

Entrevista al Dr. Enrique Agüero Villarreal

Especialista en Terapia Intensiva y Medicina Interna

Historia Personal

¿Cómo fueron sus primeros pasos en la medicina?

Me recibí de Médico en la Universidad Nacional de Córdoba e hice la especialidad de Medicina Interna en la Clínica Reina Fabiola. Durante el cursado del postgrado en la Universidad Católica de Córdoba, recibí mis primeras nociones de bioética.

Recuerdo que en el segundo año de la residencia, asistí a un Congreso de Terapia Intensiva y quedé fascinado con la charla de un médico español muy reconocido, el Dr. Salvador Benito, acerca de ventilación mecánica. Desde ese momento decidí dedicarme a Cuidados Críticos. Luego completé el postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la UNT y desde hace más de 12 años me dedico a la especialidad. Actualmente me desempeño como Jefe de UTI del Hospital Regional Ramón Carrillo y del Sanatorio Alberdi de Santiago del Estero.

Terapia Intensiva

Al comienzo se consideraba que la TI era el lugar donde uno iba a morir, ¿cuál es el concepto básico de la TI hoy?

La UTI es un ámbito en donde ingresan pacientes con una o varias alteraciones fisiológicas que ponen en riesgo su vida. El concepto ha ido variando en el tiempo, en parte, debido al avance de la tecnología que ha logrado mejorar el soporte vital, es decir la capacidad de reemplazar la función deteriorada. Aunque, paralelamente, el costo de esa salud de última generación ha aumentado de tal forma que se ha vuelto cada vez más inaccesible para un porcentaje de la población. Como consecuencia de esto, hubo un cambio en los pacientes de la TI al admitirse aquellos que tienen mayores chances de resultados exitosos a la terapéutica.

¿Qué tipos de pacientes atiende la TI actual y qué tasa de mortalidad existe en su ámbito laboral?

El Hospital donde trabajo es el referente en trauma de la provincia y se atienden principalmente pacientes agudos, generalmente jóvenes con accidentes de tránsito. En general son los más graves por eso tenemos una tasa de mortalidad cercana al 35%, pero se corresponde con la gravedad de los mismos.

Paciente Terminal

Los pacientes que no tienen chances de resultados exitosos a la terapéutica ¿Son los denominados pacientes terminales?

Hoy en la medicina evitamos utilizar la denominación “paciente terminal”, pues se la asocia con el hecho de que ya no hay nada más que hacer con ese paciente. Todos los pacientes, aunque su expectativa de supervivencia a corto plazo sea baja, pueden recibir una atención médica adecuada; esto incluye un tratamiento paliativo o acompañamiento terapéutico en sus últimos días de vida.

¿Cuáles son las principales cuestiones éticas que enfrenta el médico que atiende a un paciente terminal?

Las cuestiones bioéticas han acompañado al intensivista desde los albores de la especialidad, debido a que nos enfrentamos frecuentemente al sufrimiento extremo o la muerte. Particularmente en mi especialidad, con los avances en los métodos de soporte vital, se ha dificultado la posibilidad de establecer objetivamente cuál enfermo es “terminal”. Hoy es posible posponer la muerte con el uso de la tecnología, pero muchas veces solo se prolonga el proceso de la agonía sin prolongar la vida. La Bioética ha trabajado mucho en los últimos tiempos y se han llevado adelante muchas investigaciones al respecto.

¿Cómo es la toma de decisión sobre la acción terapéutica que se da a un paciente terminal?

En cuanto a la toma de decisiones se plantea un problema ético legal de muy difícil manejo. Por lo general nos manejamos con los principios éticos de la beneficencia (hacer lo médicamente mejor para el paciente), pero muchas veces no tomamos en cuenta el principio de la autonomía (lo que el paciente desea). Incluso en la toma de decisiones en cuanto a limitación del esfuerzo terapéutico, es mucho más importante la opinión del paciente que la de sus familiares y que la del equipo médico tratante.

Limitación del Esfuerzo Terapéutico

¿A qué se denomina Limitación del Esfuerzo Terapéutico y qué criterios utilizan para fundamentarlo?

Por suerte la opinión pública últimamente está tratando estos temas trascendentales, inclusive se están presentando proyectos de muerte digna en la Legislatura. La limitación en el esfuerzo terapéutico, es justamente eso: establecer límites en el tratamiento para evitar acciones fútiles, es decir que prolonguen una agonía y no la vida. Este concepto es muy difícil de establecer en la práctica; en casos de estado vegetativo persistente es frecuente que la familia misma se planteen el dilema, pero en otros casos en la terapia intensiva es muy difícil determinar cuándo se deben detener los tratamientos de sustitución de funciones. La SATI ha publicado las "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o el retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico", las cuales son de descarga libre en su página Web (www.sati.org.ar). En ellas se plantean los objetivos de la atención en TI, las diversas circunstancias bioéticas a las que se puede enfrentar el equipo de TI y cómo resolverlas, basado en las recomendaciones del Comité de Bioética de la SATI.

Resumidamente, ¿de qué se tratan las Pautas y Recomendaciones de la SATI?

Esas pautas surgen de un consenso de personas notables en cuanto a la bioética. Se publicaron en 1999 y se republicaron en el año 2009 durante el congreso que la SATI organizó en Córdoba, porque se cumplían 10 años y se habían cambiado algunos detalles. Son muchas porque definir cuál es el paciente al que uno va a proponer la limitación del esfuerzo terapéutico es muy difícil, sobre todo en terapia intensiva. En otros servicios, por ejemplo en oncología o en donde hay pacientes crónicos, es más fácil objetivar el pronóstico de acuerdo a las metástasis o la extensión del cáncer y es más fácil determinar no seguir haciendo maniobras extraordinarias para mantener una agonía.

Generalmente ¿qué tipo de pacientes son sometidos a LET?

Por lo general en terapia intensiva, es un paciente que está en sedación o en coma y ha sufrido muchas injurias. Las injurias pueden ser externas, como infecciones, traumas, tóxicos; o propias de la actitud médica, por ejemplo, la ventilación mecánica. Si bien la ventilación mecánica es un método de soporte, produce un daño en sí, como la diálisis o las drogas vasoactivas, que son las drogas para mantener la presión. Todo este tipo de acciones las llamamos actitudes extraordinarias, porque sin ellas el paciente no viviría.

Llega un momento en que el paciente sufre las injurias internas de su enfermedad más las injurias externas y la evolución de la patología no cambia. Es el caso por ejemplo de los pacientes que tienen enfermedades pulmonares crónicas y un serio deterioro de su función

pulmonar al que no se le puede retirar la ventilación mecánica porque el pulmón por si mismo no funciona. Y si ese paciente además tiene una lesión neurológica, es tamos hablando de un paciente que no está conectado al medio y que está dependiendo de una máquina para vivir, eso no es una calidad de vida, que es lo que uno espera.

Cuando uno hace un tratamiento en terapia intensiva lo que intenta es que el paciente vuelva a cierta funcionalidad con su entorno. En el caso extremo que acabo de comentar está claro que es un paciente no recuperable.

¿Cuáles son las formas de realizar LET en medicina intensiva?

Generalmente el LET se aplica de dos formas: con un triage a decuado antes del ingreso del paciente a TI o con la abstención o retiro de una medida de soporte extraordinario.

El triage es cuando uno decide qué paciente va a entrar en TI. Este término esta muy relacionado con la urgencia. Se empezó a usar en la guerra cuando se dividía a los pacientes en colores, verde, rojo y negro. Los de color verde eran pacientes que estaban bien o necesitaban cuidados mínimos, los rojos eran pacientes que necesitaban cuidados inmediatos pero eran recuperables y los negros eran pacientes graves que ninguna medida de soporte iba a evitar que muera. Esta selección se ha extendido a diferentes campos, se usa mucho en situaciones de desastres naturales o aéreos, y también en la selección de los pacientes en la guardia de urgencia. Allí es donde se hace la primera LET. Por lo general, a TI se derivan pacientes que puedan recuperarse del estado crítico.

Dentro de la TI las medidas de LET más frecuentes son: abstención de colocar ventilación mecánica, drogas vasoactivas o diálisis. Y las menos frecuentes son: la nutrición, la hidratación y el oxígeno. Lo que no se suele dejar de hacer es el suministro de analgésicos, porque por más que uno decida la LET, tiene que mantener el confort, evitar la ansiedad, el dolor y brindar cierta calidad en los últimos días de vida del paciente.

¿Quienes intervienen en la toma de decisión sobre la LET?

Es un tema difícil sobre todo porque nadie lo prevé cuando está sano. Distinto es cuando el paciente tiene una enfermedad crónica y ya va hablando del tema. Sino, nosotros tenemos que enfrentarnos a eso, juntar la opinión de la familia, con lo que pensaba el paciente, si alguna vez había dado opinado acerca de eso, y la opinión del equipo tratante. En el caso de que no se llegue a tomar la decisión, habría que tener en el hospital un Comité de Ética para resolverlo.

Muchas veces todas estas cuestiones pasan al plano jurídico. Por ejemplo, el año pasado en Inglaterra hubo 20 juicios sobre pacientes en estado vegetativo y han salido a favor de la LET.

En cambio, cuando hay una directiva anticipada es mucho más fácil. El paciente puede dejar un instrumento legal y decir "no quiero que me hagan medidas extraordinarias o que me internen en terapia intensiva". Se realiza frente a un abogado o un escribano, y eso es mucho

mas importante que la opinión del familiar o del equipo tratante; la opinión del paciente es lo mas importante.

Cuando es el caso de pacientes que no pueden hablar, porque están en coma o en coma farmacológico, se toma la opinión del familiar más directo, a veces hay controversia entre ellos y por lo general se toma la opinión de los convivientes.

¿Cómo describiría la relación del médico con los familiares del paciente?

Comunicarle la decisión a la familia es muy difícil y no solo depende de cómo lo comunica el medico sino de las creencias religiosas, morales y culturales que dificultan la comunicación. Hay familiares que te piden continuar con las medidas terapéuticas hasta el último momento y otras que prefieren limitar el esfuerzo cuando el paciente no es recuperable.

El problema que tenemos en la actualidad es como conjugar la actitud familiar, la actitud del equipo tratante y el marco legal, porque hay un gran vacío legal al respecto. Si bien está ampliamente demostrado que la LET es muchas veces lo mejor para el paciente, hay muchos médicos que no le comunican la decisión a la familia por temor a tener represalias legales.

En general la recomendación es que la familia debe recibir apoyo continuo desde que se detecta un paciente con enfermedad irreversible, durante las entrevistas, los informes y la toma de decisiones. La actitud de la familia frente a estos planteos depende de muchos factores, morales, culturales, religiosos, pero el equipo medico se debe mostrar abierto y contenedor en todo momento.

¿Con qué frecuencia es la toma de decisión sobre LET en terapia intensiva?

Diariamente. El LET es frecuente en TI en nuestro país. En un estudio conjunto entre Brasil, Argentina y Uruguay publicado en el 2010, quedo manifestó que el 90% de los médicos habían optado por LET alguna vez en su practica profesional, con mayoría entre los Argentinos los que a su vez fueron mas pro-activos.

Opinión

¿Qué consecuencias deja en el equipo de Terapia Intensiva la muerte de un paciente?

¿Cómo se preparan para eso?

Desgraciadamente los médicos recibimos escasa formación en las cuestiones Bioéticas, aunque eso está cambiando tanto en el pregrado como en el postgrado. Es llamativo como en los Congresos de Terapia Intensiva las charlas de fin de la vida y otros temas bioéticos han ido ganando espacio. En la formación de terapia intensiva, es obligatorio en el programa el dictado de módulos de ética médica. Sin embargo la mayoría de los intensivistas se queja de que no

recibe la formación adecuada para enfrentar a la muerte diariamente. Pensemos que un médico de diez años de profesión podría haberse enfrentado con la muerte en más de mil oportunidades. Eso va creando una coraza inexorablemente. En los primeros años uno va asumiendo la muerte como algo natural, aunque sea un tema tabú en la sociedad, inclusive va racionalizando la muerte de sus seres queridos en forma diferente a las otras personas. Eso deja muchas secuelas, el Burn-Out es muy frecuente en nuestra especialidad. Los enfermeros son los que están en más contacto con el paciente y creo que son los que más sufren su pérdida. Creo que se deberían implementar talleres de apoyo y capacitación para tratar los temas bioéticos. En nuestro hospital estamos planeando un taller en conjunto con el servicio de psicología para tratar estos temas.

¿Cree trabajar toda su vida en Terapia Intensiva?

A pesar de lo duro de este trabajo y de que no está bien remunerado, la especialidad es fascinante. Siempre digo que intensivista se nace, los que trabajan en UTI son apasionados de la medicina, uno lo nota cuando se discuten los casos. No se si es por la adrenalina o la sensación de luchar con la muerte día a día, pero creo que voy a trabajar dentro de la TI hasta que me jubile.