

## LIMITACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN EL PACIENTE CRÍTICO

Dr. Gabriel d'Empaire

Hasta mediados de nuestro siglo el médico contó con recursos terapéuticos muy limitados, y una vez que aceptaba que no podía resolver la enfermedad, desahuciaba al paciente y le ayudaba a morir en paz. En un tiempo relativamente corto cambió el horizonte de la medicina. A partir de la segunda mitad del siglo XX, la ciencia y la tecnología nos han dotado de una serie de técnicas que en forma muy novedosa han venido a "satisfacer", parcialmente, el eterno anhelo del hombre de prolongar la vida. Antes de esta fecha, la disfunción severa de al menos un órgano vital, como por ejemplo: insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, falla respiratoria, o una lesión cerebral severa, ocasionaba la muerte del enfermo en un período de tiempo relativamente corto. El desarrollo de la hemodiálisis en la década de los 50, seguido de los avances en la reanimación cardiorrespiratoria. El advenimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos y la ventilación mecánica. La introducción de la monitorización y el soporte hemodinámico; y posteriormente los adelantos en el campo de la farmacología, nutrición enteral y parenteral, la neuroradiología, la tomografía axial computerizada, la resonancia magnética nuclear, la angiografía cerebral, las técnicas endovasculares de tratamiento de la enfermedad coronaria, el uso de drogas trombolíticas en los accidentes cerebrovasculares isquémicos entre muchos otros; han llevado a reducir la mortalidad de muchas enfermedades, aun después de ocurrir la falla severa de uno o varios órganos vitales.

De esta forma, el médico de hoy cuenta con nuevas formas de tratamiento que le permiten resolver situaciones patológicas que años antes hubiera sido imposible imaginar. Estos tratamientos han mejorado la supervivencia y calidad de vida de muchos pacientes que de otra manera hubieran muerto irremediablemente. Sin embargo, en otros casos menos afortunados, esta misma tecnología ha llevado a mantener "vivos" a pacientes para quienes el morir hubiera sido de mayor beneficio, si consideramos el sufrimiento y el alto costo económico de la aplicación de tales tratamientos, para finalmente morir, o sobrevivir con una severa incapacidad, o en una condición de estado vegetativo persistente. Al mismo tiempo, este arsenal

terapéutico ha creado en algunos médicos la falsa sensación de contar con recursos que harían casi ilimitado su poder de preservar la vida. Este nuevo enfoque, eminentemente técnico, ha descuidado en muchos aspectos los valores humanos, y ha generado la impresión, tanto en el público como en el ámbito médico, de que la disponibilidad de tales técnicas obliga a usarlas en todos los casos, sin medir cuidadosamente las consecuencias de su uso.

Esta revolución científica coincidió con mejoras en los niveles de vida y el afianzamiento de los derechos a la asistencia sanitaria. Al entusiasmo del médico, ante estas inmensas posibilidades, se sumaron las exigencias de los pacientes para recibir estos beneficios. Se inició una carrera desenfrenada en búsqueda de lo que parecía ser una solución al inevitable problema de tener que morir.

En los últimos años, hemos comenzado a despertar de ese hermoso sueño. Nadie tiene dudas de que la medicina ha logrado importantes avances, pero a la vez, como consecuencia de un vertiginoso desarrollo, han surgido una serie de problemas que se deben conocer y afrontar. Así, entre muchos otros, han aparecido etapas más avanzadas de enfermedades que antes no conocíamos por que los pacientes fallecían antes de llegar a ellas. La aplicación indiscriminada de técnicas de soporte vital, sin indicación adecuada, han aumentado el sufrimiento de muchos enfermos, se han elevado los costos materiales y morales a niveles insostenibles, etc. El morir de ser un acto se convirtió en un proceso.

La reflexión sobre estos problemas ha llevado a muchas personas a solicitar se respete su derecho a no ser sometidas a técnicas diagnósticas o terapéuticas infructuosas; y a los médicos, a plantearse la difícil tarea de evaluar en qué situaciones esto pudiera ocurrir. Hoy se sabe que las técnicas para prolongar la vida pueden transformarse en técnicas para prolongar el proceso de morir, y el saber cuando indicárlas y cuando suspenderlas es parte de nuestra responsabilidad ante esta tecnología.

Gran parte del problema se basa en entender que la mayoría de las técnicas desarrolladas para dar soporte vital a los pacientes críticos, solo permiten un soporte temporal, mientras de alguna manera, se resuelve la causa que los llevó a la condición de riesgo inminente de muerte. Por ejemplo: en el caso de un paciente con insuficiencia respiratoria secundaria a un síndrome de dificultad respiratoria del adulto, se requiere dar soporte ventilatorio para mantener al paciente vivo mientras se resuelve la causa que condicionó el desarrollo de este síndrome. En un paciente con shock séptico, insuficiencia respiratoria y renal, es necesario corregir la hipertensión arterial con drogas vasopresoras, mantener ventilación y oxigenación con un equipo de ventilación mecánica, y utilizar hemodiálisis para suplir la función renal, a fin de mantener las variables vitales en el rango compatible con la vida, mientras se resuelve la infección que originó el problema. Pero en ningún caso estas técnicas de soporte vital, *per se*, permiten curar la enfermedad. El mantenimiento de las funciones vitales, a través del uso de estas técnicas, en rango compatible con la vida, no debe confundirse con mejoría de la enfermedad. Solamente, en aquellos casos en los cuales se logre resolver la situación patológica que ocasionó el problema agudo, o al menos una mejoría evidente de la misma, se logrará que el enfermo vuelva a ser autosuficiente desde el punto de vista fisiológico y pueda desconectarse de los equipos de soporte. Por el contrario en pacientes que se encuentren en etapa terminal de la enfermedad, irrecuperable con los tratamientos actuales, las técnicas de soporte vital no tienen ningún sentido.

Uno de los grandes retos de la Medicina de hoy es conocer la utilidad y limitaciones que tiene la tecnología actual, y orientar racionalmente el uso de las medidas de soporte vital, hacia:

1-Utilizarlas para preservar la vida de aquellos enfermos con situaciones patológicas recuperables, que puedan proseguir su biografía personal con una calidad de vida en un nivel aceptable para ellos.

2-Limitarlas en aquellos casos que la medicina de hoy no puede resolver.

Surge, por tanto, la necesidad de "administrar adecuadamente la tecnología". El médico de hoy debe desarrollar las habilidades necesarias para identificar

aquellos pacientes en quienes se justifique el uso de medidas de soporte vital. Y una vez que decida indicarlas tratar de establecer hasta cuando mantenerlas. Estas decisiones no son infrecuente, ha sido descrito, que en el 50 y 90% de los casos que mueren en Unidades de Cuidados Intensivos, fue necesario decir la suspensión de medidas terapéuticas. Todo esto hace que el tema de la iniciación y suspensión de medidas de soporte vital, en el paciente crítico, sea de plena actualidad y tenga extraordinarias implicaciones éticas, médicas, legales y económicas.

El objetivo de este capítulo es desarrollar una aproximación práctica a este difícil problema. En tal sentido se analizarán las diferentes causas que dificultan o retardan la toma de decisiones sobre la limitación de medidas terapéuticas, seguido de una análisis sobre los diferentes aspectos que ayudan a orientar al equipo de salud sobre: a quién, cuándo y cómo limitar los tratamientos. Para finalmente, presentar un instructivo que orienta sobre los pasos a seguir a fin de cumplir con todos los aspectos que deben ser considerados en estos casos.

## **FACTORES DE DIFICULTAN LA TOMA DE DECISIONES:**

En el campo de la Medicina Crítica, el desarrollo de métodos que faciliten la toma racional de decisiones en estos pacientes, no es tarea fácil. Diferentes razones coinciden y hacen que la aproximación a este problema sea muy compleja:

### **1- Dificultades para establecer el pronóstico:**

El desarrollo de las medidas de soporte vital ha sobrepasado, en gran medida, nuestra capacidad de pronosticar la evolución de muchos pacientes en estado crítico. No se cuenta, en los actuales momentos, con métodos diagnósticos lo suficientemente exactos para lograr establecer, en muchos de estos enfermos, un pronóstico certero. Un buen número de decisiones se toman en condiciones de incertidumbre. Por lo general las decisiones están basadas en estadísticas y estudios clínicos que distan mucho de representar la situación real del enfermo, y por tanto, se hace muy difícil, especialmente en pacientes muy graves establecer como será su evolución.

## **2- Tecnificación de la Medicina**

Las nuevas generaciones de médicos se han venido formando dentro de un ambiente eminentemente técnico, dotado de una inmensa variedad de recursos diagnósticos y terapéuticos que le dan las armas necesarias para cumplir lo que se les ha enseñado como su principal función, “salvar la vida del enfermo”. En contadas excepciones, los médicos reciben una formación que los haga meditar sobre los valores y derechos de los pacientes, los límites de la medicina, y mucho menos sobre los verdaderos fines de la misma. Por el contrario, la mayor insistencia se orienta a la aplicación de nuevas técnicas; casi siempre con toda la buena intención de ayudar al enfermo, ofreciéndole los mayores adelantos, pero en ocasiones, sin un adecuado análisis de las consecuencias que esto implica. Lo que para muchos es un trato cruel e insensible de parte del médico, para él es el cumplimiento de lo que se le enseñó como obligación. Esta formación, en muchas ocasiones, impide que se contemple la posibilidad de limitar tratamientos, en casos en quienes las posibilidades de recuperación son casi inexistentes.

## **3- Diversificación de las especialidades médicas:**

La diversificación de las especialidades médicas ha fraccionado la relación médico paciente,. Por lo general el paciente es atendido por un grupo de especialistas. Cada uno de ellos dedicado a su campo específico, interesado en resolver los aspectos relacionados con su especialidad, sin que en muchos casos, exista quien se ocupe de interactuar con el enfermo como un todo, y por tanto le informe adecuadamente sobre su situación; lo oiga, entienda sus valores y delibere con él o sus familiares sobre sus diferentes alternativas de tratamiento.

En las áreas de Cuidado Intensivos esta situación es particularmente frecuente debidos a el número de especialistas que interactúan en un mismo enfermo, las limitaciones para que el paciente participe y lo grave de las situaciones que deben afrontarse. Como consecuencia de la antes expuesto, se prolongan tratamientos con efectos específicos en determinados problemas, sin que se

evalúen, en muchas ocasiones, sus efectos reales en la sobrevida y calidad de vida. Así, se prolonga el uso de ventilación mecánica, soporte hemodinámico y diálisis en un paciente en estado terminal de una enfermedad o con daño cerebral severo e irreversible por el hecho de que el paciente mantiene un PO<sub>2</sub> normal, presión arterial en rangos normales y valores de BUN, creatinina y pH adecuados.

#### **4- Medicina Defensiva**

Existe aún, por parte del médico, el temor a verse involucrado en un proceso judicial. Acusado de negligencia médica por no haber utilizado los recursos disponibles para la atención del paciente. No existen criterios jurídicos claros en relación a la limitación de medidas terapéuticas en pacientes que se encuentran en etapa terminal de una enfermedad.

Por una parte la Ley de Ejercicio de la Medicina vigente en su artículo 28 establece que el médico que atiende enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas artificiales de mantenimiento artificial de la vida, y el artículo 29 regula el ingreso de los pacientes a cuidados Intensivos.

#### Artículos 28

“El médico que atiende a enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oír la opinión de otro u otros profesionales de la medicina.

#### Artículo 29:

“El ingreso y la permanencia de los enfermos en las unidades de cuidados intensivos deberá someterse a normas estrictas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesiten y en la asistencia de enfermos irrecuperables en la etapa final de su padecimiento.”

El Código de Deontología Médica (de 1985, derogado) en sus artículos 77, 80 y 81 (ver artículos 74 a 84 del Código vigente-2004) acepta, el derecho de los

enfermos a rechazar medidas extraordinarias y medidas de reanimación. Prohíbe expresamente la eutanasia activa, repite lo expresado en la ley exonerando al médico de utilizar medidas extraordinarias en pacientes terminales.

#### Artículo 77

“El moribundo tiene derecho a exigir se le permita morir sin la aplicación indiscriminada de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, respetándose también su decisión de que no le sean aplicadas medidas de reanimación. El desatender este deseo puede considerarse como una violación a los derechos del enfermo de morir en paz. La interrupción de las medidas extraordinarias no exonera al médico de su obligación de asistir al moribundo y suministrarle la ayuda necesaria para mitigar la fase final de su enfermedad.

#### Artículo 80 “

“Es obligación fundamental del médico el alivio del sufrimiento humano. No puede, en ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aun cuando este o sus familiares lo soliciten”.

#### Artículo 81

“El médico que atiende enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos de ser posible, oír la opinión de otro u otros profesionales de la medicina.

El médico cumplirá igualmente, lo que pueda establecer al respecto el reglamento de la ley de ejercicio de la medicina.

Pero, por otra parte hay quienes argumentan que el derecho a la vida está consagrado en la Constitución, y por tanto, el limitar ó retirar tratamientos, aun en pacientes en etapas terminales atentaría contra la vida y estaría penalizado. Afortunadamente los defensores de esta interpretación jurídica son cada vez menos, y la tendencia general es a respetar la voluntad del enfermo o sus representantes; una vez que se considera que desde el punto de vista médico, continuar tratamientos orientados a prolongar la vida sería inútil o desproporcionado.

La falta de claridad y de información en este sentido con frecuencia retrasa las decisiones y promueve la distanasia.

## **5- Decisiones inmediatas**

En un alto porcentaje de los pacientes críticos se cuenta con escasos minutos para tomar decisiones que pueden ser de vital importancia, sin que podamos a veces conocer su evolución. Por citar tan solo un ejemplo: Ante un paciente con politraumatismo severo que llega a emergencia, en coma, luego de ser reanimado de un paro cardiorrespiratorio. ¿Podemos con certeza predecir su evolución antes de proceder a establecer todo el soporte terapéutico que requiere? ¿De cuantos minutos dispone el médico para decidir esta conducta? ¿Que elementos objetivos y certeros tiene para evaluar, en tan corto tiempo, la posibilidad de sobrevivida y calidad de vida que llevará este paciente, de llegar a recuperarse?. ¿Cuantos de estos pacientes luego de un sofisticado despliegue terapéutico, días o semanas de intenso trabajo, y un altísimo costo económico y psicológico para la familia, mueren o quedan en estado vegetativo persistente?

La necesidad de tomar decisiones en corto tiempo, obliga a resolver la situación de emergencia y luego evaluar el pronóstico. Por tanto, algunos casos son reanimados y conectados a modos de soporte vital y luego se detectan situaciones que pudieran ser irreversibles. En forma equivocada, se piensa que si ya se iniciaron las medidas terapéuticas y de soporte, las mismas no pueden ser discontinuadas aun cuando se encuentren situaciones patológicas irreversibles que inevitablemente llevarán a la muerte, o a situaciones de severa incapacidad, y por tanto se mantienen tratamientos no justificados. En este sentido es importante aclarar que es lo mismo no iniciar, que retirar medidas terapéuticas, cuando las mismas se consideren fútiles.

## **6- Falta de preparación del medico y falsas expectativas por parte de familiares y pacientes**

Los puntos antes expuestos han tendido a inclinar la balanza hacia el uso de medidas de soporte vital con más frecuencia y por más tiempo de lo que debería ser. Ha resultado más fácil y mucho más tranquilizante para el médico actuar que no hacerlo. Sin plantearse, en muchas ocasiones, el posible daño que se le acarrea al enfermo y a sus familiares. No hay dudas, que la decisión sobre no actuar, no iniciando o retirando tratamientos fútiles o desproporcionados es extremadamente compleja y requiere de una sólida formación clínica y ética por parte del médico.

El médico no recibe una adecuada formación sobre estos aspectos y por tanto, o no visualiza el problema, o ante las dudas prefiere mantener el tratamiento, con el consecuente daño, que esto le acarrea al paciente y a sus familiares.

No hay dudas de que, uno de los dilemas mas importantes que enfrenta el médico intensivista de hoy, en el manejo de los pacientes críticos, es la toma de decisiones sobre cuándo ingresar un paciente a cuidados intensivo y; una vez ingresado y sometido a una serie de técnicas de soporte vital, si la evolución no es satisfactoria, por cuanto tiempo mantenerlas. Tales decisiones tienen importantes implicaciones éticas, pues, sobrepasado cierto límite, la beneficencia que se busca puede transformarse en un daño que se le ocasiona al enfermo al someterlo a un largo, doloroso y, costoso proceso de morir.

¿Hasta donde seguir?, ¿En base a qué parámetros se tomará la decisión de suspender las medidas de soporte vital?. ¿Se justifica mantener el tratamiento iniciado y los costos del mismo? Son preguntas que todo médico intensivista debe plantearse ante ciertos casos.

## **QUE HACER?**

### **SE PUEDE O DEBEN LIMITARSE MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN ALGUNOS ENFERMOS?**

La pregunta que nos hacemos hoy ya no es si se puede o se debe retirar o, no iniciar ciertos tratamientos en pacientes que se encuentran en etapas terminales de una determinada enfermedad. La pregunta que nos debemos hacer es: ¿A quien?, ¿Cuándo? y como?, debe limitársele el tratamiento que recibe.

Debemos reconocer que la medicina actual a pesar de sus extraordinarios avances tecnológicos tiene límites. Si bien es cierto que hoy podemos diagnosticar, tratar, en ocasiones curar, o al menos mejorar muchas enfermedades que hasta hace pocas décadas no tenían tratamiento. También es cierto que en otros casos no es posible curar y ni siquiera mejorar ciertas patologías. La realidad es, como bien lo dice el Dr. Gamez Rubi, que la mortalidad del ser humano sigue siendo el 100%.

Es por tanto muy importante establecer cuales son los elementos con los que cuenta el médico para tomar decisiones, en relación al uso de una serie de tratamientos. Tratamientos de mucha utilidad en algunos casos, pero que no estarían indicados en otras situaciones. Con la intención de reducir al mínimo la utilización inapropiada de estos recursos tecnológicos, y por ende la distanasia.

Al menos cinco elementos deben ser considerados a la hora de tomar tan difíciles decisiones:

#### **1- PRONÓSTICO:**

Uno de los aspectos más importantes es definir si se trata de un paciente crítico o de un paciente terminal. El paciente crítico presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero a la vez tiene evidentes posibilidades de recuperación. Por el contrario, el paciente terminal se encuentra en una etapa avanzada de una enfermedad irreversible, y su

muerte es inminente en horas, días, o semanas, independientemente de la terapéutica que se utilice.

Tales términos suelen confundirse, y esta confusión lleva a muchos médicos a ingresar a las Unidades de Cuidados Intensivos a pacientes en estados terminales de su enfermedad, basados en la falsa expectativa de que los recursos ahí disponibles lograrán resolver el problema del enfermo. Por el contrario, en estos casos, solo se logra prolongar el proceso de morir. El soporte hemodinámico y ventilatorio, plenamente justificados en pacientes con shock e insuficiencia respiratoria, secundarios a un politraumatismo o a una neumonía, no dará los mismos resultados en un enfermo con insuficiencia hepática terminal, ni en un paciente con signos neurológicos de enclavamiento secundario a metástasis cerebrales.

De acuerdo con la definición antes expuesta, un paciente crítico, tiene indicación absoluta de ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, dado que tiene posibilidades razonables de recuperación. En este caso el médico tiene la obligación de darle el soporte y tratamientos que su condición amerite. A menos que el paciente, siendo competente para decidir; exprese su negativa a recibir tal tratamiento. Y en caso de no ser competente, lo exprese su familiar responsable.

Por el contrario, el paciente en fase terminal de una enfermedad no recuperable, no tiene indicación de ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, a menos que se demuestre que el uso de alguna forma de tratamiento disponible en la Unidad, le aliviará el dolor y el sufrimiento. La ética de la medicina de hoy exige tener clara la diferencia entre estas dos situaciones, y será contrario a la ética, por violar el principio de no maleficencia, engañar al enfermo o a sus familiares ofreciéndoles alternativas terapéuticas que no resolverán la situación del enfermo, y que por el contrario prolongarían inútilmente el proceso del morir.

Las mismas consideraciones son válidas para aquellos pacientes que ingresaron a Cuidados Intensivos y evolucionaron en forma desfavorable hacia una situación irrecuperable. Es muy importante resaltar que, la decisión de retirar o no

iniciar el tratamiento, en ningún caso, significa abandonar al enfermo o, como frecuentemente se dice, dejarlo en "Medidas Mínimas". Lo que cambia en estos casos son los objetivos del tratamiento. En el paciente crítico, recuperable, los objetivos serán: salvar la vida, curar la enfermedad, preservar las funciones, intentar restituir la salud, aliviar el dolor y/o el sufrimiento. Por el contrario en el caso de pacientes que evolucionan a una condición irrecuperable de la enfermedad, lo recomendado será: aliviar el sufrimiento, ofrecer la máxima comodidad posible, y evitar la prolongación del proceso de morir.

Es por tanto importante tener claro que la decisión de limitar o suspender las medidas terapéuticas en el paciente crítico están llenas de gran subjetividad. Tal decisión está sujeta a la experiencia del grupo médico; a indicadores pronósticos que aportan una información general sobre la evolución de grandes poblaciones de pacientes, pero no permiten extrapolar tales resultados a casos específicos. Y finalmente a consideraciones de valor del paciente, sus familiares o del grupo médico. Lo que para alguien pueda resultar fútil puede no serlo para otro, por tanto, la decisión de no iniciar o suspender un determinado tratamiento debe ser una decisión de consenso una vez evaluadas exhaustivamente todas las variables antes mencionadas. No se puede esperar en ningún caso una certeza absoluta, se debe aspirar a una certeza moral.

## **2- ¿QUÉ TIPO DE VIDA SE ESTA PRESERVANDO?**

Otro elemento de gran importancia a considerar en la toma de decisiones para el ingreso de pacientes a la Unidad de cuidados Intensivos o, para decidir si continuar o limitar las medidas en un momento dado, es el tipo de vida o calidad de vida que estamos intentando preservar. En este sentido es importante aclarar los conceptos de muerte encefálica y estado vegetativo persistente.

En el primer caso el enfermo presenta una lesión que compromete el tallo cerebral en forma severa e irreversible. En estas condiciones, el paciente morirá en corto tiempo, aun cuando se utilicen medidas de soporte vital. En el caso de los enfermos en estado vegetativo persistente, éstos han perdido la capacidad de

mantener una vida de relación, pero a diferencia de la muerte encefálica, puede, en algunos casos, respirar espontáneamente, mantener una función cardiovascular y los parámetros vitales, dentro de los límites compatibles con la vida, y por tanto, son capaces de vivir sin medidas de soporte vital. Estas dos situaciones pueden considerarse muerte de la persona, con conservación de la vida biológica.

Los casos con criterios de muerte encefálica de acuerdo a lo establecido en los protocolos aceptados para este diagnóstico, no tienen indicación de ingresar a Cuidados Intensivos. De presentarse esta situación clínica estando el paciente dentro de la Unidad, la conducta a seguir debería ser: Confirmar el diagnóstico de acuerdo a los protocolos establecidos, y una vez confirmado el mismo, suspender las medidas de soporte y tratamientos que el paciente esté recibiendo. En los pacientes, candidatos para donación de órganos, que cumplan todos los requisitos requeridos a tal fin, se retiraran las medidas de soporte en quirófano, luego de la donación.

Los casos con estado vegetativo persistente demostrado, tampoco deberían ingresar a Cuidados Intensivos. Cuando tal situación se presenta en un caso ya ingresado a la Unidad, que por alguna razón evolucionó hacia esta condición, es necesario, en primer lugar confirmar el diagnóstico. En estos casos, si bien, no hay una muerte encefálica, existe un daño cortical, que hace imposible la restitución de una vida intelectual, volitiva, de relación. Existe lo que se ha denominado una muerte biográfica. El diagnóstico definitivo de un estado vegetativo persistente requiere que el paciente continúe en este estado al menos 3 meses y en casos secundarios a politraumatismos, un tiempo aun mayor. Por tanto, lo indicado cuando existen altas probabilidades de este tipo de evolución es egresar al paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos para la confirmación del diagnóstico.

En el caso de pacientes con diagnóstico demostrado de estado vegetativo persistente surge la necesidad de tomar la decisión sobre mantener o no las medidas de soporte que pudieran requerir. Ante estas circunstancias suelen plantarse dos posiciones. En la primera, los familiares subrogados, solicitan la

suspensión de las medidas de soporte vital, por considerar que de acuerdo a los valores expresados por el enfermo durante su vida, éste no hubiese querido vivir en esas condiciones. En el segundo caso se plantea el problema contrario, los familiares exigen mantener las medidas de soporte vital.. La tendencia actual en el primer caso es a respetar la voluntad de las personas o de sus familiares subrogados, con lo cual se respeta el principio de autonomía. En el segundo caso, las cosas no parecen estar tan claras. Por una parte el mantener las medidas de soporte vital, respetaría la autonomía del paciente o de su representante, lo cual sería aceptable siempre y cuando no se violen normas de justicia sanitaria en términos de distribución de recursos, o se limite la asistencia médica de otras personas recuperables. En estos casos es muy importante considerar las directrices avanzadas y consultar al Comité de Ética Hospitalaria. La mejor alternativa, es convencer al familiar de la inutilidad de continuar tales medidas, proponer el traslado del paciente a centros de atención menos especializados o, en última instancia dejar la decisión final a los jueces.

Los pacientes sin daño cerebral irreversible pueden, su vez, dividirse en dos grupos: El primero, pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas con muy buen pronóstico, y el segundo, pacientes críticos con enfermedades de pronóstico incierto. En el primero se encuentran enfermos con accidentes coronarios agudos, angina inestable, infarto del miocardio, revascularización miocárdica, politraumatizados, enfermedades neuromusculares reversibles, etc. En estos casos se ha demostrado que las técnicas desarrolladas en los últimos años han reducido considerablemente la mortalidad y mejorado su calidad de vida. En estos casos estaría plenamente justificado la aplicación de tratamientos avanzados.

En el segundo grupo entrarían pacientes con shock cardiogénico o séptico, falla multiorgánica, accidentes cerebrovasculares, isquémicos o hemorragias severas, SIDA en etapas avanzadas etc.. Este último grupo representa el mayor dilema de la medicina crítica actual, dada las dificultades existentes para establecer un pronóstico certero, cuando no responden adecuadamente al tratamiento. Este

grupo de pacientes llena los criterios de recuperabilidad, pero, resulta difícil de establecer la evolución que seguirán, los costos y la calidad de vida futura.

En ambos grupos, deben mantenerse los tratamientos orientados de soporte vital, así como de tratamiento de la enfermedad, mientras existan posibilidades razonables de recuperación. Sin embargo, cuando luego de brindarle al enfermo todo el tratamiento indicado y disponible, por un tiempo razonable, la evolución es definitivamente tórpida y las posibilidades de recuperación se hacen casi nulas, debe iniciarse la discusión sobre continuar o no ciertos tratamientos. En todos estos casos es indispensable que además de los criterios clínicos, se considere la voluntad del enfermo o, si éste no estuviese capacitado para decidir, la de sus subrogados.

### **3-AUTONOMIA DEL PACIENTE:**

Con excepción de los casos descritos anteriormente con enfermedades en etapas terminales o daño encefálico severo irreversible. La mayoría de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, son potencialmente recuperables, puede mantener una vida de relación social, y por tanto desarrollar su su proyecto de vida. Estos casos tienen una clara indicación para ser ingresados y tratados en Cuidados Intensivos. Sin embargo, es muy importante destacar, que aun cuando exista la indicación médica, debe siempre considerarse la opinión del paciente, si este es competente para decidir, o en caso contrario, la del familiar o representante subrogado. Debe siempre, conocerse su concepto de calidad de vida como valor humano, teniendo siempre en cuenta que cada persona debe establecer el contenido de este concepto y definir lo que considera valioso para sí. A su vez, el médico deberá explicarle detenidamente el pronóstico, no solo en términos de mortalidad, sino de calidad de vida futura que el paciente tendrá, y permitir que el paciente, competente, adecuadamente informado, decida si quiere o no ser sometido a determinados tratamientos. Los pacientes no competentes para decidir no pierden su derecho, en estos casos la información deberá darse a la persona subrogada. Es necesario entender que la calidad de vida es un concepto valórico que solo lo puede definir cada persona. Así, habrá pacientes que no podrán soportar vivir conectadas a un equipo de ventilación mecánica y ante esta circunstancia

preferirán morir; otras, aun en estas circunstancias preferirán vivir. De la misma manera, hay quién no aceptará llevar una vida con dolor o limitaciones físicas, mientras otros estarán dispuestos a tolerarlo, con tal de vivir. De aquí surge uno de los conceptos más importantes de la ética médica de hoy: **el respeto a los valores de los demás, a la libertad individual, el respeto a la autonomía.** .

Desafortunadamente, en Cuidados Intensivos se dan una serie de situaciones particulares. Los pacientes suelen ingresar en situación de emergencia, muchos de ellos inconscientes, o de alguna forma incompetentes para decidir. Sus familiares por lo general no están preparados, dado lo súbito de la aparición de la enfermedad, o agudización de la misma. Con frecuencia no es posible discutir detalladamente las condiciones clínicas del enfermo, al momento del ingreso, por requerirse una intervención terapéutica inmediata para salvarle la vida. Sin embargo debe quedar claro que una vez superada la situación de inminente peligro, debe iniciarse el diálogo con el enfermo, o si éste no fuese competente, con su representante subrogado, sobre la situación clínica, pronóstico, alternativas terapéuticas, etc. A fin de establecer desde el principio una adecuada relación, orientada al respeto de la autonomía del enfermo.

Dado que la mayoría de los pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos no están capacitados para decidir, lo cual en la práctica crea importantes problemas. Es importante promover las denominadas directrices avanzadas, testamentos biológicos o living wills. El uso de estos instrumentos permite que las personas puedan expresar su voluntad cuando están capacitadas y de esta forma facilitan la toma de decisiones, respetando su deseo. Estos instrumentos deben ser promovidos y legislados a fin de incorporarlos a la práctica clínica.

#### **4-TIPO DE TRATAMIENTO:**

Otro aspecto a considerar, es el tipo de tratamiento utilizado en relación con los objetivos que se buscan y los efectos que se están obteniendo. En este sentido, las medidas terapéuticas, según la utilidad que tengan en cada circunstancia, se han

denominado: Medidas ordinarias, extraordinarias, proporcionadas, desproporcionadas, útiles, o fútiles.

La distinción entre estos términos es de gran importancia práctica para definir las conductas a seguir en los pacientes críticos, de acuerdo a la utilidad que en un momento determinado tenga una medida diagnóstica o terapéutica, y por ende la indicación o no de utilizarla.

Los términos, ordinarias y extraordinarias fueron introducidos por los moralistas católicos. San Alfonso, en su revisión de la moral católica del siglo XVI, expresa que nadie está obligado a aceptar medidas extraordinarias para mantener su vida. Esta posición ha sido mantenida por la religión cristiana en nuestros días, cuando el Papa Juan Pablo II dice en el Evangelio de la Vida: "... Cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia..."

El término fútil, ha sido utilizado últimamente con mayor frecuencia, en la literatura anglosajona. Proveniente de la raíz "futilis", tiene su origen en el mito griego, según el cual las hijas del Rey Argos, luego de asesinar a sus esposos, fueron condenadas por Dios a cargar agua, eternamente, en recipientes perforados. Lo cual, explica claramente, la inutilidad de tales medidas.

A pesar de que en la práctica este término es utilizado con frecuencia, no existen criterios objetivos para su definición. En un mismo paciente, una medida puede considerarse fútil en una circunstancia y no serlo en otra. De la misma manera, el criterio de futilidad de una medida terapéutica puede ser válido desde una determinada escala de valores para el grupo médico y no serlo desde el punto de vista de los valores del paciente. Es por tanto importante cuando se considera una medida fútil, establecer para qué y para quién lo sería .

Se han intentado buscar definiciones mas objetivas, como es el caso de la proposición hecha por Schneiderman (19), quién considera que una medida es fútil,

cuando en 100 casos, de acuerdo a la experiencia del grupo médico o, de la literatura, tal medida no ha sido útil. Cuando la medida no ayudará a revertir el estado de inconsciencia; o cuando ésta no permite eliminar la dependencia del cuidado intensivo. Sin embargo, resulta por lo general difícil recopilar una experiencia de 100 casos que cumplan criterios similares a los del paciente en discusión.

Finalmente, siempre en Medicina, se hablará en términos de probabilidades y en tal sentido habría que definir a partir de que rango de probabilidades se considerará una medida fútil. Debe por tanto quedar claro que la futilidad siempre será relativa y como tal sujeta a error. Considerar una medida fútil, y por tanto no realizarla, debe ser siempre producto de una amplia deliberación, de un acuerdo unánime y, dejar siempre la puerta abierta a la reconsideración.

Una medida terapéutica será considerada proporcionada o desproporcionada en relación a su riesgo-beneficio o costo-beneficio. En tal sentido, el tratamiento puede ser útil o, en otras palabras no fútil, pero su aplicación sería desproporcionada dado el riesgo, los costos o la condición del paciente. Por ej. Realizar un by-pass coronario a un paciente de 83 años, con enfermedad de Alzheimer avanzado, quien se encuentra encamado desde hace varios años.

Estos términos suelen usarse como sinónimos, y aun cuando pueda lucir poco importante la diferencia semántica entre ellos, el concepto que representan es importante y de ahí que debemos diferenciarlos. Un paciente con enfermedad coronaria, en insuficiencia renal, puede expresar su deseo a no ser sometido a cirugía cardiovascular para revascularización miocárdica, por tanto, en este caso esta cirugía será una medida extraordinaria que estamos obligados a respetar. Sin embargo, el paciente pudiera aceptar la diálisis, para lo cual tendría indicación. Además, en este caso, estaríamos obligados a insistir sobre los beneficios de la cirugía. En un paciente en shock cardiogénico severo, secundario a una disfunción ventricular con fracción de eyección menor al 15%, no susceptible a revascularización por mala anatomía coronaria, e insuficiencia renal, la cirugía de

by-pass coronario sería fútil y posiblemente también la diálisis. Y en un paciente que tiene años encamado por una enfermedad de Alzheimer avanzada, y presenta enfermedad coronaria e insuficiencia renal, la cirugía sería desproporcionada, dado el riesgo y costo beneficio. Mientras que la diálisis pudiera estar indicada, si por ejemplo fuese un caso que pudiese revertir, los familiares lo solicitaran o aceptaran, y no comprometiera el tratamiento de otros. Es por tanto importante definir en pacientes críticos aquellos tratamientos que sean extraordinarios, los que se consideren fútiles y los que puedan ser desproporcionados, como criterios de conducta clínica.

## **5-RELACION COSTO BENEFICIO:**

La tecnología médica desarrollada en los últimos años ha incrementado considerablemente los costos médicos. Las Unidades de Cuidados Intensivos, consumen aproximadamente el 15% del presupuesto hospitalario. Esta situación ha hecho surgir un nuevo campo en el que el médico de hoy debe participar y para el cual no está, a veces, preparado. ¿Se justifica la utilización de toda esta tecnología en todos los pacientes? ¿En que momento suspenderla? ¿Como evaluar, en estos casos la relación costos-beneficios, para hacerla eficiente y justa?

La falta de elementos objetivos y de políticas sanitarias claras ha llevado a que se utilicen recursos muy costosos en el tratamiento de un número proporcionalmente bajo de pacientes, a veces, con resultados inciertos. Si bien, como se describió anteriormente, existen en la actualidad determinadas patologías en las cuales se conoce que estos tratamientos mejoran la sobrevida y la calidad de vida futura, y por ende están plenamente justificados en términos costo-beneficio. Existe también, un número de pacientes que sufren enfermedades agudas o crónicas reagudizadas en las que los resultados de los tratamientos aplicados en cuidados intensivos es incierto. Esto ha generado una importante discusión sobre la administración de los recursos sanitarios en búsqueda de una utilización eficiente y justa de los mismos.

Si bien, en algún momento, se ha argumentado que el gasto de mantener un paciente con soporte vital con pocas o ninguna esperanza de recuperación, no influye mayormente en el presupuesto global de salud, en la actualidad, esto no es cierto ni en los países desarrollados. Incluso en los Estados Unidos, uno de los grandes promotores de toda esta carrera tecnológica, han reflexionado sobre este tema y están rediseñando su sistema de salud.

En el caso de los países latinoamericanos, la situación es todavía más compleja pues en la mayoría de los casos, nuestros sistemas de salud tienen severas limitaciones incluso para satisfacer la atención primaria y preventiva. Es frecuente, que el número de camas disponibles en Cuidados Intensivos sea menor de las requeridas y por ende muchos casos con indicación de recibir estos tratamientos, no pueden hacerlo. Es por tanto indispensable que a la hora de tomar una decisión sobre ingresar un paciente a Cuidados Intensivos, o de decidir si continuar o no un determinado tratamiento, se consideren los aspectos éticos y médicos antes mencionados, y además se contemple que la atención a un paciente con pocas o ninguna posibilidad de recuperación puede estar limitando la atención de otro enfermo recuperable y de esta forma violentando el principio de justicia.

En términos de justicia, las políticas que definen a quién dar y a quién no dar este tipo de atención debe estar en manos de los administradores de salud. Sin embargo, suele ocurrir en nuestros países, que tales políticas no están contempladas, y por tanto, al no haber limitaciones establecidas por la sociedad y las autoridades competentes para ello, queda a criterio del médico tal decisión. No siendo infrecuente, además, que dada la limitación de camas, deba escoger entre uno entre varios pacientes que se encuentran en espera en la sala de emergencia, para ocupar la única cama que tiene disponible.

Dejar esta decisión en manos del médico crea un conflicto entre la responsabilidad individual que tiene el médico con el paciente de brindarle la mayor atención, principio de beneficencia, por un lado, y su responsabilidad social en la distribución adecuada de los recursos, principio de justicia, por el otro. Además

genera decisiones circunstanciales y no decisiones provenientes de una política sanitaria adecuada.

La ausencia de políticas sanitarias claras, transgrede el principio de justicia al dejar que tal decisión sea tomada en forma individual por el médico, quién a veces, ante la duda o incluso bajo presión, desvía recursos indispensables para la recuperación de determinados pacientes, hacia la atención ineficiente e injustificada de otros.

En la práctica, no existe un presupuesto ilimitado que permita ofrecer todos los recursos tecnológicos disponibles a todos los pacientes, sin que se contemple, no solo la utilidad, de tal procedimiento para resolverle el problema al enfermo, sino su justificación en términos de costo beneficio. Esta aproximación se basa en una fundamentación utilitarista que hoy es aceptada por muchos autores.

Es necesario abrir la discusión, especialmente en nuestros países, en busca de políticas sanitarias justas en este sentido. En el desempeño de estas políticas sanitarias, que son responsabilidad del estado, los médicos deben participar aportando sus criterios técnicos y experiencias, y no dejarlas solo en manos de legisladores que por lo general no cuentan con los elementos necesarios. Solo con una información sincera y honesta sobre costos reales y resultados posibles puede la sociedad tomar decisiones justas, al respecto.

## **LIMITACION DE MEDIDAS TERAPEUTICAS Y LOS PRINCIPIOS DE LA BIOETICA**

Al enfrentarse a estos problemas, el médico intensivista de hoy, se debate ante los cuatro principios de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Por una parte, busca ofrecerle al paciente el máximo beneficio, evitando ante todo hacerle daño, respetando a la vez su autonomía, analizando sus decisiones y buscando la mayor eficiencia en términos de costo beneficio. Es muy frecuente que en estos casos estos principios entren en conflicto, y el médico debe analizar cuidadosamente todas las variables para tomar la mejor decisión.

Es importante aclarar que estos principios, como principios al fin, obligan siempre, pero a la vez tienen jerarquías. Como lo establece el Dr. Diego Gracia, la no maleficencia y la Justicia son principios de primer nivel y están por encima de la beneficencia y la autonomía que son principios de segundo nivel. En otras palabras, desde el punto de vista ético, no hacer daño a una persona siempre será más importante que hacerle bien. La distribución justa de los recursos, siempre será más importante que la voluntad del paciente o del beneficio que se pueda hacer en forma individual. Además, en situaciones claramente justificadas, podrán haber excepciones, aún a esta jerarquía.

El médico siempre identificado con la beneficencia buscará hacer el bien, aliviar el dolor y el sufrimiento y de ser posible, curar la enfermedad. A tal fin, hoy cuenta con complejas técnicas diagnósticas y terapéuticas que le permiten resolver situaciones que hace pocos años, se podría imaginar. El problema se presenta cuando se acerca a los límites de la maleficencia; ir más allá de lo que puede hacer. Pasar este límite significa caer en el encarnizamiento terapéutico, la distanasia. Arriesgar al paciente a un doloroso proceso de morir o a quedar severamente incapacitado. Desafortunadamente, en la actualidad, este límite es tenue, impreciso, variable, dependiendo del criterio de diferentes médicos, del paciente o de sus familiares. Lo que es fútil para unos puede no serlo para otros. El límite, a la vez, no es unidireccional, una vez que el médico lo identifica y decide no traspasarlo, limitando las medidas terapéuticas, puede ocurrir que el paciente comience a mejorar. Le tocará al médico decidir regresar, replantear la situación y decidir si reiniciar el tratamiento. ¿Fue un error?, ¿un juego de las probabilidades estadísticas?, ¿Una respuesta inesperada? Pero en la práctica, es una realidad que puede ocurrir.

Moverse a uno y otro lado de este tenue límite, reconociendo cuando se cree estar haciendo bien y cuando comienza a hacerse daño, ya no es, como antes, potestad absoluta del médico. Hoy se exige un respeto absoluto a la voluntad del paciente, quién es, en última instancia, quién debería definir tal límite. La tradición de

hacer el bien, sigue siendo hoy, una obligación del médico, pero ahora supeditada a la voluntad del paciente, quién adecuadamente informado debe dar su consentimiento y de no estar capacitado para hacerlo, su representante subrogado asumirá tal responsabilidad. El médico de hoy no puede imponer lo que según su escala de valores es mejor para el enfermo. El respeto a las creencias y valores de los pacientes constituye uno de los pilares fundamentales de la ética médica actual.

La orientación paternalista, que aun priva en muchos médicos, suele crear la confusión de que existe la obligación de seguir en forma indefinida tratamientos que no aportarían ningún beneficio razonable al paciente. En estos casos, el ensañamiento terapéutico pudiera considerarse una forma de hacerle daño al enfermo y violaría el principio de no maleficencia, que en orden jerárquico está por encima de la beneficencia.

En pacientes con muy pocas o ninguna posibilidad de recuperación, una vez agotadas todas las medidas terapéuticas razonables, la suspensión de medidas de soporte vital, no debe considerarse maleficencia. En otras palabras, en estos pacientes, el dejar de realizar procedimientos que prolonguen inútilmente la vida, orientar la terapéutica hacia tratamientos paliativos para calmar el sufrimiento y permitir la evolución natural de la enfermedad, no puede considerarse un acto de maleficencia. Por el contrario sí sería maleficencia, el ensañamiento terapéutico a través de la realización de medidas extraordinarias o fútiles.

La limitación de medidas terapéuticas, cuando esta adecuadamente indicada, lejos de ser visto como un fracaso de la medicina, representa una aceptación de nuestra condición mortal. El regreso de una ilusión tecnológica hacia la aceptación de nuestras limitaciones y una reorientación de la estrategia médica hacia la búsqueda de los objetivos que mejoren la atención de los pacientes en condición terminal..

El médico, no debe considerar que su única función es salvar vidas y curar enfermedades. La función real del médico es ayudar al paciente en la búsqueda de

lo que para él sea mejor. Es también obligación del médico, reconocer el límite de sus posibilidades terapéuticas y el resumir el término "desahuciar al enfermo", una vez que acepta que ya no podrá preservarle la vida. En ese momento debe reorientar sus esfuerzos para ayudar al paciente a morir con dignidad.(27)

Es importante que el intensivista recuerde las palabras del Dr. Dunstan :  
"El éxito en los cuidados intensivos no debe, por lo tanto, ser medido únicamente por las estadísticas de sobrevivencia como si cada muerte fuese un fracaso médico. debe, mejor, ser medido por la calidad de las vidas preservadas o recuperadas, y por la calidad del morir de aquellos cuyo resultado fue la muerte, y por la calidad de las interacciones humanas que se dieron en cada muerte"(28)

Finalmente, en el análisis ético debe siempre considerar los costos actuales de la asistencia médica. El principio de Justicia exige una adecuada distribución de los recursos sanitarios los cuales deben ser utilizados con equidad. Aun cuando sea difícil de aceptar, la medicina de hoy debe asumir la responsabilidad de lograr que los recursos sanitarios sean administrados eficientemente.

Como alternativas para enfrentar el problema de la adecuada utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes críticos, se requiere: primero educación, tanto del equipo de salud como de la población. En el primer caso es indispensable que los miembros del equipo de salud conozcan los aspectos éticos y legales implicados en el tratamiento de los pacientes críticos. A su vez se requiere que la población conozca sus derechos y las vías que debe implementar para exigirlos. Es además importante que se legisle sobre las diferentes alternativas, que permitan expresar con anterioridad la voluntad de la persona. Si bien las directrices avanzadas no cubren todas las expectativas, son de gran ayuda al permitir conocer la forma de pensar del paciente. Es importante que se insista en mejorar los indicadores pronósticos, y finalmente se necesita que se aprueben políticas sanitarias claras, que permitan al médico tener una orientación justa sobre a quién y que tipo de medidas aplicar y cuando no aplicarlas. Esto contribuirá a hacer más justa las decisiones.

## **ASPECTOS PRÁCTICOS:**

Desde que se plantea, por primera vez, la posibilidad de limitar medidas de tratamiento, es necesario cumplir con una serie de pasos que garanticen el estricto cumplimiento de todos los aspectos que deben considerarse en estas situaciones:

- 1- El diagnóstico y el pronóstico, deben ser claramente establecidos. Si bien se analizó que nunca habrá certeza absoluta. Debe garantizarse una amplia deliberación que considere todos los elementos necesarios para que la decisión final se aproxime lo más posible a la mejor decisión.
- 2- Debe considerarse y respetarse la voluntad del enfermo. En tal sentido debe establecerse la competencia del paciente para decidir, garantizar que reciba la información suficiente, y darle la oportunidad de participar y decidir sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento que se le proponen. En caso de que el paciente no sea competente, debe establecerse la persona que asumirá esta responsabilidad a fin de darle la información necesaria para que pueda participar activamente en la decisión. Esto no debe ser un hecho puntual, sino un proceso a lo largo de toda la hospitalización del enfermo, independientemente de su pronóstico final.
- 3- La decisión debe ser unánime de todo el equipo de salud que participa en la atención del paciente. Nunca debe ser una decisión individual de alguno de los miembros del equipo.
- 4- Salvo muy contadas excepciones. La decisión debe ser aceptada por el paciente o su representante subrogado.
- 5- Una vez tomada la decisión debe quedar claramente establecida la forma en que se realizará la limitación de las medidas terapéuticas
- 6- Debe establecerse claramente las indicaciones de medicina paliativa que garanticen la reducción al máximo del dolor, sufrimiento, angustia, disnea. Así como la asistencia espiritual, Psicológica y humana al enfermo y sus familiares.
- 7- Deben considerarse las situaciones en las cuales deben reiniciarse las medidas terapéuticas, si por alguna circunstancia esto es necesario.

A fin de ayudar en el seguimiento de este proceso anexamos a continuación un instructivo. El mismo no fue diseñado para ayudar en la toma de las decisiones, sino como orientación en los pasos que deben seguirse durante y después de que la misma se tome.

INSTRUCTIVO PARA LA LIMITACIÓN DE MEDIDAS TERAPEUTICAS

**1. EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE, DURANTE SU EVOLUCIÓN, SE PLANTEE LA LIMITACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS, DEBE PROCEDERSE DE LA SIGUIENTE MANERA:**

a)	<i>Anotar los datos del paciente:</i>				
Número		# de Historia		# de Cuenta	
Nombre y Apellido					
Edad		Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Edo. Civil
			C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Religión	Medico Tratante				
Cat <input type="checkbox"/>	Especialidad				
Jud <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso		SAPS (ingreso)		
Otra <input type="checkbox"/>	Diagnóstico de Ingreso				
1) Anote clave de el o los diagnósticos según hoja anexa					
2) Registre las observaciones que considere importantes según este diagnóstico:					
b)	<i>Anotar hora y fecha en que se discutió la posibilidad de limitar las medidas:</i>		Fecha		Hora
c)	<i>Registrar quién <u>propuso</u> la limitación de medidas (se pueden señalar varias opciones):</i>				
La revista de la UCI <input type="checkbox"/> El médico tratante <input type="checkbox"/> Los familiares <input type="checkbox"/> El paciente <input type="checkbox"/>					
d)	<b>Pronóstico del enfermo:</b>				
Específico: en términos de <u>sobrevida</u>		Recuperable <input type="checkbox"/>	Poco recuperable <input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Específico: en términos de <u>condición funcional de vida</u>		Recuperable <input type="checkbox"/>	Poco recuperable <input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAPS (al momento de la discusión)			Escala UCI		
e)	<b>Determinar la razón para <u>proponer</u> la limitación de medidas terapéuticas (se pueden señalar varias opciones):</b>				
Solicitud del paciente <input type="checkbox"/>		Solicitud de la familia <input type="checkbox"/>		Futilidad del tratamiento <input type="checkbox"/>	
Medidas desproporcionadas <input type="checkbox"/>		Costos <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
f)	<i>Registrar la decisión final:</i>				
En base a los parámetros anteriores se decidió:		Limitar definitivamente las medidas <input type="checkbox"/>		Posponer la decisión <input type="checkbox"/>	
<b>OBSERVACIONES:</b>					

**2) EN CASO DE DECIDIR DEFINITIVAMENTE LA LIMITACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS, SE DEBE ESPECIFICAR NUEVAMENTE:**

a)	Anotar hora y fecha en que se <u>decidió</u> la limitación de medidas:		Fecha		Hora	
b)	Registrar quién <u>decidió</u> la limitación de medidas (se pueden señalar varias opciones):					
	La revista de la UCI	<input type="checkbox"/>	El médico tratante	<input type="checkbox"/>	Los familiares	<input type="checkbox"/>
					El paciente	<input type="checkbox"/>
c)	<b>Pronóstico del enfermo:</b>					
	Específico: en términos de <u>sobrevida</u>	Recuperable	<input type="checkbox"/>	Poco recuperable	<input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>
	Específico: en términos de <u>condición funcional de vida</u>	Recuperable	<input type="checkbox"/>	Poco recuperable	<input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>
	SAPS (al momento de la decisión)			Escala UCI		
d)	<b>Determinar la razón para <u>decidir</u> la limitación de medidas terapéuticas (se pueden señalar varias opciones):</b>					
	Solicitud del paciente	<input type="checkbox"/>	Solicitud de la familia	<input type="checkbox"/>	Futilidad del tratamiento	<input type="checkbox"/>
	Medidas desproporcionadas	<input type="checkbox"/>	Costos	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

**2.1) En caso de que fuesen los familiares o el paciente quienes propusiesen la medida, pasar directamente al paso # 3**

**2.2) En caso de que fuese el equipo de salud de la UCI o el médico tratante quien propusiese la medida:**

a)	Determinar si están todos los miembros del equipo de salud de la UCI que han participado en el manejo del paciente informados y de acuerdo con la limitación:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>NOTAS:</b>			
* Si la respuesta es "SÍ", puede pasarse directamente al paso # 4, correspondiente a la discusión con el paciente y/o los familiares			
* Si la respuesta es "NO", <b>no se debe iniciar</b> la limitación de medidas terapéuticas hasta que todo el equipo médico apruebe la limitación.			

### 3) PROPOSICIÓN DEL PACIENTE Y/O LOS FAMILIARES:

a)	<i>Determinar quién o quiénes hacen la proposición:</i>		
b)	<b>Determinar si esos familiares pueden asumir la responsabilidad de la decisión:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
c)	<i>Registrar el parentesco del familiar o los familiares que asumen la responsabilidad de la decisión:</i>		

#### 3.1) En caso de tratarse del paciente o de un familiar con autoridad, se debe evaluar:

a)	<b>Razones para <u>proponer</u> la limitación de medidas terapéuticas:</b>		
<i>Mal pronóstico según los familiares</i> <input type="checkbox"/>		<i>Existencia de una Directriz Avanzada</i> <input type="checkbox"/>	
Costos	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

\* En este momento el equipo médico debe reunirse y evaluar:

a)	<b>Pronóstico del enfermo:</b>		
Específico: en términos de sobrevida	Recuperable <input type="checkbox"/>	Poco recuperable <input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>
Específico: en términos de condición funcional de vida	Recuperable <input type="checkbox"/>	Poco recuperable <input type="checkbox"/>	Muy poco recuperable <input type="checkbox"/>
SAPS (al momento de la proposición):		Escala UCI	
b)	<b>Determinar (si existe) la validez de la directriz avanzada:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Oral por parte del enfermo <input type="checkbox"/>		Testamento biológico <input type="checkbox"/>	Un apoderado <input type="checkbox"/>
c)	<b>Especificar quiénes participaron en la discusión con los familiares:</b>		
Médico Tratante <input type="checkbox"/>		Equipo de la UCI <input type="checkbox"/>	
d)	<b>Determinar si están todos los miembros del equipo de salud de la UCI que han participado en el manejo del paciente informados y de acuerdo con la limitación:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**NOTAS:**

\* Si la respuesta es "SÍ", puede pasarse directamente al paso # 5, correspondiente a la limitación de medidas terapéuticas.

\* Si la respuesta es "NO", se debe mantener la discusión con los familiares hasta llegar a un acuerdo unánime en el cual se asuma la decisión de mayor beneficio para el paciente.

**4) DISCUSIÓN CON EL PACIENTE Y/O LOS FAMILIARES:**

<b>Evaluar la capacidad del paciente para tomar la decisión:</b>		Capacitado <input type="checkbox"/>	No Capacitado <input type="checkbox"/>
SI EL PACIENTE ESTÁ CAPACITADO PARA TOMAR LA DECISIÓN:			
a)	Informar al paciente sobre la limitación de medidas terapéuticas:		
¿Se informó al paciente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b)	Discutir esta medida con el paciente:		
¿Se discutió la limitación de medidas con el paciente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c)	Registrar la decisión final del paciente:		
SI EL PACIENTE NO ESTÁ CAPACITADO PARA TOMAR LA DECISIÓN:			
a)	Determinar el familiar responsable:		
¿Se determinó el familiar responsable del caso?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Parentesco del familiar responsable			
b)	Informar al o los familiares más allegados que han participado en el manejo del paciente sobre la limitación de medidas terapéuticas:		
¿Se informó a la familia?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c)	Plantear la decisión a la familia:		
¿Se discutió esta medida con la familia?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d)	Registrar cuáles familiares participaron en la discusión y en la decisión final:		

e)	<i>Determinar si existe una directriz avanzada:</i>			SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Oral por parte del enfermo		<input type="checkbox"/>	Testamento biológico	<input type="checkbox"/>	Un apoderado			<input type="checkbox"/>
f)	Establecer claramente la posición de la familia ante la limitación de medidas:							
Acceptan	<input type="checkbox"/>	No aceptan	<input type="checkbox"/>	Posición contrapuesta	<input type="checkbox"/>	Proponen	<input type="checkbox"/>	
Expresan deseo del paciente	<input type="checkbox"/>	No expresan abiertamente su opinión	<input type="checkbox"/>	Aceptan sujeto a condición	<input type="checkbox"/>	No Participan	<input type="checkbox"/>	
¿Por qué no participan?								
g)	Especificar quiénes participaron en la discusión con los familiares:							
Médico Tratante		<input type="checkbox"/>	Equipo de la UCI			<input type="checkbox"/>		

**4) DISCUSIÓN CON EL PACIENTE Y/O LOS FAMILIARES (Continuación) :**

<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>De no haber decisión unánime y aprobación del paciente, o de la familia si éste no estuviese capacitado, no debería tomarse ninguna decisión de limitar las medidas</b>	
h)	En caso de proceder con la limitación de medidas a pesar de que la familia no esté de acuerdo, se deben especificar las razones para tomar esta decisión:

**5) EN CASO DE HABER CUMPLIDO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUERIMIENTOS ANTERIORES, PUEDE PROCEDERSE A LA LIMITACIÓN DE MEDIDAS Y :**

**5.1) Debe especificarse la forma en que se realiza:**

**5.2) Deben iniciarse los cuidados paliativos, pasar al paso # 6**

<i>FORMA DE REALIZAR LA LMT</i>		<i>HORA</i>	<i>FECHA</i>
Orden de no RCP	<input type="checkbox"/>		
No iniciar nuevas medidas	<input type="checkbox"/>		
Retiro de medidas:	<input type="checkbox"/>		
a) Vasopresores	<input type="checkbox"/>		
b) Antibióticos	<input type="checkbox"/>		
c) Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>		
d) Diálisis	<input type="checkbox"/>		
e) Drogas antiarrítmicas	<input type="checkbox"/>		
f) Nutrición	<input type="checkbox"/>		
g) Ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>		
h) Hidratación	<input type="checkbox"/>		
i) Fluidos intravenosos	<input type="checkbox"/>		
j) Vasodilatadores	<input type="checkbox"/>		
k) Otras	<input type="checkbox"/>		

**6) CUIDADOS PALIATIVOS PROPORCIONADOS AL PACIENTE UNA VEZ LIMITADAS LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS:**

a)	Facilitar el egreso del paciente de la UCI:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b)	Trasladar al paciente a un área más tranquila de la UCI:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
c)	Facilitar la entrada de los familiares:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d)	Considerar los equipos de monitorización y soporte requeridos por el paciente:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
e)	Proporcionar apoyo espiritual al paciente y sus familiares:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
f)	Iniciar el sistema de apoyo psicológico (UOAF):	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
g)	Controlar el dolor y la angustia del paciente:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	EFECTO		

**6.1) Especificar los siguientes datos del paciente una vez limitadas las medidas terapéuticas:**

a)	Registrar la fecha y hora de fallecimiento:				
b)	Calcular el tiempo entre la decisión de LMT y la muerte (horas):				
c)	Anotar los días totales que permaneció el paciente en la UCI:				
d)	<i>Especificar si se decide reiniciar las medidas terapéuticas:</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

\* En caso de reiniciar las medidas terapéuticas, pasar directamente al paso # 7.

**7) REINICIO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS:**

a)	<i>Anotar hora y fecha en que se reinician las medidas terapéuticas:</i>		Fecha		Hora	
b)	<b>Registrar quién <u>decidió</u> el reinicio de medidas (se pueden señalar varias opciones):</b>					
	La revista de la UCI	<input type="checkbox"/>	El médico tratante	<input type="checkbox"/>	La familia	<input type="checkbox"/>
c)	<b>Comunicar la decisión a la familia:</b>					
	¿Se informó a la familia del reinicio de medidas?			SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d)	<b>Especificar los criterios para el reinicio de medidas:</b>					
	El paciente mejora	<input type="checkbox"/>	Solicitud del paciente y/o la familia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
e)	<b>Especificar la forma en que se reinician las medidas:</b>					
	Todas las medidas	<input type="checkbox"/>	Todas las medidas excepto orden de RCP	<input type="checkbox"/>	Algunas medidas	<input type="checkbox"/>

**8) DURANTE SU EVOLUCIÓN, LA SITUACIÓN DEL PACIENTE ES VARIABLE Y PUEDE SUCEDER QUE:**

a)	<b>El paciente mejora:</b>					<input type="checkbox"/>
i)	Determinar si el paciente egresa de la UCI		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ii)	Registrar fecha y hora del egreso					
b)	<b>El paciente empeora:</b>					<input type="checkbox"/>
i)	Determinar si se replantea la limitación		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

\* En caso de replantearse la limitación debe iniciarse todo el procedimiento nuevamente

<i>OBSERVACIONES</i>

En conclusión se puede decir que las medidas de soporte vital, disponibles hoy en las Unidades de Cuidados Intensivos, han representado un avance extraordinario que ha redundado en una clara reducción de la mortalidad de muchos pacientes que de otra manera hubiesen muerto irremediablemente. Sin embargo, estas mismas medidas pueden en algunos casos prolongar inútilmente el proceso de morir. El médico de hoy debe analizar detalladamente cada caso para decidir, cuando iniciar en un paciente tales medidas y una vez que las inicie, tratar de establecer en que pacientes se justifica mantenerlas. Estas decisiones no son fáciles debido a que no disponemos en los actuales momentos de métodos diagnósticos que nos permitan establecer un pronóstico certero. Tales decisiones deben tomarse basándose en la naturaleza y severidad de la enfermedad, evolución de la misma, indicadores pronósticos generales o específicos, en la experiencia del grupo médico, y siempre tomando en cuenta los valores del enfermo. Se requiere, en estos casos, de una detallada deliberación que permita un minucioso análisis de todas las variables implicadas, especialmente en términos de pronóstico de sobrevivencia y calidad de vida, y una vez que se llegue a conclusión de que el tratamiento aplicado o que se piensa aplicar no aportaría ningún chance razonable al paciente, éste debe considerarse como fútil y sería maleficiente el realizarlo. En ese caso se debe explicar claramente la situación al paciente, y si este no fuera competente a sus familiares, con la finalidad de llegar a un acuerdo para proceder a la suspensión del mismo.

Debemos aceptar que siempre existirá la probabilidad de error, la cual será menor en la medida que las variables analizadas sean exactas y que la deliberación sobre el caso sea bien llevada. Se debe tener siempre en cuenta que lo más importante es respetar la voluntad del paciente y que en estos casos la calidad de vida de acuerdo a los valores de cada persona está por encima de la sacralidad de la vida. El objetivo del médico no es solamente salvar vidas y curar enfermedades, sino además reconocer en que momento renunciar a este propósito y reorientar sus esfuerzos a aliviar el sufrimiento, consolar al enfermo y ayudarlo a morir con dignidad.

Dr. Gabriel d'Empaire

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Truog R; Cist A, Brackett Sh, Burns J, Curley M, Danis M, DeVita M, Rosenbaum S, Rothenberg D, Sprung Ch, Webb S, Wlody G, Hurford W, Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine  
Crit Care Med 2001; 29:2332-2345
- 2- Thomas D. The ethics of letting go. Journal of Critical Care 1993;8:170-176
- 3- Fisher M, Raper R. Withdrawing and withholding treatment in intensive care. The Medical Journal of Australia 1990; 153:217-225
- 4- Smedira N., Evans V., Grass L. et al. Withholding and Withdrawal of life support from the critically ill. New Engl J Med 1990; 332:309-315
- 5- Gracia D. Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Ediciones Doce Calles, Madrid, 1996 pp.127
- 6- Castillo-Valery A. Aspectos ético-morales sobre la asistencia del paciente terminal. Muerte encefálica. Donación de órganos. Cuadernos de la Federación Médica Venezolana N8. Caracas, 1994 pp.31-32
- 7- Castillo Valery A. Filomena M. Crisis vital, muerte cerebral y ética médica. Disinlimed C.A. Caracas, 1992, pp 105-112
- 8- Lo B, Steinbrook R. Beyond the Cruzan Case: The U.S. Supreme Court and medical practice. Ann Intern Med 1991;114:895-901.
- 9- Miles SH. Informed demand for "non beneficial" medical treatment. N Engl J Med 1991;325:312-315
- 10- Task Force on Ethics of the Society of Critical Care medicine. Consensus report on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill. Critical Care Medicine 1990;12:1435-1439
- 11- Bone R, Rackow E, Weg J. and members of the ACCP/SCCM. Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. Chest 1990;97:949-958
- 12- Gracia D. Ética de la Calidad de vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS, N2, 1996, pp. 41-59
- 13- The SUPPORT Principal Investigators. A Controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. JAMA 1995;274:1591-1598

- 14-Hlatky M, Rogers W, Johnstone Y et al. Medical care costs and quality of life after randomization to coronary angioplasty or coronary bypass surgery. *N Engl J Med* 1997;336:92-99
- 15-Thomas J, O'Donnell S.J. *Morals in medicine*. The Newman Press, 2 De. Westminster, Maryland. 1960 pp. 63
- 16-Juan Pablo II. *Evangelio de la vida*. Ed. Trípode. Caracas, 1995 pp. 76
- 17-Luce J, Wachter R. The ethical appropriateness of using prognostic scoring systems in clinical management. *Critical Care Clinics* 1994;10:229-241
- 18-Troug R, Brett A, Frader J. The problem with futility. *New Engl J Med* 1992;326:1560-1564
- 19-Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A. Medical Futility: Its meaning and ethical implication. *Ann Intern Med* 1990;112:949-954
- 20-Weiss S, Hudson L. Outcome from respiratory failure. *Critical Care Clinics* 1994;10:197-215
- 21-Knaus W, Wagner D, Draper E. et al. The APACHE III System. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 1991;100:1619-1636
- 22-Lynn J, Harrell F, Cohn F. et al. Prognoses of seriously ill hospitalized patients on the days before death: implication for patient care and public policy. *New Horizons* 1997;5:56-61
- 23-Gracia D. *Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Ediciones Doce Calles, S.L. Madrid. 1996 pp. 112.
- 24-Castillo-Valery A. *Ética médica ante el enfermo grave*. JIMS, Barcelona, 1986 pp.89-103
- 25-Thurrow LC. Learning to say no. *N Engl J Med* 1984;311:1569-1572
- 26-Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema Universidad. Madrid. España. 1991 pp. 140
- 27-Gracia D. *Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Ediciones Doce Calles, Madrid. 1996. pp.124
- 28-Dustan GR. Hard questions in intensive care. *Anaesthesia* 1985;40:479-482