

Ética en medicina intensiva

Ethics in Intensive Care Medicine

Marcial Orlando Cabrera Cantarero*
Cardiocentro - Centro Cardiológico Candray, San Salvador,
El Salvador

Diana María del Consuelo Arce Sosa**
Hospital Ángeles Lindavista, Ciudad de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n2.07>

Michalsen A., Sadovnikoff N., Kesecioglu J., *Ethics in Intensive Care Medicine*. Springer; 2023.

<https://doi.org/10.1007/978-3-031-29390-0>

La disponibilidad de tecnología avanzada, la proximidad a medidas terapéuticas especializadas y el personal médico altamente calificado son algunas de las características que convierten a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) en piezas imprescindibles en las instituciones hospitalarias. El ingreso de pacientes con patologías complejas, las situaciones de alto estrés emocional, la toma de decisiones cruciales y la resolución de problemas éticamente desafiantes conforman el “día a día” de las UCIs.

* Médico pasante de Servicio Social, Cardiocentro - Centro Cardiológico Candray, San Salvador, El Salvador. Correo electrónico: marcial.cabreraca@anahuac.mx
<https://orcid.org/0009-0008-7610-6131>

** Jefa de la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia, Hospital Ángeles Lindavista, Ciudad de México, México. Correo electrónico: dianaasosa@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-2391-9543>

Recepción: 23/09/2024 Aceptación: 10/10/2024

Si recordamos lo que se vivió hace algunos años con la pandemia de COVID-19, las UCIs desempeñaron un papel fundamental en el manejo en miles de pacientes en el contexto de una emergencia sanitaria que tomó por sorpresa a todos y que resultó en el colapso de muchos sistemas de salud. Está demás comentar que al inicio no estábamos preparados para una crisis sanitaria de tal proporción, y debido a ello, los médicos, enfermeros y todos quienes conforman el personal de salud se vieron forzados a implementar medidas de optimización, priorización y racionalización de recursos sanitarios que en muchas regiones fueron insuficientes.

Todo lo anterior, aunado a la carencia de líneas de investigación que pongan en evidencia el papel de la ética en situaciones de adversidad en las instituciones hospitalarias, nos hacen comprender el objetivo de Michalsen, Sadovnikoff y Kesecioglu al publicar *Ethics in Intensive Care Medicine*, obra que presenta una amplia serie de reflexiones y recomendaciones sustentadas por numerosos estudios científicos que respaldan la importancia de la ética en las UCIs, bajo la supervisión de la *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM).

La ética y sus principios, según los autores, conforman una guía al momento de “navegar” por situaciones éticamente complejas, desde el punto inicial de decidir a qué paciente ingresar a la UCI, hasta la limitación de terapias que sustentan la vida (LSTs) y la aplicación de los cuidados paliativos en los últimos momentos previo a la muerte.

Durante los primeros capítulos del libro, se exploran algunas teorías éticas que pueden orientar al profesional de la salud en la toma de decisiones, especialmente en la UCI. Entre ellas, el utilitarismo, un enfoque que juzga la moralidad de una acción al basarnos en el resultado o sus consecuencias, pudiendo entrar en conflicto con el individualismo de cada paciente. Seguido, se describe a la deontología como una teoría filosófica que guía el actuar en base a reglas o deberes, en lugar de las consecuencias de las acciones. Un reto que enfrenta la deontología son las excepciones que se pueden encontrar a las reglas. Por ejemplo, al proponer la regla de que los médicos no deben hacer daño, es posible imaginar escenarios en donde el médico podría causar un cierto grado de daño para conferir un beneficio

futuro, por ejemplo: a través del dolor físico que implica una cirugía, el paciente puede ser beneficiado con un mejor pronóstico de vida.

Otra teoría ética descrita es la ética de la virtud, la cual argumenta que el sentido de ayudar o hacer el bien a una persona recae en el simple hecho de ser benevolente. Lo anterior puede llegar a ser insuficiente en la práctica, ya que el actuar en base a virtudes, no alcanza para guiar al profesional de la salud en todas las circunstancias posibles. En consecuencia, se destacan los cuatro principios morales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, resaltando las limitantes y la aplicabilidad que posee cada uno de ellos en la práctica médica como partes fundamentales del principialismo.

Los capítulos 2 y 3 versan sobre los dos pilares de la medicina intensiva: la indicación médica de ingreso a la UCI y los deseos del paciente y el consentimiento informado. Los autores recomiendan considerar factores como la severidad de la enfermedad (valorando de manera objetiva mediante escalas estandarizadas como APACHE y SOFA), el estado funcional y la disponibilidad de medidas terapéuticas al momento de decidir ingresar un paciente a la UCI.

Esta decisión puede verse confrontada por factores externos como la presión de terceras personas, instituciones o autoridades y la limitación de recursos, un común denominador en varias instituciones de salud. Por tanto, el médico intensivista debe permanecer firme y e indicar el ingreso considerando los factores previamente descritos, valorando cada caso de manera individual e integral, según la historia clínica, gravedad y expectativas.

Una vez indicado el ingreso del paciente a la UCI y previo a realizar cualquier procedimiento, el equipo de la UCI deberá extender un consentimiento informado que abarque componentes esenciales como la capacidad de decisión, voluntariedad y la información proporcionada.

Tomar decisiones en la UCI aferrándose a la ética, es una tarea compleja, y existen diversos modelos de toma de decisiones. Por ejemplo, hace algunas décadas predominó el enfoque paternalista, en donde la decisión era tomada completamente por el médico. En cambio, hoy, las decisiones médicas son muy cuestionadas por parte

de familiares, pacientes y representantes legales, quienes expresan sus deseos y preferencias con el objetivo de tener una participación más activa en la toma de decisiones. Ante esta nueva realidad, los autores recomiendan implementar la toma de decisiones compartida (SDM), un enfoque capaz de generar un ambiente de colaboración y reciprocidad a nivel médico-paciente y en determinadas ocasiones, a nivel médico-familiares.

El SDM permite la construcción de consensos entre los médicos y familiares en situaciones en las que el paciente carece de capacidad de decisión. Además, fomenta la inclusión para la toma de decisiones a favor del bienestar del paciente, cuando se implementa dentro del equipo interprofesional (IP-SDM) que conforma la UCI. Así, los autores proponen al SDM como elemento crucial para alcanzar el equilibrio en el proceso de toma de decisiones.

Implementar el SDM con pacientes y familiares requiere un ambiente de intercambio de información y consenso sobre el tratamiento. Algunos desafíos que pueden presentarse en este proceso son el estrés emocional y la diversidad cultural, por lo que el intensivista tiene la labor de adaptarse al contexto cultural de los familiares y comunicarse de manera empática y comprensiva. Por ello, dos herramientas que facilitan la comunicación son: el enfoque VALUE (Valorar las declaraciones, Reconocer las emociones, Escuchar a los familiares, Comprender al paciente como persona y Suscitar preguntas de los familiares) y la incorporación de facilitadores y mediadores de comunicación para resolver conflictos.

Otro aspecto destacado es que vivimos en un mundo profundamente diverso, donde la multiculturalidad se ha convertido en la norma en países como Estados Unidos. El capítulo 6 nos habla cómo la multiculturalidad puede reflejarse en la diversidad de pacientes que acuden a consulta a los hospitales. No es infrecuente que los equipos de las UCIs se enfrenten con diferencias culturales que pueden causar malentendidos al momento de tratar personalmente con algunos pacientes y familiares. Por tanto, para vencer esta barrera cultural, los autores recomiendan a los hospitales que capaciten a su personal en

materia de competencias de adaptabilidad cultural, tolerancia, respeto, empatía y sensibilidad, para propiciar un ambiente de tolerancia y confianza para los pacientes y sus familiares.

Por otro lado, el pronóstico en la UCI es un factor muy variable, ya que puede cambiar en cualquier momento, y su evaluación constante ayuda al médico intensivista a tener una visión actualizada y acertada sobre las metas terapéuticas a corto y largo plazo, proporcionando una atención concordante con el objetivo.

El capítulo 7 resalta la relevancia de una planificación anticipada y el uso de marcos de toma de decisiones combinado con estrategias de comunicación efectiva, para alinear la atención con las preferencias del paciente y, por tanto, impactar de manera positiva en su calidad de vida posterior al egreso de la UCI.

No obstante, la misión de revertir la enfermedad y devolver la salud no siempre se puede alcanzar. Existen patologías severas, en las que se implementan terapias que sustentan la vida (*Life Sustaining Therapies* o LSTs, por sus siglas en inglés) por un tiempo prolongado, con el único objetivo de mantener al paciente con vida. En estas enfermedades el pronóstico de recuperación es bajo o la condición es irreversible, por lo que está éticamente justificado limitar las LSTs.

Las LSTs consisten en medidas terapéuticas utilizadas con el fin de mantener al paciente con vida, pero que no curan la enfermedad subyacente, algunos ejemplos son: la reanimación cardiopulmonar (RCP), ventilación mecánica, quimioterapia, diálisis, entre otros.

Ahora bien, lo éticamente justificable no siempre es legal, por lo que, en muchos países, la limitación de LSTs puede ser visto como un acto de acortamiento de vida, mientras que en otros, este acto se apega completamente a las leyes. Independientemente, el médico debe estar bien informado sobre las leyes de cada país o región respecto a la limitación de LSTs. Es preciso aclarar que, como mencionan los autores, limitar las LSTs no implica reducir el cuidado general del paciente, y se puede proceder al alivio de síntomas, soporte psicológico, cuidados paliativos, y todas las medidas necesarias para garantizar un proceso de muerte digna.

En el capítulo 9 se profundiza sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP), la cual es frecuentemente empleada en situaciones de paro cardíaco en las UCIs. La RCP no siempre es inocua, por lo que las incertidumbres sobre su riesgo/beneficio siempre han estado en discusión, específicamente en temas de cuándo iniciar, continuar o suspender las medidas de RCP. Por lo anterior, se recomienda que el proceso de toma de decisiones sobre la RCP tome en cuenta el probable futuro neurológico y las preferencias ya establecidas por el paciente, como, por ejemplo, en las órdenes de no reanimar (DNARs).

Tras la RCP, los resultados pueden ser favorables o fallidos, y conversar con los familiares cuando el resultado de la RCP no es el esperado es un reto para considerar y aquí la comunicación basada en modelos de comunicación efectiva como el protocolo SPIKE, es clave.

En algún punto, aquellos pacientes con pronósticos desfavorables para la vida y la función requerirán de cuidados paliativos, los cuales complementan a la UCI aliviando síntomas como el dolor y estrés emocional, protegiendo los principios éticos, y asociándose con menor duración de la ventilación mecánica y tratamientos innecesarios, permitiendo un proceso de muerte digna.

Por otra parte, un clima ético positivo en la UCI es esencial para el adecuado desenvolvimiento de todos los miembros del equipo, resultando en una atención de calidad y la prevención de niveles altos de estrés, conflictos, agotamiento y *burnout*.

Parte de este clima ético, consiste en garantizar los derechos de médicos y pacientes. Tal como los autores mencionan en el capítulo 12, las instituciones deberán respetar el derecho del paciente a la privacidad, el consentimiento informado, el rechazo de tratamiento, la no discriminación, entre otros. En el caso de los médicos, las instituciones deben respetar su abstención de realizar procedimientos que van en contra de sus creencias y el derecho de toma de decisiones a favor de las necesidades del paciente.

Simultáneamente, en el mismo capítulo se ahonda sobre la relevancia de los comités hospitalarios de bioética y representantes legales,

quienes desempeñan un papel crucial en la mediación y resolución de conflictos.

El penúltimo capítulo toca uno de los puntos más controversiales en la práctica médica: el concepto de justicia distributiva en el contexto de crisis sanitaria: cómo asegurar una atención justa cuando los recursos son escasos. Los autores primero describen el enfoque de racionamiento (negar medidas terapéuticas para el bienestar colectivo, en ausencia de discriminación) y luego el enfoque de priorización (asignar recursos según la probabilidad de beneficio, según enfoques varios, como por orden de llegada, gravedad, entre otros).

Sin embargo, garantizar la justicia distributiva no es sencillo, y los enfoques anteriormente descritos pueden ser insuficientes para asegurar su cumplimiento. Por ello, el libro recomienda actuar de manera transparente, en base a principios que sean aplicables en la mayoría de las situaciones, como el trato con igualdad, la maximización de vidas salvadas, y la priorización de individuos con mayor probabilidad de supervivencia.

Por último, el libro describe a la ética como una “reflexión sistemática del bien”, y la señala como parámetro fundamental para diseñar los principios y las decisiones. Los autores mencionan que el ejercicio de virtudes y valores en favor del bien común, la comunicación, y la cooperación son aspectos primordiales en la búsqueda de una atención orientada al bienestar integral del paciente. No obstante, en temas de ética en la UCI, los autores señalan que queda un gran camino por delante.

En *Ethics in Intensive Care Medicine*, Michalsen, Sadovnikoff y Kesecioglu, profundizan sobre el puente que existe entre la atención médica basada en la ética y la adversidad en el área de medicina intensiva, construyendo una guía de práctica clínica para el médico intensivista en el actuar durante situaciones complejas.

El libro destaca por presentar y exponer múltiples conceptos y principios éticos de manera comprensiva, explicando su relevancia y aplicabilidad al lector en contextos específicos como emergencias sanitarias, situaciones de conflicto, multiculturalidad y procesos de toma de decisiones.

Los contenidos abordados en los catorce capítulos del libro proponen un ejercicio médico basado en principios éticos, valores, competencias de diálogo, y diversos enfoques y recomendaciones sustentados y enriquecidos por un extenso cuerpo de evidencia científica.

La presentación de casos clínicos, resultados de estudios científicos, los *take home messages* y los distintos puntos de vista de especialistas en medicina crítica a lo largo de los capítulos facilitan la comprensión del lector, permitiéndole “aterrizar” los conceptos redactados en el libro a la práctica médica, robusteciendo la calidad general de la obra.

Ante las moralejas y secuelas de la época post pandemia y ante el reto de fortalecer las líneas de investigación que pongan en evidencia el papel imprescindible de la ética en el día a día de la medicina intensiva, la obra constituye un importante punto de partida en el cual futuros autores, especialistas y expertos pueden basarse para generar aportaciones literarias tan valiosas como la que hemos descrito.

De ésta manera podemos entender que no hay una receta de cocina ni una directriz universal, ya que cada situación deberá ser individualizada, centrada en el paciente y su familia, otorgando información clara y efectiva, para la toma de decisiones en consonancia con los valores y deseos del paciente, de una manera libre y fundamentada; sin embargo no debemos olvidar que de acuerdo al contexto sanitario y legal, así como otras variables, esta perspectiva puede verse afectada. Ante esto, un enfoque general de las diferentes corrientes éticas serán un marco de referencia con herramientas que ayudarán a disminuir conflictos entre profesionales de la salud ante decisiones difíciles, sin que esto signifique que dejaremos de enfrentarnos a dilemas éticos que nos pueden afectar en el ámbito emocional, generando sentimientos de frustración y culpa que puede repercutir en nuestro desempeño profesional. Recordemos que no somos infalibles, ni estamos obligados a serlo y que ante situaciones complejas podemos compartir e intercambiar perspectivas de manera multi e interdisciplinaria en donde el comité de bioética puede tomar un papel fundamental en la orientación y asesoría, facilitando la búsqueda de soluciones consensuadas.

Finalmente, podemos concluir que *Ethics in Intensive Care Medicine* es un libro altamente recomendable para todos los profesionales de la salud, especialmente a médicos intensivistas, personal de enfermería, paliativistas y todos los que conforman el equipo interdisciplinar de una UCI. Su enfoque clínico, científico, teórico y práctico lo convierten en una lectura imperativa tanto para quienes conforman el actual personal sanitario, como para las futuras generaciones de médicos y trabajadores que abogarán por el bienestar de la población en el mañana.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

