

Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos

El presente documento fue suscrito el pasado 16 de Junio en el seno del Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos celebrado en Madrid. Los derechos del paciente ingresado en la UCI contituyen la columna vertebral del documento. Además del capítulo general que les dedica -donde se abordan la información, la negativa a ciertas terapias o la asistencia religiosa-, el texto presta atención separada a la investigación biomédica sobre los pacientes críticos, a la igualdad de concepto que existe entre retirar o no aplicar un tratamiento inútil y a los criterios de muerte cerebral.

1. Preámbulo

La Medicina Crítica o Intensiva es la rama de la Medicina dedicada específicamente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones fisiopatológicas que amenazan la vida. Para su puesta en práctica se requiere de personal médico, de enfermería y técnico especialmente adiestrado, así como de áreas hospitalarias con diseño equipamiento y dotación específicos.

El respeto por la dignidad de las personas contituye, en todo momento, el deber principal del médico. Este deber se encuentra especialmente realzado en la Medicina Crítica, por el tipo de cuidados que requieren los pacientes y por la alta responsabilidad que supone la preservación de sus vidas como personas.

Los objetivos principales de las intervenciones médicas en Medicina Crítica son:

- a) salvar o prolongar la vida;
- b) aliviar el sufrimiento;
- c) evitar daños que puedan producirse en el curso de los cuidados;
- d) restitución de la salud.

El propósito final de tratamiento de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es su total recuperación, de tal forma que estén en condiciones de reincorporarse al seno de sus familias y de la sociedad.

Como intensivistas, debemos ser conscientes de que este desiderátum no es lograble en todos los pacientes. En algunos casos la recuperación es sólo parcial, y en otros la muerte será el resultado. Tener clara esta realidad es muy importante a fin de evitar el exceso de terapéutica o la prolongación innecesaria del proceso de morir.

Esta Declaración tiene como fundamento el estatuto 5º de la Constitución de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva, aprobada en la Asamblea realizada en Washington D.C. en mayo de 1981, así como el numeral 3º del Capítulo I de los Estatutos de la FEPIMCTI, aprobados en la Asamblea de Buenos Aires en septiembre de 1983. En ambos documentos se establece, entre los fines de ambas federaciones, el logro de altos estándares de la práctica de los cuidados intensivos, y no cabe duda de que la cabal incorporación del componente ético en el quehacer del intensivista es indispensable para alcanzar ese logro.

2. Deberes de los médicos

En relación con este aspecto, la FEPIMCTI hace suyos los postulados del Código Internacional de Ética Médica aprobado por la Asociación Médica Mundial (WMA) en su 3º Asamblea, realizada en Londres, Inglaterra, en octubre de 1949, revisada en la 22º Asamblea en Sidney, Australia, en agosto de 1968 y la 35º Asamblea celebrada en Venecia, Italia, en octubre de 1983.

3. Derecho de los pacientes críticamente enfermos

3.1. Los pacientes críticamente enfermos tienen derecho a recibir un cuidado especializado con el fin de minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados como consecuencia de sus padecimientos.

3.2. Los pacientes críticamente enfermos tienen derecho a obtener de sus médicos información acerca de su condición.

Cuando por razones de orden médico no sea recomendable ofrecer toda la información, o al menos parte de ella, las personas apropiadas (usualmente los familiares cercanos) deberían ser informados en su lugar.

3.3. Siempre que sea posible, los pacientes críticamente enfermos deben ser debidamente informados sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de importancia a los que vayan a ser sometidos, con el fin de que ellos mismos den su consentimiento para que éstos se lleven a cabo. En muchas ocasiones no es posible obtener el consentimiento informado de los propios pacientes por no estar éstos en condiciones de competencia mental para darlo, o por la urgencia requerida para llevar a la práctica dicho procedimiento.

3.4. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho a negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la Ley. En tales casos, los enfermos tienen que ser informados de las consecuencias médicas de su negativa, y debería dejarse una constancia escrita de su decisión, la cual deberá estar firmada por los testigos.

3.5. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho, cuando requieran ser trasladados de un sitio a otro, dentro o fuera del ámbito hospitalario a que se les ofrezcan las mejores facilidades disponibles para su transferencia con el fin de disminuir los riesgos. Un personal entrenado y el equipo necesario para garantizar este procedimiento debería formar parte de la logística del traslado.

3.6. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho a ser visitados por sus seres queridos, sin que ello interfiera con las regulaciones de cada UCI o las indicaciones médicas específicas en función de las necesidades del enfermo.

3.7. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho a recibir la asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo. De igual manera, tienen derecho a que se les ayude en la realización de ciertas gestiones de orden legal o personal que consideren importantes, para ser arregladas en razón de su situación vital.

3.8. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho a que toda información relativa al cuidado de su enfermedad sea tratada como confidencial.

3.9. Los pacientes críticamente enfermos tienen el derecho a ser atendidos en forma personalizada, con especial referencia al trato respetuoso y considerado en su relación con los médicos y enfermeras.

4. Investigación biomédica en la UCI

La investigación biomédica en seres humanos se rige por normas estatuidas en varios documentos, a saber:

1 La *Declaración de Helsinki* adoptada por la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial celebrada en Helsinki, Finlandia, en 1964, y que fue revisada en la 29ª Asamblea celebrada en Tokio, Japón, en 1975.

2 El documento de la Asociación Médica Británica relativo a la investigación en seres humanos (1963).

3 Las *Normas Éticas para la Investigación Clínica*, de la Asociación Médica Americana (1966).

Algunos aspectos deben ser enfatizados en el marco de las investigaciones que se lleven a cabo en los escenarios de las UCI y que envuelvan a seres humanos:

4.1. El protocolo del proyecto de investigación debe ser revisado por un Comité Institucional constituido por expertos en el campo de la investigación biomédica, así como por expertos en cuestiones éticas.

4.2. La validez del consentimiento de los pacientes depende de:

a) Su competencia para tomar decisiones (o por el consentimiento otorgado por su representante autorizado, en caso de que el paciente no sea competente).

b) Que se haya ofrecido la información apropiada.

c) La total ausencia de coerción

4.3. *Investigación clínica* es diferente a *tratamiento innovador*. En este segundo caso, los médicos pueden utilizar, por ejemplo, un fármaco aprobado y utilizado usualmente para otros fines, en una condición en la que nunca se ha usado, como último recurso, en un paciente en quien los trataminetos convencionales han fracasado. En el caso de la investigación clínica, por el contrario, la finalidad principal es dar lugar a nuevos conocimientos, y que tiene que estar sometida a regulaciones estrictas, las cuales no se aplican en el caso del tratamiento innovador, el cual sólo requiere del juicio clínico y del consenso de los médicos tratantes, quienes no buscan generar un conocimiento como fin principal, sino el ayudar a un enfermo ante la inexistencia de un tratamiento probadamente efectivo.

4.4. Cuando algún miembro del equipo médico de una UCI tenga objeciones de fondo contra alguna investigación que se esté desarrollando en una UCI debe comunicarlas al jefe de la UCI y al comité institucional que aprobó dicha investigación, a fin de que sea exceptuado de las responsabilidades tanto en la realización como en las eventuales consecuencias de dicho proceso investigativo.

5. Selección de pacientes

5.1. La admisión y la permanencia de pacientes en las UCI debe estar sometida a normas más estrictas de evaluación, con el fin de evitar el uso de estos recurso escasos y costosos en efeciones que no la necesiten o en la atención de enfermos irrecuperables en la etapa final de sus padecimientos.

5.2. En general, los pacientes que se ingresan en una UCI deben tener expectativas de recuperación, y en tal forma deben ser trasladados, aplicándoles todas las medidas de soporte vital que su condición requiera para la preservación de su vida. En aquellos casos en los cuales, a pesar de haber aplicado todos los tratamientos requeridos, la evolución se torna desfavorable y el pronóstico es manifiestamente malo, puede ser razonable el proceder a limitar la intensidad de las medidas terapéuticas.

6. No aplicación o retiro de medidas de soporte vital

6.1. No existe diferencia, desde el punto de vista ético, entre la no aplicación y la suspensión de medidas de tratamiento de soporte vital en pacientes sin expectativas de recuperación, dado que estos tipos de terapéuticas están indicados con el fin de preservar la vida personal y no para prolongar el proceso de morir.

6.2. Cuando una medida terapéutica es considerada fútil por la opinión unánime del equipo tratante, ésta puede ser omitida o retirada en razón de la carencia de efecto beneficioso para el paciente y para ser consecuentes con los objetivos de las intervenciones

médicas en la medicina clínica, expuestos en el Preámbulo de esta declaración.

6.3. El primer procedimiento o medida que debe restringirse es la reanimación cardiopulmonar. Luego, cualquier medida de tratamiento considerada como desproporcionada para el paciente, y que de acuerdo con el juicio médico compartido, pudiera ser omitida. *Desproporcionada* significa, en este contexto, más gravosa o inútil que beneficiosa o útil.

6.4. Cada vez que una medida terapéutica pudiera ser restringida en razón de la inaceptable calidad de vida del eventual sobreviviente, es necesario actuar en correspondencia con los deseos del paciente. Si no es posible conocerlos, la familia o las personas que lo representen deberían dar la información sobre lo que más probablemente sería la opinión del enfermo, ya que lo que tiene más importancia es una decisión basada en "calidad de vida" son los valores y preferencias del paciente.

7. Muerte cerebral

7.1. En caso de no existir criterios nacionales para el diagnóstico de muerte cerebral, el equipo humano de una UCI debe tener criterios homogéneos para el diagnóstico de muerte aplicando criterios neurológicos, a fin de impedir la prolongación innecesaria de su estancia en la UCI, o la eventual pérdida de oportunidades para realizar trasplantes de órganos o tejidos.

A. Castillo Valery.

Ex-presidente de la FEPIMCTI. Médico Especialista de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Caracas. Profesor Titular de Medicina Antropológica de la Universidad Central de Venezuela