

Debate

Decisiones en terapia intensiva

Marcos Las Heras

Los continuos avances y cambios en la medicina moderna nos han centrado en un enfoque de tendencia biologista, basándonos en resultados de estudios, trabajos y pruebas, alejándonos del razonamiento temporal fundamentado en las condiciones futuras de los pacientes, sus familias y entorno. La formación de los médicos especialistas en cuidados críticos tiene un encuadre principalmente técnico, con una notable carencia de filosofía, antropología y psicología.

Rafael Echeverría en su libro *Ontología del lenguaje*, menciona: “No sabemos cómo las cosas son. Solo sabemos cómo las observamos o cómo las interpretamos. Vivimos en mundo interpretativo”.

Entonces deberíamos preguntarnos, si observamos las cosas como en realidad son, o como nosotros somos. Estas preguntas trascendentales son las que nos hacemos cuando nos enfrentamos a decisiones sobre el futuro de pacientes críticos y quizás con un mayor énfasis en aquellos que están viviendo la etapa final de su vida.

Esta perspectiva antropológica debería estar unida a la biológica, para ir en una misma dirección y complementarse una con la otra teniendo en cuenta las consecuencias que se generan cuando se pierde este equilibrio. El enfoque puramente biológico nos hace apoyar nuestras decisiones en ensayos, cohortes metaanálisis y como sabemos, la medicina ha sido en el último tiempo uno de los mayores cementerios de verdades.

Hace cuatro años, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Italiano de Buenos Aires iniciamos un trabajo en pacientes ancianos con el objetivo de realizar una evaluación clínica, respiratoria, nutricional, motora y de calidad de vida a los 3 y 6 meses, y al año de que fueran sometidos a ventilación mecánica por más de 48 horas. A raíz de este trabajo comencé a notar las consecuencias de nuestras decisiones y el impacto que generaban en los pacientes, en su entorno familiar, social y económico.

En esta experiencia, conocí a una paciente que me movilizó profundamente, y me llevó a replantear lo que hacemos todos los días. Dora, de 86 años, una persona frágil como resultado de una larga vida; sufría caídas a repetición lo que puede llegar a ser un problema potencialmente mortal en este grupo etario.

Una de sus caídas le generó un traumatismo torácico que derivó en una internación de 7 días en nuestra unidad; luego pasó a sala de internación general y nos olvidamos de ella. En su control ambulatorio a los 3 meses del alta, descubrí una anciana decaída, angustiada y profundamente triste que lloraba continuamente.

Me detalló su rutina diaria, haciendo referencia a lo bien cuidada que está en el geriátrico. Pero a pesar de toda la asistencia que se le brinda, Dora pide volver a su casa, estar con su perro y visitar a su hermano que se encuentra comprometido de salud; insiste en forma repetitiva en que todo cambiaría y sería feliz si pudiera volver a su vida anterior.

La edad por sí sola no debería ser una limitante para el ingreso a las unidades de cuidados críticos, sin embargo los estudios de mortalidad muestran una gran variabilidad de datos en este grupo etario. Sumado a la edad, se debería evaluar su estado funcional y su calidad de vida en el contexto de la patología que motiva la internación. Se carece de estudios prospectivos de seguimiento a largo plazo que nos permitan tomar decisiones, teniendo en cuenta múltiples factores como la necesidad de un cuidador para las actividades diarias, la disponibilidad de centros de asistencia a personas ancianas, el entorno familiar, social y económico.

Conceptos como la limitación del esfuerzo terapéutico, íntimamente relacionada con la comunicación de los médicos con los pacientes y sus familiares sobre diferentes aspectos como la retirada o no progresión de medidas terapéuticas, debieran ser tenidas en cuenta ya que son parte de nuestra responsabilidad e idoneidad como médicos tratantes.

En su libro, *Ser mortal*, Atul Gawande nos muestra sus recorridos sobre esta problemática, su correlación con las diferentes culturas y como la vida actual, donde los costos de la salud, el individualismo de las sociedades occidentales, y la gran cantidad de horas que dedicamos a nuestras actividades laborales, hace que nuestros padres y abuelos se encuentren cada vez más apartados de su familias en el contexto de una mayor expectativa de vida.

Necesitamos de médicos de familia, geriatras e intensivistas que se comprometan a un cambio, generando un modelo de atención y formación para las nuevas generaciones de médicos que les permita afrontar y comprometerse con este problema endémico que se nos está presentando. Asimismo, se necesita de un mayor conocimiento de esta población que nos brinde herramientas para facilitar la toma de decisiones, y ante todo para entender que el trabajo, de base, debe ser un acto de amor y no una boda de conveniencia.

Marcos Las Heras es médico, especialista en terapia intensiva y neumonología (Hospital Italiano)

