

▶ O42
Bioética

▶ Mónica Rincón Roncancio**

▶ Fabio Garzón Díaz***

Problemas éticos del retiro

ETHIC PROBLEMS
ABOUT RETIREMENT
OR LIMITATION OF
LIFE-SUSTAINING
TREATMENT IN
INTENSIVE CARE UNITS

PROBLEMAS ÉTICOS DO
RETIRO OU LIMITAÇÃO
DE TRATAMENTO VITAL
EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA

o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos*

▶ Fecha de recepción: noviembre 6 de 2014

▶ Fecha de evaluación: marzo 3 de 2015

▶ Fecha de aceptación: mayo 18 de 2015

* Este artículo se realizó con base en la investigación (HUM-742) *Descripción de protocolos de retiro o limitación de tratamiento vital en UCI y sus criterios de elaboración en la ciudad de Bogotá*, financiada por la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad Militar Nueva Granada (2011-2012).

** Médico de la Universidad El Bosque, máster en Fisiología de la Universidad Nacional de Colombia, máster en Bioética de la Universidad Católica de Lovaina, máster en Filosofía de la Universidad Javeriana. Jefe del Servicio de Rehabilitación, de la Fundación Cardioinfantil. Instituto de Cardiología. Correo electrónico: mrinron@hotmail.com

*** Filósofo de la Universidad Javeriana, máster en Bioética Clínica de la Universidad de Chile, doctor en Filosofía de la Universidad de Valladolid. Docente investigador y coordinador del Doctorado en Bioética, de la Universidad Militar Nueva Granada. Correo electrónico: fabio.garzon@unimilitar.edu.co

Cómo citar: Rincón Roncancio, M. y Garzón Díaz, F. (2015). Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. En: *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 42-51.

RESUMEN

La medicina crítica atraviesa sus mejores momentos. Como afirma Gracia, “los cuidados intensivos han alcanzado su mayoría de edad”. Nadie cuestiona dichos adelantos para pacientes que eran considerados hace relativamente poco como desahuciados. Sin embargo, también da algo de vértigo el cambio que se ha logrado en el manejo de la muerte de dichos pacientes: el tránsito de una muerte “natural” a una muerte “gobernada por el hombre”. En este contexto cobran nuevo sentido conceptos como *eutanasia*, *distanasia*, *futilidad*, *calidad de vida*, *muerte digna* y, de manera especial, el concepto de *retiro o limitación de tratamiento vital* (LET). El presente artículo de reflexión analiza los problemas éticos que se generan al implementar los protocolos de LET en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El artículo está dividido en cuatro partes: 1. Distinciones terminológicas; 2. formas de aplicación de la LET; 3. LET en casos especiales: pediatría y personas con discapacidad, y 4. los problemas éticos específicos de la LET.

Palabras clave

Medicina crítica, unidades de cuidados intensivos, limitación de tratamiento vital, bioética.

SUMMARY

Intensive Care Medicine experiences its best time. As Gracia says, “intensive care has come of age.” Nobody questions such advances for patients that were considered hopeless days ago. However, it also gives some dizzying the change that has been made in the death management of such patients: the transition from a “natural” death to death “ruled by man.” In this context, concepts take on new meaning as *euthanasia*, *dysthanasia*, *futility*, *quality of life*, *dying with dignity* and especially, the concept of *retirement or limitation of life-sustaining treatment*. This article discusses the ethical problems generated by implementing the limitations of life-sustaining treatment protocols in Intensive Care Units. The article is divided into 4 parts: 1. Terminological distinctions. 2. How to apply the limitation of life-sustaining treatment. 3. Limitation of life-sustaining treatment in special cases: pediatrics and disability. 4. The specific ethical problems of limitation of life-sustaining treatment.

Keywords

Intensive care medicine, intensive care unit, limitation of life-sustaining treatment, bioethics.

O43

RESUMO

A medicina crítica atravessa seus melhores momentos. Como Gracia diz: “os cuidados intensivos alcançaram a maioria de idade.” Ninguém questiona tais avanços para os pacientes que foram consideradas até a pouco tempo como desahuciados. No entanto, dá um pouco de vertigem a mudança que tem-se alcançado na gestão da morte desses pacientes: a transição de uma morte “natural” à morte «gobernada pelo homem”. Neste contexto, cobram novo sentido conceitos como *eutanásia*, *distanásia*, *futilidade*, *qualidade de vida*, *morte digna* e, em particular, o conceito de *retiro ou limitação de tratamento vital* (LET). O presente artigo de reflexão faz a análise dos problemas éticos gerados pela implementação de protocolos de LET nas unidades de terapia intensiva (UTI). O artigo está dividido em quatro partes: 1. Distinções terminológicas; 2. Formas de aplicação do LET; 3. LET em casos especiais: pediatría e pessoas com deficiência e, 4. Os problemas éticos explícitos da LET.

Palavras-Chave

Medicina crítica, unidades de terapia intensiva, limitação de tratamento vital, bioética.

DISTINCIONES TERMINOLÓGICAS

Hoy más que nunca cobra sentido la pregunta sobre los fines de la medicina (The Hastings Center, 2004)¹. Para algunos su fin podría ser la lucha con el flagelo de la muerte. La medicina intensiva podría caer en la tentación, gracias a su poder tecnológico, de buscar el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte (Monzón *et al.*, 2008). Pero, ¿a qué costo? No debemos olvidar que los actos médicos tienen fuertes componentes éticos, sociales y hasta culturales.

Este binomio tecnología-medicina nos lanza a la inexorable pregunta por los límites. Simón Lorda² nos dice al respecto: “Cuándo, cómo y bajo qué restricciones debe evitarse la instauración o el mantenimiento de determinadas medidas de soporte o de tratamiento son las cuestiones en torno a las que se anuda lo que, con diferentes denominaciones, se identifica hoy como ‘Limitación del Esfuerzo Terapéutico’ (LET)” (2014, p. 9). De igual manera, se está utilizando el término de “adecuación del esfuerzo terapéutico”, el cual conlleva, además del sentido de que “no va a mejorarle el tratamiento”, la acepción positiva de proporcionar todas aquellas medidas que sí sean necesarias. No existe un consenso sobre su definición, su alcance y aplicación; para Herreros, Palacios y Pacheco (2012), “La limitación del esfuerzo

terapéutico (LET) consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida”

(s. p.). Mientras que para Reyes, la expresión *decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico* suele referirse a “las decisiones que tendrían como objetivo no instaurar o suprimir (en terminología inglesa, la más adoptada, *withholding* o *withdrawal*, respectivamente) (Smedira, Evans, Grais, 1990), en el caso de que ya se hubieran instaurado, alguna o algunas actuaciones sanitarias de soporte vital en un determinado enfermo” (Reyes, 2005). The Hastings Center publicó en 1987 las *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*, donde define que por *medidas de soporte vital* debe entenderse cualquier intervención médica, procedimental o farmacológica realizada en un paciente con el objetivo de retrasar su proceso de morir, con independencia de que dicha intervención se efectúe en relación con la patología de base o con el proceso biológico causal, o no (1987, p. 4).

El Artículo 5 de la Ley 2 del 8 de abril de 2010 de España da pautas sobre cómo entender la limitación del esfuerzo terapéutico: 1. la LET se aplica tanto a la “retirada” como a la “no instauración” de medidas de soporte; 2. la LET no solo se aplica a las “medidas de soporte vital”, sino a cualquier tipo de intervención que pueda ser etiquetada como “fútil”³; 3. la LET es una práctica que trata de evitar la “obstinación terapéutica” (antes se llamaba “encarnizamiento terapéutico”); 4. la práctica de la LET debe entenderse necesariamente como uno de los resultados posibles de un proceso ponderado y responsable de toma de decisiones clínicas, y 5. la práctica de la LET tienen como consecuencia la muerte del paciente.

Es necesario hacer distinciones terminológicas que comúnmente se prestan para malentendidos entre los mismos clínicos (además de muchos bioeticistas).

1. *LET no es lo mismo que eutanasia.* La diferencia entre LET y eutanasia es que la primera se permite a la enfermedad poner fin a la vida del enfermo, mientras que la segunda, el médico “produce” o “causa” la muerte (existen unas condiciones mínimas para que la eutanasia se realice: 1. debe existir una petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada por parte de los pacientes en situación de capacidad; 2. debe existir un contexto de sufrimiento, entendido como “dolor total”, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios; por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y 3. debe ser realizada por profesionales médicos que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa) (Simón Lorda *et al.*, 2008).
2. *LET no es lo mismo que rechazo de tratamiento.* Se habla de LET cuando los clínicos consideran que no existe una indicación adecuada para instaurar una intervención clínica nueva o para mantener una que ya fue instaurada previamente, porque los factores que en su momento justificaron dicha indicación se han modificado. La ausencia de indicación clínica suficiente es lo que se denomina habitualmente como *futilidad*⁴. Mientras que el rechazo del tratamiento no es una indicación médica sino un criterio del paciente. Se da cuando un paciente o su representante rechazan una determinada intervención que está clínicamente indicada y es beneficiosa para la persona enferma, y por tanto no dan su autorización para que sea instaurada o, tras haber dado inicialmente su consentimiento, lo revocan (Simón Lorda, *et al.*, 2014, p. 20).

FORMAS DE APLICACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Existen dos escenarios frecuentes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en las cuales se puede aplicar la LET. La primera es la decisión por parte de los intensivistas de ingresar o no al paciente en la unidad⁵ (por ejemplo, pacientes en estado terminal o irreversible con mal pronóstico a corto plazo). Mientras que la más frecuente se refiere a la aceptación del ingreso en la UCI de un paciente, pero estableciendo desde el primer momento limitaciones al tratamiento que le será aplicado (la no instauración de medidas: a priori, o sea en el mismo momento de autorizar el ingreso en UCI, o a posteriori, cuando es decidida en el curso del ingreso en UCI en función de la evolución clínica; la retirada de soporte: por mala evolución clínica).

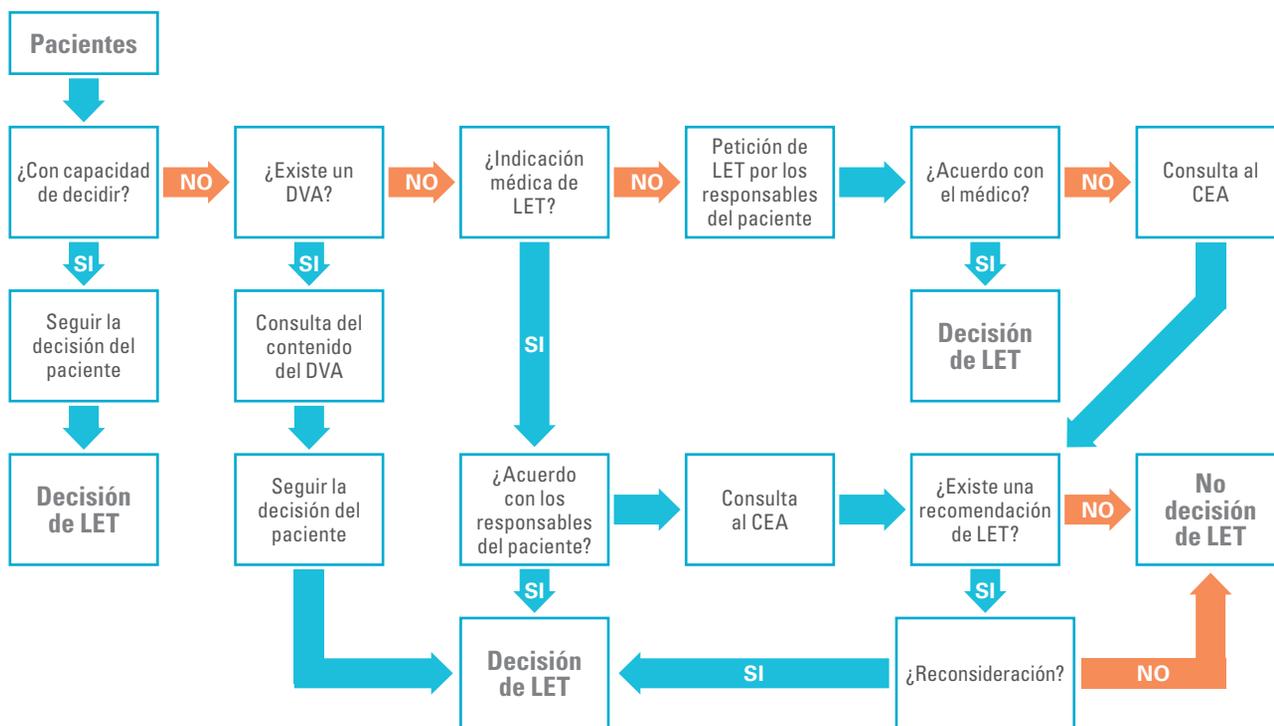
Modelos para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico

Existen en la literatura médica múltiples propuestas de modelos de toma de decisiones éticas en escenarios de LET (Halevy y Brody, 1996). Para efectos de este artículo traeremos dos modelos: el planteado por Reyes, profesor de Ética médica del Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona, y otro propuesto por Simón Lorda de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de Andalucía.

El modelo de Reyes parte de dos tipos de pacientes: los plenamente autónomos y los que cuentan con una autonomía muy reducida o inexistente. Los primeros son menos conflictivos, ya que son ellos mismos los que establecen directamente y por sí mismos qué actuaciones médicas consienten y cuáles no.

O45

Figura 1. Modelo propuesto por Albert Reyes. *Guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico*



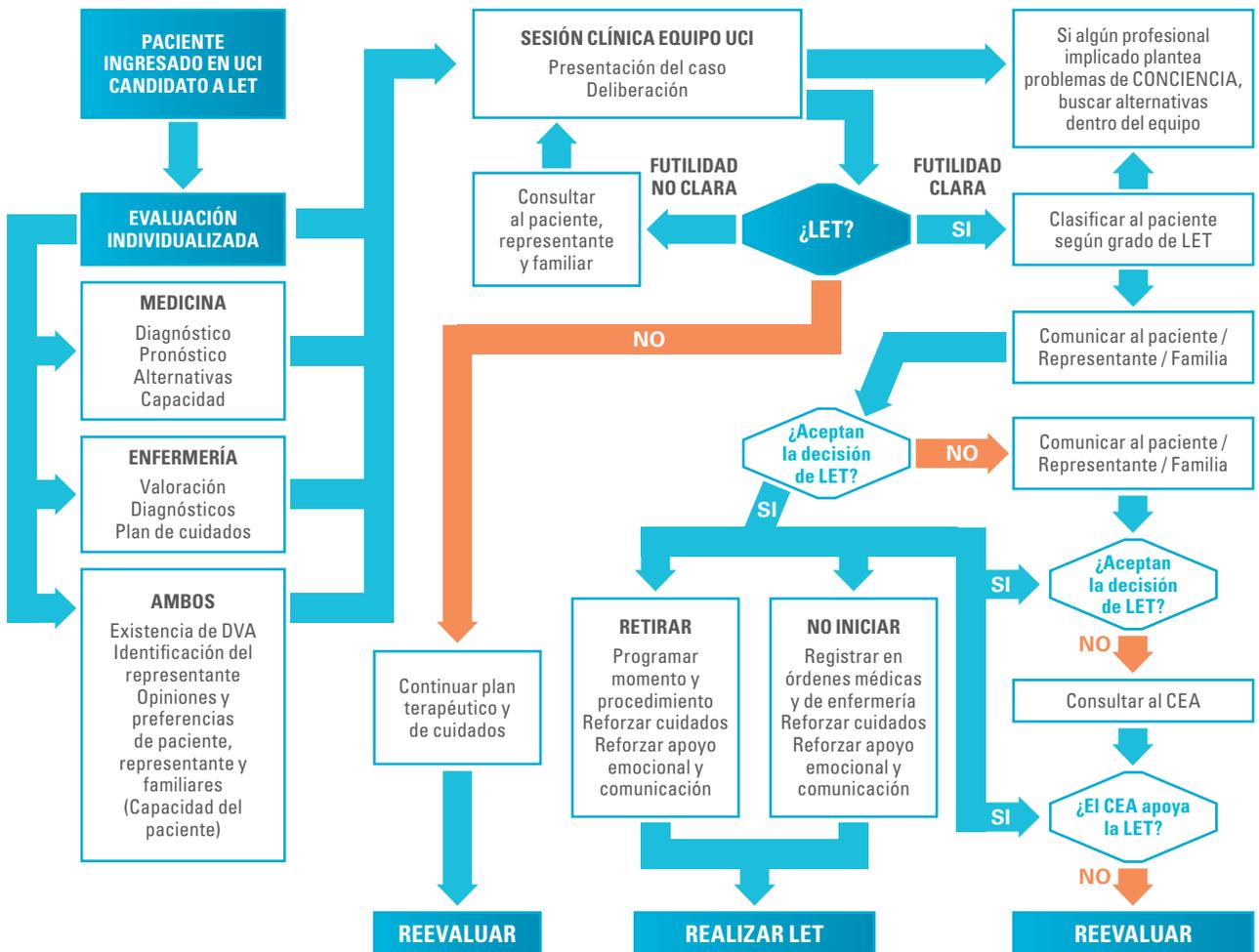
DVA: Documento de Voluntades Anticipadas. **LET:** Limitación del Esfuerzo Terapéutico. **CEA:** Comité de Ética Asistencial. Fuente: Reyes (2005, p. 393)

La forma de actuar con los primeros pacientes de los cuales no se tenga duda de su capacidad —hecho que no tiene que ver con lo acertado o lo equivocado de esa decisión en opinión del equipo médico responsable del paciente— debería ser seguir la voluntad del paciente y actuar acorde con ella. Mientras que en pacientes con autonomía muy limitada o inexistente se debe indagar por la existencia de algún *documento de voluntades anticipadas* vigente suscrito por el propio paciente. Si no existe tal documento, el punto de partida del proceso que

puede llevar a tomar una decisión de LET suele tener una indicación médica basada en consideraciones acerca de la futilidad de actuaciones médicas posibles, en el sentido de que se dispone de los apropiados recursos tecnológicos, pero que con toda probabilidad no podrán revertir el proceso mórbido que afecta al paciente (Reyes, 2005).

El modelo de Simón Lorda pretende articular los dos momentos de las decisiones clínicas: la indicación médica de realización de la LET con la autorización del paciente para su realización. Para que funcione el modelo

Figura 2. Modelo propuesto por el equipo del Dr. Simón Lorda.
Diagrama de flujo de la LET en UCI



LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico. **DVA:** Declaración de Voluntad Anticipada.
PAD: Planificación Anticipada de Decisiones. **CEA:** Comité de Ética Asistencial.
Fuente: Simón Lorda et al. (2014, p. 41)

LET no es lo mismo que eutanasia. La diferencia entre LET y eutanasia es que la primera se permite a la enfermedad poner fin a la vida del enfermo, mientras que la segunda, el médico “produce” o “causa” la muerte.

se deben tener en cuenta seis elementos importantes: 1. debe hacer una evaluación individual del paciente por profesionales de Medicina y Enfermería que lo atienden; 2. la decisión que se tome debe ser deliberativa y colegiada por el equipo asistencial; 3. se debe hacer una clasificación de los pacientes según el esfuerzo terapéutico; 4. se debe informar a la persona enferma, su representante, sustituto o familia; 5. cualquier manejo de conflictos debe mediar el comité de ética asistencial u hospitalario, y 6. se debe tener un protocolo de los cuidados de enfermería en el contexto de la LET (Simón Lorda, 2014, p. 40).

Igualmente debe haber un plan de actuación en el proceso de LET que debe contemplar: 1. información adecuada a la persona o a la familia sobre todos los aspectos del proceso de LET; 2. ubicación de la persona enferma en un entorno lo más confortable posible. 3. facilitar, si el paciente o su familia lo solicitan, el auxilio espiritual de acuerdo con sus convicciones y creencias; 4. establecer qué medidas serán retiradas, en qué orden y por quién; 5. decidir la medicación sedante y analgésica que se va a utilizar y cómo; 6. él/la médico/a responsable debe estar presente durante la retirada; 7. documentar y registrar todo el proceso en la historia clínica de la persona y en los documentos de registro de órdenes clínicas, si los hubiera (Simón Lorda *et al.*, 2014).

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CASOS ESPECÍFICOS

Limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría

El concepto y fundamentos de la LET en pediatría no difieren en lo fundamental de lo utilizado para el adulto. Sin embargo, sí hay que mirar algunas particularidades:

1. estos pacientes son menores de edad, y por lo tanto debemos hacer una distinción, de acuerdo con la edad del paciente, entre el derecho del paciente a recibir información del derecho de ese mismo paciente a decidir sobre su tratamiento; 2. cuando el paciente menor de edad no tiene la capacidad suficiente para tomar decisiones, decidirán quienes ostenten la patria potestad mediante un consentimiento por representación o sustitución; 3. el criterio de representación que deberán aplicar los padres o representantes legales debe girar en torno del “mayor beneficio” o “mejor interés” del niño; 3. hay que ser muy prudente a la hora de proponer LET en pediatría, ya que la capacidad de recuperación física y funcional de las personas menores es habitualmente superior a la de otras etapas de la vida, lo que puede condicionar una mayor incertidumbre pronóstica (o de futilidad) ante procesos potencialmente letales o de evolución previsiblemente muy desfavorable (Simón Lorda, 2014).

Limitación del esfuerzo terapéutico en personas con discapacidad

La falta de un marco legal y médico, las habilidades inadecuadas de comunicación, los diferentes sentimientos emocionales de familiares y el personal de la salud frente a un paciente en estado crítico crean una serie de barreras en la calidad óptima del cuidado del final de la vida, lo cual es más complejo en la persona con discapacidad. Es muy común que a menudo cuando se discute acerca de problemas morales donde la vida está en juego, debemos argumentar en términos de calidad y por supuesto con respeto por la

vida. Estos términos hoy en día son de vital importancia, ya que todos los avances en la tecnología médica han permitido que la morbi-mortalidad disminuya de una manera significativa. Esto toma más relevancia en la atención de la persona con discapacidad, en la cual existen múltiples factores que hacen que la decisión sea tomada desde parámetros más complejos. Una parte vital en las decisiones terapéuticas reposa en el aspecto en el cual las medidas que se toman pueden restaurar al paciente a una forma de vida que él o ella considerarían de "calidad" razonable a pesar de los efectos secundarios o desventajas del tratamiento. Los diferentes documentos sobre derechos humanos enfatizan en la dignidad humana como otra vía que dirige este principio ético central; es claro que el papel del médico no es evaluar el valor del paciente pero sí del tratamiento, y si este último no puede beneficiar al individuo, su utilización implicaría un cuestionamiento acerca del mismo. Se ha establecido que la calidad de vida, la cual podría razonablemente esperarse luego de un manejo instaurado, es un factor que hay que tener en cuenta cuando hacemos una toma de decisiones. En las decisiones al final de la vida en personas con discapacidad, el mejor interés es el estándar que debe ser evaluado para la toma de decisión (Rincón, Martínez, Camacho y Rodríguez, 2012)

PROBLEMAS ÉTICOS DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Principios éticos de la limitación del esfuerzo terapéutico

Desde el principlismo, las acciones de LET se fundamentan en el principio de no maleficencia, entendido como el hecho de evitar realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizarles intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente. Este principio obliga a los clínicos a proteger del daño a sus pacientes realizando solo aquellas intervenciones que están adecuadamente indicadas y que se sustenten en evidencias suficientes, y que además sean seguras.

Cuando se practican procedimientos que no están indicados, que no son seguros o que tienen ninguna evidencia clínica, además de violar el principio de no maleficencia estamos lesionando también el principio de justicia, ya que los procedimientos inútiles, fútiles o no retirados a tiempo implican hacer un uso ineficiente de los recursos, siempre limitados, que tienen repercusiones claras en la equidad del sistema de salud. Pero debe insistirse en que las medidas de soporte vital se instauran o retiran a los pacientes primariamente desde la

La falta de un marco legal y médico, las habilidades inadecuadas de comunicación, los diferentes sentimientos emocionales de familiares y el personal de la salud frente a un paciente en estado crítico crean una serie de barreras en la calidad óptima del cuidado del final de la vida, lo cual es más complejo en la persona con discapacidad.

perspectiva de la indicación clínica, no de sus costos económicos, por más que los costos puedan o deban ser un criterio secundario y adicional en la toma de decisiones.

Lo ideal es que exista una articulación de indicaciones clínicas y preferencias de las personas en la toma de decisiones al final de la vida. Pero hay que insistir que conceptos de LET y futilidad operan primariamente en ausencia de consideración de la autonomía de la persona enferma. Simon Lorda propone unos criterios para esta articulación:

[...] cuando el juicio profesional sobre la futilidad de una medida es razonablemente claro, debe prevalecer sobre los deseos de la persona enferma. Pero a medida que el juicio sobre la futilidad de los profesionales es menos seguro, deben abrirse espacios para la deliberación conjunta con pacientes y sus representantes o familias, acerca de lo que resulta más adecuado hacer, a la luz del estado clínico del/la paciente, de su previsible pronóstico y de sus valores y preferencias (2014, p. 31).

La mejor opción está en una decisión compartida en la cual la comunicación es fundamental para llegar a este objetivo. Cuando existen desacuerdos, el acercarse a los familiares con un deseo de entender y reconocer su posición y ofrecer apoyo durante todo el proceso del cuidado es preferible en lugar de no dar el tiempo suficiente para una toma de decisión adecuada; la comunicación constante y clara puede reducir el estrés familiar y es lo que se recomienda en los modelos de atención con calidad y centrados en el paciente (Parry, Land y Seymour, 2014).

Elección/selección vs. racionalización/raционamiento⁶

Los problemas éticos de la medicina intensiva giran alrededor de dos ejes: racionalización/raционamiento y elección/selección. El primer binomio es el nivel de lo público, de obligatorio cumplimiento, pues afecta los principios de no maleficencia y justicia. Existe una racionalización o limitación estrictamente médica, que tiene el nombre de *indicación*. En estos casos es obligatorio hacer lo indicado y jamás lo contraindicado. Igualmente, no se le puede exigir al Estado que financie lo inútil o fútil o lo que no cuenta con buena evidencia. En esto consiste la racionalización: evaluación de los procedimientos; utilización de lo indicado, rechazo de lo contraindicado, de lo fútil o inútil; restricción de lo poco eficaz, efectivo y eficiente. Se debe hacer una gestión eficiente de los recursos, es una obligación de justicia, cuando los recursos son públicos.

El binomio elección/selección cae en el ámbito de lo privado. La elección tiene que hacerla el paciente y hay que respetar sus decisiones, sobre todo cuando se halla en situaciones vitales de pronóstico muy comprometido: gestión de su propia muerte, órdenes de no reanimación, ordenes parciales, nombramientos de sustitutos, etc. (Gracia, 1996).

El Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Gherardi *et al.*, 1999) estableció unas pautas y recomendaciones para la limitación o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico, los cuales serán resumidos en 16 puntos:

1. La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente.
2. La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente convenientemente verificado en su existencia y actualidad deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.
3. La comunicación con el paciente deberá ser remplazada por la familia solo en caso de incompetencia del primero.
4. La comunicación con el paciente, o en su defecto con la familia, debe ser diaria y establecida de modo permanente con miembros del equipo médico de planta.
5. La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un medio asistencial como terapia intensiva es en general dependiente de la iniciativa médica, salvo en los casos en los que exista una directiva anticipada.
6. Es aconsejable que las decisiones en terapia intensiva respecto de la abstención o retiro de los métodos de soporte vital sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.
7. Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud que se debe tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del ingreso del paciente al área de terapia intensiva.
8. Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o el retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:
 - 8.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta

en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitan presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.

- 8.2.** Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible (por ejemplo, estado vegetativo persistente).
 - 8.3.** Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.
 - 8.4.** Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).
 - 8.5.** Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderá a los mejores intereses del paciente.
- 9.** La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada, si fuera posible, al paciente, y si este no es competente deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar, cuyo acuerdo resulta, en principio, indispensable.
 - 10.** En medicina crítica existen especiales circunstancias en las que, por la agudeza de la situación clínica (detención cardiocirculatoria, *shock*, insuficiencia respiratoria), por la urgencia en la toma de decisión (reanimación cardiopulmonar, intubación y colocación de un respirador mecánico, implante de un marcapaso transitorio), o por la valoración inmediata del resultado (futilidad fisiológica), la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previa.
 - 11.** En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significarán privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y espiritual, así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere. La aplicación de una ética del cuidado, que alivie el sufrimiento y mejore la calidad de vida remanente, estará siempre presente en todas las situaciones.
 - 12.** Las dificultades para arribar a un acuerdo con los familiares del paciente generalmente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en

transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico.

- 13.** Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica, resultan posibles las siguientes alternativas:
 - 13.1.** Consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes.
 - 13.2.** Consultar con el comité de ética de la institución.
 - 13.3.** Si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del comité de ética. No obstante, si esto no fuera posible convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.
- 14.** Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior, existen las siguientes posibilidades:
 - 14.1.** Considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.
 - 14.2.** Cuando lo anterior no sea posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico (respirador, marcapaso), cuyo número es siempre limitado, el equipo médico podrá dejar constancia de que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptualizado como recuperable, según el juicio del equipo médico.
 - 14.3.** Siempre queda abierta para el equipo médico la solicitud de intervención judicial.
- 15.** Todo paciente competente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento que le sea indicado por el equipo médico, aunque sean aquellos que puedan salvarle la vida. Esta afirmación incluye también a la abstención o retiro de los métodos de soporte vital. En esta circunstancia el médico o algún integrante del equipo asistencial pueden plantear una objeción de conciencia que deberá ser respetada.
- 16.** En todas las circunstancias posibles que se han mencionado todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada uno de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en la historia clínica correspondiente.

NOTAS

- 1 Recordemos que para The Hastings Center los fines de la medicina se resumen de la siguiente manera: 1. La prevención de las enfermedades y lesiones, la promoción y la conservación de la salud. 2. El alivio del dolor y el sufrimiento 3. La atención y curación de los enfermos curables y el cuidado de los incurables. 4. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.
- 2 Simón Lorda adopta la definición de *limitación del esfuerzo terapéutico* que se recoge en la letra "f" del Artículo 5 de la Ley 2 del 8 de abril de 2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Dice así: "retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría".
- 3 Para Reyes (2005), en las denominación de medidas de soporte vital se incluye, por lo menos, la reanimación cardiopulmonar, la conexión a un respirador, la hemodiálisis, la administración de antibióticos en determinadas circunstancias, el uso de hemoderivados y la nutrición e hidratación enteral o parenteral.
- 4 Se dice que una intervención que es "fútil" cuando tiene una baja probabilidad real de lograr un beneficio terapéutico significativo para un determinado paciente, en términos de expectativas de curación o de mejora sintomática y, por tanto, de compensar de manera razonable los posibles efectos nocivos de su instauración o su mantenimiento (Truog, *et al.*, 1992).
- 5 Para Gracia (1994) las unidades de cuidados intensivos están para atender pacientes críticos reversibles.
- 6 Ver Gracia (1996).

REFERENCIAS

- España, (2010). "Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte". Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, España, N. 88, (7 de mayo de 2010). Boletín Oficial del Estado, nº 127, (25 de mayo de 2010).
- Gherardi, C., Biancolini, C., Butera, J., Calvillo, L., Canteli, M., Cardonnet, L., Maglio, F., Montrul, M. y Pacin, J. (1999). Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Revista Medicina Intensiva*, 16(2), 53-56.

- Gracia, D. (1994). Dilemas actuales de la ética médica ante opciones vida-muerte. *Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas*, 3, 143-154.
- Gracia, D. (1996). Historia de la Eutanasia. En S. Urraca (Ed.), *Eutanasia hoy, un debate abierto* (pp. 67-91). Madrid: Noesis.
- Gracia, D. (1996). Eutanasia: estado en cuestión. En S. Urraca (Ed.), *Eutanasia hoy, un debate abierto* (pp. 273-292). Madrid: Noesis.
- Halevy, A. y Brody, B. A multi-institution collaborative policy on medical futility. *JAMA* 1996;276:571-4.
- The Hastings Center Report. Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. New York: *Hasting Center Pub*; 1987. p. 4.
- The Hastings Center. *Los fines de la Medicina*. Barcelona: Fundación Victor Grifols Lucas. 2004.
- Herreros, B., Palacios, G. y Pacho, E. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*, 212(3), 134-40. Recuperado el 8 de diciembre de 2013, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21813120
- Monzón Marín, J. L., Saralegui, R. I., Abizanda, I., Campos, R. *et al.* (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32(3), 121-133.
- Parry, R., Land, V. y Seymour, J. (24 de octubre de 2014). How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, (4), 331-41
- Rincón, M., Martínez, D.P., Camacho, R., Rodríguez, G. (2012). Bioética y discapacidad. En S. Hernández Tápanes (Ed.), *Medicina de Rehabilitación* (pp. 59-63). San José: Editorial de Rehabilitación Latina.
- Reyes, A. (2005). Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(7),
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero, J., Couceiro A., Robles, P. H. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271-85.
- Simón Lorda, P., Esteban López, M., y Cruz Piqueras, M. (Coord.) (2014). Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos [en línea]. *Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales*. Recuperado el 10 de diciembre de 2013, de http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
- Smedira, N. G., Evans, B. H., Grais, L. S. (1990). Withholding and withdrawal of Life-Support from critically ill. *The New Journal England of Medicine*, 322, 309-15.
- Truog, R. D, Brett, A. S. y Frader, J. (1992). The problem with futility. *The New Journal England of Medicine*, 326(3), 1560-4.