



El enfermo cardiovascular, el cardiólogo y la bioética

The cardiovascular patient, the cardiologist and bioethics

Dr. C. Antonio Castillo Guzmán^I; DrC. Carmen Arocha Mariño^{II}; Dra. Ivette Castillo Arocha^{III}; Dr. Michel E. Cueto Cañabate^{III}; Dra. Nurys B. Armas Rojas^{IV}; Dr. Omar R. González Greck^V.

^I Doctor en Ciencias. Máster en Bioética. Profesor Titular. Investigador Titular. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

^{II} Profesor Titular. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista en Medicina General Integral. Residente de Cardiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista en Medicina General Integral. Residente de Cirugía. Hospital General Calixto García. La Habana, Cuba.

^V Especialista de II grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de II grado en Cardiología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción Un gran número de enfermedades cardiovasculares evolucionan hacia la cronicidad y son causa de muerte y discapacidad. Algunos enfermos alcanzan una etapa de enfermedad terminal con expectativas de muerte inminente. El cardiólogo debe estar científica y éticamente preparado para atender estos problemas.

Objetivo Aportar consideraciones éticas, en forma de principios, para enfrentar dilemas morales relacionados con personas que padecen una enfermedad en estadio terminal.

Método Investigación no experimental, cualitativa de tipo revisión bibliográfica.

Desarrollo La medicina paliativa es una disciplina que le permite al médico enfrentar dilemas éticos y que tiene, entre sus principios relevantes: la inviolabilidad de la vida humana, la proporcionalidad terapéutica, el doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia, la veracidad, la prevención y el no abandono.

Conclusiones La cultura médica contemporánea enfrenta la lógica que impone el desarrollo tecnológico. Los principios descritos facilitan la toma de decisiones del médico enfrentado a un dilema ético en el caso de un enfermo en estado terminal.

Palabras clave: bioética, enfermedad terminal, medicina paliativa, dilema ético.

ABSTRACT

Introduction A great number of cardiovascular diseases evolve to chronic and cause death and disability. Several patients reach a stage of terminal disease with a high expectation of imminent death. The cardiologist must be prepared ethically and scientifically to handle these problems.

Objective Bring out ethical considerations in the form of principles to deal with moral dilemmas related to patients who suffer from an end stage chronic disease.

Methods Non experimental investigation, qualitative bibliographic review.

Discussion Palliative medicine is a discipline that allows the doctor to face ethical dilemmas and it has, among its outstanding principles: the inviolability of human life, therapeutic proportionality, the double effect in the handling of pain and the suppression of conscience, truthfulness, prevention and not to abandon.

Conclusions The contemporary medical culture faces the logic that imposes technological development. The described principles facilitate the doctor's decision-making process faced to an ethical dilemma in the case of a sick person in end stage.

Key words: bioethics, end stage disease, palliative medicine, ethical dilemma.

Dirigir correspondencia a: Dr. C. Antonio Castillo Guzmán. Doctor en Ciencias. Máster en Bioética. Profesor titular. Investigador titular. ICCCV. Correo electrónico: acastillo@icccv.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Un gran número de enfermedades cardiovasculares evolucionan hacia la cronicidad y son causa de muerte y discapacidad.

En Cuba, desde el año 1970, las enfermedades del corazón son la principal causa de mortalidad de todas las edades, con una tasa ajustada por edad de 112,0 por 100 000 habitantes, se les atribuye una tasa de 11,1 años de vida potencial perdidos por 1000 habitantes de 1 a 74 años de edad y representaron un 4,6% entre los principales diagnósticos de egresos hospitalarios por capítulos de la CIE-10, para ambos sexos, en el año 2009.¹

Con frecuencia el cardiólogo y su equipo de trabajo enfrentan la asistencia de enfermos con cardiopatías terminales, situación nada nueva, si se tiene en cuenta que en los

escritos del médico griego Hipócrates (460-370 a.c.)² se recoge el interés por el bienestar de los enfermos incurables.³

Los progresos tecnológicos aportados por la vertiginosa revolución científico-técnica a partir de la segunda mitad del siglo XX en adelante, que se traduce —entre otros— en avances en las técnicas de tratamiento del paro cardiorrespiratorio, la aplicación de la biología celular, la implantación de dispositivos, el tratamiento de las arritmias y otro número creciente de técnicas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, son causa frecuente de discusiones éticas, sobre todo, cuando se está ante el dilema de decidir quién debe recibir reanimación, hasta cuándo prolongar esta y cuándo la vida acabó realmente.

El propósito de esta revisión es aportar un número de consideraciones para tomar en cuenta cuando se está ante algunos de los

dilemas descritos y es necesario tomar una decisión.

No es pretensión de los autores agotar el tema —por otro lado tan dinámico—, ni normar la conducta de los profesionales y su equipo de trabajo; solo se trata de proporcionar puntos de reflexión con un enfoque bioético.

OBJETIVO

Describir los principios éticos, o de primer orden, en medicina paliativa.

MÉTODO

Investigación no experimental, cualitativa de tipo revisión bibliográfica.

DESARROLLO

No todas las enfermedades crónicas no transmisibles tienen igual pronóstico ni se acompañan de una misma comorbilidad. Por otro lado, el estadio terminal se observa en enfermedades avanzadas no necesariamente malignas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares.

Aunque lo característico entre los enfermos que tienen un problema grave del corazón o de sus vasos, es que tengan un episodio de muerte súbita —alrededor del 50% de las muertes por cardiopatía isquémica⁴—, aquellos que padecen una enfermedad de este tipo en estado terminal, sufren con frecuencia múltiples síntomas que demandan alivio y requieren de la asistencia de un cardiólogo experimentado en prácticas clínicas paliativas y con profundos conocimientos sobre bioética.

Es habitual en el desempeño profesional de los médicos, enfrentar problemas de naturaleza ética. Bernard definió este problema ético como “una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace”.⁵ Lo loable en esta definición se encuentra en que identifica la disyuntiva en la práctica médica entre lo que se debe y se puede hacer y la referencia a

valores o principios éticos. Es decir que, ante situaciones determinadas, el conocimiento de principios éticos ayudaría a la toma de decisiones.

No es objetivo de los autores mostrar o hacer referencia a un listado de principios relacionados con el tema —que pueden ser numerosos— sino solo aquellos considerados relevantes y que, de tenerlos presentes en el momento oportuno, contribuirían a la toma de decisiones con un máximo de respeto a la dignidad del enfermo. Estos principios son: la inviolabilidad de la vida humana, la proporcionalidad terapéutica, el doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia, la veracidad, la prevención y el de no abandono.⁶

Principio de la inviolabilidad de la vida humana

Grecia legó a la humanidad el Juramento Hipocrático⁷ que, con más de 2000 años de antigüedad de conocido mantiene su vigencia. En una de sus partes dice: “Para el tratamiento me inspiraré en el bien de los enfermos, en lo que yo pueda y sepa; jamás en daño suyo ni con mala intención”. Y continúa así: “A nadie que me pidiera mortífero se lo daré; ni aconsejaré su uso; tampoco administraré abortivo a mujer alguna”.

En época más reciente la Organización Mundial de la Salud, a través de un comité de expertos,⁸ recomienda un grupo de objetivos relacionados con la medicina paliativa:

Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.

- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.

- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

La legislación cubana reconoce que el derecho a la vida, en lo relacionado con las personas enfermas, es garantizado por el Estado, por tanto nadie está autorizado a privar de esta a otro por muy "loable" que parezca la intención.⁹ De igual modo, aunque una persona tenga deseos de morir por padecer horribles sufrimientos a consecuencia de una enfermedad, eso no genera el derecho a morir con la intercesión de otra persona ni constituye una justificación jurídica para ejecutar acciones destinadas a privarle de la vida.

Principio de proporcionalidad terapéutica

Un dilema relativamente frecuente para el cardiólogo es decidir sobre la retirada o mantenimiento del soporte vital en un enfermo cuyas expectativas de sobrevivir son nulas. Es posible que el problema más común de enfrentar sea tener que retirar la ventilación mecánica. Esto puede hacerse de dos formas: "la extubación terminal", que consiste en la retirada del tubo endotraqueal, y el "destete terminal", que no es otra cosa que la reducción gradual del FIO₂ o la frecuencia del respirador, aunque esto último puede prolongar la agonía del enfermo.

En aquellos que están en estado consciente o semiconsciente, con el propósito de facilitar el procedimiento y hacerlo más cómodo para ellos, se suele inyectar un bolo de midazolám (2- 4 mg) antes de retirar el tubo, seguido de morfina en dosis de 5-10mg que se continúa con una infusión continua de morfina (50% de la dosis del bolo por hora). Es necesario recordar que si el enfermo recibía tratamiento con ansiolíticos y derivados del opio se puede precisar dosis más altas. Se recomienda suspender los bloqueantes neuromusculares con el propósito de que el enfermo pueda referir sus molestias y de este modo el médico acondicionará la medicación. Se debe informar a la familia que un 10% de los enfermos sobrevive uno o más días después de retirada la ventilación mecánica.⁴

Por regla general, la mayor parte de las personas ignora el proceso final de la vida y la llegada de la muerte; esta se experimenta una sola vez, no hay posibilidad de repetir la experiencia. Fuera del ámbito médico, no se conocen los síntomas y signos que anuncian su proximidad; por otro lado, la muerte puede tardar varios días en establecerse como es el caso de los enfermos con insuficiencia cardíaca.

El médico y el equipo que atiende al enfermo deben centrar sus esfuerzos en aliviar lo realmente significativo, en el sentido de qué puede provocarle dolor, sufrimiento o angustia al enfermo. No se trata de corregir una anorexia con la administración de alimentos a un enfermo que no tiene apetito y no come porque se está muriendo y no que se está muriendo por la no ingestión de alimentos.

En estas circunstancias, se debe enfocar la atención sanitaria al ser humano, considerándolo como un fin en sí mismo y no como un medio, como persona, única e irreplicable (ni aun con la clonación) y, por consiguiente, con dignidad. Este enfoque implica la imposibilidad de seguir "reglas universalmente válidas acerca de la obligatoriedad moral de determinadas intervenciones médicas, siendo necesario emitir un juicio de conciencia particular en cada caso concreto".¹⁰

Para ejercer su función, el médico debe estar dotado, al menos, de tres virtudes: la compasión, entendida ésta como el empeño en aliviar el dolor de otra persona; la prudencia, virtud con la cual se hace referencia a la habilidad en la toma de decisiones a propósito de lo que debe hacerse o evitarse en una situación particular, teniendo en cuenta los conocimientos morales generales; y, por último, la honestidad, considerada como una cualidad de calidad humana que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad, y de acuerdo con los valores de verdad y justicia. Se trata de vivir de acuerdo con lo que se piensa y se siente. En su sentido más evidente, la honestidad puede entenderse como el simple respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas; en otro sentido, la

honestidad también implica la relación entre el sujeto y los demás, y del sujeto consigo mismo.¹¹

Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

Cuando una intervención médica — terapéutica o diagnóstica—, tiene dos posibles efectos, uno bueno y otro malo, deben estar presentes algunas condiciones para que su aplicación sea lícita.

- Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado.
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente, por el malo.
- Que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido.

La aplicación de altas dosis de medicamentos derivados del opio en el tratamiento del dolor (infarto agudo del miocardio, aneurisma disecante, tromboembolismo pulmonar y otros), constituyen una acción en sí misma buena —una vez agotadas otras terapias que no tienen efecto negativo—, es ética ya que los efectos adversos tales como la depresión del centro respiratorio, la hipotensión y la sedación no son buscados directamente sino solo tolerados, teniendo en cuenta que no existen otras terapias sustitutivas.

En otras ocasiones, es necesario suprimir la conciencia del enfermo durante un período de tiempo, como ocurre con frecuencia en personas operadas del corazón que tienen un despertar agitado. Como la conciencia es un bien objetivo del ser humano, no es lícito privar a alguien de la misma sin una razón justificada, por lo que debe obedecer a un motivo terapéutico proporcionado, no debe ser directamente querida, sino tolerada. No es lícito sedar un enfermo por falta de personal para atenderlo.

Principio de veracidad

Comunicar la verdad sobre su estado a un enfermo, cuando se trata de una enfermedad o el pronóstico a corto y mediano plazo es el de una muerte inevitable, es otro de los

dilemas éticos a los que tiene que hacerle frente el médico.

La diversidad cultural ejerce su influencia en los estilos para enfocar los problemas éticos. La cultura anglosajona, más individualista, opta por dar toda la información posible basada en los principios éticos de beneficencia y autonomía que le permite al enfermo tomar sus propias decisiones.

En Latinoamérica, a pesar de la influencia anglosajona, predomina un modelo familiar de toma de decisiones.

De cualquier modo, la comunicación de la verdad no debe realizarse a ultranza, merita que el médico reflexione sobre qué, cómo, cuándo, quién y a quién se debe informar, lo que no significa asumir una posición paternalista ni violar los principios mencionados en el párrafo anterior.

Principio de prevención

El médico debe evitar las complicaciones, implementando las medidas necesarias que preserven al enfermo de las mismas. El consejo oportuno a los familiares sobre las mejores acciones, en caso de que se presenten complicaciones, no solo evita el sufrimiento al enfermo, sino que también facilita la no aplicación de intervenciones desproporcionadas.

Principio de no abandono

El rechazo de algunas terapias por parte del enfermo, a pesar de que el médico considere que es un error, no justifica que se deje de prestarle la atención sanitaria que aquél necesita. Mejorar los mecanismos de comunicación entre uno y otro, quizás logre modificar la conducta del enfermo y aceptar la propuesta médica.

Pero el principio en sí mismo previene sobre otra forma más sutil de abandono. Se trata de aquellas situaciones en las que el médico emplea la conocida frase "no hay nada más que hacer" como un mecanismo de autoprotección ante la impotencia de no poder salvar una vida. Es necesario recordar que, cuando no se puede curar ni aliviar, se puede, al menos, consolar y acompañar, lo

que pone a prueba el respeto del médico por la dignidad del ser humano, aun en condiciones extremas.

CONCLUSIONES

La cultura médica contemporánea enfrenta la lógica que impone el desarrollo terapéutico: todo lo técnicamente posible es éticamente justificable, o más aún, exigible. No se trata de reducir la práctica médica a un tecnicismo conductual en el que, el enfermo es reducido a un conjunto de síntomas, incluido el dolor, que es necesario anular. De lo que se trata es de resguardar la dignidad de la persona por esa misma razón: ser una persona, y por tanto con dignidad, lo que exige respeto y la aceptación de que la vida humana es finita. Los principios relevantes que se explican facilitan la toma de decisiones por parte del médico que enfrenta un dilema ético ante un enfermo en estado terminal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Anuario estadístico de salud. 2009.
2. Larousse, diccionario enciclopédico. 11ma. edición. Colombia. Larousse 2005. Hipócrates. p.1391.
3. Padrón R. Paciente en estado terminal. [CD-ROM]. Edición especial. La Habana: Centro de Bioética Juan Pablo II; 2007.
4. Emanuel LL. Bonow RO. Asistencia de paciente con cardiopatías terminales. En: Braunwald E. Tratado de Cardiología. Madrid: ELSEVIER; 2006. p. 53-61.
5. Lo B, Schroeder S. Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service. Arch Intern Med. 1981;141:1063- 4.
6. Taboada P. Principios éticos relevantes en medicina paliativa. [CD-ROM]. La Habana. Centro Bioético Juan Pablo II; 2007.
7. Abascal H. Juramento Hipocrático. Editorial Crónica Médico- Quirúrgico de La Habana. 1932;10:385- 7.
8. OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes técnicos 804. Ginebra, 1990. p. 11-2.
9. Código penal. Ley 62/1987 de 29 de diciembre. Gaceta Oficial de Cuba. Ed. Esp. No.3 (30.12.1987). Delitos contra la vida y la integridad corporal. [Citado 24-8-2010]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.cu/html/codigo-penalhtml#A13>
10. Taboada P. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos. [CD-ROM]. La Habana. Centro de Bioética Juan Pablo II; 2007.
11. Wikipedia. La enciclopedia libre. Honestidad. [Citado 23-8-2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/honestidad>

Recibido: 29 de septiembre de 2010.
Aceptado: 31 de octubre de 2010.