Globethics Repository




# Cuidados intensivos y bioética [Intensive care and bioethics]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

| | |
|---|---|
| Item Type | Article |
| Authors | Nuñez, Luz Stella |
| Publisher | Universidad El Bosque |
| Rights | Creative Commons Copyright (CC 2.5) |
| Download date | 2026-10-30 23:48:35 |
| Link to Item | http://hdl.handle.net/20.500.12424/215555 |

# CUIDADOS INTENSIVOS Y BIOÉTICA: ALGUNAS REFLEXIONES

*Luz Stella Núñez S. M.D.*

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que sufren una alteración física grave, que amerita atención médica intensiva, se encuentran incapacitados para satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas básicas.

Necesitan para sobrevivir, dada su vulnerabilidad y dependencia, un ambiente maternante y unos cuidadores. Estos cuidadores son humanos, cuando se trata del equipo de cuidados intensivos y son máquinas, cuando tienen que ver con la tecnología, que permite el monitoreo de los signos vitales, el suministro de oxígeno, alimentos, líquidos y medicamentos, entre otros.

La gravedad de los pacientes, los procedimientos y los tratamientos especiales que en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se realizan y la obligación profesional de lograr una rentabilidad médica, hacen que estas unidades sean fuente permanente de conflictos éticos[1].

1. SUÁREZ, J., (1998). *Decisiones conflictivas en la Unidad de Cuidados Intensivos: Eutanasia y distanasia o asistencia integral en la agonía.* Santafé de Bogotá: Artículo entregado en el postgrado de Bioética, Universidad el Bosque.

Son motivo de polémica: el mantenimiento de la vida y el aplazamiento de la muerte; las exigencias solicitadas tanto al médico como al equipo paraclínico de un adecuado y hábil manejo de la tecno-ciencia; la alta demanda de atención en la UCI; la realización de tratamientos costosos e intensivos realizados en un servicio con camas limitadas que imponen la necesidad de seleccionar con anterioridad a los pacientes, de evaluar dinámicamente los tratamientos y de controlar la calidad de los resultados a corto, mediano y largo plazo para proceder en consecuencia; las decisiones críticas para instaurar o no una terapéutica, su mantenimiento razonable y su retirada cuando se muestra ineficaz[2].

El estado crítico de los pacientes y el ambiente de alta tensión que se vivencia en la UCI, focaliza toda la atención médica y paraclínica hacia el tratamiento biológico. Se deja entonces de lado, el manejo intensivo psicológico, que paralelamente necesitan los enfermos en estas circunstancias.

Se desconocen tanto la historia psicosocial del paciente, como los cambios psicológicos que éste sufre durante su estancia en la UCI, a no ser que su comportamiento sea llamativo y dificulte el manejo o que sus antecedentes influyan directamente en el tratamiento biológico y requiera tratamiento especializado.

Algunos expertos en bioética afirman que el principio de Autonomía consiste en que el paciente competente es el único que tiene autoridad moral sobre su propio cuerpo. Sólo él puede tomar autónomamente la "decisión" o dar el "consentimiento" para su tratamiento, previa información, detallada, amplia y correcta, ofrecida por el médico[3].

La toma de decisiones en la UCI, se realiza ante situaciones extremas del enfermo, quien, por lo general tiene comprometida la Autonomía. Por consiguiente, la responsabilidad de las decisiones recae sobre los familiares, el

2. Ibid., Pág. 14.
3. GRACIA, D., (1998). *Bioética clínica.* Santafé de Bogotá: Editorial el búho.

médico, la institución, el comité hospitalario de ética o el Estado, según sea cada caso. Esto hace que tanto la relación (médico-paraclínico)-paciente como la evaluación y comprensión del crítico estado psicológico del paciente se vean interferidas.

En cuanto acto humano, la relación entre el médico y el enfermo es constitutivamente ética; pero cambia con las creencias religiosas y morales imperantes en la sociedad en que se produce[4].

La relación (médico, paraclínico) – paciente que se establece en estos servicios de Medicina Intensiva, es de sujeto - objeto, más que de sujeto - (sujeto- objeto).

El médico convierte al paciente en objeto cuando su mayor interés se centra en atender los aspectos mensurables de las manifestaciones orgánicas y en el manejo tecno-científico del tratamiento. Situación necesaria e ineludible para el diagnóstico y la terapéutica.

Sin embargo, esta fue la única aproximación médica que se comenzó a realizar desde el siglo XIX, cuando la medicina empleaba el método científico y se convertía en ciencia natural. Desde entonces, se desintegra al paciente de su Ser como persona, del reconocimiento como legítimo Otro, y de su dimensión psicosocial en la relación médico-paciente[5].

---

4. LAÍN, P., (1983). *La Relación médico-enfermo.* Madrid: Alianza Universidad.
5. ESCOBAR, J., (1997). *Dimensiones ontológicas del cuerpo.* Santafé de Bogotá: Ediciones el Bosque.
   "La salud compete no solo a lo clínico en su particularidad exclusiva, sino también al comportamiento individual y al entorno en que vive la persona. Sin embargo, observamos la intervención médica actual afirmada con interés primordial en la actuación directa sobre el cuerpo considerado como una máquina u objeto de conocimiento, o como una naturaleza a su disposición para ser transformada". "El cuerpo humano definido desde el estatuto científico sólo en términos naturalistas de anatomía y fisiología, tiene una dimensión muy restringida o reduccionista para el ejercicio del acto médico como totalidad y para una adecuada relación médico-paciente, pues restringe dicha relación al puro ámbito sujeto-objeto. Esta dualidad genera el conflicto cuya resolución suele concluir con la apreciación del paciente "como un algo" liberado de su ser-en-el-mundo, sin realidad humana, liberado de su relación con el mundo".

Actualmente, algunos intensivistas, mantienen estos parámetros. Debido, en buena parte, a la extrema urgencia de los casos que ellos atienden.

Con el presente ensayo pretendo describir algunos dilemas bioéticos que se presentan en la UCI, de acuerdo con las reflexiones que expertos en este campo han realizado.

Mostraré los cambios psicológicos tanto del paciente que se encuentra en la UCI como de sus familiares. Las características de estos cambios han sido descritas en investigaciones clínicas realizadas por psiquiatras. También incluiré investigaciones de médicos que han tenido directa o indirectamente vinculación con la UCI.

Describiré algunos estudios que muestran las características psicológicas de los profesionales que conforman el equipo en este Servicio.

Relataré mi experiencia personal como paciente en la UCI y posteriormente, como Médico-Psiquiatra en ejercicio de su profesión, en la atención de pacientes que se encontraban hospitalizados en una UCI.

Describiré la similitud entre los cambios psicológicos que se sufren a lo largo del tratamiento en la UCI con los que ocurren en algunas etapas del ciclo vital Humano.

Finalmente, alrededor de la preocupación ya sentida por varios profesionales de la salud y de otras disciplinas, para mejorar la calidad de los cuidados humanos en la UCI, expresaré mis sugerencias para incentivar la investigación en este campo, como forma viable y objetiva de acercamiento humano a los pacientes.

El sufrimiento físico que en estas circunstancias siente el paciente se ha podido aliviar gracias a los adelantos en analgesia, sedación y tecno-ciencia. Pero el sufrimiento psicológico y moral tanto del paciente como de sus seres

queridos, al ser desconocido o simplemente negado, porque no hemos sido preparados para identificarlo y abordarlo, necesita ser estudiado para diseñar tratamientos psicoterapéuticos que también puedan aliviarlo y para recuperar la relación sujeto- sujeto, que reconoce al paciente como legítimo Otro y rescata su Ser como persona.

En este trabajo muestro la importancia del reconocimiento psicosocial del paciente y de sus familiares en la UCI y la necesidad de recuperar la dimensión humana de la relación (médico-paraclínico)-paciente como parte estructural y trascendente de los principios bioéticos, aunque la autonomía del paciente se encuentre comprometida.

Así, a pesar de que los dilemas bioéticos en la UCI, se presentan con mayor frecuencia en los casos difíciles, los actos médicos no conflictivos también tienen dimensiones éticas y necesitan ser considerados desde ese punto de vista[6].

## ASPECTOS BIOÉTICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

### *Conceptos Generales*

Los Cuidados Intensivos y la Bioética son disciplinas que apenas llevan 25 años desde su origen. Los Cuidados Intensivos surgieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales y, por tanto, el control de algunos de los procesos que solían conducir a la muerte.

La Medicina Intensiva ha supuesto un cambio conceptual que ha traído tanto consecuencias en la práctica médica como problemas éticos. El concepto de "muerte natural" ha sido sustituido por el de "muerte intervenida". ¿Quién tiene que decidir si se interviene o no? ¿A quién corresponden estas decisiones

6. DRANE, J., (1993). *Cómo ser un buen médico.* Bogotá: San Pablo.

de las que dependen la vida y la muerte de las personas? Al reforzarse el poder del médico con la Medicina Intensiva, se provocan entonces, reacciones sociales con el objeto de controlar ese poder sobre la vida y la muerte. Estos cuestionamientos y reacciones sociales, dieron origen a la Bioética. Esta disciplina clínica propende por un proceso de toma de decisiones participativo[7].

La Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta (National Commision for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences), culminó sus trabajos con la publicación del llamado Informe Belmont (Belmont Report)[8]. En este informe se esbozan lo que llamaron "Principios éticos básicos" y que son la base de la moderna Bioética como hoy la entendemos. Estos principios eran: el respeto por las personas (luego llamado principio de Autonomía), el de Beneficencia y el de Justicia.

A estos tres principios se añadió después el de No-Maleficencia[9].

Diego Gracia, agrupa los principales problemas éticos de la Medicina intensiva en dos ejes denominados: "selección, elección" y "racionalización, racionamiento".

El binomio "selección-elección", es el binomio privado. La elección del tratamiento a seguir la hace el paciente, y hay que respetar sus decisiones, sobre todo cuando se halla en situaciones vitales de pronóstico muy comprometido. Se encuentra relacionado con el principio de Autonomía. Cita como ejemplos: la gestión de la propia muerte, la orden de no-reanimación, órdenes parciales, nombramiento de mandatarios, entre otros.

---

7. GRACIA, D., (1998). *Ética de los confines de la vida.* Santafé de Bogotá: Editorial el Búho Ltda.
8. *National Commision for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences.* The Belmont Report., (1979). Washington.
9. BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J., (1979). *Principles of biomedical ethics.* Nueva York: Oxford University Press.

El binomio "racionalización-racionamiento", es el binomio público. Se encuentra directamente relacionado con los principios éticos de No-Maleficencia, de Justicia y de Beneficencia. La indicación de un tratamiento es la racionalización estrictamente médica. Debe hacerse lo indicado y no puede hacerse lo contraindicado. Tampoco se le puede exigir al Estado la financiación de lo inútil o fútil. La racionalización consiste en: la evaluación de procedimientos, la utilización de lo indicado, el rechazo de lo contraindicado, la no-utilización de lo fútil o inútil, la restricción de lo poco eficaz, efectivo y eficiente[10].

## PRINCIPIOS ÉTICOS

*A. Justicia:*

Para clarificar conceptos, se marcarán las diferencias entre justicia moral y justicia legal. Uno de los esquemas de Justicia moral más claros es el que esbozó Rawls[11]. Este autor planteó la justicia como tres eslabones consecutivos:

1. Mayor número de libertades para el mayor número de personas.
2. Igualdad de oportunidades.
3. Reparto de bienes y honores de acuerdo a méritos.

No puede entenderse ningún eslabón sin la existencia de los precedentes. Por otra parte la justicia legal se entiende según el esquema clásico:

1. Justicia general: igual para todos.
2. Justicia parcial: que puede ser:
   - Conmutativa: aquella en la que dirimen dos personas físicas o jurídicas; y
   - Distributiva: en la que también se reparten bienes y honores de acuerdo a méritos.

10. Ibid. , Pág. 250-251.
11. RAWLS, J., (1986). *La justicia como equidad: Materiales para una teoría de la justicia.* Madrid: Tecnos. Pág. 287-294.

*B. No- Maleficencia:*

Este principio se basa en el aforismo traducido del griego al latín como *"Primum non nocere"* (lo primero es no hacer daño) que ha dirigido el ejercicio profesional del médico. La No- Maleficencia ha sido el principio rector de la ética médica a lo largo de toda su historia[12]. El origen del *"primum non nocere"* no está perfectamente aclarado. Es una sentencia tan antigua que se halla en lo más primitivo del Corpus Hippocraticum.

Para unos hay que remontarse al libro primero de Epidemias[13], donde se lee: "Hay que describir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro; practicar esto. Ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño. El arte consta de tres elementos: la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el servidor del arte".

Para otros su origen puede estar en el Juramento Hipocrático:

*"No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte"*

El principio de No-Maleficencia no es el reverso de la moneda del de beneficencia. Son distintos y cada uno de ellos tiene su cara positiva y su cara negativa. No es igual no hacer el bien que hacer el mal. La No-Maleficencia nos obliga a todos de modo primario y, por lo tanto, es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento. Nunca es lícito hacer el mal, pero hay veces que es lícito no hacer el bien[14].

12. GRACIA, D., (1990). *Primum non nocere: El principio de no- maleficencia como fundamento de la ética médica.* Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
13. *Epidemias. I, II. Tratados Hipocráticos.*, (1989). Editor Carlos García Gual, vol. 5. Madrid: Gredos. Pág. 62.
14. GRACIA, D., (1989). *Fundamentos de Bioética.* Madrid: Eudema Universidad. Pág. 103.

*C. Beneficencia*

Este principio se basa en buscar siempre lo que es mejor para el paciente. En los escritos hipocráticos se lee:

*"Que los médicos actúen buscando lo que es mejor para sus pacientes de acuerdo con su mejor criterio".*

Este principio ha sustentado durante siglos el carácter paternalista de la relación médico-paciente[15]. Los médicos siempre han actuado buscando lo que ellos consideran que era el bien para sus pacientes. Dentro de esta buena fe no se había tenido en cuenta que el bien es siempre subjetivo. Sólo puede decir lo que es un bien el que lo recibe nunca el que lo da. El fin del paternalismo es lo que hace, que estemos pasando de una ética asistencial beneficencia a una ética de autonomía.

Paternalismo es una palabra que posee muchas definiciones. La siguiente es una de ellas: "Paternalismo es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de una persona que goza de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada; por el propio beneficio del paciente". Una beneficencia no paternalista es aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellas voluntariamente lo pidan o acepten[16]. Con la irrupción de la Autonomía, parecería que la Beneficencia fuera la hermana pobre de los principios de la Bioética. Nada más lejos de la realidad. La profundización del médico en la Beneficencia es el único camino que le puede llevar hacia la excelencia profesional.

15. CHILDRESS, J., (1982). *¿Who should decide? Paternalism in health care.* Nueva York: Oxford University Press. Pág. 4.
16. GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética.* Op. Cit. Pág. 102.

*D. Autonomía*

Los actos médicos son actos prescriptivos y como tales constan de al menos tres fases: una indicación, una elección y un consumo de recursos. La indicación la da el médico, el suministro y administración de recursos corresponde a los gestores de la sanidad. La elección corresponde al paciente.

El que el paciente realice la elección conlleva la premisa de que sea competente y de que se le haya suministrado información necesaria; incluyendo alternativas terapéuticas para que pueda elegir entre ellas.

El informe Belmont define a la persona autónoma como: "un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esa deliberación".

*E. Jerarquización*

Los cuatro principios deben ser considerados como deberes *prima facie* (de primera elección)[17]; y son por tanto, de absoluto cumplimiento siempre y cuando no entren en conflicto. El conflicto entre principios es la norma en el ejercicio cotidiano de nuestra profesión. Por eso, si se puede deben ser jerarquizados. Así se establecen dos niveles[18].

NIVEL 1: Justicia y No-Maleficencia.
NIVEL 2: Autonomía y Beneficencia.

Los principios del Nivel 1 son superiores porque obligan independientemente de la voluntad de los sujetos. Es la ética de mínimos, porque no se puede pedir menos que esto.

17. ROSS, D., (1930). *The Right and the Good.* Oxford: Clarendon Press.
18. GRACIA, D., (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica.* Madrid: Eudema Universidad. Pág. 124-134.

La Autonomía y la Beneficencia, constituyen la ética de máximos o ética de la felicidad.

## LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UCI

Los avances en la medicina intensiva, 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 el número de dilemas éticos en la práctica médica[19].

Con el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos y de las técnicas de soporte vital ciertos conceptos clásicos como el de "muerte natural" parecen haber pasado a la historia[20].

Según Caballero, Los avances tecnológicos actuales, retrasan el momento de la muerte y sustituyen la función de los órganos que fracasan de tal manera que la medicina puede cumplir así, con el precepto hipocrático de prolongar la vida. Sin embargo, la eficacia de las UCI, en ocasiones, intervienen más allá del mejor interés del paciente. El "imperativo tecnológico", hace referencia a la necesidad de hacer todo para prolongar la vida de un paciente, combatir la muerte, emplear para ello toda la técnica disponible, sin tener en cuenta la valoración de otros factores como pueden ser los efectos adversos o la calidad de vida. Este manejo incrementa el número de pacientes sin calidad de vida dentro de los límites aceptables y quienes se mantienen vivos sólo porque reciben soporte vital[21].

19. PÉREZ, A., DOMINGUEZ, B., NÚÑEZ, M., (1994). *Mantenimiento de las técnicas de soporte vital en cuidados intensivos ¿deben ponerse límites?* Cuadernos de Bioética.
20. CALLAHAN, D., (1977). On Defining A Natural Death. Hastings Center Report.
21. CABALLERO, E., (1998). Limitación del esfuerzo terapéutico. Material entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.

La decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) surge cuando una determinada intervención médica no beneficie sino que es posible que perjudique a un paciente. En la práctica de la medicina intensiva la LET puede consistir bien en la limitación del ingreso en UCI de algunos pacientes o una vez ingresados, en la restricción o no inicio de determinadas medidas de soporte vital o en la retirada de estas medidas cuando se concluye que son inútiles para el paciente. La LET es aceptada por todos los códigos de ética médica y por las sociedades de Cuidados Intensivos, aunque, todavía no están perfectamente documentados y definidos todos sus aspectos[22].

Diego Gracia considera que los criterios ante la necesidad de Limitar Esfuerzos Terapéuticos en la UCI, tienen que abordarse desde los principios de: No-Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia[23].

Otros autores en cambio, consideran que la toma de decisiones terapéuticas en el paciente crítico debe basarse por un lado, en la consideración de los principios éticos y, por otro, en el análisis de las consecuencias posibles del tratamiento. La prolongación de la vida biológica no constituye un valor absoluto que deba ser mantenido a ultranza en todas las situaciones. La prolongación de la vida sin tener en cuenta su calidad puede no servir al mejor interés del paciente y puede ser incompatible con el respeto a la dignidad humana[24].

El debate sobre cuándo y cómo debe realizarse la LET, en los últimos años, ha ocurrido en EEUU y se ha centrado con frecuencia en el concepto de futilidad. Según la definición aceptada un tratamiento se considera fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado y, por tanto, no existe la obligación de aplicarlo[25],[26].

22. Ibid., Pág. 15.
23. GRACIA, D., *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica.* op. cit.
24. CABALLERO, E., op. cit.
25. "World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine: Ethical Principles in Intensive Care. Ethical Guidelines", (1992). En: *Intensive & Critical Care Digest.* Num. 11. Pág. 40-41.
26. "The Appleton International Conference: Developing Guidelines for Decisions to Forgo Life-prolonging Medical Ttreatment", (1992). En: *J Med Ethics.* 18: supplement.

En el paciente irreversible, fisiológicamente moribundo, este concepto de futilidad no es difícil de identificar, pero está muy mal definido y es de escasa utilidad cuando se aplica a la mayoría de los pacientes gravemente enfermos con mal pronóstico[27].

No existen directrices profesionales que tengan suficiente utilidad práctica para poder ser empleados en la clínica diaria y ello da lugar a una enorme heterogeneidad en la decisión de la LET[28].

## *La LET y los Principios Éticos:*

La Autonomía, es el derecho que tiene el paciente, si es competente, a rechazar todo tipo de asistencia, incluso la indicada, y puede rechazar la asistencia que no parece del todo indicada, como es la de las situaciones terminales, aún con competencia disminuida. Una forma de limitar recursos es mediante la renuncia por parte del paciente[29].

La Autonomía también se puede definir como el respeto hacia la personalidad y valores del paciente. En un sistema sanitario basado en la colaboración y no en el paternalismo. La autoridad final la tiene el paciente, si este es incompetente, la tiene su habitual representante, el familiar más próximo. El soporte vital en la UCI se inicia de forma urgente e inmediata en una situación en la que no es posible obtener el consentimiento informado. Surgen entonces problemas éticos con relación a este principio ya que pocas veces se toma en cuenta[30].

27. RAFFÍN, T., (1995). "Withdrawing Life Support ¿How is the Decision Made?" En: *JAMA*. Pág. 273,738,9.
28. VINCENT, JL., (1990). "European Attitudes Towards Ethical Problems in Intensive Care Medicine: Results of an Ehical Questionnaire". En: *Intens Care Med.* Num. 16. Pág. 256-64.
29. GRACIA, D., *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica.*, op. cit.
30. CABALLERO, E., op. cit.

Si el paciente ha expresado previamente sus deseos rechazando algunos tratamientos de soporte vital es obligación ética respetarlos. Por el contrario, no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado[31].

El principio de No-Maleficencia, es el que tiene que utilizar el médico en la toma de decisiones sobre limitación de esfuerzos terapéuticos. El médico nunca puede utilizar procedimientos que sean maleficentes, es decir, que estén contraindicados. Los procedimientos contraindicados no puede utilizarlos ni aún con el consentimiento del paciente[32].

Este principio se viola cuando se proporciona a un paciente un tratamiento no indicado que causa una complicación, daño o cualquier tipo de lesión. La gran complejidad de la medicina moderna y la variedad de técnicas diagnósticas y posibilidades terapéuticas hacen que en forma involuntaria se viole, de vez en cuando, este principio. Los riesgos de la práctica médica sólo pueden justificarse cuando el beneficio obtenido es superior al daño[33].

En ciertos pacientes se puede identificar un punto crítico en la evolución clínica a partir del que las intervenciones médicas no actúan realmente prolongando una vida aceptable, sino alargando un inevitable proceso de muerte. Lo único que se hace es evitar una muerte indolora para prolongar en el tiempo- días, semanas o meses- una situación agónica, que muchas veces se acompaña de dolor y falta de dignidad como lo atestigua el reciente estudio SUPPORT[34].

En cuanto al principio de Justicia, los esfuerzos terapéuticos pueden limitarse en la práctica no sólo porque el paciente los rechaza o porque están contraindi-

31. "World Federation of Societies and Critical Care Medicine: Ethical Principles in Intensive Care", op. cit.
32. GRACIA, D., *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica.*, op. cit.
33. CABALLERO, E., op. cit.
34. "The SUPPORT Principal Investigators for the SUPPORT Project. A controlled trial to improve Care for seriously ill hospitalized patients; the Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments", (1995).En: *JAMA*. Pág. 274: 1591-8.

cados, sino también porque los recursos son escasos y hay que racionarlos, aunque el paciente los quiera y no estén contraindicados[35].

Este principio exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa. La adjudicación ilimitada o incontrolada de estos recursos a pacientes irrecuperables puede excluir, a otros más necesitados con lo que se viola este principio. La escasez de recursos no basta por sí sola, para fundamentar las decisiones de LET y su empleo para justificar decisiones individuales de LET es inadecuado[36].

El principio de Beneficencia tiene obligaciones imperfectas, es decir, de gestión privada. Hay una parte de la salud que tiene que ser cubierta por el Estado de acuerdo con el principio de Justicia, y otra que debe cubrir cada uno, según el principio de Beneficencia[37].

Por el principio de Beneficencia el médico se responsabiliza de trabajar por el bien del paciente, restaurando su salud, preservando su vida, y aliviando su sufrimiento. Sin embargo, en numerosas ocasiones, la preservación de la vida biológica y el alivio del sufrimiento entran en conflicto. Cuando la esperanza de recuperación desaparece, aparece otra obligación hacia este principio: permitir el proceso de la muerte asegurando que el paciente logre una muerte digna. En relación con la medicina intensiva, no todo lo técnicamente posible resulta benéfico para el paciente[38].

35. GRACIA, D., (1998). *Ética de los Confines de la Vida*. Santafé de Bogotá: Editorial El Buho Ltda.
36. CABALLERO, E., op. cit.
37. GRACIA, D., op. cit.
38. CABALLERO, E., op. cit.

## ESTADO VEGETATIVO PERMANENTE

Actualmente se admite la definición de la Multi-Society Task Force On PVS de 1994: "El Estado Vegetativo Permanente (EVP) es una situación clínica de completa inconsciencia de sí mismo y del medio, acompañada del ciclo de vigilia-sueño con conservación completa o parcial de las funciones del hipotálamo y de las autonómicas del tronco cerebral"[39].

La mayor parte de los EVP provienen de maniobras de reanimación cardiopulmonar victoriosas desde el punto de vista cardiaco y respiratorio, pero cuyo SNC, ha sufrido un período de anoxia-isquemia que conlleva a lesiones neurológicas irreversibles. Anotaba ya hace años R, Cranford que las nuevas técnicas de reanimación estaban creando nuevas criaturas neurológicas[40].

### *El EVP y los Principios Bioéticos*

Los problemas éticos que se derivan de la asistencia a estos enfermos son múltiples y muy importantes. Están implicados todos los principios de la Bioética.

1. No-Maleficencia: El derecho de todo ser humano a no ser dañado ni matado.

2. Justicia: en relación con un consumo de recursos muy elevado en situación de crisis del Estado de Bienestar. Justicia Distributiva.

3. Beneficencia: la profesión médica aunque ha abandonado el paternalismo; debe procurar lo mejor para el individuo recordando que el bien es subjetivo. Sólo puede decir lo que es un bien aquel que lo recibe, nunca el que lo da.

39. "The Multi-Society Task Force On PVS (first of two parts)", (1994). En: *New Eng J Med.* Vol. 330. Pág.1499-1508.
40. CRANFORD, R., SMITH, D., (1990). "Consciousness: The Most Critical Moral Standard for Human Personhood". En: *Am J Of Law and Med.* Vol. 332. Pág. 669-674.

4. Autonomía: El paciente en EVP es un no competente o incapaz para la toma de decisiones lo que hace que se incorporen terceras personas a esta relación (familiares, representantes, etc.)[41].

Es correcto mantener el nivel de máximo esfuerzo terapéutico hasta establecer el diagnóstico. Una vez alcanzado éste, y si el paciente es autónomo, sin soporte vital, se pasa al segundo nivel terapéutico, previa traqueotomía. El segundo nivel terapéutico, con tratamiento de las complicaciones que aparezcan, se debe sostener hasta que se haga el pronóstico de EVP; alrededor de los 90 días para los isquémicos-Anóxicos y del año para los postraumáticos. A partir de aquí, se desciende otro nivel a tercero o cuarto y se deriva el paciente a centros de crónicos o de cuidados mínimos[42].

## MEDICINA INTENSIVA Y GERIATRÍA

Las decisiones que tienen que ver con los ancianos en crítico estado de salud, a menudo crean problemas éticos en la práctica profesional. Afortunadamente, el tiempo dedicado a su racionalización, especialmente, cuando esta compartida con otros especialistas, paciente o familia, solventan y desdramatizan la mayoría de los conflictos. Las buenas decisiones deben ajustarse a tres requisitos que sean: Racionales, Rentables y Respetuosas. Una asistencia geriátrica intensiva proporcionada debería buscar los siguientes objetivos: A. No interferir con el fallecimiento biológico natural (Principio de Beneficencia). B. Evitar la aplicación de tratamientos y entornos no deseados (Principio de Autonomía). C. Evitar los gastos humanos y de recursos públicos derivados a la futilidad mediante la indicación de tratamientos de eficacia probada para aquellos componentes patológicos agudos potencialmente reversibles

41. ALCALÁ, J., (1998). Estado vegetativo persistente. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
42. Ibid.

(Principios de Justicia y de No-Maleficencia). Es decir, plantearse hacer aquello que se deba y no todo lo que se pueda[43].

## TESTAMENTOS VITALES

Cada vez son más populares las declaraciones escritas para dirigir los asuntos sanitarios propios en el caso de que una persona enferme y pierda la competencia para tomar decisiones[44]. Se ha recomendado su utilización por numerosos expertos en bioética y organismos, incluyendo la *President's Commision*[45]. Tales declaraciones se conocen como instrucciones o directrices previas *(Advance Directives)*; son de dos tipos y pueden combinarse:

A. Testamentos vitales o biológicos (Living Wills): pretenden dar instrucciones concretas sobre diversas intervenciones médicas a las que se consiente o rechaza en circunstancias específicas, y
B. Poder notarial otorgado por el paciente a una persona de su confianza para que le represente en asuntos sanitarios *(Power of attorney for health care, o proxy directive)*[46]. En castellano también se conocen como autotutorías.

43. SUÁREZ, J., (1998). Medicina intensiva y geriatría. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
44. MONZÓN, J., (1998). Ordenes de no reanimación. Testamentos Vitales. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
45. President's Commision for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forego life-sustaining treatment., (1983). Washington: Printing Office.
46. BEAUCHAMP, TL., CHILDRESS, JF., op. cit.

## CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE EN LA UCI

Una UCI no es tranquila ni privada. Para los pacientes el ambiente de la UCI requiere ajustes importantes tanto mentales como emocionales. Los pacientes se encuentran en un ambiente desconocido para el cual no cuentan con "marco de referencia". Deben luchar para obtener un sentimiento de estabilidad y autocontrol. Su realidad se torna de dependencia casi total, es decir, pérdida de control sobre el ambiente y la salud personal. Ya no están a cargo incluso de la menor función corporal, incluyendo la respiración, la micción y la defecación. Están sometidos en forma constante a exámen físico y pruebas incluso en las partes más íntimas del cuerpo, porque la necesidad de una corriente continua de datos supera las necesidades personales de privacidad o control sobre las funciones personales. Los pacientes sufren con frecuencia una privación importante de sueño. La privación del sueño, además de otros factores, a menudo produce el síndrome de la psicosis de la UCI[47].

Los pacientes de tratamiento médico con enfermedades que amenazan su vida y los pacientes quirúrgicos en recuperación de cirugías mayores, cardíacas, neuroquirúrgicas y otros procedimientos quirúrgicos mayores, comúnmente, pueden experimentar estrés emocional y desarrollar trastornos del pensamiento y del comportamiento. El encuadre de la alta tecnología de los Cuidados Intensivos con sus ruidos, luces brillantes, falta de privacidad e impersonalidad pueden exacerbar las dificultades del paciente. Las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en las UCI, son: el delirium, breves reacciones psicóticas y el síndrome de respuesta al estrés[48].

La mayoría de los pacientes que ingresan a la UCI, manifestarán una respuesta emocional con independencia de la razón del ingreso. Estos sentimientos

47. WALLACE, G., (1991). *Problemas psicológicos de los pacientes, las familias y los profesionales de la salud. Tratado de med crítica y terapia intensiva.* Buenos Aires: Edit. Panamericana.
48. STOUDEMIRE, A., FOGEL, A., (1993). *Psychiatric Care ofTthe Medical Patient.* New York: Oxford, University Press.

pueden seguir un patrón que varía desde el miedo y ansiedad intensos hasta negación y depresión. Si no se alivian estos síntomas son seguidos por dependencia creciente y un estado de paranoia, temiendo el paciente que sus sistemas de apoyo vital fallen o sean desconectados. En ocasiones, existe un aislamiento completo en un estado psicótico[49].

La psicosis en la UCI es un diagnóstico que se realiza con frecuencia a los pacientes de medicina intensiva, que muestran agitación aguda que varía desde confusión leve a delirio avanzado[50].

En las primeras veinticuatro horas del tratamiento en la UCI, se presenta intensa ansiedad, su momento más intenso es al ingreso, se manifiestan temores de muerte o de incapacidad y pérdida de control, además de las preocupaciones de su vida rutinaria antes de la admisión[51].

La depresión se puede presentar después del tercer día de hospitalización cuando la negación empieza a diminuir y los pacientes se vuelven más conscientes de las implicaciones de su enfermedad. Los pacientes con una estadía prolongada pueden desarrollar un trastorno de ajuste con un humor depresivo[52].

49. KIMBALL, CP., (1972). "The Experience of Open Heart Surgery". En: *Arch Gen Psychiatry.* 27(57): III.
50. EISENDRATH, SJ., (1980). "ICU Syndromes: Their Detection, Prevention and Treatment". En: *Critical care Update.* 7: 5.
51. STOUDEMIRE, A., FOGEL, B., op. cit.
52. GOLDMAN, L., KIMBALL, C., (1987). "Depression in Intensive Care Units". En: *Int J Psychiatry Med,* 17: 201-212, 1987.

## CAMBIOS PSICOLÓGICOS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UCI

El impacto emocional del ingreso de un familiar a una UCI, es una experiencia para la que pocas familias están preparadas. Para la familia involucrada, los acontecimientos de la UCI no siguen una secuencia lógica y no se ajustan a un marco de referencia de experiencia o conductas previas; en su lugar producen un estado nuevo y a veces misterioso o irreal de existencia. Mientras los miembros de la familia luchan por comprender lo que está sucediendo, a menudo parecen aturdidos. Los familiares a menudo no pueden comprender claramente la información médica comunicada por el personal de la UCI. Sus percepciones de los hechos diarios con frecuencia son imprecisas, en particular porque lleva tiempo para que el tratamiento muestre evidencia de mejoría y en parte por su necesidad de ajustarse psicológicamente a lo que está sucediendo. Luego de la conmoción emocional inicial y la sensación de incredulidad, las familias comienzan a aceptar la realidad de la enfermedad crítica de su ser querido. La fase siguiente comprende un sentimiento temporal de alivio porque su ser querido al menos esta vivo. Sin embargo, a pesar de este alivio transitorio, aparece el temor de la fatalidad, en forma constante aunque no se hable de ello. Existen momentos en que estos sentimientos de alivio y temor se mezclen con breves pensamientos de que tal vez, el paciente deba morir para que su sufrimiento termine[53].

Las mayores preocupaciones de los familiares son: la calidad del tratamiento médico y las indicaciones que los miembros del personal de la UCI realizan en realidad[54].

A menudo las respuestas individuales de un familiar reflejan la calidad de la relación de esa persona con el paciente en el momento en que el acontecimiento ha producido la hospitalización. Así, la situación puede estar complicada por los

53. WALLACE, G., op. cit.
54. BOUMAN, C., (1984). "Self-perceived Needs of Family Members of Critical Ill Patients". En: *NTI, Research abstracts*. Pág. 13.

problemas interpersonales en la estructura familiar en el momento del ingreso a la UCI. A veces, se crean sentimientos de unión y fuerza, a veces, sin embargo, los abismos en las relaciones familiares se exageran y se rompen los frágiles lazos familiares. El humor de los familiares afecta la estabilidad emocional de los pacientes[55].

Compete al médico que trata los pacientes en estado crítico capacitarse psicológicamente para comunicarse en forma efectiva con los pacientes y sus familias[56].

## CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL EQUIPO DE LA UCI

Los tres factores más estresantes para las enfermeras que trabajan en la UCI, según un estudio realizado a 1800 enfermeras son:

1. Los conflictos con otros profesionales de asistencia de la salud.
2. La dotación inadecuada de personal.
3. La falta de apoyo para manejar la muerte y la agonía[57].

El equipo que trabaja en las UCI está expuesto a múltiples tensiones. Estas se deben a la cantidad de trabajo y a la necesidad de que se efectúe rápidamente, al alto nivel de responsabilidad clínica, a la gravedad de la enfermedad de los pacientes y su alta mortandad, a la escasez de personal y a las tensiones del ambiente debidas al ruido y a la sobrepoblación[58].

55. OLSEN, E., (1970). "The Impact of Serious Illness on The Family System". En: *Postgrad Med.* Num. 47: 169.
56. GRENVIK, A,. (1984). "Training and Certification in CriticalCcare Medicine". En: *SHOEMAKER, W., PHILADELPHIA, W., Textbook of Critical Care. Saunders.*
57. MAYVAC, S., (1979). "Perceptions of Stress: 1800 Nurses TellTheir Stories". In: *Living with Stress and promoting well being*: Handbook for nurses, Klaus C, Baily, Ed.
58. CALDWELL, T., & WEINER, MF., (1981). "Stresses and Coping in ICU Nursing, I. A review". En: *Gen Hosp Psychiatry*, 3: 119-127.

Los conflictos interpersonales con la burocracia del hospital y dentro de las jerarquías también pueden agregarse a las tensiones del equipo[59].

Las UCI aunque en general descritas como muy estresantes, no demostraron ser más estresantes que otros tipos de unidades de enfermería[60].

## EXPERIENCIA VIVENCIAL
### *Como Paciente en la UCI*

Fui paciente de la UCI, durante más o menos veinte días. Había sufrido una fractura de fémur derecho, una luxación de cadera izquierda y un trauma craneoencéfalico moderado, en un accidente automovilístico. Como consecuencia de la fractura presenté un edema graso del pulmón que me llevó a una insuficiencia respiratoria. Necesité ventilación mecánica para respirar.

A raíz del accidente y de esas dolorosas complicaciones, perdí el sentido. La primera vez, cuando me subieron a la ambulancia y movilizaron la fractura, lo recuperé durante el trayecto al servicio de urgencias y volví a perderlo cuando me estaban realizando los exámenes paraclínicos. Por inicio de la insuficiencia respiratoria. Fue necesario que de urgencias, me trasladaran la UCI, para iniciar la ventilación mecánica.

En este estado se alteran las funciones cognoscitivas como la conciencia y la orientación. Los momentos de lucidez son ocasionales durante la estancia y se recuperan en las últimas etapas de la misma.

Cuando se recupera algo de lucidez, uno percibe el propio cuerpo como ajeno, disociado de los pensamientos, del estado de ánimo y de las funciones

59. STOUDEMIRE, A., op. cit.
60. STEHLE, JL., (1981). "Critical Care Nursing Stress: The Finding Revisited", En: *Nurs Res.* 30:182.

psicomotoras. El cuerpo pertenece a los médicos, a las enfermeras, a las terapeutas respiratorias y físicas, a otros paraclínicos (la bacterióloga, el técnico de rayos X, etc.) y a los aparatos.

¿Qué pasa con el pudor?

Esa sensación de identidad, de género, de mismidad que empezó a funcionar autónomamente desde muy pequeña, que levanta una barrera, que crea un espacio, un territorio, que en cierta manera es independiente del control voluntario, que mantiene a cierta distancia a los hombres, a otra a las mujeres, que se contrae con los niños y con los seres afectivamente más queridos pero que existe con relación a los Otros, así sean tan cercanos como la propia madre.

Los cuidados son invasivos. El cuerpo es desnudado. A veces en parte, otras totalmente. La vergüenza no es permitida. No tienen en cuenta a la persona, sólo al cuerpo. De éste, las partes que se acostumbran sentir como penosas, vergonzosas, que uno siempre cuida, esconde, tapa, son descubiertas sin miramientos.

El cuerpo es mirado, tocado, inyectado, ajetreado, desnudado, sin posibilidad de poderlo defender ni cubrir voluntariamente, es aseado y está a cargo de las enfermeras, como si uno no existiera.

Uno ya no es dueño de las funciones corporales primarias. Estas son manejadas por sondas que ingresan alimentos y extraen los desechos, y por tubos que oxigenan los pulmones. Es como si uno fuera un feto ligado al cordón umbilical tecnológico de la UCI, pero con funciones mentales de adulto, funciones que se encuentran confundidas y regresionadas a etapas anteriores del ciclo vital.

El cuerpo ya no nos pertenece. No nos funciona como referencia espacial conocida en relación con el entorno, puesto que estamos necesariamente ligados a una cama. Vemos a quienes se nos acercan como unos gigantes que nos hablan

de cosas que en parte entendemos y que en parte no nos interesan. No logran entender ni lo que estamos pensando y queremos transmitir, ni las angustias y sufrimientos que deseamos compartir.

Es una ruptura profunda de la comunicación. El lenguaje adquiere otra connotación, somos unos bebés que nos comunicamos preverbalmente. Especialmente sucede, como me ocurrió a mí, cuando necesitamos ventilación pulmonar casi todo el tiempo de la estadía en la UCI y no podemos hablar. El contenido del lenguaje pierde sentido y adquieren importancia los gestos y el tono de la voz de quienes se nos acercan y los gestos y señas que utilizamos para expresarnos. Nos encontramos en una soledad e incomunicación insoportables, hasta cuando logramos expresarnos a través del lenguaje escrito, y podemos interactuar un poco como adultos con funciones físicas de lactantes.

El tiempo pierde su contradicción, el pasado, el presente y el futuro se compactan en un mismo instante. El cuerpo no es representante simbólico de nuestros conflictos o formas de relación. Lo desconocemos, no lo podemos ver en su totalidad, ni lo reconocemos en su nueva forma de funcionar.

La mirada y expresión de quienes están en nuestro entorno nos permiten imaginárnolo y reconstruirlo. Especialmente, la mirada de nuestros seres queridos. Ellos también sienten que se acercan a alguien extraño. Rodeado de aparatos que ahora hacen parte de su cuerpo y que cambia su forma, imagen y sonido. Temen acercarse demasiado, no saben que decir, ni como hacerlo, como si se rompieran los canales de comunicación conocidos.

La identidad y el género se juegan en estos momentos críticos. Nos hemos vuelto neutrales, los tubos y aparatos nos quitan nuestro atractivo sexual.

¿Somos un aparato metálico-plástico más?

¿Complemento de algún aparato metálico-plástico del sexo opuesto que es nuestro congénere?

Ya nuestra identidad y género anterior se han modificado. No logramos ubicar claramente quienes somos, por qué razón nos encontramos en la UCI, qué debemos hacer. Nos preguntamos:

¿Qué es la vida? ¿Debemos temer a la muerte?

Establecemos relaciones afectivas diversas con nuestros cuidadores. Algunos nos generan seguridad de supervivencia. Por su actitud respetuosa, amable, considerada, por su manera de relacionarse con los otros profesionales, por la manera en que desempeñan el papel que suponemos tienen. Otros nos generan temor. Especialmente, las terapeutas físicas y respiratorias, porque nos exponen a un esfuerzo físico y a cambios que nos generan dolor. A veces se muestran indolentes y sin un claro interés en el acercamiento. Nos vemos obligados a utilizar nuestra fantasía para adivinar qué nos están haciendo y qué nos querrán hacer.

Las enfermeras tienen el papel más importante en nuestro bienestar. Nos complementan. Son nuestra extensión. Algunas realizan los cuidados mecánicamente sin establecer un contacto afectivo con el paciente que lo requiere desesperadamente. Esto es percibido con ansiedad, porque a pesar de estar sedados y con cambios bioquímicos que alteran el estado de conciencia, percibimos la indiferencia y el maltrato tanto como los cuidados empáticos. Hay enfermeras que tienen capacidad maternante, comparten nuestras angustias, especialmente, la vergüenza que nos genera el sentir que otra persona nos asea y nos ayuda a expulsar del organismo las secreciones que nos obstruyen, especialmente las de las vías respiratorias.

Los gestos, la risa, el malgenio y las conversaciones de situaciones personales de mis cuidadores, los sentía con temor y desconfianza. Creía que si las personas a cuyo cargo me encontraba, no estaban pendientes de mí, yo podía desaparecer.

Al ventilador pulmonar, lo percibí inicialmente como un aparato amenazador y extraño el cual generaba dolor y otras molestias físicas. Por esta razón, en

dos ocasiones lo retiré abruptamente e hice varias veces otros intentos de retirarlo. Posteriormente, comenzó a formar parte vital de mi cuerpo, como una prolongación de mis pulmones, que necesitaba sincronizar para que disminuyera el miedo de morir. Estaba pendiente del funcionamiento adecuado del aparato, me daba temor que pudiera fallar o que fallara la electricidad. Pues, de ello dependía mi vida.

Finalmente, cuando me comenzaron a separar del ventilador, entré en un proceso traumático ya vivido y alejado de mi memoria. Mi nacimiento. Ahora tenía que respirar por mí misma. ¡Que Angustia! Temía que mis pulmones no recobraran la eficacia que anteriormente tenían, para ventilarme adecuadamente. El ventilador ya me generaba confianza y se había vuelto una parte más de mi cuerpo.

La orden de retirar el ventilador me produjo ambivalencia. Una mezcla de alegría y miedo y un deseo enorme por inspirar yo sola, por mi misma, sin ayuda, el aire del medio ambiente externo, a los pulmones. Fantaseaba que ya estaba respirando. Algo tan sencillo, que antes hacía automáticamente, sin darme cuenta, se volvía motivo de un deseo omnipotente, como un niño que desea la Luna. Cuando llega ese momento y aspiramos la primera bocanada de aire, sentimos ardor con el paso del aire por la traquea y luego toda la reacción de la mucosa traqueobronquial para limpiarse. Esto me llenó de asombro porque no era una reacción conocida de mi organismo. Se me acabó la alegría y nuevamente me sentí invadida por la vergüenza y el temor de morir ahogada en mis propias secreciones mucosas.

Después de un largo y tensionante período de espera, logré respirar sin complicaciones.

Luego vino el proceso de comenzar a hablar. El tono de voz que emití me era desconocido. Esa voz, o mejor ese ronquido no tenía nada que ver conmigo. Era extraño, ridículo. Cuando me dirigía a alguien sentía como ganas de disculparme. Además, no podía ser yo. Mi sentido de identidad volvía a disolverse.

¿Me había vuelto la Ronca de Oro?

Como me dijo uno de los médicos tratantes. Sentí que iba a llorar o tal vez a reír. Deseaba ansiosamente comunicarme. Expresar todo lo que tenía adentro represado y que me inundaba. No importaba que me fatigara y agotara.

Posteriormente, me retiraron la sonda nasogástrica que me alimentaba. Comencé a utilizar los músculos de la deglución y de la masticación que estaban paralizados. Tenía que aprender nuevamente a comer. En este aprendizaje reapareció el temor de asfixiarme, porque con facilidad se estimulaba el reflejo de la tos. Era como empezar a manejar una computadora con problemas de lentitud al escribir. Me daba miedo comer. Era difícil que mis cuidadores comprendieran mis sentimientos. Ellos no sabían lo difícil que era aprender a comer.

Luego algo penoso, que me llenó de vergüenza. Me retiraron la sonda vesical.

¿Qué iría a pasar?

El resultado era imprevisible y conllevaba toda clase de posibilidades, a cuál más penosa o dolorosa. Recordaba cuando de niña temía mojar mi cama. Las primeras micciones me ardieron tanto que inhibieron las siguientes. Tenía que aprender nuevamente a controlar los esfínteres, como a los dos años de edad.

Posteriormente, comenzaron a sentarme. La primera vez, sentí la alegría de dejar de ser una bebé y de volver a tener cierta paridad, aunque en un plano todavía inferior, al de mis cuidadores. Luego vino el momento de dar los primeros pasos, con la hipotensión que esto conlleva, por la atrofia muscular generalizada que causa la quietud prolongada. Hasta que finalmente, pude caminar y sostenerme de pie. ¡Que gracia! Pero me sentía un esqueleto.

¿Qué le había sucedido a mis encantos naturales?

Todo este proceso de recuperación física, me hizo revivir psicológicamente estadios previos del desarrollo. Reviví el nacimiento, la infancia y la adolescencia.

Si mis cuidadores hubieran tenido un mejor entrenamiento y la capacidad empática para reconocer mis necesidades psicológicas, este renacimiento, hubiera sido menos traumático. Somos psicológicamente vulnerables, somos frágiles. Necesitamos calor humano.

Los avances científicos y las destrezas tecnológicas del equipo de profesionales de la UCI, nos salvan de la muerte, nos recuperan físicamente, impiden algunas secuelas. Pero, qué pasa con:

¿Nuestra recuperación como personas? ¿El reconocimiento como seres integrales? ¿El apoyo y orientación de nuestras necesidades psicológicas? ¿Quién nos ayuda en el proceso de recuperación psicológica intensiva, que tanto necesitamos? ¿Quién toma nuestras decisiones, mientras nosotros recuperamos nuestra autonomía? ¿Quién comprende nuestros valores y esperanzas?

## *Como Médico-Psiquiatra en la UCI.*

Un año después de esta vivencia, tuve la oportunidad de trabajar como médico-psiquiatra en una UCI de medicina prepagada, durante más o menos diez meses.

Consideraba que tenía una deuda con la vida y con la sociedad. Al haberme salvado y al poder trabajar en mi profesión, debía aportar mis conocimientos y mis experiencias para cooperar en la atención de los pacientes.

Al comienzo me encontré con varios obstáculos. Uno de ellos era la desvalorización que se hacía de los aspectos psicológicos del paciente. Con frecuencia

escuchaba a las enfermeras decir: "Es mejor tener sedados a los pacientes para que no molesten". Recordé los infames "abscesos de fijación", inyecciones de creolina, que las enfermeras le ponían a los pacientes en las clínicas psiquiátricas, en las primeras décadas de este siglo, aún a los que estaban en peligro de muerte, para que se quedaran quietos, pues si se movían les era muy doloroso.

Noté que el equipo de profesionales tenía dificultades para atender las demandas de atención de los pacientes. En algunas ocasiones por tener otras prioridades y en otras por desconocimiento de la importancia de estas. La sedación en muchas ocasiones es necesaria, pero debería ser para el alivio del paciente y no para la tranquilidad de las enfermeras.

Otro obstáculo, fue la difícil aceptación de un psiquiatra en el equipo. Los médicos intensivistas consideraban omnipotente lo que su formación les permitía para resolver todos los problemas. Estaban acostumbrados a creerse pequeños dioses. Además, consideraban que lo único que se podía tener en cuenta con validez científica, eran sus experiencias. Desconocían que las ciencias sociales tienen otro sistema de comprobación y que la utilización de la psiquiatría en la UCI podía servir eficazmente, para aliviar física y psicológicamente a los pacientes y para acortar su estancia hospitalaria.

Al comienzo de mi labor sólo solicitaban interconsultas con el servicio de psiquiatría. Se trataba de evaluaciones y tratamientos a pacientes que tenían cuadros psicóticos agudos y a pacientes que abusaban del consumo de alcohol o drogas, antes del ingreso. Se realizaron tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos cuando estos fueron necesarios. Se hicieron intervenciones psicoeducativas a las familias de estos pacientes. Se aliviaron las ansiedades y temores tanto de los pacientes como de los familiares. Se realizaron intervenciones psicoterapéuticas a las familias que por sus conflictos así lo ameritaban.

El resultado fue positivo. Al tener conocimiento de los antecedentes personales y familiares del paciente, nos acercábamos a él empáticamente y le hablábamos de temas para él conocidos. Lo acompañábamos durante toda su

estadía en la UCI, hasta que era trasladado a otro servicio. La comprensión y la orientación del paciente acerca de lo que estaba ocurriendo se incrementaba. Con frecuencia se le explicaba por qué razón se encontraba allí hospitalizado y porqué se encontraba conectado a ciertos aparatos. También se le acompañaba cuando lo extubaban, ofreciéndole explicaciones aclaratorias de lo que iba a sentir.

Sin embargo, me parecía importante considerar que la atención no se debería dirigir solamente a los pacientes que tuvieran cambios de comportamiento que dificultaran el tratamiento o la realización de procedimientos clínicos. Había que crear conciencia que era fundamental atender las necesidades psicológicas de todos los pacientes del servicio.

Por esta razón, comencé a asistir, dos veces a la semana en las horas de la mañana al servicio para acercarme a todos los pacientes que se encontraban allí hospitalizados y para dar apoyo al equipo, en el abordaje de las necesidades psicológicas de los pacientes.

Los profesionales que formaban el equipo de la UCI, se fueron tornando poco a poco receptivos. Después de evaluar las ansiedades de los integrantes del equipo, realizamos dinámicas de relajación y de musicoterapia, para aliviar las tensiones psicológicas que ellos manejaban.

Por necesidades del Servicio comencé a intervenir terapéuticamente en las familias conflictivas. Era frecuente que la ansiedad y los temores de los familiares, desbordara la capacidad de tolerancia de los profesionales del equipo.

Desdichadamente para esta labor, al ser nombrada como médico-psiquiatra en una clínica de mi especialidad, me vi obligada a renunciar a este cargo.

Esta experiencia me mostró, que los profesionales que conforman el equipo en las UCI, tienen grandes responsabilidades. Son estudiosos y comprometidos con su ejercicio profesional. La UCI es un Servicio que exige de ellos prepara-

ción y rapidez en la toma de decisiones. También tienen muchas inquietudes para buscar mecanismos que permitan aliviar la tensión que ellos tienen que manejar, no solamente por su labor, sino también, por las relaciones interpersonales. Son profesionales valiosos por su capacidad intuitiva para comprender a los pacientes. Sin embargo, considero que se puede llegar a un conocimiento más sistematizado, más humano y más objetivo de los pacientes.

## LA CALIDAD ASISTENCIAL

La medicina intensiva es una de las especialidades que más ha sistematizado el modelo teórico del control de calidad[61]. Sus procedimientos exigen recursos costosos (humanos y materiales) en un ambiente de progresiva contención del gasto sanitario, por lo que es obligatorio justificar buenos resultados: hay que recuperar el máximo número de enfermos y con la mejor condición física, psíquica y social posibles.

Por eso, la investigación se ha dirigido, sobre todo, a la monitorización de los resultados de la actividad asistencial mediante el estudio de la supervivencia, la gravedad, la salud previa, la calidad de la vida o los costos[62],[63].

Con estos parámetros se trata de valorar la bondad de la práctica profesional, la eficiencia de los medios empleados y los riesgos a que se someten los pacientes; todos ellos, elementos importantes de la calidad médica[64].

61. HERRERA, M., TEJEDOR, M., RUBIO, J., Et al. (1983). "Control de calidad en una unidad de medicina intensiva". En: *Med intensiva*. Num. 6: 180-184.
62. ABIZANDA, R., (1991). *La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control.* Madrid: SEMIUC-IDEPSA.
63. VÁSQUEZ, G., MURILLO, F., AGUAYO, E., (1991). "Medicina intensiva y garantía de calidad". En: *Documento Carmona.* Med intensiva. Num. 16: 65-68.
64. JESSEE, W., (1989). "Estado actual del control de calidad en los hospitales de EEUU". En: *Control de calidad asistencial.* Num. 4: 33-38.

La creciente autonomía del enfermo, la democratización de la relación médico-paciente[65],[66], y la responsabilidad financiera del Estado en la gestión sanitaria, han dado relevancia al grado de satisfacción de los pacientes con los servicios prestados. Ya no es posible hablar de calidad sin incorporar al sistema el punto de vista y la opinión del beneficiario.

Por tanto, un "Plan de Garantía de Calidad Asistencial" de un servicio clínico debe incluir tanto la calidad técnica como la calidad humana de los cuidados.

Para mejorar la calidad de los cuidados humanos se precisa de unos requisitos básicos[67]:

1. La formación del profesional de la salud en humanidades.

2. La cultura médica, es decir, la manera de entender y ejercer la profesión, sufre en la actualidad cambios rápidos y profundos. La Medicina Intensiva se enfrenta a dilemas éticos y problemas humanos nuevos en una realidad social cada vez más compleja. Para afrontarlos no bastan la intuición, el sentido común, ni siquiera la experiencia.

3. La creciente importancia de los aspectos psicológicos, sociológicos y antropológicos de la medicina hace necesaria la introducción de las correspondientes disciplinas en el plan de estudios del médico. No es posible considerar plenamente universitaria la formación del médico sin que éste sepa cómo a lo largo de los siglos han ido constituyéndose los saberes y las técnicas que posee.

4. La enseñanza a los residentes de las UCI para tomar decisiones médicas basadas éticamente.

---

65. GRACIA, D., (1989). "Los cambios en la relación médico-enfermo". En: *Med Clín (Barc)*. Num. 93: 100-102.
66. GRACIA, D., (1992). "La práctica de la medicina". En: *Medicine* (Ed española). Num. 3: 3-11.
67. HERRERA, C., (1993). "Calidad de los cuidados humanos: un reto para el fin de siglo". En: *Medicina Intensiva*. Vol. 17., Núm. 7.

5. El abordaje de los dilemas éticos de las enfermeras que cuidan pacientes críticos en las UCI.

6. La aplicación de una metodología. Muchos de los temas relacionados con esta área pueden ser tratados científicamente puesto que las hipótesis de trabajo pueden ser comprobadas empíricamente. Otros problemas, como los éticos, no pueden someterse a la experimentación pero sí a la racionalidad, ya que como afirma Diego Gracia: "la ética se refiere siempre a sucesos personales y no a hechos naturales". Por consiguiente, lo importante es disponer, al igual que en otros campos de la clínica, de un procedimiento lógico para la toma de decisiones.

7. La investigación específica. Tradicionalmente, la investigación clínica se ha encaminado al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades. El esfuerzo intelectual e inversor debería encauzarse también al desarrollo de aplicaciones que mejoren las condiciones humanas de los pacientes en el hospital y, en nuestro caso, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

8. Humanizar la asistencia de los enfermos críticos, implica intervenir sobre el medio, el paciente, la familia y el equipo asistencial.

## REFLEXIONES

1. El paciente en la UCI, al tener la autonomía comprometida y al encontrarse psicológicamente en estado crítico, necesita aún más de los cuidados humanos y maternantes de los profesionales que trabajan en los servicios de medicina intensiva.

2. Los profesionales del equipo de la UCI para no lesionar la auto-imagen del paciente, deberían reconocerlo como persona capaz de interactuar como Otro significativo.

3. Recuperar la relación Clínica Sujeto-(Sujeto-Objeto), al reconocer al paciente como legítimo Otro, con antecedentes psicosociales, con deseos, temores, esperanzas, valores, sentimientos, en fin, como persona digna que merece igual consideración y respeto.

4. Para que el equipo de profesionales de la UCI no lesione el Principio de No-Maleficencia, debería proteger al paciente no solamente de los daños físicos sino también de los daños psíquicos.

5. El principio de Beneficencia, que promueve hacer el bien, podría aproximarse a la excelencia, si el equipo de la UCI realiza un manejo integral del paciente. Además de realizar el manejo biológico del paciente, reconoce sus factores psicosociales.

6. Se necesita mayor investigación para:

   a) Acercarnos sistemática, objetiva y afectivamente al paciente de la UCI y así, aliviar sus sufrimientos emocionales.

   b) Conocer los cambios psicológicos de los familiares de pacientes que se encuentran en la UCI y apoyarlos mediante una comunicación empática y efectiva.

   c) Mejorar la calidad de los cuidados humanos en las UCI.

   d) Tener más en cuenta los principios Bioéticos, para resolver la toma de decisiones tanto de los casos difíciles como de los no conflictivos.

## BIBLIOGRAFÍA


- ABIZANDA, R., (1991). *La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control.* Madrid: SEMIUC-IDEPSA.
- ALCALÁ, J., (1998). Estado vegetativo persistente. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
- BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J., (1979). *Principles of Biomedical Ethics.* Nueva York: Oxford University Press.
- BOUMAN, C., (1984). "Self-perceived needs of family members of critical ill patients". En: *NTI, Research abstracts.* Pág. 13.
- CABALLERO, E., (1998). Limitación del esfuerzo terapéutico. Material entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
- CALDWELL, T., & WEINER, MF., (1981). "Stresses and coping in ICU nursing, I. A review". En: *Gen Hosp Psychiatry*, 3: 119-127.
- CALLAHAN, D., (1977). *On Defining a Natural Death.* Hastings Center Report.
- CRANFORD, R., SMITH, D., (1990). "Consciousness: the most critical moral standard for human personhood". En: *Am J Of Law and Med.* Vol. 332. Pág. 669-674.
- CHILDRESS, J., (1982). *¿Who Should Decide? Paternalism in Health Care.* Nueva York: Oxford University Press. Pág. 4.
- DRANE, J., (1993). *Cómo ser un buen médico.* Bogotá: San Pablo.
- EISENDRATH, SJ., (1980). "ICU syndromes: Their detection, prevention and treatment". En: *Critical care Update.* 7: 5.
- Epidemias. I, II. *Tratados Hipocráticos.*, (1989). Editor Carlos García Gual, vol. 5. Madrid: Gredos. Pág. 62.
- ESCOBAR, J., (1997). *Dimensiones ontológicas del cuerpo.* Santafé de Bogotá: Ediciones el Bosque.

- GOLDMAN, L., KIMBALL, C., (1987). "Depression in intensive care units". En: *Int J Psychiatry Med*, 17: 201-212, 1987.
- GRACIA, D., (1989). *Fundamentos de Bioética.* Madrid: Eudema Universidad. Pág. 103.
- GRACIA, D., (1989). "Los cambios en la relación médico-enfermo". En: *Med Clín* (Barc). Num. 93: 100-102.
- GRACIA, D., (1990). *Primum non nocere: El principio de no- maleficencia como fundamento de la ética médica.* Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- GRACIA, D., (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica.* Madrid: Eudema Universidad. Pág. 124-134.
- GRACIA, D., (1992). "La práctica de la medicina". En: *Medicine* (Ed española). Num. 3: 3-11.
- GRACIA, D., (1998). *Bioética clínica.* Santafé de Bogotá: Editorial el búho.
- GRACIA, D., (1998). *Ética de los confines de la vida.* Santafé de Bogotá: Editorial el Búho Ltda.
- GRENVIK, A,. (1984). "Training and certification in critical care medicine". En: SHOEMAKER, W., PHILADELPHIA, W., *Textbook of Critical Care.* Saunders.
- HERRERA, C., (1993). "Calidad de los cuidados humanos: un reto para el fin de siglo". En: *Medicina Intensiva.* Vol. 17. Núm 7.
- HERRERA, M., TEJEDOR, M., RUBIO, J., Et al. (1983). "Control de calidad en una unidad de medicina intensiva". En: *Med intensiva.* Num. 6: 180-184.
- Ibid., Pág. 250-251.
- Ibid., Pág. 14.
- Ibid., Pág. 15.
- JESSEE, W., (1989). "Estado actual del control de calidad en los hospitales de EE.UU". En: *Control de calidad asistencial.* Num. 4: 33-38.

- KIMBALL, CP., (1972). "The experience of open heart surgery". En: *Arch Gen Psychiatry.* 27(57): III.
- LAÍN, P., (1983). *La Relación médico-enfermo.* Madrid: Alianza Universidad.
- MAYVAC, S., (1979). "Perceptions of stress: 1800 nurses tell their stories". *In: Living with Stress and promoting well being: Handbook for nurses*, Klaus C, Baily, Ed.
- MONZÓN, J., (1998). Ordenes de no reanimación. Testamentos Vitales. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.
- National Commision for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences. The Belmont Report., (1979). Washington.
- OLSEN, E., (1970). "The impact of serious illness on the family system". En: *Postgrad Med.* Num. 47: 169.
- PÉREZ, A., DOMINGUEZ, B., NÚÑEZ, M., (1994). Mantenimiento de las técnicas de soporte vital en cuidados intensivos ¿deben ponerse límites? Cuadernos de Bioética.
- President´s Commision for The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment., (1983). Washington: Printing Office.
- RAFFÍN, T., (1995). "Withdrawing Life Support ¿How is the decision made?". En: *JAMA.* Pág. 273,738,9.
- RAWLS, J., (1986). *La justicia como equidad: Materiales para una teoría de la justicia.* Madrid: Tecnos. Pág. 287-294.
- ROSS, D., (1930). *The Right and the Good.* Oxford: Clarendon Press.
- STEHLE, JL., (1981). "Critical care nursing stress: the finding revisited", En: *Nurs Res.* 30:182.
- STOUDEMIRE, A., FOGEL, A., (1993). *Psychiatric Care of The Medical Patient.* New York: Oxford, University Press.

- SUÁREZ, J., (1998). Decisiones conflictivas en la Unidad de Cuidados Intensivos: Eutanasia y distanasia o asistencia integral en la agonía. Santafé de Bogotá: Artículo entregado en el postgrado de Bioética, Universidad el Bosque.

- SUÁREZ, J., (1998). Medicina intensiva y geriatría. Artículo entregado en el postgrado de Bioética. Santafé de Bogotá: Universidad el Bosque.

- "The Appleton International Conference: Developing Guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment"., (1992). En: J *Med Ethics*. 18: supplement.

- "The Multi-Society Task Force On PVS (first of two parts)"., (1994). En: *New Eng J Med.* Vol. 330. Pág.1499-1508.

- "The SUPPORT Principal Investigators for the SUPPORT Project. A controlled trial to improve Care for seriously ill hospitalized patients; the Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments"., (1995). En: *JAMA*. Pág. 274: 1591-8.

- VÁSQUEZ, G., MURILLO, F., AGUAYO, E., (1991). "Medicina intensiva y garantía de calidad". En: *Documento Carmona.* Med intensiva. Num. 16: 65-68.

- VINCENT, JL., (1990). "European attitusdes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire". En: *Intens Care Med.* Num. 16. Pág. 256-64.

- WALLACE, G., (1991). "Problemas Psicológicos de los pacientes, las familias y los profesionales de la salud". En: *Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.* Buenos Aires: Edit. Panamericana.

- "World Federation Of Societies of Intensive and critical Care Medicine: Ethical Principles in Intensive Care, Ethical Guidelines"., (1992). En: *Intensive & Critical Care Digest.* Num. 11. Pág. 40-41.