

Foro abierto de opinión



Reflexiones sobre el paciente en terapia intensiva y el personal de salud

Thoughts about the ICU patient and healthcare providers

Carlos A. (Pecas)
Soriano

Médico de UTI. Hospital
Municipal de Urgencias,
Córdoba.
Especialista en Medicina
de Emergencias.
Bioeticista.
pecassoriano@hotmail.
com

“...una convicción moral vale más que mil leyes.”
Adela Cortina.

A Lalo y Paulina.

Teniendo en cuenta el epígrafe de A. Cortina, y con la sola y sana intención de tratar de vivir en una sociedad más justa es que intentaremos reflexionar sobre nuestra diaria tarea de profesionales de la salud. Sobre todo sabiendo que una sociedad no siempre puede sentarse a esperar las reformas legales correspondientes, ya que éstas marchan a otro ritmo y hay muchas situaciones que no pueden esperar demasiado. Es por esto que habitualmente la ética se anticipa al derecho. (1)

Es sabido que cualquier ser humano, puede obrar con la mejor de las intenciones, impecablemente honestas, con buena fe, y sin embargo encontrarse con resultados no buscados e increíblemente inhumanos.

Esto se debe a innumerables razones, casi todas ellas muy atendibles y comprensibles. Hay que entender que detrás de cada guardapolvo blanco hay justamente un ser humano, con múltiples problemas, sometido a diversas presiones, con diversas concepciones de lo “moral”, por lo tanto comúnmente nuestras decisiones se unen a las de otros seres con distintos pensamientos y el resultado final es el de una “acción colectiva” que no siempre coincide

con la búsqueda individualmente.

Sumado a lo anterior, los que tenemos muchos años en esta profesión, hemos sido testigos del extraordinario avance tecnológico de los últimos 20 o 25 años. Esta veloz modernidad ha hecho que no siempre dichos adelantos magníficos, hayan logrado todo el beneficio que esperábamos, o dicho de otra manera, no todo avance científico fue acompañado de una reflexión ética adecuada. Es por ello, y por otras múltiples razones que en 1971 diera a luz el primer libro sobre Bioética, (2) que entendía a esta nueva disciplina como un puente necesario entre ciencias y humanidades. Este puente tendría la menuda tarea de que fueran respetadas todas las exigencias morales de los pacientes, y la de crear un marco ético en donde poder estar al resguardo de tanto y tanto avance tecnológico, que como ya sabemos, no es éticamente neutral.

Desde entonces a la fecha, miles y miles de publicaciones sobre el tema han dado a luz con el loable intento de cambiar lo que se creía que era "moralmente incorrecto". Paralelamente nacieron los Comités de Ética Hospitalarios, en donde en forma multidisciplinaria se estudiaba y se reflexionaba sobre dichos conflictos morales, tratando de dar sugerencias y emitir normativas que pudieran servir de marcos éticos para las diversas instituciones. Sin embargo y a pesar de que mucha agua corrió bajo el puente de Potter, podemos decir que hay todavía muchas cosas por mejorar en todo sentido, y específicamente en el paciente internado en Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Todo ser humano es un ser autónomo, y obviamente el enfermo, (a pesar de provenir de "infirmus": falta de firmeza) también. Sin embargo como veremos mas adelante, esta verdad que parece indiscutible, no lo es tal en la realidad.

Los seres autónomos

En su brillante libro escrito en 1859 ("Sobre la Libertad") John Stuart Mill, nos resumía gran parte de lo que queremos expresar en su célebre párrafo:

"El único objeto que autoriza a los hombres, individual o colectivamente, a turbar la libertad de acción de cualquiera de sus semejantes, es la propia defensa; la única razón legítima para usar de la fuerza contra un miembro de una comunidad civilizada es la de impedirle perjudicar a otros; pero el bien de este individuo, sea físico, sea moral, no es razón suficiente."... (3)

Seguramente en esto se inspiró la famosa Comisión Nacional... (4) cuando produjo el Belmont Report que en una de sus partes expresa: "Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros." Y con ello evidentemente no queremos expresar que el paciente debería indicar qué normas tiene por correctas, o que leyes morales tendrá por universalizables. El problema reside en que éste paciente debe tomar una "decisión única en un contexto irrepetible". (5)

Las leyes y las normas tienen valor para regular acciones parecidas o similares, mientras que las decisiones que toman los pacientes corresponden a casos concretos, a situaciones reales que tienen que ver con su patología actual, con su noción de dignidad y su escala de valores. Es, debido a lo expuesto muy difícil de englobar con ciertas normas, y regulaciones legales, el instante sagrado de una decisión autónoma.

Y para clarificar aún mas estos conceptos veamos lo que nos dicen Faden y Beauchamp (6) con respecto a las acciones autónomas. Según estos autores las decisiones son autónomas cuando cumplen con tres condiciones:

- 1) Intencionalidad
- 2) Conocimiento
- 3 Ausencia de Control Externo.

De las tres, la única que no admite grados es la intencionalidad (uno tiene o no tiene

intención de hacer algo).

El conocimiento depende de la comprensión o no, que tenga el sujeto del acto que está por realizar. Vale decir, tendremos que saber qué nos va a suceder si hacemos o no tal o cual cosa. Para ello (para que el acto sea totalmente autónomo) la comprensión debería ser total. O sea adecuada y completa. Como sabemos esto, casi nunca sucede en la realidad, vale decir que nuestros actos serán más o menos autónomos de acuerdo al grado de conocimiento que tengamos de ellos. El conocimiento admite grados de acuerdo a la información con la que contemos para actuar.

Con respecto a la "ausencia de control externo" podemos decir que, no debería haber de parte de nadie, extraño a nosotros, persuasión manipulación o coerción (en ese orden de gravedad) para que nosotros pudiéramos decidir libremente un acto. Hace falta un poquito de imaginación y recordar cualquier situación real en Terapia Intensiva para comprender que siempre existe cualquiera de estos tres controles sobre los pacientes. El problema está en que una cosa es la persuasión bien intencionada y otra muy distinta es la coerción por una verticalidad arcaica.

La prueba del nueve de éstas tres condiciones estaría dada por la autenticidad del acto (presencia de control interno) (7). Vale decir que tendríamos que valorar que el acto del paciente tenga que ver con su comportamiento en la vida, con su escala de valores y su historia personal.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, no nos es difícil imaginar lo que queda de la autonomía de un paciente internado en UTI: atado a una cama, lleno de tubos, de sonidos extraños, sin tener la noción clara de la luz solar, con una serie de informaciones que están colmadas de persuasión, manipulación y coerción. El enfermo se convierte entonces en un verdadero "infirmus", y sus familiares dependen de la escueta información que se les proporciona una vez por día. Para ello han tenido que "hacer el aguante" durante 24 hs. con una dosis inhumana de incertidumbre, angustiados por el desconocimiento y la desinformación, pasan sin quererlo a ser parte de esta maraña legal de las normas establecidas para visitar a un ser querido internado en UTI.

Y alguien susceptible quizás nos pueda decir que estamos exagerando con esto de la desinformación y la pérdida de autonomía. Pues bien, veamos qué dicen algunos estudios al respecto: en los servicios de Oncología de tres importantes hospitales de Madrid el 20% de los médicos no informaban nunca, el 50% informan parcialmente según las circunstancias y un 30 % lo hacen de manera habitual. (8)

No nos tendrían que sorprender entonces ciertas actitudes de los familiares y de los propios pacientes, quienes sumidos en la angustia que provoca la mala información y la incertidumbre, se encuentran sin las armas necesarias para actuar como nosotros pretendemos que el común de las personas lo haga.

Si no respetamos las condiciones básicas que necesitan los seres autónomos para actuar como tales, no podemos pretender que sus actos sean todo lo "lógicos" que nosotros esperamos.

Hacia un camino distinto

Con todo este panorama, altamente preocupante, cabrían hacernos algunas preguntas: ¿Cómo recuperar tanta dignidad perdida? ¿Qué actitudes debiéramos modificar en nuestras rutinas? ¿Puede el paciente en UTI tener más armas para recuperar su autonomía menoscabada? ¿Podremos lograr (con todo lo que literalmente significa) una actitud mas compasiva y empática hacia el paciente de UTI?

Las respuestas no son sencillas, y seguramente lo que ha tardado años en instalarse casi imperceptiblemente como una desviación no deseada de nuestras sanas vocaciones, tardará otro tiempo no menor en modificarse.

Como pensamientos muy personales, voy a atreverme a sugerir algunas acciones al respecto:

■ Para tratar de mitigar la despersonalización que sufre alguien internado en UTI pienso que en cada cabecera debería colocarse en letras grandes el nombre del paciente, junto a una foto de él y su familia.

■ Esto daría otro marco a nuestra "actual versión" de un ser deformado por sus traumatismos, o edematizado por tal o cual patología. Cualquiera de esas visiones hace que nos sea más fácil y menos traumático para nuestros mecanismos de defensa, tratar al paciente como "el de la cama 4". Además sabríamos que puertas afuera hay una familia esperando, a que Diego o Juan vuelva a estar bien.

■ Las visitas, (una vez por día) se deberían incrementar de acuerdo a cada caso en particular. Y para esto no vale la excusa de que el paciente se puede contaminar, ya que como todos sabemos, los gérmenes más difíciles de tratar están en la misma UTI. Así también deambulan puertas adentro de la UTI más de 100 profesionales de la salud. Muchos de ellos, van simplemente a las revistas de sala, sólo a escuchar los diagnósticos y / o tratamientos, pero su asistencia es mucho menos "imprescindible" que la de un ser querido.

■ Una información adecuada es un pilar fundamental para cualquier persona. Ya vimos que la angustia se multiplica con la incertidumbre del desconocimiento, o de la escasa información. Para ello es importante aumentar no sólo en frecuencia las mismas sino (y esto es aún mas importante) en calidad. No se entiende que los familiares reciban de siete médicos distintos la información de cada día de la semana. Ya es sabido que atrás de cada profesional existe un ser humano con sus problemas, su mayor o menor optimismo hacia situaciones similares, su mayor o menor empatía hacia tal o cual familiar. Por lo tanto, sin que haya sufrido mayores cambios el mismo paciente, la información puede variar sustancialmente en 24 hs, de acuerdo a quien sea el informante.

■ Para el paciente que esté lúcido, se debería permitir (con ciertos límites) la visión de TV o su música preferida. Esto último también tiene valor para los pacientes que están volviendo a su estado de conciencia.

■ Las UTIS tendrían que contar con mayor luminosidad natural, ya que es habitual ver como los pacientes pierden la noción de día-noche, con la consecuente pérdida de noción témporo-espacial.

En fin, esta lista podría ampliarse con algo de creatividad, teniendo en cuenta lo enunciado al comienzo del artículo.

Creemos que aún falta mucho camino por recorrer, pero para todos los desafíos, siempre habrá que dar un primer paso. Pienso que hemos estado mucho tiempo parados.

Quizás sea tiempo de empezar a caminar.

Bibliografía

1. Adela Cortina, "El quehacer ético" Santillana Madrid.1996, p. 37.
2. V. R. Potter, "Bioethics. Bridge to the Future" Prentice-Hall, New Jersey, 1971.
3. John Stuart Mill, "Sobre la Libertad". Barcelona Orbis. 1985. p. 38.
4. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. "The Belmont Report" April 18, 1979.
5. Adela Cortina, "Ética Aplicada y Democracia Radical.Tecnos. Madrid. 1993, p. 237.
6. Cit. Por Diego Gracia. Fundamentos de Bioética. Eudema. Ediciones de la Universidad Complutense. Madrid. 1989. p. 183-185.
7. Op Cit, p. 185.
8. Manuel González Barón. "Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida". La Atención del enfermo Terminal. Ediciones Doce Calles. Madrid 1996. p. 62.