

## Diferencias morales en la toma de decisiones entre los servicios de Medicina Intensiva de los hospitales públicos y privados

J.F. SOLSONA DURÁN<sup>a</sup>, M.C. MARTÍN DELGADO<sup>b</sup> Y J.M. CAMPOS ROMERO<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Centro Médico Delfos. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Segovia. Segovia. España.

En los hospitales públicos los pacientes deben tener igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias. Así lo asegura la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986 que introduce el principio de universalidad de la asistencia a todos los españoles. Por tanto, estos hospitales deben regir sus criterios bajo el principio de justicia. Las decisiones deben cumplir pues, el ser públicas, *a priori* y universales, es decir, aplicables a todos por igual, dichas de antemano y ser de conocimiento público<sup>1,2</sup>.

Los hospitales privados se rigen por el principio de beneficencia<sup>1,2</sup>. En ellos sus criterios se basan en lo que el paciente considere bueno para él. Ello no significa que no deban seguirse otros principios morales, como el de no maleficencia, pero el que marca la pauta de las decisiones es el de beneficencia.

En los servicios de Medicina Intensiva (SMI) la muerte está frecuentemente precedida de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) siendo la retirada de la ventilación mecánica una de las formas más frecuentes de LET<sup>2-7</sup>. En nuestro medio, la forma de LET más frecuente es la retirada de los fármacos vasoactivos, a continuación el descenso de la fracción inspirada de oxígeno (F<sub>I</sub>O<sub>2</sub>) y, en contadas ocasiones, la desconexión del respirador<sup>8</sup>.

Diferentes estudios han analizado los factores asociados a la LET, encontrando que la edad, los de-

seos de los pacientes, la gravedad, la disfunción orgánica crónica y la calidad de vida pasada y futura son sus principales determinantes<sup>9</sup>.

En teoría, en los hospitales públicos estas decisiones de LET deberían cumplir, como hemos comentado previamente, criterios de justicia. Es decir, que de una manera global, a los pacientes se les aplicaría LET cuando las posibilidades de supervivencia fueran, por ejemplo, entre el 1% y el 5%, y se haría a todos por igual. Se consideraría pues, fútil, toda intervención terapéutica con estas escasas probabilidades de beneficio basadas en datos científicamente contrastados.

Schneiderman et al<sup>10</sup> han propuesto una aproximación cuantitativa al término, considerando fútil si la intervención no produce resultados favorables en más del 1% de los intentos. En nuestro medio, Cabré<sup>11</sup> estudió a 1.340 pacientes con fracaso multiorgánico y analizó su evolución diaria utilizando el SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*). El autor encontró que si este índice era superior a 10 puntos, la tendencia diaria era mantenerse igual o incrementarse, y en pacientes mayores de 60 años se asociaba con una mortalidad del 98%. En su opinión, sería fútil seguir aplicando tratamiento a pacientes con esta mortalidad.

Las decisiones de LET en la práctica clínica se enmarcan dentro de lo que se considera como muy escasas probabilidades de recuperación. Sin embargo, si pudiésemos cuantificarlas matemáticamente no estarían muy alejadas de las cifras que propone Schneiderman et al<sup>10</sup>, es decir, en torno al 1%-2%.

Cook et al<sup>12</sup> han publicado recientemente en *New England Journal of Medicine* un estudio que tiene como objetivo estimar los factores clínicos asociados a la decisión de retirada de la ventilación mecá-

Correspondencia: Dr. J.F. Solsona Durán.  
Servicio de Medicina Intensiva.  
Hospital del Mar.  
Paseo Marítimo, 25-29.  
08003 Barcelona. España.  
Correo electrónico: 13713@imas.imim.es

Manuscrito aceptado el 9-VII-2004.

nica como limitación del esfuerzo terapéutico. Se trata de un estudio prospectivo, multicéntrico, internacional, observacional que tuvo lugar, durante un período mínimo de tres meses, en 15 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) médico-quirúrgicas de hospitales universitarios: 11 de Canadá, 2 de los EE.UU., 1 de Suecia y 1 de Australia.

Los resultados principales del mencionado estudio son que de los 851 pacientes incluidos en el estudio, la mayoría (539 [63,3%]) fueron desconectados con éxito de la ventilación mecánica, 146 (17,2%) murieron con ventilación mecánica y a 166 (19,5%) se les retiró la ventilación mecánica como medida de LET. De los 166 pacientes a los que se retiró la ventilación mecánica, 145 (87,3%) fallecieron en la UCI, 15 (9%) fallecieron en el hospital (mortalidad hospitalaria del 96,4%) y 6 pacientes (3,6%) fueron dados de alta a domicilio. La estancia en UCI fue de 6 días en el grupo de pacientes en los que se retiró la ventilación mecánica como LET, mientras que fue de 9 días en los pacientes en los que se retiró la ventilación mecánica con éxito.

En comparación con los pacientes que murieron con ventilación mecánica, los pacientes a los que se retiró la misma en relación con LET eran mayores y en ellos se estableció con mayor frecuencia otro tipo de LET (no resucitación cardiopulmonar, no inicio o retirada de inotrópicos, vasopresores o diálisis).

Los factores relacionados con la decisión de retirar la ventilación mecánica como forma de LET fueron: a) la necesidad de inotrópicos o vasopresores; b) la predicción médica de una posibilidad de supervivencia en UCI inferior al 10%; c) la predicción médica de un deterioro cognitivo futuro grave, y d) la percepción por parte del médico de que el paciente no querría medidas extraordinarias.

No existieron diferencias entre los distintos centros y países, pero debe tenerse en cuenta que la mayoría de las unidades participantes son de un área geográfica determinada, por lo que sus resultados no son extrapolables. Un estudio recientemente publicado sobre las actuaciones al final de la vida en diferentes países de Europa demuestra que existen diferencias importantes en función de la geografía y creencias religiosas<sup>13</sup>.

Las conclusiones de los autores son que más que la edad, la gravedad de la enfermedad o la disfunción orgánica, los factores que se relacionaron con la retirada de la ventilación mecánica fueron la percepción del médico de que el paciente no quería medidas extraordinarias, la predicción de un deterioro cognitivo importante, la predicción de una supervivencia en UCI inferior al 10% y la utilización de inotrópicos o vasopresores.

Tras la atenta lectura de este artículo uno tiene la impresión de que el modelo paternalista no ha abandonado en absoluto a la toma de decisiones en materia de salud, al menos en los pacientes atendidos en estos centros. Es decir, los médicos siguen tratando a sus pacientes como si fueran sus hijos pequeños, e incluso en la difícil toma de decisiones en el final de

la vida, la percepción subjetiva del médico sustituye a las preferencias del paciente. Muy pocos pacientes tienen capacidad de expresar sus deseos y expectativas, sólo en contadas ocasiones existen documentos de voluntades anticipadas y pocas veces existe una relación asistencial previa. En el estudio analizado el 79,8% de los enfermos no eran competentes a su ingreso en UCI. Por ello, en la mayoría de casos, las decisiones deberán establecerse basándose en el "juicio sustitutivo" o "los mejores intereses del paciente" por parte de la familia-allegados y los profesionales responsables. Diferentes estudios ponen de manifiesto la inexactitud de estas decisiones como reflejo de los deseos del paciente<sup>14-16</sup>. Aunque los autores hacen énfasis en la importancia del respeto de las preferencias del paciente el estudio no es concluyente al respecto, ya que la decisión de retirar la ventilación mecánica parece estar más basada en lo que el médico cree que prefiere el paciente, que en lo que realmente prefiere éste.

Por otro lado, aunque el estudio concluye que la decisión de retirar la ventilación mecánica no se relaciona con factores tales como la gravedad del paciente o la disfunción orgánica, sí que lo hace con uno que refleja de forma indirecta la gravedad (el uso de fármacos inotrópicos o vasopresores establece el grado de disfunción cardiovascular). Los otros tres factores incluyen juicios sustitutivos del médico: la predicción de la supervivencia y calidad cognitiva al alta de UCI y, como hemos comentado, la percepción de las preferencias del paciente.

En nuestra opinión, el paternalismo cae claramente en la maleficencia cuando el médico decide qué expectativas de supervivencia inferiores al 10% no son suficientes para continuar con el tratamiento. Es posible que este dato extrapolado a la Medicina Intensiva de nuestro país hiciera que abandonásemos a gran parte de nuestros pacientes. Un paciente con pancreatitis aguda grave, síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) e insuficiencia renal no tiene en general un pronóstico mejor. Por otro lado, 6 pacientes fueron dados de alta a domicilio y el estudio no especifica cuál fue la supervivencia a corto-largo plazo. Y también queda claro en el estudio que estas decisiones se hacen de manera rápida (como promedio después de 6 días de ventilación mecánica).

Un estudio reciente<sup>17</sup>, que valora la capacidad del médico intensivista en predecir el pronóstico y el tiempo de estancia en UCI de los pacientes críticos, demuestra una gran variabilidad entre predicciones (valor kappa 0,55) y la capacidad de predecir estancias fue baja excepto para aquellas inferiores a 5 días. Por ello, a pesar de que las apreciaciones subjetivas de los profesionales pueden ayudar a la toma de decisiones, son necesarios parámetros más objetivos y exactos que guíen estas actuaciones.

Por último, a pesar de que el artículo no lo nombra, no sabemos en qué medida contribuyó el coste en las decisiones de LET. Un estudio sobre voluntades anticipadas en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica concluyó que las decisiones sobre no

desear ventilación mecánica estaban en parte relacionadas con la imposibilidad de asumir el coste de la misma<sup>18</sup>.

Estos factores no deben contar en los hospitales públicos. Aunque en todos los casos las decisiones de la LET deben regirse por las preferencias de los pacientes, en el caso de los hospitales públicos además deberán tener en cuenta los criterios de justicia. En el caso de conflicto entre las decisiones del paciente y/o familiares y la opinión de los médicos que, bajo criterios de justicia, opinen que no se deba continuar con el tratamiento, éste debe ser trasladado a los comités asistenciales de ética.

Los hospitales privados deben regirse por las preferencias de los pacientes. No podemos asegurar, ya que el artículo no lo dice, que éste sea el caso de los hospitales del estudio que nos ocupa. Pero si lo fuese, no parecen haberse respetado los valores del paciente. Y si los hospitales del estudio fuesen públicos, tampoco parece haberse respetado los criterios de justicia, ya que el criterio de que una supervivencia inferior al 10% implicaría la aplicación de LET, debería haberse tomado universalmente, *a priori* y públicamente, y no parece ser éste el caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez González MA. Organización de la asistencia médica: hospitales y sistemas de servicios de salud. En: Sánchez González MA, editor. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, S.A.; 1998. p. 151-70.
2. Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, D.L.; 1989.
3. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 1990;322:309-15.
4. Hall RI, Rucker GM. End-of-life care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest*. 2000;118:12-30.
5. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155:15-20.
6. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socias L, López J, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva*. 1994;18:100-5.
7. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.
8. 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;27:1744-9.
9. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27:1626-33.
10. Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. *Am J Med*. 1994;96:110-4.
11. Cabré L. Síndrome de fracaso multiorgánico y limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. En: Cabré Pericas LI, coordinador. Decisiones terapéuticas al final de la vida. Barcelona: Edikamed. 2003. p. 95-101.
12. Cook D, Rucker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. for the Level of Care Study Investigators and the Canadian Critical Care Trials Group. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003;349:1123-32.
13. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bullow HH, Hovilehto S, et al for the Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290:790-7.
14. Coppolino M, Ackerson L. Do surrogate decision makers provide accurate consent for intensive care research? *Chest*. 2001;119:603-12.
15. Hare J, Pratt C, Nelson C. Agreement between patients and their self-selected surrogates on difficult medical decisions. *Arch Intern Med*. 1992;152:1049-54.
16. Thompson T, Barbour R, Schwartz L. Adherence to advance directives in critical care decision making: vignette study. *BMJ*. 2003;327:1011.
17. Gusmao Vicente F, Polito Lomar F, Melot C, Vincent JL. Can the experienced ICU physician predict ICU length of stay and outcome better than less experienced colleagues? *Intensive Care Med*. 2004;30:655-9.
18. Moss AH, Oppenheimer EA, Casey P, Cazzolli PA, Roos RP, Stocking CB, et al. Patients with amyotrophic lateral sclerosis receiving long-term mechanical ventilation. Advance care planning and outcomes. *Chest*. 1996;110:249-55.