



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
OFICINA DE BIOÉTICA

RECOMENDACIONES PARA ANÁLISIS DE CASOS ÉTICO-CLÍNICOS (*)¹

TEMA: Limitación / Adecuación del esfuerzo terapéutico (LET / AET)

Elaborado por: *Dra. Carmen Nadal Agost*

Revisado por: Comisión Asesora de Ética Asistencial (CEAM)

Fecha: 16 de septiembre del 2021

Caso A

Mujer de 30 años y de nacionalidad extranjera, contrae COVID 19 a inicios del año 2020. Su única red de apoyo es una hermana con bajo nivel escolar y una hija pre-escolar. El país se encontraba en situación de pandemia por Coronavirus, con alta tasa de ocupación de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Ella presentaba sobrepeso y no tenía antecedentes mórbidos. Debido a falla respiratoria grave, es hospitalizada con ventilación mecánica invasiva. Asociado a ello, el equipo tratante decide ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) y uso de anticoagulante. Evolucionando con un hematoma subdural derecho sin signos de compresión. La indicación neuroquirúrgica se encuentra condicionada a su grave condición basal y de mal pronóstico. El equipo tratante discrepa entre sí, respecto a una alternativa de soporte (Novalung) que permitiría una anticoagulación más focalizada, para esperar una evolución favorable que le permitiera ser operada por el equipo neuroquirúrgico. Ante el mal pronóstico del caso, la discrepancia dentro del equipo tratante y el uso de recursos en un procedimiento alternativo a lo habitual, se envía el caso al comité de ética asistencial de la institución.

Cuestionamientos:

1. ¿Cuáles son los criterios para evitar o limitar las terapias en unidades de cuidados intensivos? ¿Existen criterios técnicos suficientes? ¿Deben complementarse con criterios morales ?

La toma de decisiones de LET o AET no se reduce a una decisión única en la cual se resuelve hacer o no hacer, sino que es un conjunto de decisiones que responden a las condiciones del paciente, razón por la cual los criterios a considerar deben ser técnicos y morales. Las decisiones médicas no están exentas de conflictos morales, en especial, en las unidades de cuidados críticos en la medida que se deben tener en cuenta, por lo general, las decisiones por subrogación de los miembros de la familia de pacientes en riesgo vital.

(*) Este material es elaborado a partir de los análisis de casos ético-clínicos y las reflexiones emitidas durante las sesiones de la Red Chilena de Comités de Ética Asistencial (RCEA) durante los días 18 de agosto, 1 y 15 de septiembre del 2021.

El conflicto radica en la ponderación entre *medios y fines*. El grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y de las unidades coronarias, sugieren cambiar "Limitación del esfuerzo terapéutico" por "Limitación de soporte vital", pues nunca se debe limitar el esfuerzo terapéutico. Por otra parte cambiar "limitación" por "adecuación", elimina el componente peyorativo ("No Hacer"). Una sugerencia sería cambiar el lenguaje por "Adecuación terapéutica", eliminando "limitación" y "esfuerzo", dos palabras que no representan el acto médico de omitir o suspender tratamientos, por el bien superior del paciente.

Los criterios técnicos a considerar son la supervivencia y la calidad de vida. Los tratamientos de soporte vital son la ventilación mecánica, la depuración extrarrenal (diálisis en cualquiera de sus formas), la nutrición artificial ya sea enteral o parenteral, los fármacos vasopresores, el oxígeno a dosis altas o las maniobras de reanimación cardiopulmonar. En algunos casos incluso los antibióticos o la quimioterapia se podrían considerar como tales. Las decisiones clínicas que afectan a pacientes, se encuentran en un contexto de incertidumbre asociado a expectativas de pacientes y familiares. Por ello, éstas se deben tomar en base a la evidencia científica, la experiencia clínica, los valores individuales y sociales, y los recursos disponibles.

Siendo la complejidad una de las características de la toma de decisiones complejas en las UCI, se recomienda hacerlo en conjunto con expertos técnicos y con el comité de ética institucional. En la LET, la bioética puede lograr una tolerable incertidumbre, con la que puedan convivir el paciente y el profesional, siempre con el objetivo final de encontrar aquello que sea más beneficioso para el paciente. Por otro lado, otra forma de enfrentar la incertidumbre es compartir, con el punto de vista de otros, las decisiones a tomar.

2. ¿Es la edad una variable a considerar en la decisión?

La esperanza de vida más elevada y con buena calidad permite que las personas puedan recibir soporte vital mientras su organismo recupera su estado previo. Si bien la edad no debe ser un criterio por sí mismo que impida recibir soporte vital, sin duda, condiciona esperanza de vida. Se debe tener especial cuidado en evitar el "edadismo", referido al prejuicio y discriminación hacia las personas mayores, ya sea por estigmatización o prácticas discriminatorias por parte de la sociedad o sus instituciones.

3. ¿Es la red de apoyo social una variable a considerar en la decisión?

Para toda persona que sea hospitalizada con medidas de soporte vital cabe averiguar su red de apoyo familiar y social, ante un eventual egreso que requiera de cuidados especiales. Para ello se recomienda activar los servicios sociales de las instituciones sanitarias, de tal modo, la variable social no afecte de forma discriminatoria, a quienes sufren la desventaja de no contar con ella.

4. ¿Es el financiamiento una variable a considerar en la decisión?

El financiamiento es una variable a considerar. Aunque no es la esencial, debe estar en el análisis, pues los recursos en salud son siempre limitados en relación con las demandas. El ejercicio consiste en ponderar si los resultados (fines) perseguidos son adecuados y no fútiles en comparación con los medios dispuestos. Hay que tener en cuenta que los recursos sanitarios podrían beneficiar a otros enfermos con mejor expectativa de vida, según la evidencia científica.

5. ¿Quién o quiénes son los responsables de tomar la decisión de LET?

Cada persona es responsable de definir su propio proyecto de vida y así mismo de decidir los tratamientos a los cuales someterse o a los cuales rechazar, en el contexto de una relación clínica que otorgue información y soporte. Un paciente informado, libre de coacción y con la competencia suficiente, podrá decidir de manera autónoma respecto de los tratamientos ofrecidos por su equipo tratante. Existirán casos en los cuales los pacientes no estarán en condiciones de tomar decisiones. En esos casos será un representante idóneo (idealmente elegido por el paciente) quien decidirá en nombre de su representado, según lo manifestado previamente por el paciente.

La decisión técnica acerca de omitir o suspender un tratamiento, según la efectividad, recae exclusivamente en el equipo de salud tratante, el cual debe argumentar la futilidad de las terapias según la evidencia científica y ajustándose a las leyes vigentes del país en relación a los derechos de los pacientes. Las medidas de soporte vital deben indicarse según la experiencia del equipo sanitario y en caso de duda razonable, quedar condicionada a la evolución del paciente. La decisión debe ser consensuada con todo el equipo tratante o al menos informar *a posteriori*, las razones detrás de dicha decisión, de tal manera que no exista exclusión de ningún implicado en el caso.

La información y la consulta con familiares o el representante del paciente debe tener como objetivo respetar la preferencia de éste y alcanzar acuerdos para una toma de decisiones compartida, prudente y racional. En caso de discrepancias con la familia, se recomienda acudir al comité de ética para un asesoramiento respecto a los conflictos morales asociados al caso.

6. ¿Se debe considerar las preferencias de la familia por sobre las del paciente?

Aunque muchas veces parezca difícil tomar decisiones por subrogación en estos contextos, deben primar las preferencias del paciente, actuando la persona que lo representa, de acuerdo a las decisiones previas si son conocidas o en su mejor interés. Por eso la importancia de las habilidades comunicacionales del equipo sanitario para incluir a la familia en la toma de decisiones.

7. ¿Cuáles son los principales problemas identificados en los equipos de salud ante las decisiones de LET?

- Dificultades para afrontar la muerte de los pacientes. La medicina y la tecnología médica, no deben utilizarse de manera indiscriminada por la sensación de "seguir haciendo algo", porque no se acepta la proximidad de la muerte.
- El personal de salud no está familiarizado con conceptos de bioética clínica relacionados con la muerte y la atención al final de la vida.
- La tendencia a una medicina defensiva por temor a una judicialización de los casos en contra del equipo sanitario. La decisión de suspender tratamientos debe ir seguida de cuidados paliativos, los cuales incluyen proporcionar medicamentos, mientras se espera la muerte del enfermo. El equipo de salud necesita confianza para dar a sus pacientes los medicamentos paliativos en las dosis adecuadas con la finalidad de aliviar su sufrimiento sin temer alguna complicación de tipo legal.

- A pesar de la existencia de protocolos y recomendaciones sobre ética de los cuidados críticos, existe una amplia variedad en la forma en que los clínicos se enfrentan a las decisiones sobre tratamientos de soporte vital, que resulta, por lo demás, muy dependiente de cada cultura. Algunas investigaciones han concluido que las decisiones de retirar terapias médicas en pacientes críticos eran tomadas con más facilidad por médicos católicos, en tanto que sostener terapias médicas en pacientes terminales fue más frecuentemente asumido por médicos judíos, ortodoxos y musulmanes².

Marco normativo

En el artículo nº 17 de la Ley de derechos y deberes de los pacientes (Ley Nº 24.584) y el Decreto Nº 62 sobre constitución y funcionamiento de los comités de ética asistencial, se establece que dichos comités de ética están a disposición de el o los profesionales tratantes, quienes podrán solicitar su opinión en caso de insistencia en la indicación de tratamientos no indicados o el rechazo a la limitación del esfuerzo por el paciente o por su representante legal. De acuerdo a este mismo artículo 17 de la ley, el pronunciamiento del comité de ética tendrá solamente el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal derivada de ello.

Asimismo, el artículo 23 del Código de Ética del Colegio Médico dispone que: "Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días".

Según publicación del Dpto. Jurídico del Colegio Médico, el resguardo legal de los médicos que enfrenten esta situación al limitar terapias "radica en realizar un óptimo consentimiento informado, tanto con el paciente como con sus familiares y, lógicamente, dejar expresa anotación en la ficha clínica tanto de las entrevistas, reuniones clínicas, explicación y determinación del paciente de aplicar la adecuación de las terapias"³.

Marco ético

La bioética tiene el objetivo de analizar, deliberar y resolver en torno a conflictos éticos que surgen de la atención de salud que reciben los pacientes y por la aplicación de la ciencia y la tecnología en ellos. Se hace necesario un debate reflexivo para la aplicación de las mejores prácticas desde el punto de vista de los valores éticos y desde los criterios técnicos de la medicina.

Dignidad

El valor intrínseco de todo ser humano.

² Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, et al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007;33:1732-39

³ <https://revista.colegiomedico.cl/adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico-procurando-el-buen-morir-en-casos-irrecuperables/>

Autonomía

Las personas son responsables de definir su proyecto de vida y, así mismo, de decidir los tratamientos a los cuales someterse o rechazar. Un paciente informado, libre de coacción y con la competencia suficiente, podría decidir en relación con los tratamientos ofrecidos por su equipo tratante. Esto significa respetar la dignidad de la persona en el ejercicio de su libertad.

Autonomía subrogada y voluntades anticipadas

Llamamos "*Autonomía subrogada*" a la decisión que una persona competente toma en nombre de otra que es incompetente. Dicha decisión ha de tener como referencia los deseos y preferencias de la persona que es sustituida y no los de quien ha de sustituirle. Es importante siempre indagar si los pacientes han manifestado previamente sus preferencias a sus familiares o cercanos, incluso a su equipo tratante. Esto se conoce como *voluntades anticipadas o decisiones planificadas*, que son otra forma de manifestación de la autonomía de las personas. Esta manifestación previa de voluntad permite respetar de mejor manera la autonomía por quien es designado por el paciente como representante de su interés. Debe procurarse que esta manifestación conste en un documento que sea fidedigno. En consentimiento informado, de acuerdo a lo previsto en el art. 14 inc. 3º, debe contar por escrito en el caso de intervenciones que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado.

Fines de la medicina⁴

De acuerdo con los códigos de ética médica, uno de los deberes del médico es evitar las muertes prematuras e innecesarias. Pero esos códigos no señalan nada de las muertes oportunas o inevitables en pacientes con enfermedades terminales o de edad muy avanzada, o ambas, que han caído en coma varias veces y en los que tanto la medicina terapéutica como la paliativa ya no tienen nada más que ofrecer. En estos casos, los nuevos esfuerzos de terapia intensiva no van a prolongarles la vida sino sólo la inconciencia, además de mantener la espera angustiada de la familia, situación en que la muerte se transforma en benéfica para el enfermo. Aquí, el médico que suspende las maniobras para mantener las funciones cardiorrespiratorias actúa dentro de la ética médica porque está resolviendo el problema de su paciente. El médico que no se involucra con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, o que lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos (curativos y paliativos), está cometiendo una grave falta ética al no cumplir con los objetivos de la medicina, su obligación profesional, cuando no se puede curar, es de apoyar al enfermo, y de evitar las muertes prematuras e innecesarias.

Beneficencia

Ningún profesional sanitario tiene la obligación de realizar un tratamiento fútil aunque se lo pida el paciente o su familia, pues el objetivo fundamental del acto médico es procurar lo mejor posible para el paciente.

⁴ *Eutanasia: hacia una muerte digna*. Colegio de Bioética A.G. Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A.C. México (2008)

No maleficencia

No hacer más daño al paciente, con procedimientos que le van a generar dolor, falsas expectativas, sufrimientos y costos sin beneficios previsibles. Evitar una agonía prolongada con terapia de soporte vital o la obstinación terapéutica.

Justicia distributiva

Ser responsable de la distribución equitativa y eficiente de los recursos sanitarios, lo cual implica no desaprovecharlos siendo estos siempre limitados.

Obstinación terapéutica

Prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal, mediante tratamientos o acciones que de alguna manera "calman" los síntomas que tiene y tratan de manera parcial el problema del paciente, pero con el inconveniente de estar prolongando su vida sin tomar en cuenta su calidad de vida. En el último tiempo, los avances tecnológicos han provocado un aumento en la sobrevida de pacientes considerados previamente irrecuperables, dando lugar a una prolongación del proceso de morir. Por eso las decisiones deben ser evaluadas para limitar o suspender medidas de soporte vital, cuando no dan el resultado esperado.

Futilidad terapéutica

Los resultados del tratamiento no son los esperados, pues no aporta beneficios para el paciente o le produce perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio.

Principio de proporcionalidad terapéutica

El hecho de aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse (a pesar del esfuerzo) es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz con medios de soporte vital. La no administración y la retirada del tratamiento son intervenciones moralmente equivalentes y se debe considerar cuando no es proporcionado para la condición del enfermo.

Distanasia

Cuando la utilización de técnicas y terapias no dan el resultado esperado y el paciente fallece con una agonía prolongada por la obstinación terapéutica.

Cuidados al final de la vida

Estos cuidados forman parte de la oferta sanitaria y representan un pilar fundamental de la calidad asistencial en las unidades de cuidados intensivos, donde pacientes en riesgo vital continúan siendo atendidos, a pesar del mal pronóstico de su enfermedad. Estos cuidados son la hidratación, alimentación, ausencia de dolor, medidas de confort, sedación paliativa, acompañamiento psicológico, entre otros.

Recomendaciones para los Comités de Ética Asistencial

1. Velar por la dignidad de las personas y el cumplimiento de la Ley 20.584.

2. **Función consultiva:**

Recibir los antecedentes médicos del paciente, una evaluación rigurosa del pronóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento y de la opinión de todos los miembros del equipo tratante; las voluntades anticipadas (si están disponibles); un reporte de la información que ha recibido la familia y de sus preferencias y una descripción breve de los conflictos éticos identificados.

Como procedimiento para el juicio de proporcionalidad, se sugiere:

I. Determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso

- a) Diagnóstico del paciente y lista de problemas.
- b) Prognosis del paciente (basado en la probabilística y experiencias anteriores)
- c) Opciones de tratamiento.
- d) Políticas, prácticas y reglamentación de la institución asistencial pertinentes al caso que incluya el financiamiento requerido.
- e) Exploración de casos similares abordados en el pasado.

II. Identificar las perspectivas de los principales interesados

- a) Determinar si alguno ha sido objeto de coacción
- b) Determinar los valores y preferencias del paciente en el contexto específico de la atención.
- c) Esclarecer las contribuciones de "tomadores de decisión" nombrados conforme a la ley.
- d) Organizar al equipo asistencial y examinar la situación del paciente.

III. Formular cuestiones y dilemas bioéticos

IV. Enumerar los posibles beneficios a corto y largo plazo y los posibles riesgos para el paciente

V. Esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno dentro del equipo tratante o de éste con la familia

VI. Establecer un plan de acción

- a) pasos a seguir
- b) procedimientos para comunicar asesorías, recomendaciones o decisiones

VII. Emitir una resolución a los consultantes

VIII. Solicitar una retroalimentación posterior del proceso realizado por el equipo sanitario.

3. **Función normativa:**

Asesorar a los equipos tratantes para hacer protocolos o guías que apoyen las decisiones clínicas que, en contextos de UCI, son dinámicas y cambiantes, según la evolución de cada caso. La limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, es considerada una buena práctica clínica y ha de ser protocolarizada como apoyo al paciente, su familia y al equipo tratante.

4. **Función formativa:**

Buscar instancias de educación a la población beneficiaria del sistema sanitario y a los equipos tratantes, para evitar prácticas distanásicas que atentan contra los derechos de las personas.

Bibliografía

1. Informe del Comité de Bioética de España sobre la necesidad de adaptar la legislación española a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.
http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_final_CDPD.pdf
2. Cabré, L. (2012) Bioética y medicina intensiva. 1º Ed. Navarra, España. Ed. Arazandi. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/85166172.pdf>
3. Limitación del esfuerzo terapéutico Javier Barbero Gutiérrez a, Carlos Romeo Casabona b, Paloma Gijón c y Javier Júdez d, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud.
4. <https://revista.colegiomedico.cl/adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico-procurando-el-buen-morir-en-casos-irrecuperables/>
5. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos Gonzalo Morales V. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(1):56-60
6. Doctores Manuel Santos y Beatriz Shand, del Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina. Columna Universidad Finis Terrae : <https://uft.cl/noticias-finis-terrae/item/la-tercera-investigadores-del-instituto-de-bioetica-analizan-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-la-pandemia-de-covid-19>
7. Corral, H. Milos, P. (2014) Derechos y deberes de los pacientes. Estudios de y textos legales y reglamentarios. Cuadernos de extensión jurídica Universidad de Los Andes.
8. Eutanasia: hacia una muerte digna. Colegio de Bioética A.G. Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A.C . México (2008)
9. Restrepo B., Diana; Cossio, Clara; Ochoa J., Francisco L.; Jaramillo, Juan Carlos; Bedoya, Jaime; Duque, Diego; Ospina, Sigifredo. (2013) Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. Persona y Bioética, vol. 17, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 216-226