FEDERACION PANAMERICANA E IBERICA DE SOCIEDADES DE MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA

LÍMITES DE ACTUACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Dr. Alberto Villazón S.

Dentro de las grandes posibilidades actuales para mantener las funciones vitales durante el estado crítico, el límite de actuación se centra, en términos generales, en función de dos factores: la disponibilidad de recursos y la compasión humana.

El límite de actuación más frecuente esta dado por la limitación de recursos, tanto humanos como tecnológicos, y es proporcional al desarrollo de cada país. La limitación se manifiesta tanto en la etapa de planeación como en la diaria aplicación de la asistencia médica.

La adquisición de equipo, el entrenamiento de recursos humanos y su distribución compiten con las necesidades de otras áreas hospitalarias o del país, en función de múltiples problemas y de acuerdo a prioridades. En algunos países los recursos disponibles se aplican, prioritariamente, a las numerosas necesidades básicas de asistencia primaria, limitando cada vez más el ahora llamado tercer nivel de atención médica.

La aplicación de los análisis de costo-beneficio es inoperante en las unidades de terapia intensiva, en las cuales, el saldo económico es siempre negativo.

El análisis costo-efectividad resulta más sensible; sin embargo, en la evaluación de la eficiencia encontramos interrogantes difíciles de responder: Cuánto vale una vida humana?; se justifica un costo de 100.000 dólares para aumentar tan solo unos años de vida a un grupo reducido de enfermos, cuando esa misma cantidad aplicada al nivel primario de atención, puede prevenir la morbi-mortalidad de cientos de seres, quizás más jóvenes? Aún así, de estos análisis podemos tener una buena información sobre lo que podemos hacer y de lo que obtenemos.

Un buen ejemplo es el estudio realizado por Schmith CD y colaboradores de la Universidad de UTA, sobre el uso de la ventilación mecánica prolongada(1) de 138 enfermos que requirieron apoyo ventilatorio por más de 48 horas sobrevivieron 49 (37%) y sólo 38 (28%), vivían a los 3 años. El costo hospitalario promedio, por enfermo, fue de 16,930 dólares. El costo-beneficio por año de vida logrado fue de 1.826 dólares, con importantes variaciones de acuerdo al padecimiento primario: sólo 460 dólares por año en enfermos asmáticos y hasta 8.026 dólares por año en enfermos con disfunción cardiaca, grupo del cual sólo dos de doce vivieron y por menos de un año; los cinco enfermos con falla respiratoria por fibrosis pulmonar fallecieron en el hospital. Se encontraron también diferencias importantes en relación a la edad, con franco aumento en la relación costo-beneficio en hombres mayores de 56 años y en mujeres mayores de 75.

La limitación de recursos que constriñe la calidad de atención, puede subsanarse con una mayor entrega humana, con un mejor conocimiento, con el análisis cuidadoso del equipo que es posible adquirir y mediante la máxima efectividad en su aplicación. El reto del intensivista con pocos recursos estriba en la óptima aplicación de sus mínimos insumos. Conocemos bien las ventajas e indicaciones generales de un catéter de Swan Ganz; sin embargo, su alto costo limita su aplicación a sólo unos cuantos.

La limitación de recursos nos obliga día a día a un doloroso y necesario triage; decidir quien recibirá la mejor o la mayor atención. En este sentido, y en función de su confiabilidad, los índices pronósticos así como el análisis de la calidad de vida futura resultan útiles.

Hace 10 años, en nuestra unidad, como en otros sitos, efectuamos mediciones de volumen de mezcla ventricular; su relación con el trabajo del ventrículo izquierdo,(2) mostró una buena correlación con la mortalidad operatoria; sin embargo y por diversos factores, su impacto no fue mayor entre nuestros cirujanos.

Muchos otros estudios preoperatorios (hemodinámicos, respiratorios, metabólicos o inmunológicos) proporcionan parámetros confiables para la evaluación del riesgo quirúrgico, aún así, continúan realizándose operaciones en enfermos con pobre reserva funcional y mínimas posibilidades de sobrevida, aún con la óptima utilización de los recursos disponibles en las unidades de Terapia Intensiva durante el perioperatorio.

Los estudios sobre índices pronósticos deben basarse en parámetros confiables y sencillos; por ejemplo: aplicando la evaluación de riesgo de la Federación Mundial de Anestesiología a 706 enfermos quirúrgicos consecutivos internados en nuestra unidad, obtuvimos una mortalidad del 42% en los enfermos con riesgo V, el 10% en el riesgo IV y el 0% en el III. Este grupo corresponde al enfermo con riesgo alto de desarrollar falla orgánica y muestra la utilidad de prevenirla mediante el cuidado intermedio, ya que en un grupo similar de enfermos no ingresados a Terapia Intensiva, la mortalidad fue de 5%(3).

El Score de trauma del Colegio Americano de Cirujanos, los índices tipo Glasgow para el coma, los de Ranson para la Pancreatitis, etc., son buenos avances en la búsqueda de signos pronósticos universales y ayudan a categorizar, tanto al enfermo como al hospital; limitando en veces, la aplicación de algunos métodos terapéuticos.

El segundo factor, no ligado a lo económico, se refiere al problema moral y ético que nos enfrenta a una decisión: ¿Hasta cuándo debe prolongarse el sufrimiento en función de la evolución natural del o de los procesos patológicos presentes?

No encontraremos la solución en juicios y leyes; resulta absurdo pedir respuestas cuando no hay verdades absolutas; debemos aceptar que hay un tiempo para vivir y otro para morir, tiempo para aplicar nuestra técnica de reanimación y tiempo para reconciliarnos con la muerte inevitable. Es irrealístico esperar leyes en asuntos del corazón.

La respuesta fácil es la de afirmar que el médico debe luchar hasta el último momento; pensar así, es aplicar, en la toma de decisiones reglas de la ética clínica útiles en décadas pasadas, que el avance tecnológico nos obliga a cambiar.

En una encuesta efectuada entre 308 médicos asistentes al 1er. Congreso Panamericano de Medicina Crítica pro Shapiro M. y colaboradores,(4) el 40% se mostraron partidarios de la eutanasia en casos especiales; sólo un 22% consideró determinante la opinión de los familiares; el 10% reconoció haberla practicado y el 83% opinaron que la harían a petición de un enfermo lúcido. Sin embargo la opinión del enfermo en circunstancias críticas casi nunca es confiable.

Ayuda a decidir hasta donde continuar, el pensar que el enfermo fuéramos nosotros mismos. Sin embargo, en la respuesta aplicamos nuestros propios principios, nuestro propio deseo de vivir y no los del enfermo.

El binomio Médico-Familia sigue siendo importante, siempre y cuando el médico conozca y exponga con exactitud las posibilidades y los familiares tengan la necesaria capacidad emocional. En la triada

Médico-Paciente-Familia, se mezclan sentimientos de miedo, culpabilidad e inseguridad al enfrentar lo desconocido. Para asegurar que las decisiones tomadas son las correctas esta triada debe ser apoyada por comité locales que aporten un punto de vista menos visceral.

Considero que el avance principal en los últimos años ha sido adquirir una mayor conciencia del problema. En el futuro próximo es necesario universalizar criterios mediante un estudio multidisciplinario basado en índices objetivos y pronósticos confiables que analicen las posibilidades de curación, la calidad de vida esperada y el tiempo estimado de sobrevida. En este análisis e importante evaluar el estado de salud y la mortalidad 6 meses después de la estancia en Terapia Intensiva; Rapin M. y Cols., reportan una mortalidad 16% mayor después de este lapso(5).

En el hoy, en ausencia de limitación de recursos, prevalece la sobreactuación, apoyada, en veces, en fríos análisis con poca compasión humana.

Algunos problemas requieren pronta solución: los excesos terapéuticos en el enfermo terminal: el fomentar falsas esperanzas; la carga emocional, económica y de sufrimiento que implica prolongar sin objeto una vida.

Para algunos, la medicina crítica representa sólo un conjunto de técnicas antinaturales para prolongar la vida. Además, el intensivista se sumerge fácilmente en una maquinaria sofisticada, impersonal y materialista. Por ello, entre otras razones, debe siempre mantener su propia personalidad y un espíritu superior, conservando lo bueno de la medicina tradicional, congruente con la sociedad en que vive, entendiendo al enfermo como un ser humano y reafirmando, con su actitud, la moral médica.

BIBLIOGRAFÍA

1) Schmidt D.W. y Cols.: Prolonged mechanical ventilation for respitatory failure: A cot-benefit análisis. Crit. Care Med. 11:407-411. 1983.

2) Villazón A., Sierra A., López- Soriano F., y Medina R.A.T.: Hemodynamic paterns in shock – and critically ill patients. Crit Care Med. 3:215. 1975.

3) Villazón A., y Cols.: Urgencias Comunes en Medicina Crítica. C.E.C.S.A. México 1982.

4) Shapiro M., y Cols.: Actitudes ante muerte cerebral y eutanasia. Medicina Crítica. 3: 155-161. 1981.

5) Rapin M., Le Gall J.R.: Influence of age, previous health status, and severity of acute illness on outcome from intensive care. Crit. Care Med. 10: 575-577. 1982.