

# Artículo de Revisión

## BIOÉTICA EN EL PACIENTE CRÍTICO ALGUNAS CONSIDERACIONES A TOMAR EN CUENTA

**Dr.: Boris Arancibia Andrade**

*Médico Internista del Hospital Santa Barbará, Especialista en Medicina Legal y Forense*

**Dr.: Carlos Sauma Zankis**

*Médico Internista, de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santa Barbará*

**Dr.: Juan Carlos Yañez Espinoza**

*Médico Internista, de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santa Barbará*

**Dr.: Abdón Reynales Villalba**

*Residente III Medicina Interna, Hospital Santa Barbará*

---

**Palabras claves:** Bioética, ética, médica, medicina intensiva

**Key words:** Bioethics, ethics, medical, intensive medicine

---

### INTRODUCCION

Durante la historia de la medicina fueron surgiendo ideas sobre la conducta ética, para Aristóteles fue Sócrates su fundador, puesto que hace más de 25 siglos atrás. fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y en cuestionar la forma como debemos vivir. El médico siempre tuvo en cuenta los aspectos éticos, morales que implican su ejercicio profesional. Recordemos que en Babilonia el Rey Hammurabi, que reinó unos 1800 años antes de Cristo, registró en su famoso Código derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina:

Código 215. "Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave mediante la lanceta de bronce y el hombre cura; si ha abierto la nube de un hombre con la lanceta de bronce y ha curado el ojo del hombre, recibirá diez siclos de plata".

Código 218. "Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, o si ha abierto con la lanceta de bronce la nube de un hombre y destruye el ojo del hombre, se le cortarán las dos manos".

El año 400 aC Hipócrates es considerado el padre de la medicina, redacta el juramento hipocrático un documento fundamental para la ética y deontología de la practica medica es el testimonio fiel en nuestra cultura al expresar la preocupación sobre los problemas morales que surgen de la relación médico-paciente. El juramento hipocrático fue actualizado por la declaración de Ginebra de 1948. Así mismo tenemos algunas culturas en los que destacan, documentos como el Caraka Samhita texto escrito por un medico Hindu en siglo I d.c.. El libro de Asaf Harofe es el texto medico hebreo

mas antiguo del siglo III-IV. El Consejo de un médico del siglo X en el mundo árabe. Aparecen nuevos códigos en el año 1617 el médico chino Chen Shih – kung incluyo en su manual de cirugía una declaración sobre ética médica. La declaración ética de persa Mohamed Hosin Aghili en el año 1770. Y muchos otros que muestran la sensibilidad ética ante los problemas que surgen en el acto médico y la exigencia del médico de actuar al servicio del paciente (6,7,8,9).

En 1791 Thomas Percival famoso medico ingles, moralista, y devoto cristiano dio nacimiento a los primeros códigos de deontología que regulan el ejercicio profesional en estos aspectos. Pero la aparición de la bioética, como una nueva disciplina insertada dentro de la ética aplicada, es mucho más reciente. El desarrollo científico-tecnológico acelerado de las ciencias biomédicas a partir de la

década del 50 del siglo pasado (nuevos conceptos en resucitación cardiopulmonar, avances en los métodos de asistencia respiratoria, inicios de la trasplantología, etc.), así como las profundas transformaciones económicas, políticas, jurídicas, sociales, éticas y filosóficas que ocurren en esta época fueron las premisas necesarias para el surgimiento de este término que es introducido en 1971 por el oncólogo norteamericano Rensselaer van Potter en su libro "Bioethics bridge to the future", en el cual este autor promueve la formación de esta nueva disciplina que operará "como puente entre las dos culturas, ciencias y humanidades" (2,3).

### BIOÉTICA:

El Cancerólogo Van Rensselaer Potter es considerado como el primero en emplear el término bioético en su obra "Bioethics: Bridge to the future" (1971). Potter emplea el término bioética en el sentido de la aplicación de las ciencias biológicas con la finalidad de mejorar la calidad de la vida.

El término "bioética" tiene una raíz griega: "bios" (vida) y "éthnos" (ética). La acuñación de este término denota su campo de estudio: la reflexión ética sobre la vida humana.

La bioética es la ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de salud. La bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con los valores, que surgen de la relación entre el médico y el paciente. La bioética constituye un concepto más amplio en cuatro aspectos importantes (1,3,5):

1. Comprende los problemas relacionados con valores, que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones afines y las vinculadas con la salud mental.
2. Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.

3. Abarca una amplia gama de cuestiones sociales, como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional, y la ética del control de la natalidad, entre otras.

4. Va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas; por ejemplo en lo que concierne a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

En nuestros días es una herramienta inestimable que debe usarse convenientemente a la luz de nuestra ideología, logrando un equilibrio entre los paradigmas que rigen las ciencias médicas, el ambiente biosocial y el médico social (1,3,6).

### BIOÉTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

Ya habíamos mencionado que los avances producidos en la medicina a partir de la década de los años 50 del siglo pasado habían sido una de las premisas del surgimiento de la bioética. Pues bien, sucesos como el desarrollo de nuevos métodos de asistencia respiratoria, el progreso en el conocimiento de la fisiología cardíaca y respiratoria y su aplicación para el monitoreo y el tratamiento de situaciones como el infarto del miocardio, cirugía cardiovascular, el estado de choque y los traumatismos y los primeros pasos de la trasplantología, fueron peldaños que condujeron a la generalización de una nueva modalidad de atención médica donde el sostén de las funciones vitales permitía intervenir en los procesos de la vida y la muerte. Es decir existe una coincidencia temporal y no casual entre el reconocimiento de la terapia intensiva como especialidad y el surgimiento de la bioética, que es la que va a proporcionar el espacio de reflexión necesario para abordar sistemática y críticamente todos los dilemas morales que la tecnociencia genera en la medicina y en las ciencias biológicas en general. Es así que vamos a ver que la contemporaneidad entre bioética y terapia intensiva tienen un punto común: la intervención en los procesos de la vida y la muerte.

Llegados a este punto es bueno aclarar dos conceptos:

- a) Paciente crítico: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.
- b) Apoyo vital: es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser, o no aplicada en cada paciente. Ej. de técnica de apoyo vital: la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico.

Estos dos conceptos forman parte indisoluble del escenario de los cuidados intensivos y de la toma de decisiones que ocurren en este tipo de servicio, surgiendo así su interrelación dialéctica con la bioética. Más claro: en la terapia intensiva, tanto por el riesgo que lleva implícito el paciente mismo como por la presunta consecuencia del acto médico, la prolongación de la vida o la muerte puede ser consecuencia directa o indirecta, inmediata o mediata de la decisión médica; en otras ocasiones la urgencia de una decisión no siempre permite el análisis adecuado por parte del médico ni la participación del paciente o de su representante, por lo que en este contexto se generan dilemas morales, que antes no existían al existir una participación pasiva de los pacientes en las decisiones que afectaban su propia vida, y que ahora por el desarrollo socio cultural alcanzado por la sociedad, se convierten en una problemática compleja, pues tanto el enfermo como toda la sociedad deben reflexionar sobre la racionalidad de las acciones médicas que siempre puedan ser emprendidas en cada caso y situación (6,9,10,11).

### LOS PRINCIPIOS EN LA BIOÉTICA

La estructuración teórica de la bioética procede fundamentalmente de los llamados principios. Lo principios bioéticos

son un grupo de postulados que reflejan las buenas intenciones, las posiciones morales, éticas, filosóficas y por tanto clasistas, que esencialmente provienen de los tiempos de Hipócrates, con ligeras modificaciones.

1. La beneficencia (tributaria del médico y demás profesionales de la salud) Es el principio moral de actuación del médico: Lo principal es el bien del paciente, de la humanidad. Incluye la ausencia de maleficencia o no maleficencia. Se expresa esencialmente en el respeto al paciente, reflejado en los siguientes modos de actuación:

- a) Ser competente para atenderlo
- b) Establecer comunicación intelectual y afectiva con sus pacientes y familiares y con el entorno social.

2. La autonomía (tributaria del paciente): Es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención a su salud. Se expresa en el hecho de respetar los puntos de vista y decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se le puedan presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con los procedimientos riesgosos, diagnósticos o terapéuticos, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tengan. En caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para ese tipo de decisión, como ocurre con frecuencia en la medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o su representante legal. En los últimos años ha tomado auge el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía.

3. La justicia (tributaria de la sociedad): Este principio es el que debe servir de guía a la sociedad para valorar éticamente la interrelación y conflictos entre los dos principios anteriores, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana. Es decir la atención a la salud de todas las personas

debe ser igual, sin distingo o barreras económicas o sociales de ningún tipo (9,11,12,13).

### LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

En la generación de la toma de decisiones en cuidados intensivos los principios bioéticos tienen una presencia muy importante, incluso aún antes de la llegada del enfermo, cuando se discute si es pertinente o no el su ingreso en este tipo de servicio.

En la terapia intensiva se plantean a diario una serie de problemas, muy particulares del trabajo de la misma, en relación con la aplicación de los principios bioéticos, derivados de la aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, de la frecuente incompetencia del paciente, de la comprensión de lo que es fútil o no; o de la necesidad de abordar la existencia del límite en la atención médica o del esfuerzo terapéutico. Pretender abarcar esta problemática en su totalidad, además de ser tarea complicada y difícil, escapa a los objetivos de este trabajo, por lo que nos limitaremos a enfocar el problema a partir de algunas situaciones frecuentes en el ámbito de los cuidados intensivos (14,15).

El paciente incompetente. Es una situación frecuente en medicina intensiva tener enfermos en coma o con cuadros clínicos que alteran su capacidad psíquica para tomar una decisión determinada, por lo que no pueden ejercer su derecho a la autonomía. En este caso el médico intensivista puede guiarse, a la hora de una toma de decisiones, por lo siguiente:

- a) voluntad del paciente antes del ingreso
- b) criterio del juicio sustituto
- c) los mejores intereses para el paciente

La voluntad previa del paciente ante situaciones determinadas que pudieran ocurrirle (resucitación cardiopulmonar, ventilación artificial, etc.) al menos de forma escrita, es infrecuente en nuestro medio (sólo recuerdo el caso de los que tenían en el carné de identidad su volun-

tad expresa de donar los órganos), pero en caso de que existiera debiera respetarse, en cuanto al juicio sustituto es aquél que el médico busca en la familia o allegados sobre si existía alguna preferencia o decisión previa del paciente sobre la situación en la que se encuentra, también puede suceder que el paciente se lo haya expresado a su médico antes de caer en su estado actual. Pero siempre la decisión que se tome en base a ello será una decisión cuestionable y con mucho de subjetivismo. En mi opinión, cuando esto ocurre, lo mejor es tomar una decisión basada en los mejores intereses para el paciente. Esto significa que se hará lo que se considere o determine lo que es mejor para la evolución del paciente, tanto desde el punto de vista objetivo y subjetivo y sin considerar los intereses del paciente en caso de que existieran. En esta situación siempre debe existir un consenso con los familiares para evitar conflictos. En los casos en que no existiera acuerdo entre médicos y familiares, entonces el problema pudiera consultarse en el comité de ética del hospital ( en nuestro hospital no contamos). Si bien esto último es factible, a veces en terapia intensiva surgen situaciones en la que esto es imposible como veremos más adelante (6,7,8).

### ¿QUIÉN INGRESA EN CUIDADOS INTENSIVOS?

Como ya se había mencionado el primer dilema comienza con la toma de decisión de si el paciente ingresa o no en terapia intensiva. Es cierto que existen una serie de criterios médicos para el ingreso de un paciente en cuidados intensivos y que estos están confeccionados en base al criterio de la recuperabilidad, o sea el paciente puede beneficiarse con el ingreso en terapia intensiva (principio de la beneficencia) pero, al paciente que se le niega el ingreso por criterio médico ¿estará de acuerdo con esa decisión? ¿y si él pensara que lo mejor para él es estar ingresado en cuidados intensivos?

Actualmente, el principio de la beneficencia no comprende sólo el bienestar físico visto desde el punto de vista objetivo médico, sino además y primor-

dialmente lo que la persona o el paciente crean que es lo mejor para él mismo. Hay que tener en cuenta que lo que el médico o la medicina crean que sea mejor puede no coincidir con lo mejor para el paciente.

Es decir que sobre este principio, habitualmente considerado como objetivo y técnico, aparecen las preferencias del paciente y una subjetivización de la idea del bien (principio de la autonomía).

Sin embargo, se imaginan ¿qué pasaría si todos los pacientes que creen beneficiarse con el ingreso en terapia intensiva, independientemente del criterio médico de la recuperabilidad, se ingresaran en la misma? Sería el caos, pues en primer lugar, probablemente no alcanzarían las camas, se le limitaría entonces la posibilidad de ingreso a pacientes que sí se beneficiarían con la terapia intensiva, aparte que se desvirtuaría el principio básico de ser de la terapia intensiva, que es el de la potencial recuperabilidad del paciente, entre otras consecuencias como sería la afectación de las motivaciones ocupacionales del personal médico y de enfermería, por ejemplo.

Quizás en un país del primer mundo, donde el status económico del paciente pudiera ser determinante, a la hora de determinar su lugar de ingreso, esta prevalencia del deseo del paciente pudiera ocurrir, no así en una sociedad como la nuestra donde el derecho al acceso de todo tipo de servicio médico es igual para todos sin distinción económica, social, étnica o de otro tipo (principio de la justicia social) por lo que en aras del uso racional de los recursos que brinda la medicina intensiva deben ingresar aquellos pacientes que pudieran beneficiarse de la misma siguiendo el criterio de la recuperabilidad, eso sí, este criterio no debe ser el de una persona, sino un criterio colegiado entre todos los factores que tengan que ver con la atención de este tipo de enfermo, criterios que a su vez deben ser revisados y analizados sistemáticamente, abiertos a cambios e interpretados individualmente según la situación específica de cada paciente (14,15).

### **¿SE PIDE SIEMPRE PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO?**

Si vamos a la práctica diaria, la respuesta sería no. Es un hecho real que con los avances tecnológicos logrados durante los últimos años es difícil que un paciente que ingrese en terapia intensiva no sea sometido a un procedimiento, ya sea diagnóstico o terapéutico. Son pocos los enfermos que sólo se ingresan "para observar". Por tanto, actualmente las posibilidades de "agresión" han aumentado considerablemente y con ello la posibilidad de infligirle daño al paciente.

Un médico no debe sólo preguntarse si con su acción va a beneficiar al paciente, ante todo lo primero que debe pensar es que no le va a causar daño. Por desgracia todo acto médico entraña potencialmente un riesgo y ese riesgo en la medicina intensiva está aumentado. El médico intensivista debe siempre tener en cuenta esto para medir el posible beneficio de su acción con el posible riesgo que esta pueda ocasionar para así cumplir con los principios de la beneficencia y no maleficencia. Si la acción no brinda beneficio y si pudiera acarrear perjuicios no debe hacerse, si los riesgos son mayores que los posibles beneficios, tampoco.

En este contexto la interacción con el paciente es muy importante, pues este debe participar activamente en esas decisiones (principio de la autonomía), pues al fin y al cabo se trata de su vida, de su integridad física y moral. El desconocimiento del principio de la autonomía conlleva a la despersonalización de la atención médica. En un paciente competente física y psíquicamente la mayoría de las veces esto no es problema si existe una buena comunicación entre médico y paciente.

Tampoco esto ocasiona muchos problemas cuando se trata de procedimientos menores como canalizar una vena periférica, un catéter vesical o pasar una sonda nasogástrica, si bien no siempre se pide permiso para realizarlos, el paciente los asume como lógicos y necesarios debido a su condición de salud a la vez que son procedimientos que por lo general, no causan mucho daño. La situación cambia

cuando se realizan procedimientos mas invasivos y por consiguiente con mayores riesgos para la vida, como es el caso de la cateterización venosa profunda, colocación de catéter en la arteria pulmonar, traqueostomía, pericardiocentesis, etc en pacientes cuya condición física y mental no es la apropiada para tomar una decisión al respecto; es decir son pacientes que han perdido la autonomía, como es el caso del paciente con una trauma craneoencefálico en coma o el de un paciente con una encefalopatía hipóxica post parada cardiaca. Es real que con frecuencia se quebranta la autonomía de estos enfermos, incluso muchas veces tampoco se consulta con sus familiares la realización de determinado proceder, y también es un hecho que debemos mejorar esta situación, no informando a la familia después de realizado el proceder, sino antes, explicándoles su necesidad, sus beneficios y posibles riesgos siempre y cuando el contexto en que se decide la realización del proceder lo permita.

Decimos esto pues es frecuente que a veces la decisión de realizar determinado proceder se produce en circunstancias de extrema urgencia donde el peligro para la vida es inminente y el único tiempo que existe es el de realizar el proceder. Ante esta situación pienso que el médico está justificado a ignorar la autonomía del paciente y debe predominar el principio de la beneficencia. Tener siempre presente que tampoco se debe exagerar la autonomía, pues puede conducir a la irracionalidad y a conductas autodestructivas (13,14,15,16).

### **¿SE TRANSFUNDE CON SANGRE HETERÓLOGA A UN TESTIGO DE JEHOVÁ?**

Con relativa frecuencia los que trabajamos en terapia intensiva nos enfrentamos a este conflicto entre el principio de la autonomía y el de la beneficencia. Es conocido que los pacientes pertenecientes a la secta Testigos de Jehová rechazan las transfusiones sanguíneas siguiendo sus convicciones religiosas. La ciencia ha avanzado intentando buscar un sustituto de la sangre, pero todavía aquel que se considere ideal no se ha logrado.

En ausencia de un sustituto adecuado de la sangre cuando se presenta la necesidad de transfundir a un testigo de Jehová aparece el dilema. Cuando la necesidad de transfundir no es urgente la solución es más fácil, pues surgen opciones que permiten darle prioridad a la autonomía del paciente; pero cuando la necesidad de transfundir es urgente este principio choca con la obligación moral del médico de indicarla. Pensamos que aunque el problema es el mismo, las circunstancias pueden ser diferentes en cada caso. Hemos visto pacientes negarse a recibir la transfusión, pero cuando han su estado de salud se ha deteriorado ellos mismo la han solicitado, en otras ocasiones ha sido la propia familia de un paciente incompetente la que la ha solicitado.

Es decir, que hay que tener en cuenta diversos factores a la hora de resolver este dilema, como serían grado de convicción religiosa del paciente, su conciencia plena de la gravedad de la situación, actitud de la familia al respecto, y si existe o no alguna alternativa a la transfusión sin que por ello se lesione el principio de la beneficencia. En los casos en que no se logre una solución al problema y la situación del enfermo sea de una urgencia tal que ponga en peligro la vida deberá prevalecer el principio de la beneficencia sobre el de la autonomía, más aún si se tratara de niños o embarazadas (14,15).

En un país del primer mundo, donde el status económico del paciente pudiera ser determinante, a la hora de determinar su lugar de ingreso, esta prevalencia del deseo del paciente pudiera ocurrir, no así en una sociedad como la nuestra donde el derecho al acceso de todo tipo de servicio médico es igual para todos sin distinción económica, social, étnica o de otro tipo (principio de la justicia social) por lo que en aras del uso racional de los recursos que brinda la medicina intensiva deben ingresar aquellos pacientes que pudieran beneficiarse de la misma siguiendo el criterio de la recuperabilidad, eso sí, este criterio no debe ser el de una persona, sino un criterio colegiado entre todos los factores que tengan que ver con la atención de este tipo de enfermo, cri-

terios que a su vez deben ser revisados y analizados sistemáticamente, abiertos a cambios e interpretados individualmente según la situación específica de cada paciente (14,15).

### **¿CONTINUAR O SUSPENDER UN TRATAMIENTO DE SOSTÉN VITAL?**

La respuesta a esta pregunta depende de cada caso en particular, es decir del objetivo que se busque con el mismo, de lo que es fútil o no, pero aquí el concepto de futilidad no debe verse como el resultado de determinado tipo de tratamiento sobre una función específica del organismo, sino que este concepto debe verse más desde el punto de vista cualitativo que cuantitativo, o sea sobre el resultado final del tratamiento, su influencia en el pronóstico y calidad de vida del enfermo. Para ser más explícitos, no cumplimos ningún objetivo ventilando a un paciente en muerte encefálica que no es útil como donante de órganos, en este caso la ventilación es un tratamiento fútil y por tanto debe suspenderse. La situación cambia cuando ese mismo enfermo es un donante potencial, en este otro caso la ventilación es útil y cumple un objetivo. Este dilema se complica aún más en otras situaciones, como por ejemplo, el hecho de realizar resucitación cardiopulmonar a un paciente en paro con una cardiopatía dilatada con choque cardiogénico de varios días de evolución sin que haya existido respuesta al tratamiento inotrópico impuesto, o el hecho de ventilar prolongadamente a un paciente con estado vegetativo persistente. Quizás para el médico lo principal es mantener vivo al paciente a toda costa.

### **¿PERO ES ESO LO MEJOR PARA EL PACIENTE? ¿SERÁ ESE EL DESEO DE LOS FAMILIARES?**

Recordar que lo que a veces es mejor para el médico puede no coincidir con lo mejor para el paciente. La otra arista de este dilema es que en estas situaciones con frecuencia el paciente es incompetente por lo que no puede decidir sobre la continuidad o no de un tratamiento de sostén vital. Existen casos en la historia de la medicina intensiva, que ante

una misma situación, el concepto de la familia sobre lo que era fútil para el paciente difería. Cuando existen estas contradicciones bioéticas sin que se logre un consenso entre médicos y familiares es aconsejable acudir al comité de ética médica del hospital (no contamos en nuestro hospital) el cual quizás pueda ayudar a resolver el conflicto, teniendo en cuenta siempre las particularidades de cada caso (12,13).

### **¿DEJAR MORIR?**

Esta pregunta, y su respuesta, están muy relacionadas con la anterior. El desarrollo tecnológico dentro de la medicina intensiva ha llevado a que en ocasiones se le apliquen a los enfermos procedimientos, excesivos e innecesarios, para el mantenimiento prolongado de las funciones vitales, los cuales sólo logran prolongar la agonía del paciente y la de sus familiares. Esto se ha denominado: encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. El encarnizamiento terapéutico es sinónimo de indignidad y su causa es multifactorial, pues intervienen factores derivados del avance tecnológico y de su aplicación excesiva en la medicina, factores socio-culturales dados por las desmesuradas expectativas de curación que a veces existen en la sociedad, del requerimiento de preservar siempre la vida biológica como un valor sagrado y de la ausencia de una decisión unívoca que asuma la existencia de límites en las acciones médicas (15).

En nuestra sociedad no tenemos la costumbre de decirle a un paciente terminal, aún siendo competente, las diferentes alternativas terapéuticas que puede tener de acuerdo a su enfermedad y estado de salud actual y las consecuencias de las mismas sobre su calidad de vida futura. Incluso, a pesar de no existir el hábito, con una relación médico-paciente-familiares adecuada en un paciente competente, esto no debe ser un problema. Sin embargo en terapia intensiva la mayor parte de los casos de ensañamiento terapéutico ocurren en pacientes incompetentes y es en esa situación donde debemos estar claros hasta dónde debe llegar nuestro esfuerzo terapéutico. Si el

colectivo médico que asiste a un enfermo considera que el cuadro clínico de este es irreversible y por tanto todas las acciones médicas serán fútiles, se deberá plantear la abstención o el retiro de medidas de apoyo vital o la no resucitación. Por supuesto que esta decisión no es personal, debe ser tomada por todo el colectivo médico que tenga que ver de una forma u otra con la atención del paciente y sobre bases científicas bien fundamentadas. Es innegable que esta decisión va a influenciar directa o indirectamente sobre la muerte, pero eso no quiere decir que lo hemos dejado morir, simplemente le estamos permitiendo morir. Cuando la muerte es la alternativa posible que define por sí misma al paciente crítico, el marco del permitir morir es el que expresa adecuadamente la realidad de estos casos. Si utilizamos la frase dejar morir, aparte de sugerir abandono, podría parecer una omnipotencia nuestra de pensar y creer que la muerte la evitamos o decidimos hasta el momento final por el sólo hecho de que podemos sustituir artificialmente las funciones cardíaca o respiratoria, aún cuando este final sea el resultado esperado de la enfermedad subyacente (14).

Es cierto que existe a veces temor a que una decisión de este tipo pueda involucrar al médico en un proceso penal, pero pienso que cuando la misma es fruto de una discusión colegiada sobre bases objetivas, tomada sobre el principio de qué es lo mejor para el paciente y que a la vez sea explicada y bien comprendida por los familiares (en esto influye mucho una adecuada relación médico-paciente), no deben existir problemas de ninguna índole. Recordar que cuando se realiza

una toma de decisión de limitación terapéutica en un paciente, esa decisión está basada en el principio de que todo procedimiento en terapia intensiva debe ser beneficioso, lo que no sea así es fútil y por tanto reñido con la propia esencia de la filosofía del intensivista. Si respetamos este concepto estamos respetando la dignidad del enfermo. La preservación de la dignidad debe ser el objetivo principal en el cuidado y tratamiento de los enfermos cercanos a la muerte. El desarrollo de una nueva filosofía en los cuidados de este tipo de paciente es necesario para cumplir estos principios.

### BIBLIOGRAFÍA

1. MANUEL MICHEL HUERTA: Medicina legal 6ª Edición: Editorial J.V.Cochabamba 1999. Páginas (47-48-49-50-51).
2. BORIS ARANCIBIA ANDRADE: La Enfermedad Terminal y el Derecho a la Muerte con Dignidad. Tesis en Opción al grado Académico de Especialista en Medicina Legal y Forense: 2008. Sucre-Bolivia.
3. FERNÁNDEZ SACASAS J.A.: Aspectos éticos de la Educación Médica: Apuntes para una discusión de grupo, Tarija, Bolivia, 2001.
4. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Trabajos de revisión: algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Dr Mario A. Domínguez Perera: Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Villa Clara: 2003; 2 (84-92).
5. GHERARDI C.R. : Reflexiones sobre los dilemas bioéticos en terapia intensiva. En: Terapia Intensiva. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva 3ª edición. Edit. Médica Panamericana. 2000. 869-876.
6. CABALLERO LÓPEZ A.: Principios éticos en Cuidados Intensivos. en: Terapia Intensiva. Caballero-Domínguez-Béquer 2a edición (en imprenta)
7. VILLANUEVA BETANCOURT M. Enfoque bioético de las investigaciones pedagógicas. Rev. Cubana Educ., Med., Super 2000; 14 (1): 36-42.
8. González Cajal J.: Manual de bioética clínica-práctica. FUDEN.1998.
9. WHETSTINE L. M.: End-of-Life Care Considerations in the ICU. 30th International Educational and Scientific Symposium of the Society of Critical Care Medicine. February 10, 2001. www.medscape.com
10. Prendergast TJ, Puntillo KA. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. JAMA 2002 Dec 4; 288 (21): 2732-40.
11. CHOCHINOV HM., HACK T., HAS-SARD T., KRISTJANSON L.J., MC CLEMENT S., HARLOS M.: Dignity in the terminal ill: a cross-sectional, cohort study. Lancet 2002; 360: 2026-30.
12. Sprung CL, Oppenheim A. End of life decisions in critical care medicine. Where are we headed? Crit Care Med 1998; 26:200-202.
13. SCHNEIDERMAN LJ, JECKER NS, JONSEN AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112:949-954.
14. GÓMEZ RUBÍ JA. La medicina crítica en la era de la Bioética. en: Martín Santos y Gómez Rubí. Avances en medicina Intensiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999: 273-81.
15. CASTILLO VALERY A. Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. En: Avances en Medicina Intensiva. Madrid: Editorial Médica panamericana, 1999; 283-87.