

# ADECUACION DEL ESFUERZO DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO

TALLER DE CAPACITACION EN BIOETICA 2015  
“IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN LAS ACCIONES DE SALUD”

MINSAL. 21-23 OCTUBRE 2015

Dr. Julio Carmona Guasch. Msc, PhD (c)  
Prof. Asistente Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Medico Jefe Centro Pacientes Críticos  
Hospital Clínico Fusat.



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas  
**FACULTAD DE MEDICINA**



# El objetivo.

- Es facilitar un marco de referencia coherente para la práctica clínica y estimular el registro adecuado de los elementos que surgen de la toma de decisiones, en particular a una decisión específica de AET, que permita, en un segundo paso, la elaboración de Protocolos adaptados a las peculiaridades de sus respectivas Unidades de trabajo.
- Comprender, aplicar y contribuir a una mejor regulación ético-jurídica en nuestro ámbito, que intente disminuir la variabilidad de la práctica de la AEDT y, al mismo tiempo, respetar la necesaria adaptación a las peculiaridades locales de cada Unidad especialmente y partiendo por las Unidades de Emergencia y de Cuidados Intensivos.



# Marcos de referencia epidemiológico: algunos datos internacionales y de nuestro país



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas  
**FACULTAD DE MEDICINA**



Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA 2003 Aug 13;290(6):790-7.



En Europa, el “*Ethicus Study*” encontró que, en el año 2000, el 9,8% de los pacientes ingresados en UCI fallecían en un contexto de LET.

Pero el estudio también mostraba grandes variaciones en la práctica de la LET entre las regiones Norte, Central y Meridional de Europa.

Mientras que en las UCIs del Norte de Europa el 47,4 % de los fallecimientos por LET se producían tras retirada de tratamientos, en las de Centroeuropa esta práctica disminuía al 33,8% y hasta el 17,9% en las del Sur de Europa, entre las que se incluía España.

Sin embargo, la práctica de la LET por no instauración de medidas era similar en las tres regiones (Norte: 38,2%; Centro: 34%; Sur: 39,6%).



- Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C et al. End-of-life decision making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian Units. *Intensive Care Med* 2010;36:1495-1504.

- Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Tripodaki E, Vasileiadis I et al. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohorte study. *Critical Care* 2010;14:R228



Italia. Un estudio publicado en 2010, realizado en 84 UCIs con datos de 2005, mostraba que “la limitación de tratamientos precedía el 62% de las muertes”.



Grecia. Otro estudio similar realizado en 8 UCIs con pacientes fallecidos en las UCIs entre 2006 y 2009, mostraba que el 59% de las muertes estaban asociadas a alguna forma de LET, fundamentalmente a la no iniciación de maniobras de RCP (48% de los casos).



- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001;27:1744-1749

- Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. *Med Intensiva* 2005;29(6):338-341.



España, uno de los pocos estudios que existen sobre esta materia, publicado en 2001, mostraba que de los 644 pacientes fallecidos en 6 UCIs españolas durante 1996, un 34.3% lo había hecho tras un proceso de LET.

Otro estudio de seguimiento de 409 paciente ingresados en una UCI del País Vasco entre 1999 y 2000 reveló que se había realizado LET en el 12% de los casos.

Las principales variables asociadas a la decisión de LET fueron las relacionadas con la gravedad, la calidad de vida previa, la patología médica y la edad del paciente.

Por último, otro estudio realizado en una UCI de Cataluña revelaba que en el 10% de los 1.510 pacientes atendidos durante 2003 se había producido alguna decisión de LET. De hecho, el 55% de los pacientes que fallecieron en dicha UCI lo hicieron en un contexto de LET.



Rev Chil Pediatr 75 (2); 181-187, 2004

El prematuro en cuidado intensivo neonatal ¿ Cuándo es el momento de decir no más? Reflexión bioética en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico

Gladys Bórquez E.<sup>1</sup>, Verónica Anguita M.<sup>2</sup>, Lionel Bernier V.



La limitación del esfuerzo terapéutico es una de las decisiones más complejas que se ha de tomar en la atención de los enfermos. Se reflexiona desde el punto de vista bioético respecto de la necesidad de hacer un análisis de proporcionalidad de tratamiento a tiempo.

Se reconoce la complejidad de las decisiones que se debe tomar. Se enfatiza el rol de los padres en las decisiones de sustitución.

Se concluye que ante la duda razonable la conducta éticamente correcta es actuar en favor de la vida, pero la duración de los tratamientos de prueba deben ser por un tiempo razonable para no caer en el Encarnizamiento Terapéutico.



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas

FACULTAD DE MEDICINA



# MARCO CONCEPTUAL

- La ética de los confines
- Los fines de la Medicina
- La AET y su terminología
- El concepto de futilidad



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas

**FACULTAD DE MEDICINA**



# LOS FINES DE LA MEDICINA SEGÚN EL HASTINGS CENTER

La prevención de las enfermedades y lesiones, la promoción y la conservación de la salud.

El alivio del dolor y el sufrimiento.

La atención y curación de los enfermos curables y el cuidado de los incurables.

La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.



# Expresiones sinónimas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Expresiones equivalentes en español:

Limitación de terapias de soporte vital (LTSV)

Adecuación de tratamientos de soporte vital

Adecuación de las medidas terapéuticas

Omisión o retirada de tratamientos de soporte vital

Expresiones equivalentes en inglés:

Withdrawing and Withholding of Life-Sustaining Treatments (or Life Support)

Discontinuation of Life-Sustaining Treatments (or Life Support)

Limitation of Life - Sustaining Treatment

Limitation of Treatment

Limitation of Therapeutic Effort

Expresiones que deben evitarse por no corresponder:

Eutanasia pasiva

Suicidio asistido.



## Conceptos fundamentales en torno a la LET que se derivan de estas definiciones son los siguientes:

- La LET se aplica tanto a la **“retirada”** como a la **“no instauración”** de medidas. Esto quiere decir que desde el punto de vista ético y jurídico no existen diferencias entre ellas, esto es, que son equivalentes. La legitimidad no se deriva de esta cuestión operativa sino del juicio sobre la futilidad de la medida. Otra cosa es que se admita que, en términos emocionales, los profesionales suelen tener más dificultades con la retirada de medidas que con su no instauración.
- La LET no sólo se aplica a las “medidas de soporte vital”, sino a cualquier tipo de intervención que pueda ser etiquetada como “fútil”. Entre ellas también se incluyen las medidas diagnósticas, porque una de las formas que puede adoptar a veces la **“obstinación terapéutica”** es la **“obstinación diagnóstica”**. La LET es una práctica que trata de evitar la “obstinación terapéutica”. Es decir, ambos conceptos son complementarios y antagónicos: hay “obstinación” cuando no se realiza la LET que se debería hacer. Se debería evitar utilizar la expresión **“encarnizamiento terapéutico”** por las connotaciones de intencionalidad maliciosa que conlleva y que no se ajustan a los objetivos de los profesionales.





Para que un paciente pueda ser clasificado como **Enfermo terminal** se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) *Ser portador de una enfermedad o **condición patológica grave**, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.*
- b) *La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de **carácter progresivo e irreversible**, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve.*
- c) *En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica **no es susceptible de un tratamiento conocido** y de eficacia comprobada que permita modificar **el pronóstico de muerte próxima**; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.*
- d) *Es necesario reconocer que, en algunos casos, el carácter terminal de un paciente pueda estar condicionado **por la imposibilidad práctica de utilizar los recursos terapéuticos que la Medicina dispone** y que podrían modificar el pronóstico terminal de una enfermedad, pero que son de una disponibilidad muy limitada, complejos y costosos.*



Rev. méd. Chile v.138 n.5 Santiago mayo 2010

Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales

JUAN PABLO BECA I.<sup>1</sup>, JOSÉ MIGUEL MONTES S.<sup>2</sup>, JUAN ABARCA Z.<sup>2</sup>

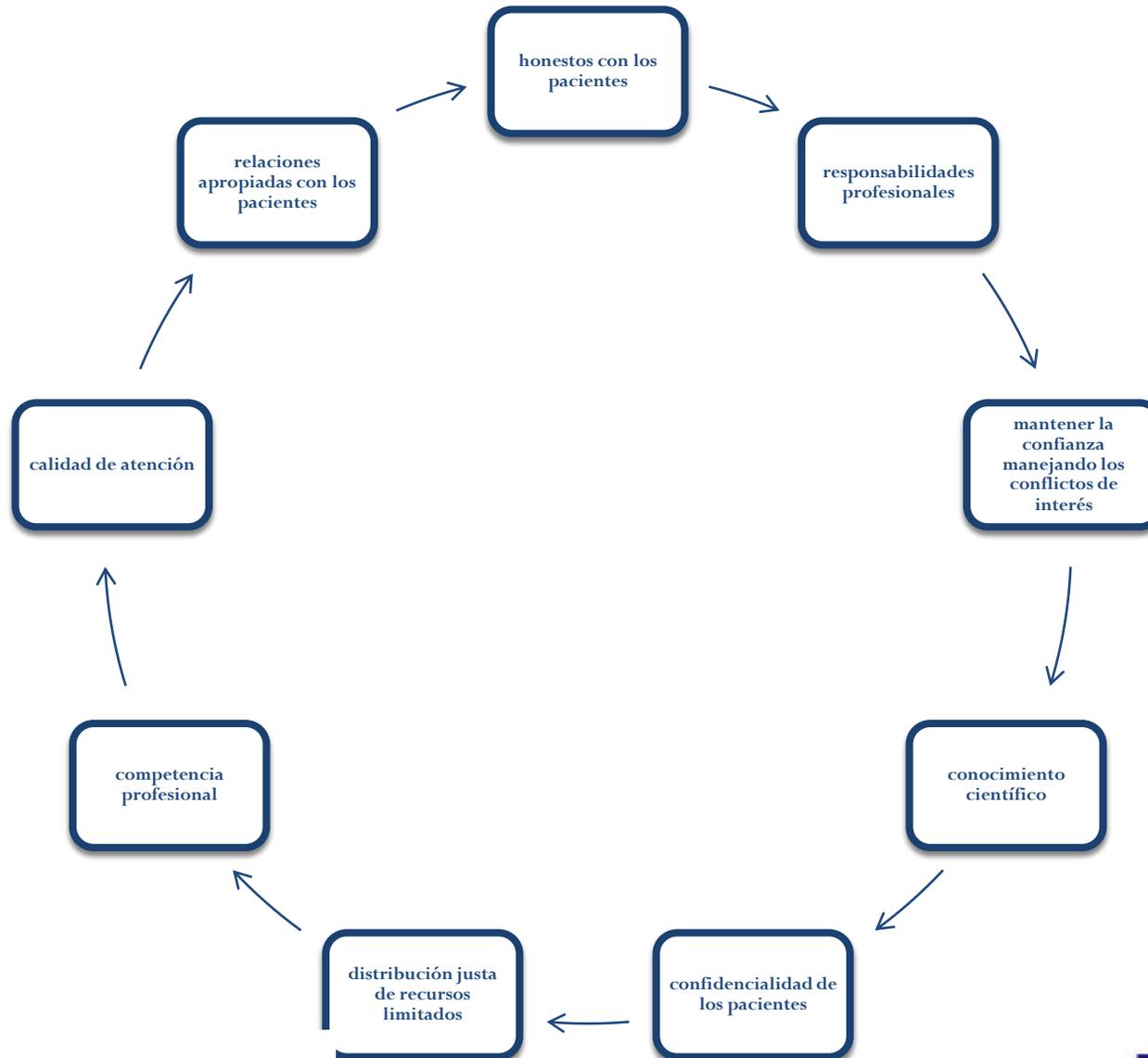
<sup>1</sup>Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. <sup>2</sup>Departamento de Pacientes Críticos, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

### Los diez mitos:

1. Retirar la ventilación mecánica produce la muerte del enfermo
2. Retirar la ventilación mecánica es un acto de eutanasia
3. No iniciar y retirar la ventilación mecánica son actos moralmente diferentes.
4. Sólo se puede retirar la ventilación mecánica si el enfermo lo ha pedido antes
5. La ley chilena sólo permite retirar la ventilación mecánica en caso de muerte cerebral
6. No se puede retirar la ventilación mecánica si el enfermo no es donante de órganos
7. Los médicos que retiran la ventilación mecánica en enfermos terminales tienen alto riesgo de ser demandados
8. Para el retiro de la ventilación mecánica se necesita la autorización de un comité de ética, abogado o autoridad institucional
9. Hay una sola forma de retirar la ventilación mecánica en enfermos terminales
10. El retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales produce gran sufrimiento familiar



# Conjunto de responsabilidades profesionales (compromisos)





American Thoracic Society  
MEDICAL SECTION OF THE AMERICAN LUNG ASSOCIATION

## WITHHOLDING AND WITHDRAWING LIFE-SUSTAINING THERAPY

Reprinted from AMERICAN REVIEW OF RESPIRATORY DISEASE,  
Vol. 144, No. 3, September 1991, pp. 726-731

*Section 1. Respect for Patient Autonomy is the Primary Basis for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapy*

*Section 2. When a Patient Lacks Decision-making Capacity, a Surrogate Decision Maker Should Be Identified to Help Make Decisions on the Patient's Behalf Regarding Life-sustaining Therapy.*

*Section 3. A Life-sustaining Medical Intervention Can Be Limited without the Consent of Patient or Surrogate When the Intervention Is Judged to Be Futile*

*Section 4. Health Care Institutions Have a Responsibility to Promote Ethically Sound Decision Making Regarding Life-sustaining Therapy*

Respeto a la autonomía del paciente



Toma de decisiones en pacientes incapaces



Considerar el concepto de futilidad



Responsabilidad institucional de promover el tema.



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas  
FACULTAD DE MEDICINA



## PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON EL TÉRMINO DE LA VIDA

Los problemas asociados al término de la vida varían de intentos para prolongar la vida de pacientes moribundos a través de tecnologías muy experimentales, como la implantación de órganos animales, a esfuerzos para poner término a la vida en forma prematura por medio de la eutanasia y del suicidio con ayuda médica. Entre estos extremos hay muchos problemas relativos a la iniciación o la suspensión de tratamientos que potencialmente prolongan la vida, la atención de pacientes terminales y la conveniencia y el uso de la voluntad anticipada.





## Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente

---

*Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981*

*y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995*

*y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005*

*y reafirmada por la 200ª Sesión del Consejo de la AMM, Oslo, Noruega, Abril 2015*

### 10. Derecho a la dignidad

- a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas

**FACULTAD DE MEDICINA**



# CÓDIGO DE ÉTICA

**Artículo 23.** Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos.

El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

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.

Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.



COLEGIO MÉDICO D



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas

FACULTAD DE MEDICINA



# MARCO JURÍDICO



Departamento  
de Bioética y Humanidades Médicas  
**FACULTAD DE MEDICINA**



# Párrafo 6°. De la autonomía de las personas en su atención de salud

## 1. Del consentimiento informado



### Artículo 14.-

Toda persona tiene derecho a otorgar o **denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud**, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.

**En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.**

...deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. **En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10.**

Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.



# Párrafo 6°. De la autonomía de las personas en su atención de salud

## 1. Del consentimiento informado



### Artículo 15.-

No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un riesgo para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.



## 2. Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente



Artículo 16.-

**La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario.**

**En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.** Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona...

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.



### 3. De Los comités de ética



Artículo 17.-

... Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

En ambos casos, el pronunciamiento del comité tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra en definitiva.

Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud técnicamente calificado, de acuerdo al caso clínico específico.

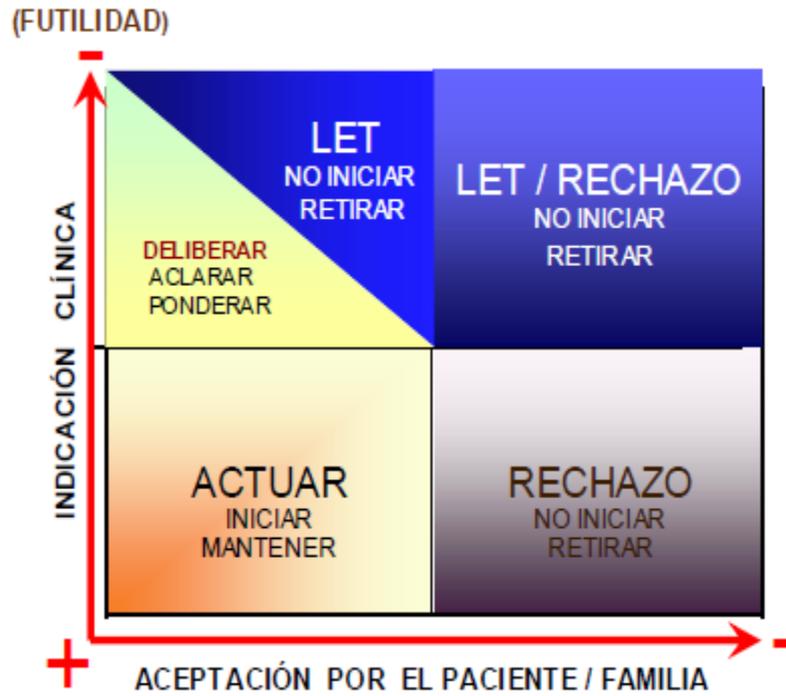


# PROCESO DE REALIZACIÓN DE AET

- Modelo general para la toma de decisiones en AET



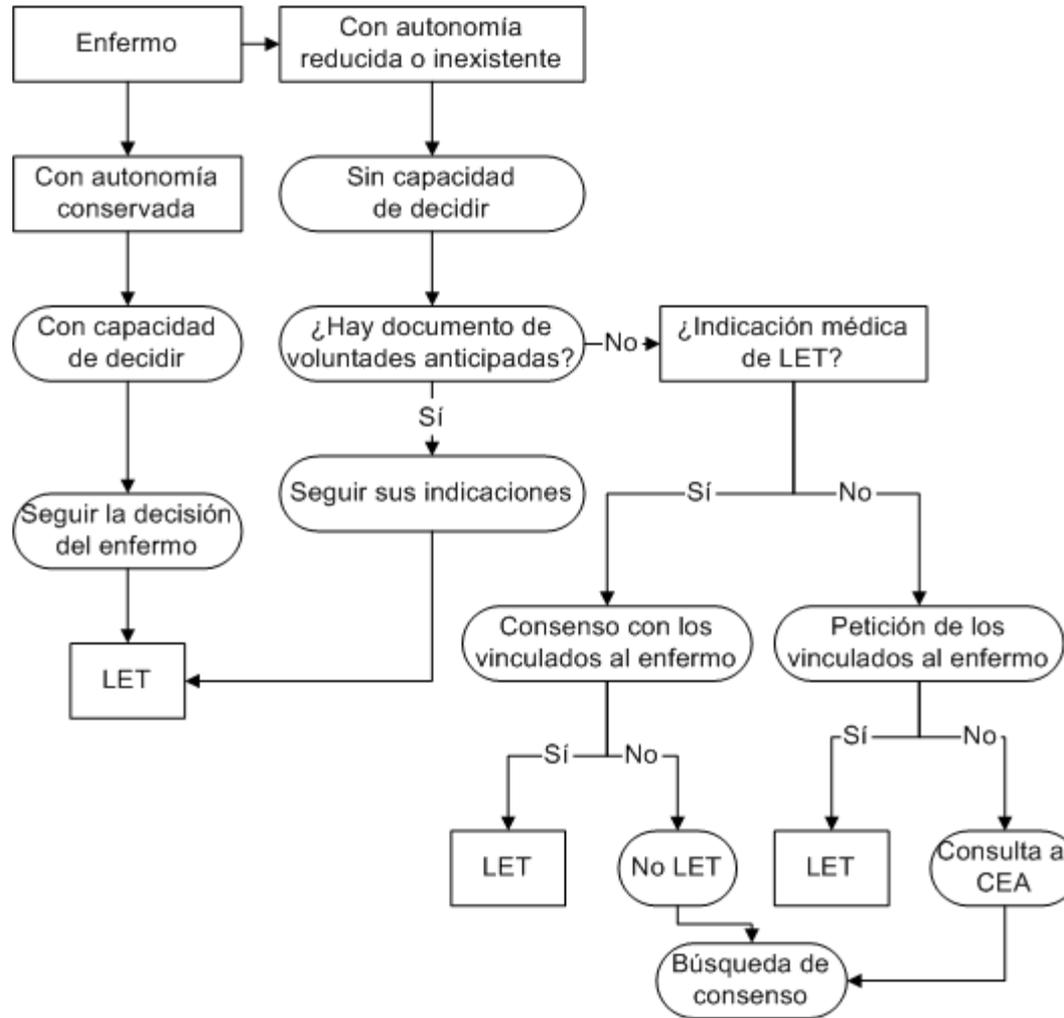
Figura 2. Articulación de indicaciones clínicas y preferencias de las personas en la toma de decisiones al final de la vida.



Fuente: Elaborada por Pablo Simón Lorda



# Toma de decisiones de LET





ÉTICA MÉDICA

## La reanimación cardiorrespiratoria y la orden de no reanimar

Grupo de Estudios de Ética Clínica  
de la Sociedad Médica de Santiago<sup>a</sup>.

*Cardiopulmonary resuscitation and  
do not resuscitate orders*

### ONR

Rev Med Chile 2007,135: 669-679. Grupo de estudios de Ética Clínica.

- paciente con una instrucción válida de no ser reanimado.
- presenta signos de muerte irreversible como *rigor mortis*, decapitación o livideces en sitios de declive.
- no se puede esperar beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo para condiciones como el shock séptico o cardiogénicos progresivos

### ONR en sala de partos cuando RN:

- con gestación menos de 23 semanas
- pn menor de 400 grs. o que tiene anencefalia, o
- casos confirmados de trisomía 13 o 18.



# ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

- Preparación de los seres queridos como testigos del proceso de la muerte.
- Ofrecer a las familias la oportunidad de reunirse con el personal de apoyo emocional o psicológico (por ejemplo, el clero o una asistente social)
- Permitir que las familias pasen mas tiempo con sus seres queridos antes de la retirada de la ventilación mecánica.
- Garantizar ONR
- Asegurarse de que los analgésicos y sedantes son la primera línea de prioridad.
- Evitar intervenciones incómodas.

• Withholding and withdrawing ventilatory support in the intensive care unit. [Authors Douglas B White, MD, MAS John A Kellum, MD. Section Editors Robert M Arnold, MD Polly E Parsons, MD. Deputy Editor. Don S Dizon, MD, FACP](#) Literature review current through: Jun 2013. | This topic last updated: jun 4, 2013.



# Situaciones paradigmáticas

- Se presentan casos clínicos
- Se definen conceptos asociados
- Se menciona la opinión mayoritaria mas recomendable
- Se revisan críticamente los argumentos ofrecidos comúnmente para resolver el problema



# CASOS

**TABLA 17. DIFERENTES FORMAS DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)**

NO INGRESO EN UCI	<p><b>Por situación terminal o irreversible con mal pronóstico a corto plazo</b></p>	<p>Paciente de 75 años en shock séptico con carcinoma de colon metastático en situación terminal y situación preagónica.</p>
	<p><b>Por no beneficiarse de reingreso en UCI por haber evolucionado en ingresos previos hacia una situación irreversible.</b></p>	<p>Paciente de 60 años con traumatismo craneoencefálico grave que 90 días después del ingreso es dado de alta en situación de Estado de Mínima Consciencia. El enfermo está respirando correctamente a través de traqueotomía, sin embargo se considera que en un futuro (semanas o meses), el paciente puede desarrollar complicaciones clínicas graves. En este punto, se decide dar el alta, y acordar con el servicio de destino, el no reingreso del paciente.</p>
NO INSTAURACION	<p><b>A priori.</b> Decidida en el mismo momento de autorizar el ingreso en UCI.</p>	<p>Paciente de 82 años, fumador, con HTA, DM Tipo 2 e hipercolesterolemia mal controladas. Ingresado en planta de hospitalización por un cuadro de insuficiencia cardiaca severa. A pesar del tratamiento, empeora. El medico de UCI es consultado y decide ingreso en UCI, y si lo precisase, intubación y ventilación mecánica. No obstante, ya desde el momento de ingreso en UCI el equipo establece que si el paciente desarrollase insuficiencia renal, no se le colocarían sistemas de depuración extrarrenal. También se plantea una Orden de No Reanimar.</p> <p>Paciente prematuro de 23 semanas de gestación con 470g de peso que nace bradicárdico y cuya frecuencia cardiaca no se normaliza tras intubación y ventilación. Se plantea Orden de No Reanimar.</p>
	<p><b>A posteriori.</b> Decidida en el curso del ingreso en UCI en función de la evolución clínica</p>	<p>Paciente de 68 años sin antecedentes de interés salvo fumador, que ingresa en UCI directamente con soporte total desde Urgencias en status epiléptico. Posteriormente el TAC craneal muestra dos lesiones compatibles con metástasis cerebrales y, la RX de Tórax, una lesión compatible con cáncer broncogénico.</p> <p>El equipo decide escribir una Orden de No Reanimar y limitar la instauración de nuevas terapias, incluyendo antibioterapia, nutrición parenteral y depuración extrarrenal.</p>
RETIRADA	<p><b>Por mala evolución clínica.</b></p>	<p>Paciente de 73 años con trasplante renal hace 20 años. Hizo un rechazo crónico tardío. Actualmente está en hemodiálisis por no ser candidata a trasplante. Presenta una miocardiopatía no filiada moderada. Acude a Urgencias con sepsis de origen desconocido y muy mal estado general. Ingresa en UCI. En las primeras horas es preciso intubar a la paciente por insuficiencia respiratoria y cardiaca severas. En los siguientes días desarrolla fracaso multiorgánico. Tras debatirlo en la sesión del Servicio se acuerda iniciar retirada de medidas.</p>

