



Ètica i decisions a la pràctica assistencial. La perspectiva de l'especialista en medicina intensiva

Ricard Abizanda

Servei de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Associat General de Castelló, Castelló

Correspondència: rabizandac@terra.es

Les consideracions que s'exposen aquí són les d'un professional de la medicina amb una certa formació teòrica en el camp de l'ètica i amb més de trenta anys d'exercici professional. L'autor no presenta el seu text d'acord a l'estructura habitual de la literatura científica, per tal de destacar que el que s'hi exposa és només una opinió personal, fruit de la seva forma de considerar les coses, de la seva experiència i del desig de donar una forma estructurada a les seves pròpies preocupacions. La finalitat de les referències bibliogràfiques incloses al final és proporcionar una font d'informació a les persones interessades, i no pas donar suport a allò que es diu. Quan es fa servir una data concreta o un fragment d'un text, es fa constar.

Problemes més freqüents a l'àrea de treball

La primera norma de l'ètica assistencial és procurar, per al malalt, el millor tipus possible d'assistència, tant pel que fa a la utilització de recursos, com pel que es refereix a l'actitud dels professionals. I des d'aquesta perspectiva, cal distingir entre diverses formes i tipus de tractament: a) trac-

taments dirigits a la supervivència i b) tractaments que garanteixin el confort i la dignitat de la persona malalta. Des de la perspectiva de la medicina intensiva, s'ha de recordar la definició de tractament de suport vital, que és «tota intervenció tècnica o medicamentosa administrada a un malalt amb l'objectiu d'endarrerir la mort, encara que aquesta teràpia no sigui dirigida contra la malaltia de base o el procés biològic causal» (Hastings Center, 1987; Trad. RAC, 2003)

Amb aquestes dues idees al cap, una anàlisi breu dels problemes més freqüents en el camp de la medicina intensiva (de l'assistència al malalt crític), permet identificar-ne els següents:

- «Actitud ètica» respecte als límits de l'actuació professional
- Futilitat
- Limitació d'esforços/Limitació de l'esforç terapèutic (LET)
- Decisions substitutives (qui parla pel malalt?)
- Utilització de recursos

Abans de fer un repàs breu de cadascun d'aquests problemes, recordarem alguns aspectes de cada cas que cal considerar per prendre decisions en las quals puguin tenir-se en compte els principis d'un comportament ètic, respectuós amb el malalt, amb la seva situació, i amb els seus valors i drets, sense oblidar les obligacions professionals del metge, els seus valors i creences i el context de la societat que ens envolta. Aquests aspectes són:

- Els fets del cas (contextualitat)
- Els possibles beneficis i efectivitat, en contraposició a riscos i perills
- Els valors de les persones afectades (primordialment del malalt)
- Els costums professionals, la pràctica aprovada i el *standard care* (*lex artis*)
- La llei

Limitació en l'actuació

En considerar aquest aspecte, cal plantejar-se algunes qüestions: existeix realment una limitació de l'actuació del metge? I, si existeix, hi ha un marc legal que la permeti? I, en el cas que les dues respostes siguin afirmatives, com hom porta a la pràctica aquesta limitació?

Primer, cal esbrinar un cert problema lingüístic, l'associat als termes de 'futilitat' i 'actuació fútil'. Són els mateixos conceptes que 'inutilitat' i 'actitud inútil'? Per respondre aquesta pregunta acostumo a posar sempre el

mateix exemple: si tractem d'obrir una casa de poble, vella, rústica, amb la clau d'un pany de seguretat d'un pis modern de ciutat, no ho aconseguirem. L'esforç serà inútil. Però si tractem de fer-ho amb un llapis, a més de no aconseguir-ho, el nostre esforç serà fútil. Així doncs, la futilitat fa referència a l'intent d'aconseguir una cosa quan les possibilitats d'assolir l'èxit són més que improbables. És tractar de fer una cosa amb les eines inapropiades. Mai pot tenir èxit. Futilitat és un concepte que no està reflectit en els nostres diccionaris en aquest sentit, adoptat de la literatura anglosaxona, però que defineix clarament una forma de veure les coses que, fins fa molt poc temps, no s'havia plantejat en el camp de la medicina. La taula 1 indica alguns textos sobre la futilitat.

L'apartat 3 de l'article 27 del Codi d'Ètica i Deontologia Mèdica del Consell General de Metges 1990 introdueix una idea nova, que com una teranyina, es converteix en un parany per al professional. És el principi del «doble efecte» que veurem més endavant.

Considerat d'aquesta manera, ja podríem intentar una definició pràctica de futilitat en el camp de la medicina. Un tractament es pot considerar fútil quan *a)* no assoleix els objectius del malalt, *b)* no serveix per a cap objectiu legítim de la pràctica mèdica i *c)* no s'adapta als patrons (estàndards) acceptats. Fet això, podem considerar diversos tipus de futilitat:

- Futilitat fisiològica. Quan les mesures preses no poden mai aconseguir l'objectiu desitjat, perquè són inadequades.
- Futilitat per mort imminent. Quan els esforços es dirigeixen a un malalt en situació terminal propera.
- Futilitat relacionada amb una malaltia letal o terminal. Quan la malaltia conduirà a la situació de mort esmentada abans, i res no podrà evitar-ho.
- Futilitat qualitativa (la més freqüent). Quan hi ha una desproporció entre entrades i sortides, entre els objectius possibles i els mitjans utilitzats.

Limitació de l'esforç terapèutic (LET)

La limitació d'esforç terapèutic (LET) és el conjunt de processos de decisió clínica pels quals determinats procediments o tècniques de suport vital són omesos o sospesos quan es considera que són inútils en un malalt que es troba en una situació crítica irreversible o terminal. S'accepta llavors que la pròpia malaltia, que no respon al tractament, produirà la mort. La finalitat és minvar (escurçar, alleujar) el procés de morir. [J.M. Sánchez Segura, 1996]

Taula 1. Exemples de textos sobre la futilitat

American Medical Association 1991	Els esforços de reanimació poden ser considerats fútils si no pot esperar-se que restaurin la funció cardíaca o respiratòria, ni que aconseguixin els objectius expressats pel malalt informat
Schneiderman 1990-1994	Futilitat i fútil haurien de esser utilitzats per descriure qualsevol esforç que tracti d'assolir un resultat (teòricament) possible, però que l'experiència i el raonament suggereixen que és molt improbable, i no pot aconseguir-se sistemàticament. Cal no confondre futilitat amb racionament o control de costos
American Heart Association 1992	Els metges no estan pas obligats a portar a terme un tractament fútil, encara que els hi sigui requerit pel malalt o els seus representants
Codi d'Ètica i Deontologia Mèdica. Consell General de Metges. 1990	Article 28: 2. [...] evitant portar a terme o continuar accions terapèutiques sense esperança, inútils o obstinades [...]. 3. La decisió de posar fi a la supervivència artificial només es prendrà en funció dels més rigorosos criteris científics i les garanties exigides per la Llei
<i>Ibid</i>	Article 27: 1. I quan no hi sigui (guariment o milloria possibles), permaneceix la seva obligació de posar en pràctica les mesures escaients per aconseguir el benestar del malalt, encara que d'això pugui derivar-se l'escurçament de la vida. 2. El metge no ha de posar en marxa, ni continuar, l'aplicació de mesures diagnòstiques o terapèutiques sense esperança, inútils o obstinades. Ha de tenir present la voluntat del malalt de refusar el tractament i de morir amb dignitat. I quan l'estat del malalt no li permeti prendre decisions, el metge tindrà en consideració i valorarà les indicacions anteriors fetes pel malalt i l'opinió de les persones responsables i vinculades. 3. El metge mai provocarà intencionadament la mort de cap malalt, ni tant sols com a resposta d'una petició expressa per part d'altres.

La Societat de Cures Intensives dels Estats Units (*Society of Critical Care Medicine*, SCCM) va fer el 1997 la següent classificació dels tractaments: *a*) sense efectes fisiològics beneficiosos, *b*) amb un marcat dubte de la seva efectivitat, *c*) tractaments molt costosos y d'eficàcia dubtosa, i *d*) tractaments d'efectes controvertits i incerts.

Ara bé, en la pràctica assistencial i en l'especialitat de qui això escriu, que és la medicina intensiva, com es pot aplicar un concepte de limitació d'esforç? Les característiques de la LET en medicina intensiva, on hauria de semblar que els esforços no tinguessin límit, venen donades per les següents circumstàncies:

- Criteri d'urgència. En aquest tipus d'assistència, és habitual no tenir massa temps per plantejar-se limitacions. Malgrat tot, hi ha d'haver limitacions, si no volem caure en una futilitat no desitjable.
- Contextualitat (casos molt concrets). Hi ha casos que no poden beneficiar-se dels esforços terapèutics posats en joc.
- Pronòstic incert. La capacitat d'encert d'un pronòstic de supervivència, per a qualsevol dels mètodes que s'utilitzin, és del 85%.
- Costos molt alts d'aquesta forma concreta d'assistència.

La limitació de l'esforç terapèutic pot tenir dues formes: l'omissió del tractament (WH, de l'anglès *withhold*) i la seva supressió (WD, de l'anglès *withdraw*). En el primer cas, el tractament no s'arriba a dur a terme; en l'altre, se suspèn un tractament que ja s'estava aplicant.

La taula 2A mostra els resultats d'un estudi d'opinió realitzat el 1994, (Abizanda et al, 1994) en una mostra de 397 professionals dedicats a aquesta activitat, en relació als factors que condicionen la LET en el camp de la medicina intensiva. La taula 2B mostra les mesures no limitables en l'assistència dels malalts crítics.

Dos estudis de les actituds de la LET en el nostre entorn, en dos moments diferents, van aportar la informació següent respecte als tractaments limitables o limitats. El 1994, Abizanda, en un article d'opinió, va publicar les següents dades: tractament vasoactiu, 72%; suport ventilatori artificial, 44%; antibiòtics, 28%; suport nutricional enteral o parenteral, 22% [3]. El 2003, en un altre estudi similar, però d'observació, Cabré et al, trobaren les següents dades: ordres de no intentar la reanimació cardiopulmonar (RCP), 54%; limitació de la diàlisi o la depuració extrarenal, 36%; limitació del tractament vasoactiu, 30%; limitació de l'aport d'oxigen, 27%; limitació del suport ventilatori artificial, 18%; limitació de les maniobres reials de RCP, 14%; i limitació del suport nutricional: 13% [7].

Taula 2. Limitació de l'esforç terapèutic (LET). A) Factors que el condicionen i B) mesures no limitables

A) Factors que condicionen la LET en medicina intensiva		B) Mesures no limitables en l'assistència dels malalts crítics	
Qualitat de vida anterior	88%	Analgesia	93%
Salut anterior	84%	Sedació	90%
Qualitat de vida prèvia	78%	Neteja	89%
Futilitat	58%	Cura d'escares	84%
Edat	55%	Sonda urinària	84%
Gravetat / pronòstic	32%	Tractament postural	81%
Cost econòmic	10%	Oxigen	60%
		Alimentació SNG	60%

Un estudi multicèntric, realitzat a Espanya el 1996 i publicat el 2001 [13], que incloïa sis centres amb una mostra de 3498 malalts ingressats a les UCI, amb 644 (18,41%) morts, demostrà que la limitació de l'esforç terapèutic s'havia instaurat a 226 malalts (6% de la mostra, 35% dels defallits). En el 92,9% dels casos, la LET va ser instaurada a proposta del metge. Anys més tard, a l'Hospital Universitari de Castelló, i a la seva unitat de cura intensiva (UCI), es va fer un estudi de l'evolució de l'actitud davant de la LET dels professionals, des de 1996 [13] fins a 1999. Aquest estudi formava part d'un projecte europeu en què van participar 16 països europeus i Israel (*End of life decision making and life ending procedures in European intensive care units [Project Acronym: ETHICUS]*; l'informe final pot consultar-se a: http://europa.eu.int/comm/research/biosociety/pdf/bmh4_ct98_3733_partb.pdf). La taula 3 mostra les diferències entre ambdós estudis esmentats.

Taula 3. Diferències entre l'estudi realitzat per Esteban et al. i l'Estudi ETHICUS

Esteban et al, 1996 [13]	ETHICUS, 1999 [13]
LET 3,6 % del malalts estudiats	LET 4,4%
LET / Exitus 19,2 %	LET / Exitus 28,7%
Limitacions aplicades (per ordre)	Limitacions de tipus WD (per ordre)
Fàrmacs vasoactius	RCP
HFVVC / oxigen	Dialisi / depuració renal
NE / NPT	Suport ventilatori / oxigen
VMC	Suport nutricional
ATB	Intubació / antibiòtics
	Limitacions de tipus WH (per ordre)
	Fàrmacs vasoactius
	Diàlisi / depuració renal
	Perfusió d'hemoderivats
	Suport ventilatori

LET, limitació de l'esforç terapèutic; HFVVC, hemofiltració venovenosa contínua; NE, nutrició enteral; NPT, nutrició parenteral total; VMC, ventilació mecànica controlada; ATB, aspiració traqueobronquial; RCP, recuperació cardiopulmonar.

Sobre la sacralitat de la vida i la mort assistida

Aquest és un concepte que considera que la vida humana té un valor fonamental i inviolable, malgrat el patiment que comporti. Assumeix que, mentre que hi ha vida, no hi ha inconvenients de consideració. Avui dia aquest concepte està superat i hi ha moltes persones que pensen que determinades condicions de vida que comporten un gran patiment i anul·len en gran manera la dignitat personal no mereixen la pena ser viscudes. D'aquí sorgeix el concepte d'eutanàsia o, millor dit, de mort assistida. Considerem l'eutanàsia i examinem algunes de les preocupacions més comunes entre els professionals de la salut:

- Estem legalment obligats a fer-ho tot?
- Encara que l'evidència i el pronòstic vagin en contra de les esperances per al malalt?

- Ometre o retirar una determinada forma de tractament, són formes d'eutanàsia?
- Tractar el dolor o retirar el respirador d'un malalt incapaç de respirar per si mateix (sense sedants i amb una mecànica ventilatòria ineficaç), és una forma d'eutanàsia?
- El tractament dels símptomes és eutanàsia?

Sobre aquests temes no hi ha acord entre els diferents teòrics i autors que els han tractat. Aquesta presentació no és el lloc per donar una opinió personal; el que tracta de fer és repassar les qüestions ètiques més freqüents a la pràctica de la medicina intensiva. Insistent sobre això, i en relació amb els problemes esmentats, cal reconsiderar qualques mesures conflictives o que gaudeixen de poc acord, com ara la supressió o limitació de l'alimentació o la hidratació artificials, la supressió de la ventilació mecànica artificial, les maniobres de reanimació cardiopulmonar, o la cirurgia concomitant.

Ara és el moment de plantejar els límits i diferències entre eutanàsia i LET: *a)* la LET s'ha de plantejar des d'una perspectiva d'indicació científica i demostrable, *b)* per aplicar la LET, l'opinió del malalt (o del seu representant) no és decisòria donç que hi hagi una evidència de suport tècnic, però és fonamental arribar-hi a un acord per tal d'evitar conflictes i recriminacions, *c)* doctrina del «doble efecte» o «principi del voluntari indirecte», que consisteix en el fet que qualsevol dels efectes associats en un tractament poden condicionar la fi de la vida del malalt, però l'objectiu primordial no és acabar amb aquesta vida, sino tractar els símptomes que el malalt pateix: El principi del «doble efecte» es considera èticament permisible/correcte, si: i) el tractament suggerit és bo o indiferent pel seu objecte; ii) les conseqüències, bones o dolentes, són immediates al mateix acte, independents, i no una conseqüència les unes de les altres; iii) quan es busca l'efecte «bo» i es tolera el dolent, el benefici del efecte «bo» és superior o igual que el dolent.

Cap a la limitació de recursos en la decisió de l'actuació del clínic

Sobre les limitacions d'assistència relacionades amb els costos, el següents principis **no** poden ser oblidats:

- l'adequació del recurs a l'objectiu que es persegueix
- l'equitat en l'accessibilitat a aquest recurs
- el concepte de mesura extraordinària,
- el principi de «l'ús compasiu».

I cal oblidar les premisses establertes. L'aplicació d'una teòrica limitació de recursos, èticament adequada quan es parla de «poblacions» o grups de malalts, perd sentit quan es parla «d'un malalt», on el que compta és la futilitat i la possible LET. En els casos individuals, allò que compta és la diferència entre el que està indicat, el que no ho està (no serveix per a res) i el que està contraindicat.

Derivació del malalt en la presa de decisions

Davant la necessitat de prendre una decisió relativa al tractament i l'assistència que s'aplicaran al malalt, es busca una derivació, és a dir, es recorre a alguna persona de l'entorn del malalt. Això es fa per problemes de competència i capacitat (fisiològiques) en el malalt crític, per les mateixes raons provocades per causa instrumental (sedació, via aèria artificial, respiradors), per respectar els costums arrelats en la societat que ens envolta, i pel dit *waiving* (rebuig a exercir el dret a la pròpia decisió).

Per a seleccionar el representant s'han de tenir en compte els següents factors: les preferències declarades i conegudes del malalt per algú del seu entorn; la jerarquia legalment establerta; qui coneix millor el que el malalt hagués escollit; qui representa millor el «millor interès del malalt»; qui té capacitat intel·lectual per a prendre decisions de persona raonable. Llavors, qui a la fi? Se segueix el mateix esquema que a la política de transplantaments: parella legal, fills, pares, germans [4].

Bibliografia

1. Abel F (1996) Dilemas éticos en los pacientes críticos. En: Net A (ed) Ética y costes en medicina intensiva. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, pp 6-18
2. Abizanda R (1998) Los derechos del paciente crítico. En: Gómez Rubí JA, Abizanda R (coord) Bioética y medicina intensiva. EdikaMedm, Barcelona, pp 31-40
3. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socías, L et al. (1994) Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. Medicina Intensiva 18:100-105

4. Abizanda R, Miravet V, Teruel C, Heras A, Alcala-Zamora J (1996) Participación del enfermo crítico en la toma de decisiones. En: Net A (ed) *Ética y costes en Medicina intensiva*. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, pp. 214-225
5. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P, Judez J (2001) Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin* 117:585-591
6. Beauchamp TL, McCulloch LB (1987) *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Labor, Barcelona
7. Cabré Pericas L, Solsona Duran JF, Grupo de Trabajo de Bioética de SEMICYUC (2002) Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva* 26:304-311
8. Carballo F, Judez J, De Abajo F, Violan C (2001) Uso racional de recursos. *Med Clin* 117:662-675
9. Código de Deontología Médica (1987) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Madrid
10. Código de Deontología Médica (1990) Consejo General de Colegios Médicos de España (ed), Madrid
11. Crausman RS, Armstrong JD (1996) Ethically based medical decision making in the intensive care unit. Residency teaching strategies. *Crit Care Clin* 12:71-84
12. The EPEC (Education for Physicians on End-of-life Care) Project ®. American Medical Association (AMA) and The Robert Wood Foundation (1999) (consultat Febrer 2004) www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html
13. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Bouza C et al. (2001) Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish multi-center observational study. *Intens Care Med* 27:1744-1749
14. Gómez Rubí JA (2002) *Ética en medicina crítica*. Triacastela, Madrid
15. Gracia Guillén, D (1996) Los cuidados intensivos en la era de la bioética. En: Net A (ed) *Ética y costes en medicina intensiva*, Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, pp 1-5
16. Gracia Guillén D (1999) Principios y metodología de la ética. En: Cruciero A (ed) *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, pp 201-222
17. Simón Lorda P y miembros del GT sobre Educación en Bioética (1999) La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC), Madrid
18. Simón Lorda P, Couceiro A, Barrio Cantarejo I (1999) Una metodología de análisis de problemas bioéticos. En: Cruceiro A (ed) *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, pp 233-238
19. Trvogg RD, Cist AFM, Brackett S, Burns JP, Curley MAQ et al. (2001) Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 29:2332-2348
20. Woodcock T, Sprung CL (2003) Ethics (PACT module), ESICM Patient centers acute care training, ESICM, Brussels