

Encuesta de ética en las UCIP españolas. Luces y sombras

Sr. Editor:

Alabo la idea de introducir trabajos de ética entre las publicaciones científicas, que clásicamente han priorizado los aspectos más biológicos de la salud y la enfermedad, como si la vida humana fuera sólo una cuestión de hechos y no de valores. Los cuidados intensivos y la Bioética, coinciden en varios aspectos: en su juventud, ya que ambas disciplinas llevan pocas décadas de desarrollo; en la gran implantación conseguida en este tiempo, y también en que en el paciente crítico convergen graves patologías e importantes problemas éticos, especialmente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la vida y la muerte están en permanente equilibrio inestable.

En este sentido el trabajo presentado por los doctores Hernández González A et al, junto con el Grupo de ética de la SECIP (Encuesta ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64(6):542-9, plantea un tema interesante, bien es cierto que el título parece priorizar la encuesta como tal, sobre los propios problemas éticos.

Llama la atención que los autores en el diseño del estudio no mencionan el total de la muestra a los que se envió la encuesta, y también que sólo se dirigiera a médicos de plantilla y residentes, prescindiendo del personal de enfermería, que son profesionales muy implicados en los pacientes de cualquier UCI. Pero lo más llamativo es la ausencia de definición de problemas tan relevantes como limitación del esfuerzo terapéutico (LET), consentimiento informado (CI) y sobre todo eutanasia activa y pasiva, hecho que da lugar a resultados controvertidos.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)¹ es la decisión de restringir o suspender algún tipo de medida cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación o el encarnizamiento terapéutico; la decisión de LET puede ser de no instaurar o no poner en marcha determinadas maniobras o procedimientos asistenciales (*withhold*, WH) o de retirar o suspender lo ya instaurado (*withdrawn*, WD). Aunque en general los profesionales médicos aceptan con más facilidad y menos angustia aplicar medidas de “no poner” (WH), que de “retirar” (WD)², desde el punto de vista ético, tendrían la misma consideración.

El CI surge en el seno de una nueva relación clínica, en la que se abandona la actitud paternalista, y se opta por un modelo de relación deliberativo, basado en la autonomía y la capacidad de decisión del paciente adecuadamente informado (padres o tutores en caso de menores)³ ante hechos concretos. Habitualmente la información y el consentimiento se realizan de forma oral y se registra en la historia clínica; no es lo mismo CI, que “formulario escrito de consentimiento”, que se requiere para

procedimientos concretos⁴, y nunca debe limitarse a una firma con la única finalidad de ser garantía legal. Sobre estas premisas, la pregunta 7 de la encuesta, no debería considerarse un verdadero CI, puesto que un “documento general al ingreso del paciente” no hace referencia a ningún procedimiento ni situación concreta.

El Consejo de Cuestiones Éticas y Jurídicas de la Asociación Médica Americana se refiere a la eutanasia (“buena muerte”) como la administración a un paciente de una agente letal, con el propósito de aliviar un sufrimiento intolerable⁵. Para la Comisión Estatal Holandesa, eutanasia es la terminación intencional de la vida por alguien distinto al paciente (en el ámbito sanitario, un médico) a petición de éste⁶; la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define la eutanasia como conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico⁷.

Los puntos claves en el concepto de eutanasia son situación terminal o paciente sufriendo que habitualmente solicita ayuda para morir de forma competente, clara y persistente; supone acabar deliberadamente con la vida de una persona, con la intención de hacerle un bien. Por tanto, ni desde el punto de vista conceptual ni ético es lo mismo limitar un tratamiento que actuar o suspender un tratamiento deliberadamente con intención de provocar la muerte⁸.

En la legislación española, la ayuda al suicidio y la eutanasia están penalizadas en el artículo 143 del Código Penal; este marco legal hay que contemplarlo dejando muy claro conceptualmente que se entiende por eutanasia cuando se pregunta directamente por ello (preguntas 19 y 20). Quizá la indefinición previa de los términos condiciona que 25 participantes reconozcan que han practicado eutanasia activa, y sin embargo 11 de ellos probablemente se refieran a medidas de LET.

No hay duda de que las prohibiciones absolutas y las respuestas fáciles son simplificaciones inaceptables científicamente; también que debemos evitar el sufrimiento inducido y el asociado a una situación terminal, tratar adecuada y profesionalmente todos los síntomas y limitar las opciones terapéuticas cuando no van a mejorar el pronóstico ni la calidad de vida. En este contexto, la mayoría de las decisiones clínicas, que deberían ser independientes de posicionamientos personales, tendrían que ver más con unos adecuados cuidados paliativos⁹ y medidas de LET, que con prácticas de eutanasia activa o pasiva; hay estudios en adultos que confirman la bajísima incidencia de demandas de eutanasia si existen unos buenos cuidados paliativos¹⁰.

Por último, un importante problema previo y subyacente en todos los ámbitos, es la necesidad de implementar la reflexión, el debate interno y la formación reglada en Bioética entre los profesionales sanitarios, como hecho imprescindible para el trabajo diario, para enmarcar y categorizar los actos, definir con-

ceptualmente los problemas éticos y diferenciarlos de los legales, y ayudar en la toma de decisiones clínicas. También para orientar el diseño de trabajos de investigación con el mismo rigor científico que en otras áreas de la medicina.

C. Martínez González

Pediatra. Magíster en Bioética.
Centro Sanitario San Blas. Área 10. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. C. Martínez González.
Centro Sanitario San Blas. San Blas, s/n. 28980 Madrid. España.
Correo electrónico: cmartinez.gapm10@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbero J, Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico Med Clin (Barc). 2001;117:586-94.
2. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socías L, López J, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la Medicina Intensiva. Medicina Intensiva. 1994;18:100-5.
3. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001;117:99-106.
4. Ley 41/2002 de Autonomía del paciente. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
5. CEJA reports. AMA. Disponible en: http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&doc=policyfiles/HnE/E-2.21.HTM&&s_t=&st_p=&nth=1&prev_pol=policyfiles/HnE/E-1.02.HTM&nxt_pol=policyfiles/HnE/E-2.01.HTM&
6. Eutanasia in Holland. Disponible en: <http://www.euthanasia.cc/dutch.html#term>
7. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid). 2002;9:37-40.
8. Martínez K. Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas? Med Clin (Barc). 2001;116:142-5.
9. Palliative Care for Children. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care alliative Care for Children. Pediatrics. 2000; 106; 351-357. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/106/2/351>
10. Comby MC, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: A prospective study in seven units of the Rhone-Alpes region. Palliative Medicine. 2005;19:587-93.