



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

[bioetica@unisabana.edu.co](mailto:bioetica@unisabana.edu.co)

Universidad de La Sabana

Colombia

Páez, Gustavo

Decisiones sobre el soporte vital: aspectos éticos objetivos y subjetivos

Persona y Bioética, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 36-47

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83239024004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# DECISIONES SOBRE EL SOPORTE VITAL: ASPECTOS ÉTICOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

## *DECISIONS ON LIFE SUPPORT: ETHICAL AND SUBJECTIVE GOALS*

## *DECISÕES SOBRE O SUPORTE VITAL: ASPECTOS ÉTICOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS*

Gustavo Páez<sup>1</sup>**RESUMEN**

Los avances en biomedicina amplían cada vez más las posibilidades de curar a enfermos críticos. Las decisiones sobre terapias por aplicar deben tener presente el riesgo de caer en el llamado “encarnizamiento terapéutico”. Aunque ya se ha escrito bastante sobre los criterios básicos que se deben tener en cuenta, aún quedan numerosas dudas a la hora de tomar las decisiones. Un aspecto no menor es la necesidad de objetivar los distintos elementos por ponderar, sin olvidar que hay aspectos subjetivos que son muy importantes. En el presente artículo se presenta una manera de combinar los aspectos objetivos y subjetivos, para llegar a un equilibrio adecuado y práctico, que sea razonable y respete la autonomía del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** bioética, cuidados intensivos, cuidados críticos, privación de tratamiento, inutilidad médica.

**ABSTRACT**

Advances in biomedicine increasingly expand the possibilities of curing those who are critically ill. Decisions on what therapies to apply should consider the risk of falling into so-called therapeutic obstinacy. Although much has been written already about the fundamental criteria to be considered, there are still many questions when it comes to making decisions. Not the least of them is the need to objectify the different elements to be weighed, without forgetting there are subjective aspects that are very important as well. This article outlines the objective and subjective aspects in a combined way to strike an appropriate and practical balance that is reasonable and respects the patient's autonomy.

**KEYWORDS:** bioethics, intensive care, critical care, denial of treatment, medical uselessness.

DOI: 10.5294/PEBI.2015.19.1.4

**PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO**

Páez G. Decisiones sobre el soporte vital: aspectos éticos objetivos y subjetivos. pers.bioét. 2015; 19(1): 36-47. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.1.4

1 Doctor en Filosofía. Máster en Bioética. Integrante del Departamento de Bioética de la Universidad Austral.  
gpaez@cas.austral.edu.ar

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-02-04
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-05-07
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2015-01-13
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2015-01-13

**RESUMO**

Os avanços em biomedicina ampliam cada vez mais as possibilidades de curar doentes críticos. As decisões sobre que tipo de terapia aplicar devem considerar o risco de cair no chamado “encarniçamento terapêutico”. Embora já se tenha escrito bastante sobre os critérios básicos que devem ser considerados, ainda restam numerosas dúvidas na hora de tomar as decisões. Um aspecto de não menos importância é a necessidade de objetivar os diferentes elementos por ponderar, sem esquecer que há aspectos subjetivos que são muito importantes. Neste artigo, apresenta-se uma maneira de combinar os aspectos objetivos e subjetivos para chegar a um equilíbrio adequado e prático, que seja razoável e respeite a autonomia do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** bioética, tratamentos intensivos, cuidados críticos, privação de tratamento, inutilidade médica.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es ofrecer elementos para tomar decisiones adecuadas sobre medidas terapéuticas que se refieren al soporte vital. Se trata de un tema complejo, de uso habitual en cualquier unidad de cuidados intensivos (UCI). En nuestro caso, se tratará de hacer compatible el respeto de la autonomía del paciente con la necesidad de encontrar una solución objetiva, que responda a la situación clínica del enfermo.

Para la realización de este trabajo se recurrió principalmente a material disponible en revistas científicas que se publican en Internet. Se realizó una revisión bibliográfica con la ayuda del buscador ProQuest; se investigó la expresión *withholding and withdrawing life support*, y con ese mismo buscador, más el JSTOR, se indagó la palabra clave *proportionality*. El rango de búsqueda fue desde el año 2000 hasta el presente.

De los resultados obtenidos, se seleccionaron aquellas publicaciones cuyo resumen hacía referencia directa a la pregunta: “¿Qué criterios se toman en cuenta al momento de decidir aplicar o no un procedimiento terapéutico a un paciente en estado crítico?” De ese modo se obtuvo la evidencia existente disponible, que fue analizada para detectar en qué medida se conjugaban esas pautas a fin de respetar la debida autonomía del paciente.

Las conclusiones surgen del análisis realizado, buscando equilibrar los factores objetivos y subjetivos que deben intervenir en la toma de decisiones. El resultado final son criterios de acción que deberían tener en cuenta aquellos que trabajan en una unidad de cuidados intensivos, para respetar la autonomía del paciente y buscar su

bien, sin dejar de aplicar aquellos medios terapéuticos que sean razonables.

## BACKGROUND

Numerosos autores en temas de bioética han analizado las características de la atención médica en las unidades de cuidados intensivos en los últimos años; los avances en los conocimientos y en los medios tecnológicos brindan siempre nuevas posibilidades de curación. Los recursos médicos disponibles en los países con una economía medianamente desarrollada (y con más razón en los que pertenecen al llamado primer mundo), son cada vez más accesibles. Esto hace posible curar a más pacientes de más enfermedades. Las unidades de cuidados intensivos se han convertido en lugares emblemáticos de los continuos progresos de las ciencias biomédicas.

El personal sanitario que atiende en esas unidades corre un riesgo cierto de que, guiado por su deseo de salvar vidas, caiga en el llamado “encarnizamiento terapéutico”. En el otro extremo se encuentra el peligro de la eutanasia, que muchas veces es vista como un modo de evitar sufrimientos a los pacientes, actuando directamente contra su vida. En un punto intermedio se encuentra el uso adecuado y justo de los medios terapéuticos y de soporte vital. En este artículo se dejará de lado la amenaza de la eutanasia y el empleo de los cuidados paliativos, para centrar el estudio en el modo de determinar ese punto intermedio, que consiste en utilizar los conocimientos y los medios que ofrecen la medicina y la tecnología, mientras que esto sea razonable y haya esperanzas de mejoría. Es decir, no trataremos la última etapa de la vida ni su desenlace natural, que es el fallecimiento. En esta etapa la eutanasia representa un peligro porque muchos autores, queriendo evitar los

sufrimientos que se pueden producir al final de una enfermedad, proponen provocar o colaborar directamente con la muerte del paciente.

El tema del uso adecuado de los medios de soporte vital ha sido tratado por diversos autores, en especial desde mediados de los años setenta, cuando se hizo famoso el caso de Karen Ann Quinlan. Pero ya antes, los distintos Círculos Médicos habían expresado su preocupación y sus dudas sobre los alcances de la atención médica. Un hito muy importante fue la intervención del Papa Pío XII en el año 1957. En el “Discurso sobre la reanimación”, del 24 de noviembre de ese año, se refirió expresamente a la obligación de recurrir a los medios “ordinarios” de tratamiento y a la posibilidad ética de no emplear medios “extraordinarios”. Ese principio influyó mucho en la práctica médica de la época.

Los artículos publicados desde los años setenta suelen coincidir en analizar y resaltar varios aspectos bioéticos: a) la necesidad de respetar la autonomía del paciente expresada por sí mismo o su representante (con todo lo que esto implica: consideración de sus valores, preferencias e intereses); b) recurso a las voluntades anticipadas; c) el rechazo de los medios fútiles; d) importancia del contexto familiar. Algunos documentos elaborados por sociedades médicas internacionales han reflejado los distintos consensos logrados: en 1983, por la Comisión Presidencial para el estudio de Problemas éticos en Medicina e Investigación Biomédica y Conductual (1); en 1990, por la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (2), en 2003, por la Conferencia en Cuidados Críticos (3), y en 2008, por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Manitoba (4).

A la hora de justificar la conveniencia u obligación de emplear o no determinados medios terapéuticos, históri-

camente se ha recurrido a la distinción entre los considerados *ordinarios* y *extraordinarios*, que ya mencionamos más arriba. Taboada explica que la mayoría de los autores apoyaban la obligación de emplear siempre los medios ordinarios, mientras que afirmaban que los extraordinarios eran facultativos (5). Recientemente se ha visto más adecuado hablar de recursos *proporcionados* y *desproporcionados*. Para esta diferenciación se mide la proporción entre los recursos empleados y los resultados médicos obtenidos. M. Calipari, en su obra *Curarse y hacerse curar*, compara y relaciona ambos binomios, llegando a la conclusión de que la distinción “ordinarios-extraordinarios” sería aplicable para sopesar los factores subjetivos por parte del enfermo (principios religiosos, preferencias, dificultades personales, etc.); mientras que la diferenciación “proporcionados-desproporcionados” balancea el aspecto objetivo de los medios en sí (disponibilidad, eficacia, razonabilidad, etc.) (6).

## TOMA DE DECISIONES

Como en todo proceso terapéutico, según explica Calipari (7), las decisiones que se toman en la unidad de cuidados intensivos surgen del diálogo entre el paciente, su entorno familiar y el equipo tratante. La situación ideal buscada se encuentra en una posición de equilibrio entre dos extremos que se deberían evitar: a) por un lado, un paternalismo decimonónico, que tienda a considerar al enfermo como si fuera un menor de edad, incapaz de decidir acerca de su salud; o b) en el otro extremo, una actitud de desamparo por parte del equipo de médicos, que se limite a informar las distintas alternativas terapéuticas, aguardando la resolución final del interesado, sin colaborar con la opinión y la experiencia de los profesionales de la salud.

El principio de autonomía deja la última palabra en manos del paciente, por respeto a su libertad. Pero si la relación con el equipo médico es la adecuada, lo razonable será que la decisión surja de un intercambio de opiniones y valoraciones, que servirán para arribar a la determinación más correcta (3). Por este motivo, se puede afirmar que el *vínculo médico-paciente* resulta clave para decidir la alternativa más conveniente para el enfermo. Pero también se debe reconocer que, en muchos casos, el paciente de la unidad de cuidados intensivos es nuevo, y no conoce a los médicos que lo atienden. En este caso, parte de la habilidad del equipo será generar esa confianza en el paciente o en su representante.

La relación médico-paciente puede definirse como el nexo que surge entre el paciente y quien lo atiende, caracterizado por la confianza que tiene el enfermo en que el equipo médico busca su bien y, por ese motivo, colabora activamente para que este se pueda alcanzar. A fin de lograr esta actitud mutua, es imprescindible que la persona internada compruebe que la atención está centrada en ella, que participa en la toma de decisiones y que, por ese motivo, cuenta con la información necesaria (8). Evidentemente, esa confianza depende de muchos factores, que se podrían sintetizar en lo siguiente: que exista un trato humano entre el enfermo y el equipo sanitario: este tiene verdadera preocupación por sanarlo por el valor que le otorga.

**EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEJA  
LA ÚLTIMA PALABRA EN MANOS  
DEL PACIENTE, POR RESPETO A SU  
LIBERTAD. PERO SI LA RELACIÓN CON  
EL EQUIPO MÉDICO ES LA ADECUADA,  
LO RAZONABLE SERÁ QUE LA  
DECISIÓN SURJA DE UN INTERCAMBIO  
DE OPINIONES Y VALORACIONES,  
QUE SERVIRÁN PARA ARRIBAR A LA  
DETERMINACIÓN MÁS CORRECTA.**

Cuando el paciente no se encuentra en condiciones de manifestarse, su papel es ocupado por su representante. Lind *et al.* señalan que, debido a las condiciones de los internados en la UCI y a los efectos colaterales de la medicación, la competencia de estos es muchas veces variable e intermitente (9). El familiar o representante tendrá en cuenta los deseos del sujeto, expresados con anterioridad y en los momentos de lucidez. Pero, nuevamente, vuelve a ocupar un puesto fundamental la articulación entre el equipo tratante y aquel que está encargado de proteger las opciones del enfermo.

La práctica de las decisiones anticipadas tiene ventajas: es la manera más clara de conocer las preferencias del paciente cuando este no se encuentra en condiciones de expresarlas por sus propios medios. Pero también tiene inconvenientes: a) las opciones del interesado pueden cambiar a lo largo de su vida y de su enfermedad; b) si la redacción es muy amplia, suele ser difícil aplicarla a cada situación concreta; c) si la redacción es muy detallada, es muy probable que queden casos sin contemplar, lo cual originará dificultades de implementación. Ejemplos de estas dificultades de aplicación pueden observarse en el trabajo de Yates *et al.* (10) y en el de Beca y Astete (11).

Es decir, en la teoría, el empleo de voluntades anticipadas sería una buena solución, pero en muchos casos, en

la práctica no suele suceder eso. Por ejemplo, Lo *et al.* plantean las dificultades que pueden presentarse cuando un paciente ha manifestado a sus familiares el deseo de no quedar conectado a un respirador artificial y luego, encontrándose en esa situación, expresa por señas lo contrario (12). Por este motivo, se vuelve a resaltar el beneficio de una adecuada relación médico-enfermo, en la que prime el conocimiento de los deseos del paciente por parte del médico, y el primero confíe en que el profesional los respetará, porque busca su bien. Dentro de este ámbito de lealtad mutua, se tendrán en cuenta las decisiones anticipadas.

Luego de evaluada la situación del paciente, se reúnen las partes intervinientes: el equipo médico aporta el diagnóstico, el pronóstico y las medidas terapéuticas indicadas para el caso. Lind *et al.* (9) recogen las dificultades de los familiares para comprender la situación clínica del enfermo: será tarea muy importante de los médicos esforzarse en la claridad de la información; si el paciente está inconsciente, el representante legal y la familia deberán ofrecer información sobre antecedentes que puedan ser relevantes, elecciones del enfermo y sus creencias religiosas; si está presente el médico que lo ha atendido hasta ese momento, podrá expresar las opiniones que haya formulado durante las consultas, y que se encuentren recogidas en la historia clínica. Como reconoce The College of Physicians and Surgeons of Manitoba, tanto el paciente como sus familiares o su representante, pueden asesorarse por el consejo de un especialista en bioética, un trabajador social, un médico o abogado conocido o un asistente espiritual.

Con toda esa información se procurará balancear en esa reunión los siguientes aspectos de la decisión que se va a tomar:

- a. Eficacia de la terapia disponible (accesible de acuerdo con los medios económicos utilizables): es decir, el resultado objetivo esperable, de acuerdo con la evidencia existente.
- b. “Molestia” para el paciente: se refiere a las dificultades que le ocasionará la puesta en práctica de los medios para recobrar la salud, como explica Silberberg (13).
- c. Calidad de vida consecuente: toma en cuenta las limitaciones que sobrevendrán una vez superada la etapa aguda de la enfermedad.

El término “eficacia” hace referencia, en primer lugar, a los beneficios fisiológicos previsibles del tratamiento, y toma en cuenta varios aspectos que se deben considerar: costo económico del medio terapéutico por emplear, disponibilidad del mismo y grado de poder curativo. La valoración de estos factores permitirá determinar si es justa la aplicación del remedio a la situación dada. Como reconocen Carlet *et al.* (3), y es la experiencia de tantos profesionales, esta estimación es siempre aproximada, aunque se base en la evidencia existente. Pero, a pesar de esa variabilidad, se trata del factor más objetivo. Luce y White aportan evidencia que compara la exactitud de los sistemas de puntuaciones de pronóstico y la estimación basada en la experiencia de médicos y enfermeros (14).

La “molestia” tiene que ver con los aspectos subjetivos: la relación “dificultades-beneficios”, pero refiriéndose a cómo lo vive el paciente (cuánto le “pesa” enfrentar la situación), y tomando en cuenta sus fuerzas físicas y psíquicas: problemas que ocasiona llevar adelante la terapia y riesgos inherentes en relación con las posibilidades de mejora.

## LA LIBERTAD DEL PACIENTE NO PUEDE IMPONERSE A LA LIBERTAD DEL EQUIPO DE DECIDIR CUÁL ES LA MEDIDA TERAPÉUTICA MÁS ADECUADA.

De esta manera, se conseguirá una decisión equilibrada, que tome en cuenta los diferentes aspectos que están en juego, tanto objetivos como subjetivos. Esta resolución se irá revisando diariamente, en la medida en que cambien los datos que se deben tener en cuenta.

### **AUTONOMÍA**

Beauchamp y Childress, famosos autores de los principios en bioética, describen la autonomía del enfermo como la capacidad de cada persona de regularse libremente, sin interferencias externas que pretendan controlarla y sin limitaciones propias que impidan hacer una elección (15). Más recientemente, Ebbesen y Pedersen aceptan un concepto más amplio, que incluye la facultad de crear ideas, poseer normas de acción y privacidad, dar consentimiento y tener una determinada moral (16). En este trabajo no se realizará un análisis exhaustivo de los alcances de este principio que ha sido tan debatido, sino una aplicación al caso de los enfermos que son atendidos en una unidad de cuidados intensivos. En ese sentido, el respeto de este derecho del paciente implicará contar con su consentimiento para cada procedimiento terapéutico que deba recibir.

La autonomía del paciente se apoya en la comunicación que debe brindársele de toda la información disponible acerca de su situación. Se podrá concretar en una entrevista, al menos diaria, en la que se le comuniquen las novedades acerca del diagnóstico, el pronóstico y

las alternativas terapéuticas. El nivel de explicación dependerá de la capacidad de comprensión del enfermo. Deberá ser el suficiente como para que el interesado pueda brindar su consentimiento con un adecuado conocimiento. Si el paciente no es competente (por motivos físicos o psíquicos), será representado por su sustituto, quien tendrá en cuenta si existe un documento donde se expresen las voluntades anticipadas. Si estas no existen, se guiará por su conocimiento acerca de las preferencias del paciente, y por el criterio del bien integral del enfermo (es decir, no solo su aspecto físico, sino también psicológico y espiritual). Es lo que la American Thoracic Society denomina el “mejor interés del paciente” (17).

Esa autonomía se manifiesta especialmente en el peso que se da a los factores subjetivos: creencias religiosas, opiniones personales y dificultades particulares que experimente a la hora de comenzar o continuar con algún procedimiento. Nadie puede ser obligado a enfrentar una terapia contra su voluntad, porque está en juego su libertad, y, por tanto, su dignidad de persona. En su Consenso, la American Thoracic Society afirma que el paciente puede rechazar un tratamiento de soporte vital. Pero, también es necesario afirmar, con Gedge *et al.*, que *la autonomía del paciente no es absoluta* (18). Es decir: el médico no está siempre obligado a aceptar lo que el enfermo desea. Para decirlo con otras palabras: la libertad del paciente no puede imponerse a la libertad del equipo de decidir cuál es la medida terapéutica más adecuada: así lo reconoce expresamente The College

**ES RAZONABLE TOMAR EN CUENTA LA CONCORDANCIA QUE EXISTE ENTRE EL MEDIO CURATIVO QUE SE DEBERÁ EMPLEAR Y LA SITUACIÓN FINAL DEL ENFERMO.**

of Physicians and Surgeons of Manitoba, y es señalado por Juliarena *et al.* (19). Por este motivo, ambas partes deben buscar un entendimiento que respete las distintas visiones. Más adelante se volverá sobre este punto.

#### CALIDAD DE VIDA

Entre los factores que influyen en la decisión de continuar o comenzar con un medio de sostén de vida se encuentra la calidad de vida esperada. Es comprensible que aquellos que deban decidir o aconsejar, tengan en cuenta cuál será la situación del paciente si este logra salir del estado crítico en el que se halla. Es decir: ¿qué vida se le puede ofrecer para el futuro? Esto es reconocido por muchas sociedades médicas, entre ellas, la Australian and New Zealand Intensive Care Society (20).

Aquí es conveniente hacer una aclaración: *todas las vidas humanas son valiosas*. Y cada ser humano vale por lo que es, no por cómo se desarrolla su vida (esta opinión no es compartida por aquellos que sostienen una valoración de la vida humana basada en su funcionalidad). Por ese motivo, es tan importante la vida de una persona que puede ejercer todas sus potencialidades como la de aquella que se encuentra limitada en el desempeño de algunas de ellas. En este sentido se expresa The College of Physicians and Surgeons of Manitoba al afirmar que ningún paciente es

un mero ser físico, sino una persona con cuerpo, mente y espíritu, con un único valor.

Sin embargo, *a la hora de estimar la proporcionalidad de un medio terapéutico*, es razonable tomar en cuenta la concordancia que existe entre el medio curativo que se deberá emplear y la situación final del enfermo. Esto se advierte más fácilmente si se busca un caso extremo: no parece lógico usar una terapia que implica un gran esfuerzo, para ofrecerle al paciente una vida futura casi agónica. El Grupo de trabajo en ética, de la Society of Critical Care Medicine, prevé tres casos en los que se debería discutir la posibilidad de no iniciar un tratamiento: a) cuando el diagnóstico tiene un pronóstico grave; b) cuando las dificultades del tratamiento sobrepasan los beneficios que puede otorgar; c) cuando la calidad de vida esperable sea inaceptable.

Como se señala en el párrafo anterior, no compartimos la opinión de algunos autores que consideran “personas humanas” solamente a aquellas que pueden ejercer sus capacidades, y afirman que la falta de conciencia de sí mismo es motivo suficiente para perder el reconocimiento de la dignidad personal. Un ejemplo paradigmático de esta postura es H. Tristam Engelhardt (21). Este autor distingue entre “personas” y “seres humanos”: solo aquellos que tienen autoconciencia son personas, los demás serán solo seres humanos, y su vida no tiene valor. Como consecuencia de esta opinión llega a afirmarse, por ejemplo, que un enfermo en estado vegetativo persistente carece de significación humana y, por tanto, tampoco posee dignidad (22). Desde nuestro punto de vista, esta postura no es acertada: la vida de una persona en estado vegetativo persistente es tan valiosa (porque también es persona humana) como la de una que se encuentra en perfectas condiciones físicas, y

ambas merecen que se les brinden todos los cuidados acordes a su situación.

### **PROPORCIONALIDAD Y ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO**

La proporcionalidad indica que existe una relación adecuada entre la utilidad y los inconvenientes que ocasiona la aplicación de un recurso curativo. Es decir, la proporcionalidad de un tratamiento surge de comparar el pronóstico esperable de su aplicación y otros beneficios adjuntos, con las dificultades que ocasionará. Si un tratamiento es proporcionado, significa que, desde el punto de vista médico, es correcta su aplicación.

Aunque el juicio de proporcionalidad intenta ser una estimación objetiva, siempre estará teñido de factores subjetivos, porque incluirá aspectos que no se pueden medir aritméticamente (p. ej.: el sufrimiento provocado al paciente) y porque las proyecciones a futuro no son absolutamente seguras. Por este motivo, el equipo tratante debe poner medios para determinar, lo más objetivamente posible, la proporcionalidad. En este sentido, es fundamental el recurso a la evidencia científica, el trabajo de equipo (que respete las opiniones de todos) y el empleo de la experiencia de casos anteriores. Aun con esas prevenciones, el resultado siempre tendrá, como se ha dicho, un porcentaje de probabilidad y nunca llegará a la certeza absoluta.

A partir del análisis acerca de la utilidad de un tratamiento médico, surge el concepto de futilidad: aquel procedimiento que no sirve para devolver la salud al enfermo. Como explica Taboada Rodríguez, las terapias fútiles se caracterizan porque solo tienen efecto en una

LA PROPORCIONALIDAD DE UN TRATAMIENTO SURGE DE COMPARAR EL PRONÓSTICO ESPERABLE DE SU APLICACIÓN Y OTROS BENEFICIOS ADJUNTOS, CON LAS DIFICULTADES QUE OCASIONARÁ. SI UN TRATAMIENTO ES PROPORCIONADO, SIGNIFICA QUE, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, ES CORRECTA SU APLICACIÓN.

parte del organismo, mientras que no producen un verdadero beneficio a la persona del enfermo considerado en forma integral (23).

Lo que caracteriza al tratamiento fútil es su ineffectiveness. Fleming considera que un tratamiento es “médicamente ineficaz”, cuando existe la certeza razonable de que no logrará: “a) impedir o disminuir el deterioro de la salud del individuo; b) prevenir la consecuente muerte del individuo; c) alterar notablemente el curso de la enfermedad” (24). Como señalan Gedge *et al.* (18), algunos criterios para determinar la futilidad ponen el acento en el aspecto fisiológico y otros se apoyan fundamentalmente en los valores que posee el paciente. El empleo de un procedimiento fútil da pie a la situación comúnmente denominada “ensañamiento terapéutico”. Dicho con otras palabras: es la situación extrema de terapia desproporcionada. Como indica Fleming (24), el equipo médico debe negarse ante la demanda del paciente o de un familiar de aplicar una terapia inútil.

## TERAPIA “RAZONABLE”

Recordando lo que se planteaba al comienzo de este artículo, es momento de insistir en la necesidad de que el equipo tratante informe y tome decisiones en conjunto con el paciente (o quien lo represente) y con su familia, buscando siempre el bien del enfermo.

Como fruto de ese intercambio de información y opiniones, y dentro del marco de la mutua confianza, surge la terapia más adecuada, teniendo en cuenta el criterio de proporcionalidad con la situación del enfermo y las posibilidades que ofrece la medicina en ese momento. A su vez, se tratará de la terapia más “razonable”, porque tratará de incluir los aspectos subjetivos planteados por el paciente y su entorno familiar: algunas veces podrá no ser la más moderna, o la más eficaz, pero será la que respete las dificultades planteadas por quien sufre la enfermedad.

En algunos casos, la solución más razonable será no aplicar ninguna nueva terapia y limitar el esfuerzo terapéutico. Es la situación límite, como señala Paredes Escobar (25), en la que se percibe que el paciente es irrecuperable. Aquí corresponde enfocar la atención en el enfermo, poniendo más acento en los cuidados paliativos. Así como lo característico de las unidades de cuidados intensivos es brindar una atención continua y completa a pacientes críticos que tienen probabilidades de mejorar (26), los cuidados paliativos ofrecen un grupo de atenciones que apuntan, no ya a curar (porque esto ya no está al alcance de la medicina), sino a hacer la situación del paciente lo más confortable posible (27). Esto no significa abandonar el paciente: como es sabido, las terapias paliativas son cuidados normales debidos a los enfermos para evitarles el dolor y la incomodidad pro-

venientes de la enfermedad en su última etapa, cercana ya a la muerte. Es la manera que tiene la biomedicina (médicos, enfermeros, kinesiólogos, etc.) de acompañar y cuidar al enfermo ante una muerte inevitable. Dicho de otra manera: esta sería la respuesta de una ciencia médica que respete la vida, cuando ya no hay posibilidad de mejoría. Si el dolor y la angustia se vuelven inmanejables, Kirby propone recurrir a la práctica de la sedación paliativa profunda y continua (28).

Como se ha dicho, el enfermo siempre debe dar libremente su consentimiento para la terapia que le es propuesta (por sus propios medios, o a través de su representante); dada una situación clínica de gravedad, puede darse el caso en que se niegue a aceptar lo que el equipo sanitario considera una terapia razonable; o, en el caso de que el personal sanitario lo proponga, puede negarse a limitar el esfuerzo terapéutico. Por lo que se viene explicando, puede deducirse que la solución no es *imponer* la opinión de los profesionales de la salud. Pero tampoco es aceptable que una opinión poco razonable de un paciente prevalezca sobre el dictamen fundado de los médicos. Como se ha dicho, ambas partes deben buscar la alternativa más prudente y equitativa.

Para encontrar una solución cuando existen diferencias de opinión entre el paciente y su equipo médico, debe buscarse un acuerdo. El Consejo para Asuntos Éticos y Jurídicos de la American Medical Association (AMA), en 1999, propuso seis pasos para dirimir las diferencias de opinión entre los equipos médicos y los pacientes, sobre la futilidad de una determinada terapia: a) definir cuáles serían los límites de lo fútil que cada parte está dispuesta a aceptar; b) reunir la información obtenida para discutirla con el paciente; c) negociar las diferencias que se produzcan con la ayuda de consultores; d)

examinar las dificultades con el comité de ética de la institución; e) si hay coincidencias entre el comité y los deseos del paciente, pero el equipo médico queda insatisfecho, puede consultarse a otro equipo; f) si el comité coincide con el grupo asistencial pero el paciente no queda conforme, se puede ofrecer la posibilidad de consultar en otra institución (29). La alternativa de pasar a otro grupo médico es también sugerida por el Grupo de trabajo en ética de la Society of Critical Care Medicine. De esta manera, se estaría respetando tanto la autonomía del paciente como la del equipo médico y, por tanto, la dignidad y libertad de ambas partes.

## CONCLUSIONES

De lo analizado en los apartados anteriores, surgen las siguientes conclusiones:

- a. Es esencial que el equipo médico genere la confianza de parte del paciente o su representante, demostrando en todo momento que se busca el bien del enfermo, sobre la base de decisiones compartidas.
- b. El proceso de toma de decisiones incluirá los aspectos objetivos y subjetivos para tomar en cuenta y procurará arribar a una solución razonable, que respete la libertad del paciente.
- c. La autonomía del paciente no puede imponerse sin más a la postura del equipo tratante: si no existe un acuerdo entre ambas partes, es necesario emplear un modo objetivo de encontrar una solución, recurriendo a la opinión de consultores externos o del comité de bioética: la solución extrema será dejar al paciente en manos de otro equipo médico.

**Agradecimiento:** a María Luján Sarasqueta Castiñeira, de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral, por su colaboración en la selección del material bibliográfico.

## REFERENCIAS

1. Luce JM, White DB. A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin.* 2009;25(1):221-236.
2. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus Report on Ethics of Forgoing Life-Sustaining Treatments in Critically Ill. *Critical Care Medicine.* 1990;18(12):1435-1439.
3. Carlet J et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 2004;30:770-784.
4. The College of Physicians & Surgeons of Manitoba. Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatment [Internet]. Position Statement 1602. [Visitado 2013 junio 26]. Disponible en: <http://www.cpsm.mb.ca/statements/SH602.pdf> [CPSM Position Statement].
5. Taboada P. Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l'insegnamento della tradizione morale [Internet]. Atti della Quattordicesima Assemblea della Pontificia Accademia per la Vita: Libreria Editrice Vaticana; 2009 [Visitado 2013 junio 26]. Disponible en: [http://www.academiamvita.org/\\_pdf/assemblies/14/accanto\\_al\\_malato\\_inguaribile.pdf](http://www.academiamvita.org/_pdf/assemblies/14/accanto_al_malato_inguaribile.pdf).
6. Calipari M. Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. Ética del uso de los medios terapéuticos y de soporte vital. Buenos Aires: Educa; 2007.
7. Calipari M. Il principio di adeguatezza ética nell' uso dei mezzi di conservazione della vita: tra eccesso terapéutico e abbandono del paziente [Internet]. Atti della Quattordicesima Assemblea della Pontificia Accademia per la Vita: Libreria Editrice Vaticana; 2009 [Visitado 2013 junio 26]. Disponible en: [http://www.academiamvita.org/\\_pdf/assemblies/14/accanto\\_al\\_malato\\_inguaribile.pdf](http://www.academiamvita.org/_pdf/assemblies/14/accanto_al_malato_inguaribile.pdf).

8. Goold S, Lipkin M. The Doctor-patient relationship. Challenges, opportunities and strategies. *JGIM*. 1999;14(1):26-33.
9. Lind R et al. Family involvement in the end-of-life decisions of competent intensive care patients. *Nursing ethics*. 2012;20(1):61-71.
10. Yates JA, Rutsohn P, Ibrahim N. An analysis of provider attitudes toward end-of-life decision-making [published correction appears in *Am J Hosp Palliat Care*. *Am J Hosp Palliat Care*. 2003;20:371-381.
11. Beca JP, Astete C. End of Life Treatment Decision Making. In: Rudnick A, editors. *Bioethics in the 21<sup>st</sup> Century* [Internet]. Rijeka: InTech; 2011 [Visitado 2015 enero 9]. Disponible en: [http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/9756A473-C0F6-4867-AF9A-ADA246820BD8/0/Bioethics\\_in\\_the\\_21st\\_Century.pdf](http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/9756A473-C0F6-4867-AF9A-ADA246820BD8/0/Bioethics_in_the_21st_Century.pdf)
12. Lo B et al. The Wendland case – Withdrawing life support from incompetent patients who are not terminally ill. *N Engl J. Med.* 2002;346:1789-93.
13. Silberberg A. Valoración moral de las decisiones de los neonatólogos de Córdoba (Argentina) en el tratamiento de neonatos prematuros extremos. Roma: Pontificia Universidad de la Santa Cruz; 2010.
14. Luce JM, White DB. A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin.* 2009;25(1):221-37.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
16. Ebbesen M, Pedersen BD. The principle of respect for autonomy – Concordant with the experience of oncology physicians and molecular biologists in their daily work? *BMC Biomedical Ethics*. 2008;9(5).
17. ATS. Withholding and withdrawing Life-sustaining Therapy. *Annals of Internal Medicine*. 1991;115:478-485.
18. Gedge G et al. Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent. *J Med Ethics*. 2007;33:215-218.
19. Juliarena A et al. El médico intensivista ante la autonomía del paciente: una aproximación a partir de algunos casos clínicos. *Pers bioét.* 2012;16:62-66.
20. Australian and New Zealand Intensive Care Society. Statement on Withholding and Withdrawing Treatment [Internet]; 2010 [Visitado 2015 enero 9]. Disponible en: [http://www.cicm.org.au/cms\\_files/IC14%20Statement%20on%20Withholding%20and%20Withdrawing%20Treatment.pdf](http://www.cicm.org.au/cms_files/IC14%20Statement%20on%20Withholding%20and%20Withdrawing%20Treatment.pdf).
21. Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995.
22. Fu-Chang Tsai D. Personhood and Autonomy in Multicultural Health Care Settings [Internet.] American Journal Association of ethics. 2008; 10 (3) [Visitado 2013 octubre 2]. Disponible en: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2008/03/msoc1-0803.html>
23. Taboada Rodríguez P. El principio de proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar los tratamientos. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1998;27:17-23.
24. Fleming DA. Futility: revisiting a concept of shared moral judgment. *HEC Forum*. 2005;17(4):260-275.
25. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioethica*. 2012;18(2):163-171.
26. Surgery Encyclopedia [Diccionario en Internet]. Intensive Care Unit. [Visitado 2014 diciembre 11]. Disponible en: <http://www.surgeryencyclopedia.com/Fi-La/Intensive-Care-Unit.html>.
27. Peek CJ, Members of the ICSI Palliative Care Steering Committee. Institute for Clinical Systems Improvement and the University of Minnesota [Internet]. A Consensus Operational Definition of Palliative Care In Action; 2012 [Visitado 2014 diciembre 11]. Disponible en: [https://www.icsi.org/\\_asset/90z19w/ConsensusOperationalDefinitionofPalliativeCare.pdf](https://www.icsi.org/_asset/90z19w/ConsensusOperationalDefinitionofPalliativeCare.pdf).
28. Kirby J. Accessing the Ethics of Complex Health Care Practices: Would a “Domain of Ethics Analysis” Approach help? *HEC Forum*. 2010;22:133-143.
29. Medical futility in end-of-life care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. *Journal of the American Medical Association*. 1999;281(10):937-941.