

Mantenimiento de las técnicas de soporte vital en cuidados intensivos ¿deben ponerse límites?

Andrés Pérez Melero *

Profesor Titular. Médico. Magister en Bioética.

Bruno Domínguez Moreno **

Médico Adjunto UCI. Magister en Bioética.

Miguel A. Núñez Vecino *

Colaborador.

**E.U. Enfermería Fisioterapia y Podología.*

Universidad Complutense. Madrid.

***U.C.I. Hospital C.I.C. Instituto Carlos III. Madrid.*

Introducción

La creación de las UCIs. y la utilización de las técnicas de soporte vital en los hospitales durante el último tercio de siglo han contribuido a incrementar poderosamente el número de dilemas éticos en la práctica médica.

Un modo de resolver estos dilemas es acudir de forma exclusiva a los principios deontológicos, recogidos en las Declaraciones Internacionales sobre Ética Médica y también a los distintos Códigos Deontológicos de los profesionales sanitarios.

Sin restar mérito a esta postura, otra actitud busca resolver estas situaciones conflictivas intentando armonizar principios éticos y consecuencias. Dentro de este sistema de resolución de conflictos éticos adquiere especial relevancia el estudio de casos clínicos como el que comentamos a continuación.

Descripción clínica

Aspectos biológicos:

Se trata de un varón de 62 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar muy grave a los 17 años, que requirió como tratamien-

to una toracoplastia. A consecuencia de la misma le quedó como secuela un trastorno respiratorio restrictivo con importante limitación de su actividad física. Pese a ello, fue capaz de desarrollar una vida social normal (contrajo matrimonio, tuvo dos hijos y regentó un pequeño negocio próspero). Su enfermedad fue lenta y progresivamente incapacitante y aparecieron en el transcurso del tiempo complicaciones respiratorias, cor pulmonale, trastornos de la conducción cardiaca y hepatopatía crónica secundaria a la enfermedad cardiaca. Todos estos factores determinaron varios ingresos hospitalarios. A los 56 años le concedieron la incapacidad laboral absoluta.

En Julio de 1990 ingresa en la UCI de un hospital de Madrid trasladado desde otro centro sanitario con el diagnóstico de toracoplastia, bronconeumopatía crónica restrictiva infectada, cor pulmonale e insuficiencia respiratoria aguda. Se procede a la intubación y medidas habituales en estos casos. Una semana más tarde es extubado y se le traslada al Servicio de Neumología. Pasados unos días puede salir a su domicilio durante unas horas pero requiere de nuevo ingreso en el mismo Servicio por un episodio de insuficiencia respiratoria.

En octubre de 1990 sufre una nueva crisis e ingresa en UCI donde se le intuba por segunda vez. Ante la imposibilidad de extubación por la gravedad del cuadro respiratorio se realiza traqueostomía y se conecta a un respirador. En esta situación permanece en el hospital alternando periodos en UCI con periodos en Cuidados Intermedios, siempre conectado al respirador.

Entre las diversas pruebas que se le realizan destacan una ventriculografía isotópica

que demuestra una fracción de eyección en ventrículo izquierdo del 20%, con hipocinesia global, acinesia anteroseptal y discinesia, y una fracción de eyección en ventrículo derecho del 22%. Las pruebas de función respiratoria indicaban una CV de 23% y una FEV1 del 19% con PIM 50% y PEM 43%.

Ante esta situación se valora por parte del equipo médico la posibilidad de proporcionar un respirador portátil para que pudiera mantenerlo en su domicilio pero no llegó a conseguirse por falta subvención por los organismos oficiales sanitarios. También se valora la realización de un doble trasplante cardiopulmonar y se efectúan las gestiones dirigidas a este fin. La Organización Nacional de Trasplantes deniega esta intervención ya que se encuentra absolutamente contraindicada por la existencia de la toracoplastia y el riesgo de infección debida a inmunosupresión y la necesidad de mantener intubación prolongada en el postoperatorio ante la incapacidad para la ventilación espontánea.

Aspectos psicológicos

El estado afectivo del paciente se va deteriorando progresivamente, de forma más acusada cuando se le comunica que no podía realizarse el trasplante. Adopta entonces conductas autodestructivas aunque nunca llegó a realizar un acto deliberadamente suicida.

Durante toda su vida -pese a su enfermedad- mantuvo siempre un deseo de vivir, sobreponiéndose a las limitaciones físicas que la enfermedad le ocasionaba.

Aspectos familiares

La esposa y la hija adoptan siempre una actitud pasiva. Con el transcurso de la enfermedad surgen graves tensiones en el matri-

monio y se deterioran las relaciones entre los miembros de la familia.

El hijo, en quien el paciente depositaba toda su confianza, es quien toma las decisiones ante las propuestas de tratamiento del equipo médico.

Evolucion

En este estado de dependencia del respirador permanece con periodos alternantes de mejoría y agravamiento en sus enfermedades, con diversas complicaciones, hasta julio de 1992 en que fallece como consecuencia de cuadro séptico por *Pseudomona Aeruginosa*.

Análisis Bioético

Para el análisis de este caso nos hemos basado en los pasos de la metodología ética de Diego Gracia. En ellos se contempla un Sistema de Referencia Moral (ontológico) que comprende una premisa ontológica y, además, una premisa ética: el hombre es persona y en cuanto que tal tiene dignidad y no precio. En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

El segundo paso es el esbozo moral (deontológico) que comprende los cuatro Principios Bioéticos: Nivel 1: No-maleficencia y Justicia; Nivel 2: Autonomía y Beneficencia.

El tercer paso es la experiencia moral (teleológica) que contempla las consecuencias objetivas y subjetivas de los actos.

Finalmente, el cuarto paso representa la verificación moral o justificación de los actos, contrastando el caso con la "regla" y la "excepción".

Entre los distintos conflictos éticos que en este caso se plantean, hemos escogido para su estudio dos: los criterios de ingreso en UCI y

el mantenimiento de las medidas de soporte vital, relacionados íntimamente entre sí.

Comentarios:

Cuando llega al hospital se plantea por los médicos, en relación con la familia, el ingreso en UCI, dada la situación de urgencia, utilizando las medidas habituales. Se comprueba posteriormente que puede extubarse.

Ante un segundo ingreso en UCI, los médicos consideran, basados en datos clínicos, que no reúne criterios de ingreso ya que se espera que no podría recuperarse nunca y probablemente dependería de forma permanente de un respirador. Los neumólogos interpretan de forma similar las pruebas funcionales y aconsejan no ingresar al paciente en UCI. Sin embargo, el hijo del paciente, en quien éste había cedido la capacidad de decisión sobre las medidas terapéuticas, exige el ingreso en UCI, amenazando con denunciar al juez la negativa a dicho ingreso. Los médicos que atienden al paciente optan, bajo esta coacción, por ingresar al paciente en la UCI.

Desde el punto de vista del PRINCIPIO DE BENEFICENCIA, las actuaciones de los médicos estuvieron en todo momento encaminadas a obtener el mayor beneficio para el paciente y utilizaron todos los medios disponibles para tal fin. Siempre se informó de la situación crítica del enfermo y de las consecuencias que se derivarían del ingreso permanente.

En relación con el PRINCIPIO DE AUTONOMIA, la decisión de mantenerse con vida por parte del enfermo, aún en una situación tan calamitosa desde la perspectiva de la calidad de vida, no extraña conociendo que el paciente llevaba en una situación de enfer-

medad crónica e invalidante desde hacía mucho tiempo. Se respetaron las decisiones del paciente, manifestadas a través de su hijo. Los facultativos no conocieron de forma explícita el consentimiento directo del paciente para ingresar en la UCI aunque éste nunca manifestó su rechazo a la permanencia en UCI o en Cuidados Intermedios.

JUSTICIA: La actitud del hijo exigiendo todos los medios disponibles en ese centro hospitalario se basa en un hecho legal, a saber, los Derechos de los Enfermos, recogidos en la Ley General de Sanidad.

Por parte del Centro se dispone de esos medios y -en este caso- no tiene la sobrecarga asistencial en la UCI, propia de otros hospitales que impidiera facilitar la asistencia demandada. Todos estos hechos fueron valorados y aceptados tanto por el Servicio de Neumología como por la Unidad de Cuidados Intensivos. También en la decisión final tuvo un peso muy importante la amenaza de demanda judicial. La Dirección del Hospital, ante los elevados costes generados por la prolongada estancia del paciente, presiona -siempre de forma extraordinaria- al equipo médico para forzar un alta que, en esos momentos, no estaba justificado realizar.

NO MALEFICENCIA: Las actuaciones de los médicos no incurrieron en Maleficencia ya que actuaron según los intereses del paciente y utilizaron siempre medios proporcionados en los distintos episodios críticos de éste durante su estancia hospitalaria.

Sí tuvieron presentes los aspectos económicos planteados por la Dirección del Hospital. Estos planteamientos pudieron considerarse en algunos momentos como injustificables desde el punto de vista ético, en relación con el Principio de No-Maleficencia.

Juicio Ético:

Dado que la muerte se produjo en una situación de fracaso multiorgánico en un cuadro de sepsis y se utilizaron en todo el proceso los medios proporcionados -para ese paciente concreto y en unas circunstancias concretas- consideramos que se ha actuado conforme a los Principios Bioéticos.

A pesar de la valoración positiva de la resolución del caso, atendiendo a los Principios, las consecuencias derivadas de la atención sanitaria a este enfermo dieron lugar a una reflexión del equipo médico de la UCI que podemos resumir en los siguientes interrogantes:

¿Justifica la autonomía del paciente el mantenimiento de unas medidas que sólo van a prolongar una situación agónica?

¿Justifica el deseo de mantener con vida a un ser querido una situación de dependencia de sofisticados aparatos que -con el tiempo- van a deteriorar la vida psíquica del enfermo y de su familia?

¿Justifica la No-Maleficencia el mantenimiento de unos medios tecnológicos de elevado coste que, de aplicarse de forma generalizada, dificultarían un reparto equitativo

de los recursos disponibles para la asistencia sanitaria a toda la población?

¿Puede considerarse un éxito terapéutico prolongar durante dos años la vida de un paciente conectado a un respirador, sin posibilidades de recuperación?

Todo ello nos sugiere que, ante un caso difícil, es precisa una valoración en profundidad del mismo que contemple no sólo sus aspectos biológicos y legales sino también los aspectos éticos, armonizando las posturas antagónicas. Quizás en este caso hubiera resultado más económico a la Administración un respirador portátil que dos años de ingreso en una UCI. Quizás la calidad de vida de esta persona hubiera sido mucho mejor con este procedimiento aunque hubiera vivido menos meses. Quizás se hubieran evitado así muchos momentos de tensión y de conflicto entre los sanitarios, los familiares y el propio paciente.

El progresivo aumento de Comités de Ética Hospitalaria y una, cada vez más necesaria, formación en Bioética de los profesionales sanitarios contribuirán en un futuro no demasiado lejano a resolver casos de complejidad similar.