su enfermedad, sobre el pronóstico, sobre el planteamiento terapéutico, sobre los riesgos cuando es necesario someterse a una intervención quirúrgica o a un procedimiento de examen o de tratamiento.

El médico ha entendido que debe explicar, proponer y finalmente aceptar la resolución del enfermo sobre su programa de estudio y de tratamiento. Pero esa resolución del enfermo no significa una modificación de lo propuesto por el médico, ya que obviamente el paciente no estará capacitado para discutir lo correspondiente a la medicina misma; las posibilidades del enfermo son rechazar o aceptar lo que se le ha propuesto, con todas las explicaciones que fueren necesarias de acuerdo a su nivel de entendimiento. Al aceptar, en ese momento se ha llegado a uno de los fundamentos de la sociedad: «el contrato». En este caso es un contrato tácito entre médico y paciente, lo que es legalmente aceptado.

Por ese contrato el médico si se tratara de un enfermo privado, o el hospital en el caso de enfermos institucionales, se obligan a entregar la mejor atención posible para sanar o por lo menos mejorar al paciente. Pero en el enfermo crítico habitualmente no es posible realizar esas explicaciones al enfermo, la situación de emergencia no lo permite y en estos casos la contraparte son los familiares cercanos del paciente y al ser ellos los responsables del enfermo toman su lugar en ese contrato tácito; como el enfermo ingresa a una

Unidad de Tratamiento Intensivo, la otra parte es la institución hospital a través de sus médicos funcionarios. Así el hospital queda comprometido a proporcionar los elementos necesarios para mejorar al paciente, independiente que no pueda llegarse al éxito y lograr su sobrevida. El enfermo y familiares quedan comprometidos a cancelar todas las atenciones.

El paciente crítico de recursos económicos medianos o bajos es llevado a un hospital del estado, o talvez a un hospital universitario al que solamente podrá ingresar mediante la entrega de un documento legal en garantía, aceptando un monto indefinido en ese momento y sin límites. La angustia y la premura hacen ingresar al paciente mediante una incógnita económica.

Los médicos tratantes en una Unidad de Tratamiento Intensivo no participan en el proceso del cálculo del gasto, no reciben presiones administrativas para suspender tratamientos que se suponen no podrían ser cancelados o por lo menos se teme no serán cancelados; egresado el enfermo, tampoco participan en ninguna etapa del cobro. Durante el transcurso de la enfermedad en este paciente crítico pueden dudar de obtener éxito en su gestión, situación que no los hace claudicar en la prescripción de medicamentos ni en el uso de la tecnología necesaria. Pero cuando no se logra mejorar al enfermo a pesar de haber cumplido todos los programas de estudio y de tratamiento, surge la duda sobre la continuación del proceso; en estos casos el problema debería ser presentado por los médicos tratantes a un comité de bioética.

La concentración de enfermos críticos en estas unidades, requiere en el profesional además de conocimientos y destrezas, otras cualidades fundamentales para trabajar con éxito en esos niveles de gravedad: interés permanente para tratar al paciente, para seguir diagnosticando diversas complicaciones, una paciencia extrema para no desmayar ante los casos que no responden a todas las medidas usadas y para insistir en estudios y otros tratamientos. Esa fortaleza especial, la dedicación profesional y la necesidad de perfeccionarse permanentemente llevó a la constitución de la especialidad de Medicina Intensiva.

A pesar de la situación de gravedad de los pacientes,

en nuestro medio no se ha discutido y menos se han decidido conductas que se relacionen con la eutanasia; no se han producido presiones de los familiares en ese sentido, como ya está ocurriendo en otros países en que se advierte una tendencia, aunque sea inicial, para suspender tratamientos sabiendo que esa suspensión acelerará el término de la vida del paciente. También en ellos aparecen aceptaciones para inducir la muerte en los enfermos denominados terminales.

Discutir clínicamente las situaciones de decidir suspensión de tratamiento en casos especiales considerados irrecuperables, entre los médicos que tienen una dilatada experiencia pueden llevar a decisiones muy meditadas, basadas en su misma experiencia; el problema se agrava cuando esas decisiones empiezan a servir de ejemplos a las generaciones más jóvenes y pueden llevar a resoluciones equivocadas porque se pueden basar en comparaciones sin tener la experiencia indispensable. Pensamos que todavía las actuaciones médicas en nuestro hospital son las adecuadas; que es necesario discutir siempre cada caso clínico en profundidad con los médicos de mayor experiencia; que la actitud del médico debe ser positiva, alerta a la aparición de otras complicaciones; que la interconsulta oportuna y rápida permite intercambiar opiniones muy importantes. Las satisfacciones de asistir a la sobrevida de estos enfermos críticos justifican todos los esfuerzos que se hayan efectuado y se acercan con más intensidad a la vocación de ejercer la medicina. En la experiencia mundial sobre diversos temas, el tiempo transcurrido no siempre ha dado la razón a los planteamientos de países muy desarrollados; en bioética debemos ser cautos ante las opiniones y decisiones que se hayan tomado o se estén proponiendo en el extranjero, incluyendo a las planteadas también en Latinoamérica.

En relación a estos temas, el Comité de Ética de nuestro hospital ha tenido la oportunidad de analizar el trabajo «Changes in Forgoing Life-Sustaining Treatments in the United States: Concern for the Future» de los autores C.L.S. Sprung, M.D., L.A. Eidelman, M.D., y R. Pizov, MD. Miembros del Departamento de Anestesiología y de Atención Médica Crítica del Centro Médico Hadassah de la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel, publicado en Mayo Clinic

Proceedings, de Mayo de 1996 (Vol.71, N 5, pág 512:516) y hemos estimado de interés reproducirlo en la Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile, para lo cual se ha obtenido la correspondiente autorización de la Mayo Clinic Proceedings.

## COMENTARIO

**Prof. Dr. Tulio Pizzi P.**

*Presidente Comité de Ética, Cultura e Historia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

En relación a la opinión de la Comisión de Ética, Cultura e Historia de nuestra Facultad sobre el trabajo titulado "Cambios en los Estados Unidos en la suspensión de los tratamientos que mantienen la vida: preocupación para el futuro", desearía comunicar lo siguiente:

Se trata de una muy bien documentada revisión sobre los criterios cambiantes que han ido apareciendo en U.S.A. sobre el manejo del enfermo crítico y terminal.

Personalmente, estoy de acuerdo con la posición de los autores respecto a la eutanasia. Creo que el médico no debe provocar la muerte deliberada de sus pacientes y que debe siempre respetar la dignidad a que es acreedora toda persona humana. Comparto la preocupación expresada en el sentido de que cada vez más sea la sociedad, y no el médico, quien decide el destino de un enfermo terminal. Me parece también muy valiosa la idea de que sean los médicos los que deberían unir criterios frente a estos delicados problemas y definir actitudes a seguir.

Considero que el más importante mensaje implícito

en el trabajo es el de reiterar el reconocimiento de que el paciente, por el sólo hecho de ser humano, tiene un inalienable derecho a su vida y a su dignidad, valores que no pueden ser substituidos por ninguna consideración de tipo económico social. Por el contrario, la sociedad tiene el deber ético de apoyarlo en las etapas más críticas de su existencia y, por ningún motivo eliminarlo cuando se estime que ha llegado a ser considerado como una carga desechable para los demás.

Creo que ninguna discriminación puede ser válida en la atención del enfermo crítico o terminal, ni en ninguna clase de paciente.

Al respecto me parece especialmente impactante la información entregada en el artículo de instancias en las cuales consideraciones raciales o etarias han influido en las decisiones en esta clase de pacientes.

Debe, sin embargo, partirse de la base que todo apoyo que se preste al paciente crítico debe ser obviamente proporcional a su situación particular, evitando las intervenciones excepcionales o aquellas medidas que impliquen un inútil "ensañamiento" diagnóstico o terapéutico.

Asistimos a una creciente deshumanización de la Medicina, en parte derivada de un abrumador avance científico, tecnológico y de concepciones preferentemente consumistas, economicistas que llegan muchas veces a relegar los valores espirituales humanos a un segundo plano. El artículo en referencia es un impactante llamado a la conciencia de los médicos para renovar y fortalecer el irrenunciable e irrestricto deber de respetar la vida y la dignidad de los pacientes en cualquiera circunstancia.