

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-

ciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Med Intensiva*. 2020;44:101–12.

V. Blazquez^a, A. Rodríguez^a, A. Sandiumenge^b y M. Bodí^{a,*}

^a *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Universidad Rovira i Virgili, Instituto de Investigación Sanitaria Pere i Virgili, Tarragona, España*

^b *Coordinación de Trasplantes, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbodi.hj23.ics@gencat.cat (M. Bodí).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.10.010>

0210-5691/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.