

Implicaciones bioéticas en la atención médica a pacientes con cardiopatías en estado terminal

Bioethical implications in the medical care of end-stage heart disease patients

 Lilisbeth Benítez-Rojas^{1*}, Kathleen Nicole González-Medina², Cesar Ramón Góngora-Ávila³
¹Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”. Las Tunas, Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-3249-0932>
²Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”. Las Tunas, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-7832-6647>
³Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”. Las Tunas, Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-5600-6431>

 *Autor para la correspondencia: sahilyrp@nauta.cu

Recibido: 28 de mayo de 2019

Aceptado: 11 de noviembre de 2019

Publicado: 28 de noviembre de 2019

 Citado: Benítez-Rojas L, González-Medina KN, Góngora-Ávila CR. Implicaciones bioéticas en la atención médica a pacientes con cardiopatías en estado terminal. Univ Med Pinareña [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 15(3): 429-439. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/644>

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte a nivel mundial y en nuestro país; de ahí que la atención a pacientes con enfermedades cardiovasculares en estado terminal sea común. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar conflictos y dilemas bioéticos a los que se enfrenta el personal médico al tratar pacientes con cardiopatías en estado terminal. Se seleccionaron 20 artículos obtenidos de la búsqueda en Scopus, SciELO y Ebsco. El avance científico en Cardiología ha contribuido a que estas enfermedades evolucionen hacia la cronicidad por lo que deben establecerse cuidados paliativos en estos pacientes. Se identificaron conflictos e implicaciones éticas en su manejo al ocurrir contraposición en los principios de la bioética en la toma de decisiones; además de la medicalización de la muerte y el ensañamiento terapéutico y se establecieron los principios para minimizar sus efectos en Cardiología.

Palabras clave: Bioética; Ética Médica; Enfermedades Cardiovasculares; Cuidado Terminal; Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the leading cause of death worldwide and in Cuba; hence care for patients with end-stage cardiovascular disease is common. A medical literature review was conducted to identify bioethical conflicts and dilemmas that medical staff face when treating patients with end-stage heart disease. Twenty articles browsed from the Scopus, SciELO and Ebsco search were selected. The scientific advance in Cardiology has contributed to the development of these diseases towards

chronicity and therefore palliative care must be established in these patients. Conflicts and ethical implications in the management of these patients were identified when conflicts occurred in the principles of bioethics in decision making; in addition to the medicalization of death and therapeutic overuse, and principles were established to minimize their effects in Cardiology.

Keywords: Ethics, Medical; Bioethics; Cardiovascular Diseases; Terminal Care; Hospice Care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de muerte en los países desarrollados, el envejecimiento, la obesidad y los estilos de vida poco saludables influyen en el aumento gradual de las mismas^(1,2). Su prevalencia conlleva una gran carga de salud pública y costes sanitarios importantes. En Cuba, por más de cuarenta años, las enfermedades del corazón han constituido la primera causa de muerte en todas las edades. En el año 2018, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón fue de 228,2 por 100 000 habitantes⁽³⁾.

En este sentido la cardiología, como especialidad médica ha insertado avances tecnológicos que han permitido una significativa reducción de la mortalidad y logrado mayor supervivencia de los pacientes con dichas afecciones. Además, en la práctica médica, técnicas como la reanimación cardiopulmonar, la existencia de unidades de cuidados intensivos cardiovasculares, son otros de los factores que influyen en la disminución de decesos por esta causa

Todos estos avances permiten que las enfermedades cardiovasculares evolucionen hacia la cronicidad y sean causa de muerte y discapacidad, esto posibilita que algunos enfermos alcancen una etapa de enfermedad terminal con expectativas de muerte inminente⁽⁴⁾. Pero a la vez, le plantea numerosos dilemas éticos que el cardiólogo de hoy debe conocer y afrontar; recordando que principal objetivo es el bienestar del paciente, en cuyo beneficio deben confluir todas las acciones que realice el profesional médico⁽⁵⁾.

Las decisiones clínicas se promedian generalmente entre prioridades diversas como promover la salud, ahorrar recursos, relacionar costo-beneficio y el desarrollo de patrones y estilos de vida favorables a la salud⁽⁶⁾. El dilema ético clínico es definido como la dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que se debe hacer en oposición a lo que simplemente fue hecho o frecuentemente se hace⁽⁷⁾.

Todo el proceso de toma de decisiones dentro de la medicina, debe estar determinado por los cuatro principios fundamentales de la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y la justicia distributiva. Son de gran importancia los factores culturales, religiosos, legales, sociales y económicos ya que todos estos pueden influir en las formas en que cada principio es interpretado y aplicado⁽⁸⁾.

Aunque muchos de los aspectos éticos que afrontan los cardiólogos no son exclusivos de la cardiología, ciertos temas resultan especialmente sobresalientes, y las cardiopatías y su tratamiento suscitan consideraciones especiales. Derivando en diversos dilemas éticos.

Artículos publicados en Cuba destacan que dentro de los principales problemas éticos que pueden surgir se encuentra el desconocimiento por parte de los médicos y personal de salud sobre cuándo se

está en presencia de un paciente con cardiopatías en estado terminal, por ende, el acceso de estos pacientes a los cuidados paliativos es mucho menor, si se compara por ejemplo con el de los pacientes con enfermedades oncológicas, y que están poco desarrollados en Cardiología ya que se brindan casi exclusivamente en la fase agónica de la enfermedad.

Otras cuestiones éticas están implicadas en este proceso; entre ellas la medicalización de la muerte y el ensañamiento terapéutico, así como otros principios que surgen al tratar estas afecciones y que permiten disminuir los dilemas éticos a los que se enfrenta el personal de salud al tratar a estos pacientes.

Todo esto reafirma la necesidad de mantener actualizada a la comunidad científica en aspectos relacionados con el manejo desde el punto de vista bioético de pacientes con afecciones cardiovasculares, específicamente las enfermedades terminales, en esto radica la principal motivación de la presente revisión, con la cual se pretende incrementar el conocimiento en los estudiantes de las carreras de las ciencias médicas y profesionales de esta rama en la interrelación de la bioética y la clínica en el ámbito cardiovascular. La presente investigación tiene como objetivo identificar en la literatura conflictos y dilemas bioéticos a los que se enfrenta el personal médico al tratar pacientes con afecciones cardiovasculares en estado terminal.

DESARROLLO

La denominación de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se encuentra constituida por cuatro grandes grupos de enfermedades: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes mellitus, siendo las enfermedades cardiovasculares las que presentan mayor carga dentro del grupo de ECNT. No todas las enfermedades crónicas no transmisibles tienen igual pronóstico ni se acompañan de una misma comorbilidad. El estadio terminal se observa en enfermedades avanzadas no necesariamente malignas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares⁽⁴⁾.

Dentro de las afecciones cardiovasculares el síndrome coronario agudo y emergencias como la emergencia hipertensiva complicada, la insuficiencia cardíaca descompensada, el síndrome aórtico agudo, las arritmias cardíacas malignas, la muerte súbita resucitada son actualmente considerados un problema epidemiológico y por tanto de gran impacto en la salud pública, debido a que es responsable de una considerable morbi-mortalidad a nivel mundial⁽⁶⁾.

Uno de los conflictos a los cuales se enfrenta la medicina en la sociedad es la atención a los pacientes en estado terminal, al cual se llega cuando la enfermedad no responde a tratamientos específicos instaurados para curarla o estabilizarla, por lo que conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses), y el proceso está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar^(3,9).

Estos pacientes sufren con frecuencia múltiples síntomas que demandan alivio y requieren de la asistencia de un cardiólogo experimentado en prácticas clínicas paliativas con alta responsabilidad bioética en la toma de decisiones clínicas⁽⁴⁾.

Es por ello, que para lograr una mejor comprensión de la presente revisión se hará una subdivisión en epígrafes.

Bioética

La bioética, tal y como la define la enciclopedia del tema, es la rama del conocimiento que se ocupa del estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y la atención a la salud en la medida que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales⁽¹⁰⁾.

La segunda mitad del siglo XX transitó con una enorme invasión de la ciencia en la vida cotidiana, consecuencia de la revolución científico-técnica. Surge entonces la necesidad de reconsiderar la función de la ciencia en la sociedad y cobran particular relieve los tópicos relacionados con la ética y los problemas existenciales⁽¹⁰⁾.

Este desarrollo alcanzado por la ciencia provocó cambios importantes en el pensamiento ético, político y social y ya en el último tercio del siglo XX, la aparición de la bioética tuvo un impacto más profundo⁽¹⁰⁾.

La bioética trasciende el ámbito médico al hacer hincapié en la articulación de los valores morales y el saber científico-técnico, con una actitud de responsabilidad de los seres humanos entre sí, hacia la naturaleza y hacia el futuro de la humanidad y del planeta⁽¹¹⁾.

En el caso de la Cardiología, el desarrollo científico alcanzado favorece que las enfermedades cardiovasculares, en algunos momentos mortales, se conviertan en enfermedades crónicas de largo pronóstico de vida por lo que mayor cantidad de pacientes llegan a estadios terminales de su enfermedad. Es por ello que en las políticas de salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales hay que incluir, los cuidados paliativos.

Cuidados paliativos en cardiología y su implicación ética

Los cuidados paliativos son aquellos que intentan mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de una enfermedad en fase terminal. La OMS los define como el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible al controlar los síntomas físicos, psíquicos, y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes⁽⁹⁾.

La Asociación Americana del Corazón y la Asociación Americana sobre el Ictus publican interesantes directrices sobre el uso de los cuidados paliativos en estos pacientes para mejorar los resultados clínicos y la mejora de su calidad de vida de acuerdo con sus valores, preferencia y objetivos personales. Ambas asociaciones definen los cuidados paliativos como la atención hacia los pacientes y sus familias para mejorar su calidad de vida, con medidas que anticipen, prevengan y traten el sufrimiento⁽¹²⁾.

The National Hospice and Palliative Care Organization ha establecido criterios para identificar oportunamente a un paciente cardiópata en condición terminal y proporcionarle un manejo paliativo, éstos son pacientes con antecedentes de reanimación cardiopulmonar; insuficiencia cardiaca congestiva con repetidos ingresos hospitalarios; fracción de eyección menor al 20 %; tratamiento óptimo; contraindicación para trasplante cardíaco y arritmias no controlables con tratamiento; situación clínica de bajo gasto con sodio menor a 134 mEq/l, creatinina superior a 2 mg/dl, enfermedad arterial periférica y presión arterial sistólica menor a 120 mm de Hg⁽¹³⁾.

Se han descrito una serie de recomendaciones específicas en la asistencia médica a los pacientes con cardiopatía terminal, entre las que se encuentran⁽¹³⁾:

1. No son tributarios de tratamientos en las unidades de cuidados intensivos por episodios clínicos relacionados con su enfermedad cardíaca.
2. No son tributarios de reanimación cardiopulmonar (RCP).
3. No son tributarios de implantación de un desfibrilador automático o marcapasos tricameral para tratamiento de resincronización.
4. No son tributarios de ventilación mecánica.
5. En los pacientes con desfibrilador automático implantable se debe plantear la posibilidad de desconectar el mismo cuando se encuentre en situación de cuidados paliativos y especialmente en la fase final o de agonía.
6. Se debe considerar de manera individualizada la indicación de cateterismo cardíaco y angioplastia cuando la causa de la descompensación aguda pueda ser isquémica; igualmente, el tratamiento inotrópico en perfusión continua endovenosa cuando se administra con intención paliativa (para mejorar síntomas).

Los dilemas que existen desde el punto de vista de la ética entre los cuidados intensivos y los cuidados paliativos son similares: el conflicto entre el juicio del profesional y la autonomía del paciente, entre el rol tradicional del médico y la autodeterminación del paciente; y entre la artificial prolongación de la vida y su calidad⁽¹⁴⁾.

El cuidado paliativo hace parte de las opciones de tratamiento avanzado cuyo objetivo principal es el control de los síntomas en el paciente con enfermedad avanzada, la planificación de los cuidados del final de la vida y los que permiten tener una muerte digna. No es una estrategia reservada para el paciente agónico. Es importante tener una comunicación asertiva con el paciente y su familia, y contar con las herramientas adecuadas para tomar decisiones y comunicarlas⁽¹⁴⁾.

Como se explica anteriormente, en Cardiología deben aplicarse, al igual que en otras especialidades el cuidado paliativo del paciente donde la interrelación médico-familia juega un papel preponderante. En Cuba esto puede desarrollarse de manera satisfactoria ya que la infraestructura del sistema de salud así lo proporciona, el Estado ha establecido el Programa de atención del Médico y la Enfermera de la familia en el cual a través de la atención primaria de salud se le brinda atención médica y psicológica a familias donde haya un paciente con este tipo de afección.

Conflictos bioéticos en la atención médica del paciente en estado terminal

Debido a los grandes avances técnicos y farmacológicos ocurridos en las últimas décadas, que a veces incluso permiten posponer el momento de la muerte ha dado a la luz algunos procesos.

La medicalización de la muerte es la situación que se da en el mayor por ciento de los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal lo que ha provocado que la mayoría de los pacientes fallezcan ahora en hospitales y no en sus hogares. Por otro lado el ensañamiento terapéutico es el intervencionismo desmedido, tiene como principio el prolongar la vida a toda costa al brindar asistencia médica ante todo problema de salud que presente el paciente en detrimento de la calidad de vida de este⁽¹⁵⁾.

Por lo que se demanda que la investigación en salud se acerque al enfermo lo que requiere que se desarrolle una verdadera investigación orientada al paciente, cuyo objetivo sea identificar la mejor

opción para cada uno. Y que la práctica médica disponga de un entorno idóneo para realizar cualquier decisión, que se aproveche mejor todo el conocimiento que se genera en cada acto médico a partir de herramientas, recursos humanos y tecnológicos necesarios para desarrollar la mejor medicina⁽¹⁶⁾.

Existe una problemática bioética en cuanto al hecho de plantearse, en caso de un paciente con una enfermedad terminal, la disposición del personal de salud de ponerse de parte del paciente, a calmar su dolor, a ofrecer un cuidado humanizado, a hacerle llegar a un buen afrontamiento, sin obstinación, evitando el ensañamiento terapéutico; el cual lejos de mejorar al paciente, prolonga es el proceso del morir o se consigue que el paciente sobreviva con una grave secuela que compromete seriamente su calidad de vida.

Cumplimiento de los principios de la bioética en el paciente con cardiopatía terminal

Tanto la medicalización de la muerte como el ensañamiento terapéutico atentan contra el principio de no-maleficencia ya que muchas veces, lo que se hace al adoptar estas medidas, es dañar al enfermo de una forma innecesaria, aplicando tratamientos que ocasionan sufrimiento.

En la distanacia u obstinación terapéutica se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables. La aplicación de estas medidas fútiles, a pesar de las molestias, riesgos, costo económico y moral, no tienen defensa técnica ni ética, con la posible excepción de que esté justificada por razones subjetivas del paciente. El ingreso mismo de los enfermos a una unidad especial puede constituir una distanacia si existen pocas probabilidades de recuperación y si sospechamos que no aporta ningún beneficio al paciente.

El principio de autonomía en la cultura latina es ampliamente ignorado hay una tendencia por parte de la familia, muchas veces apoyada por el personal sanitario que lo atiende y su tradicional actitud paternalista y a veces autoritaria, a ocultar al enfermo información sobre su enfermedad y su pronóstico, y sin información es imposible poder decidir y participar en la toma de decisiones⁽¹⁷⁾.

Con respecto al principio de justicia conviene puntualizar que la medicina paliativa debe ser considerada como un servicio sanitario básico y necesario, nunca accesorio, al que se tenga derecho sin distinción de raza, sexo o posición social.

Existen otras manifestaciones de estos principios que no solo afectan a los pacientes en estado terminal, sino a cualquier otra emergencia cardiovascular.

López Hidalgo y colaboradores⁽⁸⁾, en su artículo publicado en 2016 hace referencia a algunos ejemplos en los que se manifiestan los principios de la bioética, es el caso de paro cardíaco. La aplicación del principio de la beneficencia generalmente conllevará a la iniciación de las maniobras de reanimación cardiopulmonar de forma inmediata, sin tener en cuenta las disposiciones del paciente, o la valoración de la no reanimación si se considera que no existe chance de una sobrevivida significativa, enfrentando de esta manera el hecho de que intentando hacer el bien se pudiera estar haciendo daño.

Por otro lado, en un artículo titulado Conducta Ética En El Paro Cardiorrespiratorio, publicado en 2016 plantea que el inicio de la reanimación cardiopulmonar es un problema de extrema gravedad, no sólo por el pronóstico vital a corto plazo, sino también por las posibles secuelas, generalmente neurológicas, que acompañan a una reanimación tardía, defectuosa o inapropiada. Ante este

devastador problema de salud, todos los esfuerzos deben volcarse en la identificación precoz de signos y síntomas que pueden poner sobre aviso que la reanimación es inminente, para intentar evitarla, si es posible, o iniciarla lo más rápida y adecuadamente posible, dentro de estos se encuentran: el pronóstico (neurológico) en RCP exitoso, los factores clínicos indicadores de un paro cardiorrespiratorio irreversible, la RCP exitosa y morbilidad, y la mortalidad posterior⁽¹⁸⁾.

Una vez que ésta se produce, se debe identificar correcta y rápidamente aquellos pacientes que son candidatos a iniciar maniobras de RCP, y en los que no por cuestiones médicas o éticas. En cualquier caso, si existen dudas razonables, se debe iniciar la reanimación hasta obtener más datos objetivos, ya que el principio del beneficio de la duda debe favorecer siempre a la víctima, por lo que se hace importante la realización de una buena historia clínica con todos los antecedentes personales de interés y el motivo de ingreso y, además, anotar si el paciente no fuera reanimable (órdenes de "no-RCP"). Esto facilitaría enormemente la decisión de empezar o no la RCP, ayudaría a aclarar la causa y a que el médico responsable de la reanimación se centrara exclusivamente en ella en ese momento⁽¹⁹⁾.

La aplicación del principio de la no maleficencia no es siempre tan fácil, debido a que la definición de daño puede variar en diferentes situaciones; por ejemplo, muchos tratamientos médicos efectivos o medios diagnósticos como la coronariografía tienen eventos adversos dañino o potencialmente dañinos, pero su beneficio sobrepasa su efecto dañino, por lo que el principio de beneficencia prevalece sobre el de no maleficencia⁽⁸⁾.

En el caso de la autonomía, es fundamental que la persona tenga competencia mental y suficientemente bien informado de todas sus opciones terapéuticas y los efectos de cualquier posible decisión en ellos mismos y en otros. El paciente puede escoger un enfoque que difiera de aquel propuesto por su médico tratante o equipo médico y su decisión debe ser respetada dentro de lo posible. Sin embargo, el principio de autonomía puede estar en conflicto con otros principios, si la decisión involucra algo que el médico crea que pudiera hacerle daño al paciente o no es para su mejor interés o beneficio⁽⁸⁾.

Es importante tener en cuenta aspectos que, a pesar de que culturalmente, no están arraigados en la mayoría de la población, especialmente de América latina, sí pudiera considerarse un manejo ético del paciente en estado terminal y es la llamada "planificación anticipada de decisiones", la cual permite afrontar los problemas de salud de las personas que han perdido la capacidad para el consentimiento informado⁽¹⁸⁾.

Enfermedades de evolución progresiva y pronóstico conocido, es el escenario ideal para que el paciente reciba una información exhaustiva de la evolución de su enfermedad y pueda participar, de forma tranquila y meditada, en decisiones importantes que atañen a las intervenciones y los cuidados médicos al final de la vida. La expresión última y más elaborada de este proceso sería que el paciente redacte un documento de voluntades anticipadas o testamento vital, sin embargo, no parece que este sea un proceso arraigado en la mayoría de los países y entre los pacientes cardiopatas en particular⁽²⁰⁾.

El testamento vital, es el documento por el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa anticipadamente su voluntad acerca de las instrucciones que se deberán tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias clínicas no le permitan expresar personalmente su voluntad, respecto a la actuación médica que se deberá llevar a cabo; y una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos⁽²⁰⁾.

La ley adjudica al médico la grave responsabilidad de interpretar con sensibilidad y respeto, la vigencia, en cada circunstancia clínica precisa, de los deseos, intenciones e instrucciones expresados en el documento de voluntad anticipada. Y esa interpretación ha de justificarla el médico con razones que ha de dejar plasmadas en la historia del paciente⁽²⁰⁾.

Existen situaciones especiales que alteran el proceso de información y consentimiento para lo cual se precisa la intervención de representantes legales o tutores: Infancia, alteraciones psiquiátricas, demencia, discapacidad intelectual. En todos los casos de duda prima la decisión que el Personal Sanitario estime más conveniente para la salud del paciente, incluso aunque el paciente manifieste oposición a la actuación médica⁽¹⁸⁾.

Principios a tener en cuenta para minimizar los efectos de los dilemas bioéticos en Cardiología

Al abordar el principio de la inviolabilidad de la vida humana, 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.

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⁽⁴⁾.

Por otro lado, con respecto al 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⁽⁴⁾.

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, sin embargo en Latinoamérica, a pesar de la influencia anglosajona, predomina un modelo familiar de toma de decisiones⁽⁴⁾.

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 anteriormente^(4,6).

El principio de prevención enuncia que 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.

El principio de no abandono declara que 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⁽⁴⁾.

Reflexionar sobre el escenario de la muerte debe basarse en conceptos de la Bioética, como la beneficencia de la persona enferma y su autonomía, por lo que el equipo y la persona enferma, con su familia, deben discutir posibilidades de ofertar atención y apoyo emocional en el ambiente doméstico. Y la participación del personal de Salud Pública, incluso para empoderar los cuidadores. Teniendo en cuenta condiciones clínicas de la persona enferma, la presencia de signos y síntomas que pueden conducir a complicaciones o requerir atención hospitalaria especializada y recursos tecnológicos⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

Existen conflictos en el manejo del paciente con cardiopatía terminal al ocurrir contraposición en los principios de la bioética lo que constituye un dilema para el Cardiólogo en la toma de decisiones. Las implicaciones éticas en procesos generados al tratar a estos pacientes como la medicalización de la muerte y el ensañamiento terapéutico son reales. Se deben seguir los principios para minimizar los dilemas bioéticos en Cardiología.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la redacción, revisión y aceptación del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos Medina M, Rodríguez Ramos M, Prohias Martínez J, Ochoa Montes L, Dueñas Herrera A, De Lara Abad J. Bases metodológicas del registro cubano de infarto agudo del miocardio: de la utopía a la realidad.. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2018 [citado 13 Sep 2019]; 24(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/741>
2. Cisneros Sánchez L, Carrazana Garcés E, Martínez Però R. Cuestiones éticas relacionadas con la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. CorSalud [Internet]. 2017 [citado 13 Sep 2019]; 9(1): 23-29. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/204>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. [Internet]. 2019 [citado 13 Sep 2019]. [aprox. 193 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
4. Soto Enrique. Los conflictos de interés en cardiología. Rev. Urug. Cardiol. [Internet]. 2017 [citado 13 Sep 2019]; 32(2): 91-92. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000200091&lng=en
5. d'Empaire G. Bioética y Cardiología. Avances Cardiol [Internet]. 2010 [citado 13 Sep 2019]; 30(1): 10-12. Disponible en: https://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/art_vol_30_2010/Vol_30_1_2010/02.dEmpaireEDITORIAL1021.pdf

6. Guerra Cobián O. Consideraciones clínicas y éticas en la implementación de rehabilitaciones implantoprotésicas en el adulto mayor. Rev Hum Med [Internet]. 2018 [citado 13 Sep 2019]; 18(2): 311-325. Disponible en: <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1216>
7. Dickert N, Emanuel E. Ética en medicina cardiovascular. En: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, eds. Braunwald. Tratado de Cardiología. 10ma Ed. Madrid: Elsevier; 2016. p. 29-33.
8. López Hidalgo M, Ramos M. Cuestiones bioéticas en el manejo de las emergencias cardiovasculares. Avances Cardiol [Internet]. 2016 [citado 13 Sep 2019]; 36(4): 223-231. Disponible en: http://avancescardiologicos.org/site/images/documents/Avance_Cardiologico/2016/AC_Vol_36_N%C2%BA4_Diciembre_2016/06_Lopez_M_223-231.pdf
9. Pollo Ramos D. Factores que influyen en el sufrimiento de pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal [Tesis en Internet]. España: Universidad de salamanca; 2015 [citado 13 Sep 2019]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/128260?show=full>
10. Quintero Silverio O, Rodríguez Hernández J. Implicaciones jurídicas para el debate cubano sobre eutanasia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 13 Sep 2019]; 41(3): 547-65. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/443>.
11. Molina Montoya NP. Formación bioética en ciencias de la salud. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular [Internet]. 2016 [citado 13 Sep 2019]; 14(1): 117-32. Disponible en <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo/vol14/iss1/5/>
12. Eimil-Ortiz M. Cuidados paliativos en el ictus agudo. Revisión. Medicina Paliativa [Internet]. 2018 [citado 13 Sep 2019]; 25(1): 30-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X16300039>
13. Achury Saldaña DM. Cuidado paliativo en el paciente con insuficiencia cardíaca terminal. Rev Mex Enferm Cardiológica [Internet]. 2013 [citado 13 Sep 2019]; 21(3): 118-122. Disponible en: <http://www.index-f.com/rmec/21/r21-118.php>
14. González-Robledo G, León J, Buitrago A, Carvajalín S, Abril D, González V, et al. Cuidado paliativo en falla cardíaca. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 2017 [citado 13 Sep 2019]; 24(3): 286-296. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.049>
15. Ruiz Antúnez E. “Medicalización” de la vida y de la muerte. Rev. enferm. CyL [Internet]. 2014 [citado 13 Sep 2019]; 6(1): 1. Disponible en: www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/118/93
16. Correa J, Abella Palacios P. Unidades Del Dolor Del Siglo XXI. ¿Protocolos De Consenso O Medicina Basada en La Evidencia? Persona y Bioética [Internet]. 2018 J [citado 13 Sep 2019]; 22(1): 29-38. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/7734>

17. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2001 [citado 13 Sep 2019]; 18(12): 650-654. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=es

18. Vera Carrasco O. Conducta ética en el paro cardiorrespiratorio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2016 [citado 13 Sep 2019]; 22(1): 69-79. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100011&lng=es

19. Diestre Ortín G, González Sequero V, Collell Doménech N, Pérez López F, Hernando Robles P Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado 13 Sep 2019]; 48(5): 228-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23643615>

20. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, Martín Sánchez FJ, González-Armengol JJ, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2010 [citado 13 Sep 2019]; 63(12): 1410-1418. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0300893210702670?returnurl=null&referrer=null>