



Algunos aspectos de la ética en Cardiología

La multiplicación de protocolos para evaluar diferentes intervenciones terapéuticas y el desarrollo de exploraciones y tratamientos invasivos cada vez más sofisticados han originado numerosos interrogantes, muchos de los cuales llevan implícitos severos cuestionamientos éticos difíciles de responder, aun por los más eminentes y competentes especialistas. Por otra parte, en el ejercicio de nuestra especialidad se plantea con frecuencia la necesidad de indicar y aplicar los avances tecnológicos más recientes que, por sus altos costos, llevan a situaciones de inequidad en las decisiones médicas frente a nuestros pacientes, generando conflictos acerca de la moralidad y rectitud de nuestros actos médicos. Otro problema de actualidad es el que ha creado la realización de los ensayos controlados randomizados en pacientes voluntarios a fin de determinar los beneficios de determinadas terapéuticas.

Por lo anterior, el ejercicio de la cardiología plantea problemas éticos en forma cotidiana tanto en la investigación clínica como en la práctica médica y con un fuerte trasfondo social.

Los protocolos de investigación clínica deben ajustarse a una serie de requisitos, explicitados en la declaración de Helsinki, cuyo cumplimiento debe ser evaluado y vigilado por un comité compuesto por médicos, juristas, psicólogos y sociólogos. Toda investigación en seres humanos debe partir del conocimiento científico profundo y acabado del problema a resolver y estar avalado por una experimentación preclínica suficiente que asegure, en la medida de lo posible, que los beneficios serán superiores a los riesgos. Estos estudios deben ser realizados bajo la dirección de profesionales experimentados y en condiciones técnicas y materiales adecuadamente adaptadas al ensayo y compatibles con el mayor rigor científico y seguridad de los pacientes. El consentimiento escrito de la persona que se presta a la investigación es un requisito ineludible y debe ser firmado por el paciente sin ejercer sobre él ningún tipo de presión. El paciente debe conocer los objetivos de la investigación, la metodología, duración, riesgos y posibles complicaciones. La información debe ser transmitida en forma clara, recurriendo a ilus-

traciones o ejemplos toda vez que sea necesario y en un lenguaje acorde con el nivel cultural del paciente. El paciente debe poder optar por el rechazo sin que esto afecte la relación con su médico y debe saber que puede retirarse del estudio cuando lo desee. El consentimiento escrito constituye un documento que será firmado por el paciente o, en caso de ser esto imposible, por allegados o terceros totalmente independientes del investigador. Idealmente, todo consentimiento escrito debería contemplar un sistema de indemnización por eventuales daños o perjuicios para el paciente derivados del estudio. Finalmente, aunque este comentario resulte aparentemente innecesario, ningún ensayo clínico debe privar al paciente (bajo el pretexto del rigor metodológico o del avance científico) de terapéuticas con beneficios comprobados, o ser sometidos a técnicas que impliquen riesgos innecesarios.

El problema ético de los ensayos controlados randomizados (ECR) radica en el conflicto que se instala en la relación médico-paciente. En su concepción tradicional, el rol fundamental del médico es curar a su paciente. En contraste, en su papel activo de investigador, el médico involucrado en la investigación clínica tiene como objetivo promover la adquisición de conocimientos científicos para su aplicación ulterior a otros enfermos. Frente a su paciente debe decidir una terapia en un sorteo "a cara o seca", violando el juramento médico de hacer lo que él piensa es la mejor terapia. El principal atenuante para este conflicto ético es que el médico no está obligado a prescribir tal o cual tratamiento si la comunidad médica no comparte esa opinión.

A raíz de estas situaciones conflictivas se han planteado diversas alternativas con respecto a los ECR. Una posibilidad que merece ser considerada es el uso de estudios observacionales prospectivos. De esta forma, los médicos podrían utilizar los tratamientos que ellos consideran más eficaces, sin imponerles ninguna limitación a su mejor criterio en beneficio de sus pacientes. Los estudios observacionales prospectivos serían entonces un nuevo intento para encontrar un método de análisis científicamente

válido y éticamente aceptable. (Truog RD: Randomized controlled trials of potentially life-saving therapies: are they ethical? *Coronary Artery Disease* 1993; 4: 835-836.) Este tipo de estudio requiere sólidos conocimientos y firme decisión por parte de los investigadores. Seguramente habrá que implementar nuevas metodologías para el análisis estadístico y nuevas formas de evaluación por parte de los investigadores.

Otro aspecto de la ética se refiere simplemente a la **práctica médica**. La primera y más importante obligación moral del médico es poseer una competencia técnica suficiente, adquirida a través de la formación de pregrado y posgrado. El cardiólogo debe conocer las patologías, los métodos de exploración y los tratamientos disponibles con sus riesgos y beneficios. Asimismo, está obligado a saber evaluar el pronóstico de sus pacientes para estar en condiciones de proponer lo mejor para su enfermo.

Como cualquier otra disciplina médica, la cardiología evoluciona en forma constante y, en consecuencia, el médico debe actualizar regularmente sus conocimientos. La lectura científica y la participación activa en cursos, congresos y simposios son la forma de lograrlo. Los resultados de los ECR, las Conferencias de Consenso y las Normatizaciones proveen un alto nivel de información útil.

En los últimos años, una serie de ECR han permitido ubicar en su justa dimensión diversas terapéuticas. Las Conferencias de Consenso, originadas en los Estados Unidos a fines de la década del 70, tienen dos objetivos: 1) evitar la transferencia demorada de los resultados de la investigación científica a la práctica médica, y 2) plantear inquietudes frente al creciente aumento de los gastos en salud a partir de la utilización de nuevas y costosas técnicas, por lo general insuficientemente evaluadas. Las Normatizaciones constituyen un indicador esencial para la buena práctica cardiológica. Los líderes en las distintas disciplinas de la cardiología tienen el deber de precisar las reglas racionales de utilización de técnicas, procedimientos y terapéuticas que aseguren una conducta ética. Sólo una información correcta y una experiencia suficiente le permitirán al médico decidir el mejor tratamiento y evitar intervenciones inútiles, dando preferencia a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor beneficio, menor riesgo y costo más bajo.

La decisión médica implica el conocimiento del problema que aqueja al paciente teniendo en cuenta el entorno familiar y social. El cardió-

logo debe dedicar el tiempo necesario (especialmente en los pacientes añosos) para explicar la naturaleza del problema y las distintas posibilidades terapéuticas con sus consecuencias o complicaciones. En casos de dudas diagnósticas, éstas deben ser transmitidas adecuadamente al enfermo y responder con precisión a todas sus preguntas. En aquellos pacientes con facultades mentales alteradas, el profesional debe comunicar las decisiones a los familiares o responsables legalmente autorizados. Cuando el manejo de un paciente grave depende de la participación de varios profesionales, toda la información debe ser siempre transmitida al paciente o a sus familiares por uno de ellos y, de ser posible, el de mayor experiencia. La decisión del paciente u otros familiares responsables debe ser invariablemente respetada. La preferencia del enfermo, adecuadamente informado, es un elemento fundamental para la toma de decisiones, toda vez que éstas impliquen riesgos para su vida y/o costos elevados. Múltiples ejemplos se dan con frecuencia en nuestra práctica: elección de una prótesis mecánica *versus* una bioprótesis en pacientes añosos; angioplastia *versus* cirugía de revascularización en casos especiales; implante de un cardiodesfibrilador *versus* drogas antiarrítmicas, indicación del trasplante cardíaco, etcétera.

En individuos de más de 80 años, los costos y riesgos de la cardiología intervencionista se multiplican. El cardiólogo debe considerar cuidadosamente estos factores, teniendo en cuenta la edad fisiológica del paciente y estimar los beneficios previsibles, sin dejar de lado los deseos y la opinión del enfermo. En casos de enfermedades terminales, el manejo de la verdad respecto del pronóstico debe ser revelado con muchísimo tacto, dejando siempre abierta la puerta a la esperanza. La decisión de detener la reanimación es también siempre éticamente difícil para el cardiólogo. El pronóstico de la afección y el deseo del paciente (por lo general imposible de obtener) o de la familia deben ser cuidadosamente sopesados.

La deontología médica establece que las responsabilidades de los médicos no sólo involucran al paciente sino también a la **sociedad**. Nuestro sistema de salud, tal como está planteado, no puede sobrevivir a los aumentos ilimitados de los costos. Nuestra especialidad se ha transformado en los últimos años en una de las más caras por la complejidad y sofisticación de su tecnología. ¿Cómo conciliar entonces la ética profesional que nos impone brindar a nuestros pacientes los mejores métodos de diagnós-

tico y tratamiento de la cardiología moderna con las restricciones económicas cada vez más apremiantes? Sólo en manos del cardiólogo avezado está la posibilidad de evaluar las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento y racionalizar las prescripciones y las decisiones terapéuticas. Las nuevas técnicas sólo deben ser indicadas cuando su valor diagnóstico y terapéutico haya sido fehacientemente demostrado y las técnicas obsoletas deben ser erradicadas. El examen clínico debe ser revalorizado y completado con exámenes auxiliares juiciosamente seleccionados. Sin caer en la mala práctica, es indispensable ser muy rigurosos en la evaluación de los beneficios, los riesgos y los costos de nuestros actos en la selección de dichos exámenes según las distintas patologías.

Volvamos nuevamente sobre el valor de las **Normatizaciones**. Estas, además de un enfoque rigurosamente técnico, deberán contemplar los aspectos éticos y económicos acordes con la hora actual. No cabe duda que no es fácil para el cardiólogo moderno dejar de utilizar la tecnología disponible cuando aspira a alcanzar un diagnóstico preciso y elegante. En cada caso debemos considerar las implicaciones y la importancia del diagnóstico sobre los beneficios terapéuticos.

Tanto pesa el costo de la tecnología médica

actual sobre el presupuesto de la salud que resulta incuestionable que el mayor esfuerzo de los organismos responsables, públicos o privados, debe estar dirigido hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares a través de campañas serias y continuadas. Es por esto que llama la atención la falta de una decidida política en esa dirección.

Autonomía, equidad y beneficio son los tres pilares fundamentales sobre los que asienta la ética médica. Todos ellos deben estar presentes en cada acto del cardiólogo. La **autonomía** se refiere al derecho del paciente a opinar y decidir sobre sí mismo luego de haber sido informado adecuadamente sobre su problema. El **beneficio** se obtiene realizando todo lo que está a nuestro alcance para mejorar o curar a nuestros pacientes con el menor riesgo y sin atentar contra su dignidad y sus derechos. La **equidad** se aplica al concepto de igualdad de posibilidades para todos los que necesitan de nuestro cuidado, lo cual constituye la mayor exigencia de la ética. Todos deben recibir igual atención sin que las restricciones económicas constituyan un obstáculo. El cumplimiento de estas premisas implica reflexión y esfuerzo constante para preservar la salud de todos sin menoscabar los intereses de nadie.

Dr. Marcelo V. Elizari