



CARTAS AL EDITOR

¿Intensivistas veteranos o noveles en la toma de decisiones al final de la vida en medicina intensiva? Promueva la deliberación ética



Veteran or novice in end-of-life decision-making in intensive care medicine? Promote ethical deliberation

Sr. Editor:

He leído con interés el artículo de Blazquez V et al.¹, sin que pase desapercibida la observación en la que relacionan las decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) con centros en los que más del 60% de sus profesionales tiene más de 10 años de experiencia. Los autores postulan en la discusión que puede ser debido a mejores dotes comunicativas con los pacientes y familiares. Esta tiene más relación con la adquisición de competencias que necesariamente con la experiencia².

Resulta interesante, en tanto que la situación actual de la mayoría de las plantillas de medicina intensiva probablemente presentan un escenario muy similar en el que predominan los veteranos sobre los jóvenes. Dos preguntas me han surgido tras esta observación: ¿Realmente la veteranía supone que se tomen más decisiones de LTSV precoz?, ¿Es correcto presuponer que porque se tomen más decisiones de LTSV estas están bien tomadas?

No cabe duda de que la experiencia es un valor a considerar en la compleja toma de decisiones en una especialidad como la de medicina intensiva. Ya en la ética a Nicómaco³, Aristóteles define la prudencia o frónesis [Φρόνησις, *phronēsis*] como sabiduría práctica, discurrendo en el libro VI que los jóvenes por su falta de experiencia no pueden ser prudentes: «Una señal de lo que se ha dicho es que los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos, y sabios en tales campos, pero, en cambio, no parecen ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene también por objeto lo particular, que llega a ser familiar por la experiencia, y el joven no tiene experiencia, pues la experiencia requiere mucho tiempo».

En mi opinión en medicina intensiva podemos tardar unos meses en aprender una técnica, años en saber su indicación y lamentablemente décadas en conocer cuando no estaba indicada. La visión de la experiencia es un grado en la indicación de procedimientos, resolución de retos diagnósticos y decisiones terapéuticas, pero no tengo tan

claro que lo tenga que ser en la resolución de conflictos éticos.

En las decisiones al final de la vida ha de promoverse la deliberación ética en la UCI, huyendo de decisiones individuales o sesgadas por un determinado grupo de profesionales. No adopten solo la decisión de los veteranos fundamentada en la experiencia o de los más noveles porque aporten más conocimiento actualizado. Eviten la decisión individual del jefe de servicio o del experto en bioética, lo prudente es que estos promuevan una deliberación colectiva en la que tengan cabida estos diferentes profesionales, cuánto más perspectivas, conseguirán menos sesgos. La dificultad de la deliberación estará en moderar diferentes puntos de vista aplicando una metodología en la que se analicen los hechos clínicos, y deliberar sobre los valores en conflictos considerando la opinión del médico responsable, resto del equipo asistencial y los valores del paciente expresados por el mismo o a través de sus familiares.

Sobre este sustento, hechos y valores, ha de establecerse un entorno deliberativo del que surgirán las decisiones en equipo que reducen sesgos individuales y cobran peso y madurez al ser transmitidas al paciente y/o familiares.

El hallazgo que relaciona pertenecer a un centro trasplantador con las decisiones de LTSV es discutible ya que estas decisiones clínicas han de ser independientes de la actividad trasplantadora⁴. La alta participación de enfermería es sin duda un hecho destacable que varía con la tendencia descrita en series anteriores⁵ donde su papel resultó minoritario.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Blazquez V, Rodríguez A, Sandiumenge A, Oliver E, Cancio B, Ibañez M, et al. Factors related to limitation of life support within 48h of intensive care unit admission: A multicenter study [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2019;43:352–61.
2. Arnold RM, Back AL, Barnato AE, Prendergast TJ, Emler LL, Karpov I, et al. Fellows' communication skills. *J Crit Care*. 2015;30:250–4.

3. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. 1985; VI, 8, 1142a. Alianza editorial. ISBN: 9788420688459.
4. Estella Á. Reply to «The right to become an organ and tissue donor at the end of life of critically ill patient» [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2020;44:60.
5. Bertolini G, Bofelli 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 unit. *Intensive Care Med*. 2010;36:1495–504.

Á. Estella

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario del SAS de Jerez, Jerez, Cádiz, España
 Correo electrónico: litoestella@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.003>
 0210-5691 / © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

En respuesta a «¿Intensivistas veteranos o noveles en la toma de decisiones al final de la vida en medicina intensiva? Promueva la deliberación ética»



In reply to «Veteran or novice in end-of-life decision-making in intensive care medicine? Promote ethical deliberation»

Sr. Editor:

Agradecemos las observaciones realizadas con relación al estudio multicéntrico publicado recientemente por nuestro grupo¹.

Con relación a si la veteranía supone que se tomen más decisiones de limitación del tratamiento de soporte vital precoz (LTSVp), nuestros resultados mediante un análisis estadístico automático (CHAID) han evidenciado que cuando el equipo contaba con mayor proporción de veteranos en la plantilla, la LTSVp era más frecuente. Aunque las competencias pueden valorarse en la actualidad más que la experiencia en determinados entornos, en el campo de la bioética parece lógico asumir que el mayor entrenamiento y las habilidades adquiridas con los años (experiencia) permitan una mayor efectividad tanto en la valoración de la proporcionalidad del tratamiento, como en la comunicación con los pacientes y la familia, promoviendo la autonomía del paciente y evitando el mantenimiento de tratamientos potencialmente inapropiados y la obstinación terapéutica. Hay que recordar que la lógica del juicio clínico es por su esencia probabilística y no apodíctica (propia de las ciencias exactas), por ello, en el juicio clínico se debe buscar lo razonable y no la certeza. Esta «razonabilidad» en el juicio clínico se logra mediante la ponderación cuidadosa de todos los factores que intervienen en una situación particular, con el fin de disminuir su incertidumbre. Es lo que los griegos llamaron «deliberación», y cuando esta deliberación es prolongada se consideró «prudente». Es cierto que los juicios «éticos», al igual que los juicios clínicos, son primariamente empíricos y concretos, en los cuales las conclusiones son inciertas y serán más razonables, en la medida en que se ponderen cuidadosa y reflexivamente todos los factores implicados. La deliberación ética es así una forma compleja de razonamiento, que evita los juicios *a priori*, emocionales

o imprudentes, e implica ponderar debidamente los principios, valores y conflictos de valor, así como las circunstancias y consecuencias de las decisiones^{2,3}.

Respecto de si es correcto presuponer que porque se tomen más decisiones de LTSV estas estarán bien tomadas, nuestro estudio no ha valorado la adecuación de las mismas, solo se remarca una mayor frecuencia, aunque es de presuponer que si la «experiencia» resulta ser un valor añadido para el proceso de LTSV, las decisiones serán adecuadas.

Finalmente, estamos totalmente de acuerdo en que las decisiones de LTSV han de ser independientes de la actividad trasplantadora. En nuestro trabajo la observación de que la LTSV ocurre con menor frecuencia en los centros trasplantadores se relaciona con el estudio de la LTSV precoz (48 h) y la presencia de un elevado número de paciente neurocríticos, en los cuales se recomienda evitar la LTSV precoz⁴.

La LTSV es hoy en día una práctica clínica habitual en las UCI, y combatir la obstinación terapéutica es un objetivo fundamental en el marco de los cuidados al final de la vida. Para determinar la proporcionalidad de los objetivos terapéuticos y la LTSV, es necesaria una deliberación prolongada del equipo, en la cual se debe recoger toda la información necesaria del paciente, y conocer las limitaciones del tratamiento médico, pero también tener en cuenta las voluntades y los deseos del paciente. En este contexto, la experiencia el equipo aportará un valor esencial al proceso de LTSV⁵.

Bibliografía

1. Blazquez V, Rodríguez A, Sandiumenge A, Oliver E, Cancio B, Ibañez M, et al. Factors related to limitation of life support within 48h of intensive care unit admission: A multicenter study [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2019;43:352–61.
2. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clínica*. 2001;117:18–23.
3. Belloc Rocasalbas M, Girbes ARJ. Toma de decisiones al final de la vida, el modo neerlandés a través de ojos españoles. *Med Intensiva*. 2011;35:102–6.
4. Bodí MA, Pont T, Sandiumenge A, Oliver E, Gener J, Badía M, et al. Potencialidad de donación de órganos en muerte encefálica y limitación del tratamiento de soporte vital en los pacientes neurocríticos. *Med Intensiva*. 2015;39:227–344.
5. Estella Á, Saralegui I, Rubio Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, López Camps V, Martín MC, et al. Puesta al día y recomen-