

Límites de actuación en el enfermo grave

ALBERTO VILLAZON-SAHAGÚN*

Dentro del ejercicio médico existen situaciones a las que no solemos acostumbrarnos, a pesar de corresponder a un hecho universal y seguro, como son las de enfrentarnos a circunstancias en las cuales debemos desistir de luchar y aceptar que se va a producir la muerte. Hecho común, usual y parte de la actividad médica habitual, que sin embargo tiene en cada oportunidad connotaciones específicas.

Qué tanto hacer está en función de escoger entre la positividad o negatividad de dos valores. Cuando aplicamos nuestros conocimientos y habilidades al enfermo con posibilidades de recuperación, ambos valores son positivos y nuestra acción es moralmente buena.

Cuando, en cambio, aplicamos todos los recursos tecnológicos al enfermo sin posibilidades de recuperación, alargamos sólo el proceso de morir, prolongamos el sufrimiento, aumentamos inútilmente el costo y promovemos una serie de disvalores, entre los cuales el más negativo es el coartar el derecho de la persona a morir en paz y con sus familiares.

Estas reflexiones se aplican, también, a la cirugía del anciano que ha perdido notoriamente su capacidad intelectual. Son muertos desde el punto de vista social o biográfico. Para ellos se debe buscar la ma-

yor comodidad posible y con el consentimiento de los familiares, no deben ser sometidos a intervenciones que frecuentemente calificamos de satisfactorias en su evolución, menospreciando el notable y mayor deterioro en la calidad de vida que hemos producido, retrasando por un lapso corto la muerte esperada y quizás ansiada. Castillo Valery, de Venezuela, señala: "La vida humana no es el principal valor de la persona; si se quiere, es la posibilidad de realizar valores. Cuando lo que queda de vida está plagado de disvalores y no hay ya valores morales positivos, debe respetarse la voluntad del enfermo o de sus familiares, con la debida información, y no prolongar el proceso de morir".¹

La cuestión fundamental está en precisar cuándo prolongamos el proceso de morir y cuándo preservamos la muerte.

Categorías e índices pronósticos

El enfermo grave es, en términos generales, de dos tipos: el enfermo en estado crítico por un proceso agudo con posibilidades definidas de recuperación, aunque en riesgo de morir, y el enfermo en estado terminal, cuya muerte se considera inevitable en fecha cercana, horas o semanas. En el primero debe hacerse el mayor y el mejor esfuerzo, en el segundo una unidad de terapia intensiva es el sitio más ina-

* Académico numerario. Servicio de Cirugía Digestiva, Hospital Español de México.

decuado.² Sin embargo, estas dos situaciones no son siempre deslindables y entre ambas hay frecuentes interfaces.

Los criterios más conocidos actualmente para categorizar al enfermo grave son los de la Universidad de Pittsburgh³, y los del Hospital Mount Sinai de Nueva York:⁴

Categoría I: Enfermos con expectativa definida de recuperación. Equivalen a un apoyo total.

Categoría II: Enfermos con pocas posibilidades de recuperación (menos de 5%). Se les aplica el máximo esfuerzo durante 24 horas y son nuevamente evaluados.

Categoría III: Enfermos previamente en las categorías anteriores, que evolucionan mal, dependen cada vez más de medidas artificiales y tienden a la falla orgánica múltiple progresiva. Se mantienen sólo medidas cuya supresión ocasionaría muerte inmediata y no se aplican, o se suspenden, medidas extraordinarias: hemodiálisis, reanimación cardiopulmonar, asistencia circulatoria, monitorización compleja, coloides, alimentación artificial y antibióticos.

Categoría IV: Enfermos con muerte cerebral. Se declara la muerte total, si no existen posibilidades de error.

Esta categorización entraña problemas, sobre todo en la segunda y tercera categorías. En ambas situaciones entran en juego el padecimiento primario, las complicaciones, la calidad de la atención, la dis-

ponibilidad de elementos y otros factores. Puede ocurrir que una situación supuestamente terminal después revierta, aunque esto no es frecuente. Esta posibilidad depende de la seguridad de la evaluación y de la validez de los índices pronósticos utilizados. Analicemos esto más a fondo.

Hace 15 años, en nuestra unidad, como en otros sitios, efectuamos mediciones de volumen de mezcla ventricular. Su relación con el trabajo del ventrículo izquierdo mostró una buena correlación con la mortalidad operatoria;⁵ sin embargo y por diversos factores, el impacto de este conocimiento no fue mayor entre nuestros cirujanos.

Los estudios sobre índices pronósticos deben basarse en indicadores confiables y sencillos. Por ejemplo, aplicando la evaluación de riesgo de la Federación Mundial de Anestesiología a 706 enfermos quirúrgicos consecutivos internados en nuestra unidad, obtuvimos una mortalidad de 42 por ciento en enfermos con riesgo V, 10 por ciento en el riesgo IV y 0 por ciento en el III. Este grupo corresponde al enfermo con riesgo alto de desarrollar falla orgánica y muestra la utilidad de prevenirla mediante el cuidado intermedio, ya que en un grupo similar de enfermos no ingresados a terapia intensiva, la mortalidad fue de 5 por ciento.⁶ (Fig. 1). El score de trauma del Colegio Americano de Cirujanos, los índices tipo Glasgow para el coma, los de Ranson para la pancreatitis, son buenos avances en la búsqueda de signos pronósticos universales y ayudan a

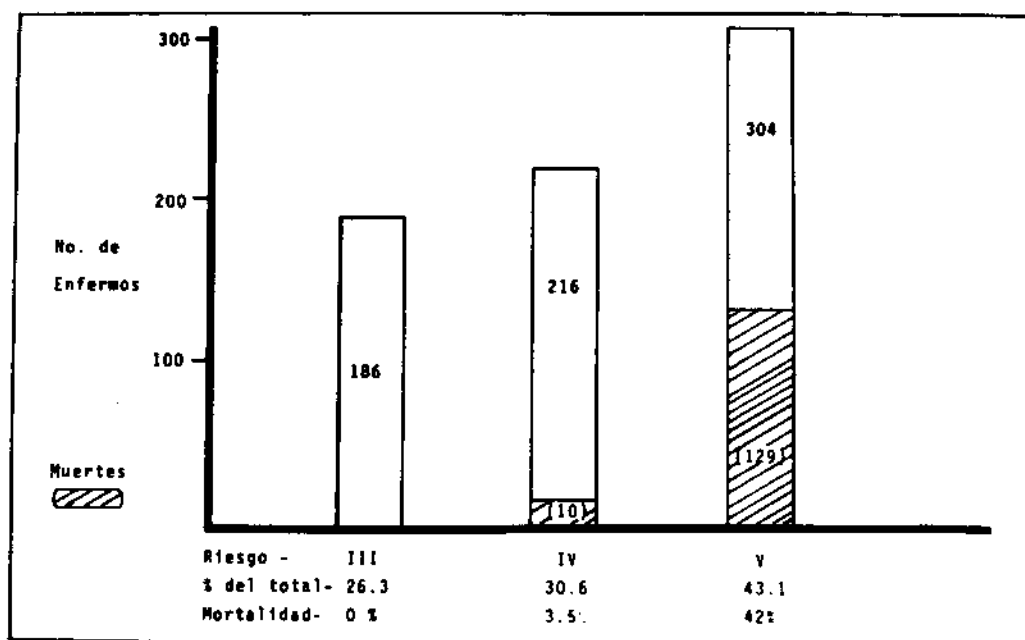


Fig. 1. Letalidad según grado de riesgo.

categorizar tanto al enfermo como al hospital, limitando en veces la aplicación de algunos métodos terapéuticos.

Considero que el avance principal en los últimos años ha sido adquirir una mayor conciencia del problema. En el futuro próximo es necesario universalizar criterios mediante estudios multidisciplinarios basados en índices objetivos y pronósticos confiables que analicen las posibilidades de curación, la calidad de vida esperada y el tiempo estimado de supervivencia. En este análisis es importante evaluar el estado de salud y la mortalidad seis meses después de la estancia en terapia intensiva; se informa de una mortalidad 16 por ciento mayor, después de este lapso.⁷

Recursos disponibles. Dentro de las grandes posibilidades actuales para mantener las funciones vitales, el límite de actuación se centra, en términos generales, en función de dos factores: la disponibilidad de recursos y la compasión humana.

El límite de actuación más frecuente está dado por la limitación de recursos humanos y tecnológicos, y es proporcional al desarrollo de cada país. La limitación se manifiesta tanto en la etapa de planeación como en la diaria aplicación de la asistencia médica.

La adquisición de equipo, el entrenamiento de recursos humanos y su distribución compiten con las necesidades de otras áreas hospitalarias. En nuestros países los recursos disponibles se aplican, prioritariamente, a las numerosas necesidades básicas de asistencia primaria, limitando cada vez más el ahora llamado tercer nivel de atención médica.

Si se analizan los esfuerzos humanos y los presupuestos de atención médica actuales encontramos obvias contradicciones y poca preocupación por algunos aspectos:

1. La mortalidad se evalúa en porcentajes absolutos, olvidando los años de vida útil que determinados padecimientos ocasionan.
2. Se gasta más en la prevención y el tratamiento de los padecimientos crónicos y de la senectud, que en los agudos, de alta mortalidad, que acaecen en edades menores y con mayor productividad futura. Se invierten millones para el tratamiento de las afecciones de la senectud, y casi nada para la rehabilitación integral del anciano. Los presupuestos para la atención y prevención de los traumatismos son, en la mayoría de los países, raquíticos.
3. Según el Consejo Mundial de Alimentación, en 1980 murieron 17 millones de personas por desnutrición. El presupuesto de armamento en todo el orbe, para ese año, fue de 460 millones de dólares.
4. Alimentar a un niño, durante un año, cuesta 500 dólares. Mantener vivo a un enfermo peritoneal

con falla orgánica múltiple y menos de 10 por ciento de probabilidades de sobrevivir, implica un gasto de más de 20 000 dólares mensuales.

Costo-beneficio. La aplicación de los análisis de costo-beneficio es inoperante en las unidades de terapia intensiva, en las cuales el saldo económico es siempre negativo.

El análisis costo-efectividad resulta más sensible; sin embargo, en la evaluación de la eficiencia encontramos interrogantes difíciles de responder: ¿cuánto vale una vida humana?; ¿se justifica un costo de 100 000 dólares para aumentar tan sólo unos años de vida a pocos enfermos, cuando esa misma cantidad aplicada a un nivel primario de atención previene mortalidad de cientos de seres jóvenes?

En ocasiones grandes esfuerzos y costos producen sólo un lapso breve e incómodo de vida. En otras, logran la recuperación total. Los trasplantes de hígado y de corazón son buenos ejemplos de improvisaciones no siempre justificables.

Aun así, de estos análisis se obtiene buena información sobre lo que es posible hacer y obtener, para adecuar mejor los recursos disponibles. Un buen ejemplo es el estudio realizado por Schmidt y colaboradores de la Universidad de Utah, sobre el uso de la ventilación mecánica prolongada.⁸ De 138 enfermos que requirieron apoyo ventilatorio por más de 48 horas, sobrevivieron 49 (37%) y sólo 38 (28%) vivían a los tres años. El costo hospitalario promedio, por enfermo, fue de 16 930 dólares, con importantes variaciones de acuerdo al padecimiento primario: sólo 460 dólares por año en enfermos asmáticos y hasta 8 026 dólares por año en enfermos con disfunción cardíaca, grupo en el cual sólo dos de 12 vivieron y por menos de un año. Los cinco enfermos con falla respiratoria por fibrosis pulmonar fallecieron en el hospital. Se encontraron también diferencias importantes en relación con la edad, con franco aumento en la relación costo-beneficio en hombres mayores de 65 años y en mujeres mayores de 75 años. No hay duda de que en la evaluación de la calidad de la atención existe una brecha tan amplia como la que hay entre los conceptos de Kafka y la poesía.

La limitación de recursos que constriñe la calidad de atención, puede subsanarse con un mejor conocimiento, con el análisis cuidadoso del equipo que es posible adquirir y mediante la máxima efectividad en su aplicación. El reto del intensivista con pocos recursos estriba en la óptima aplicación de sus mínimos insumos.

Compasión humana. El segundo factor, no ligado a lo económico, se refiere al problema moral y ético que nos enfrenta a una decisión: ¿hasta cuándo debe prolongarse el sufrimiento en función de la evo-

lución natural del proceso patológico presente?

No encontraremos la solución en juicios y leyes; resulta absurdo pedir respuestas cuando no hay verdades absolutas; debemos aceptar que hay un tiempo para aplicar nuestras técnicas de reanimación y un tiempo para reconciliarnos con la muerte inevitable. Es irrealístico esperar leyes en asuntos del corazón.

La respuesta fácil es la de afirmar que el médico debe luchar hasta el último momento. Pensar así, es aplicar, en la toma de decisiones, reglas de la ética clínica útiles en décadas pasadas, que el avance tecnológico nos obliga a cambiar.

En una encuesta efectuada entre 308 médicos asistentes al primer Congreso Panamericano de Medicina Crítica,⁹ 40 por ciento se mostró partidario de la eutanasia en casos especiales; sólo 22 por ciento consideró determinante la opinión de los familiares, 10 por ciento reconoció haberla practicado y 83 por ciento sostuvo que lo haría a petición de un enfermo lúcido. Sin embargo, la opinión del enfermo en circunstancias críticas casi nunca es confiable.

Ayuda a decidir hasta dónde continuar, pensar que el enfermo lo fuéramos nosotros mismos. Sin embargo, en la respuesta aplicamos nuestros propios principios, nuestro propio deseo de vida y no los del enfermo. Pio XII declaró: "Los médicos no tienen obligación de continuar el uso de medidas extraordinarias para mantener con vida al sujeto irrecuperable".¹⁰

Ahora bien, las medidas extraordinarias de ayer son frecuentes hoy, el riesgo ha disminuido y la técnica se ha simplificado, pero la magnitud del efecto fisiológico es el mismo. Una misma medida puede considerarse ordinaria para un enfermo, y extraordinaria para otro. Kelly¹¹ considera medida ordinaria aquella que ofrece una esperanza razonable de beneficio sin excesivos gastos, sufrimientos ni otros inconvenientes. Healy,¹² otro moralista católico, considera extraordinarias a las medidas muy costosas, no habituales, difíciles y riesgosas, cuyo beneficio es menor a sus inconvenientes.

Es fácil concluir que no hay obligación de aplicar medidas inútiles y que la actuación del médico, ante el enfermo irrecuperable o terminal, debe centrarse en el enfermo y no en la enfermedad. Aun así, la interpretación a estas normas será diferente, incluso entre médicos de la misma especialidad. Tratar a un enfermo recuperable como si fuera terminal, es negligencia. Tratar a un enfermo moribundo como recuperable, también lo es.

El propio médico puede ser el agente terapéutico más importante, y como lo expresa irónicamente Balint:¹³ "La droga más frecuentemente utilizada es el propio médico, la forma como ofrece y el ambiente que crea para su acción terapéutica. Nada se sabe aún respecto a la farmacología de tan importante droga".

Ramsey¹⁴ ha expresado bien que la importancia de la dimensión deontológica está más allá de las consideraciones abstractas de la ética médica. En esta dimensión, la integridad moral de la relación médico-paciente está dada más por su sinceridad y por su honestidad que por sus resultados. Si esto existe, lo demás es secundario.

La fidelidad del médico hacia su enfermo puede obligarlo a resistir el natural pero estéril deseo de continuar una lucha inapropiada, sustituyendo la avanzada tecnología y el conocimiento actual por la compasión humana, implícita en la relación médico-paciente.

Consideraciones finales

En el hoy, en ausencia de limitación de recursos, prevalece la sobreactuación apoyada, en veces, en fríos análisis con poca compasión humana. Algunos problemas requieren pronta solución: los excesos terapéuticos en el enfermo terminal; el fomentar falsas esperanzas; la carga emocional, económica y de sufrimiento que implica prolongar sin objeto una vida.

Para algunos, la medicina crítica representa sólo un conjunto de técnicas antinaturales; además, el intensivista se sumerge fácilmente en una maquinaria sofisticada, impersonal y materialista. Por ello, entre otras razones, debe siempre mantener su propia personalidad y un espíritu superior, conservando lo bueno de la medicina tradicional, congruente con la sociedad en que vive, entendiendo al enfermo como ser humano y reafirmando, con su actitud, la moral médica. Su objetivo principal es hacer vivir con dignidad a todo aquel que puede morir si se escatiman el esfuerzo, los recursos o simplemente el coraje o la actitud tan necesarios; cuando actuar con rapidez y decisión es verdaderamente esencial.

El plan de Dios decidió que todo ser humano muera, pero exageramos al crear que El determina el momento de la muerte. El que está convencido de ello, para qué busca interferir en la historia natural de las enfermedades. La vida biológica es sólo energía que se transmite. Como médico, creo firmemente que tenemos la capacidad de adelantar o retrasar la muerte y en esta sublime capacidad, está nuestra mayor responsabilidad.

Hans Jonas expresó bellamente lo siguiente:¹⁵ "En el curso de un tratamiento, el médico está obligado hacia su enfermo y a nadie más. No es el agente de la sociedad, ni de una institución, ni de los intereses de la ciencia médica, ni de los familiares, ni de otros que sufren o podrán sufrir la misma enfermedad en el futuro. El enfermo es lo único que cuenta. Por simple ley de contrato bilateral, el médico debe impedir que cualquier otro interés interfiera con el del enfermo a su cuidado. Pero claramente hay normas más sublimes que las contrac-

tuales. Podríamos hablar de un trato sagrado, en el cual el médico está solo con su enfermo y con Dios".

Sin olvidar que, en el *Libro de los muertos*, se lee:

"Da de comer al que padece hambre,
da de beber al que tenga sed,
viste al que se halle desnudo,
ayuda a atravesar el Nilo e inhumar a
aquél que ya perdió a sus hijos".

También dijo Hipócrates:

"El médico debe curar a su enfermo.
Cuando esto no es posible, debe calmar
su dolor y si aun ello fuera imposible,
debe al menos, alfombrar de flores
su camino al cementerio".

Referencias

1. CASTILLO VALERY A: *Ética médica ante el enfermo grave*. Disintimed C A, 1986.
2. *Optimum care for hopelessly ill patients. A report of the Massachusetts General Hospital*. N Engl J Med, 1976; 295: 362.
3. GRENNI A; POWNER DJ; SNYDER JV y col: *Cessation of therapy in terminal illness and brain death*. Crit Care Med, 1978; 6: 284.
4. TAGGE GF; ALDER D; BRYAN-BROWN EW y col: *Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients*. Crit Care Med, 1974; 2: 61.
5. VILLAZON SAHAGUN A; SIERRA A; FERNANDEZ GE: *Terapia intensiva: diagnóstico y correlaciones fisiopatológicas*. Cirugía y Cirujanos, 1971; 39: 1283.
6. VILLAZON SAHAGUN A: *Urgencias comunes en medicina crítica*. México, CECSA, 1983.
7. LE GALL J; BRUN-BUISSON C; TRUNET P; RAPIN M: *Influence of age, previous health status and severity of acute illness on outcome from intensive care*. Crit Care Med, 1982; 10: 575.
8. SCHMIDT CD: *Prolonged mechanical ventilation: a cost-benefit analysis*. Crit Care Med, 1983; 11: 407.
9. SHAPIRO M; MARTINEZ J; VALDES C: *Actitudes ante muerte cerebral y eutanasia*. Med Crit, 1981; 3: 155.
10. AUER A; CONGAR Y; BROKLE F; RAHNER K: *Ética en medicina*. Madrid, Editorial Guadarrama, 1972. p 177.
11. KELLY G: *Medics moral problems*. The Catholic Hospital Ass. St. Louis, Mo., 1958. p 129.
12. HEALY EF: *Medical ethics*. Chicago, Loyola University Press, 1956. p 67 Cit en⁹.
13. BALINT M: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1961. p 17.
14. REMSEY P: *The patient as a person*. New Haven, Yale University Press, 1970. p 116.
15. JONAS T: *Philosophical reflections on experimenting with human subjects*. Walters and Beauchamp, 1978. p 417.