

Limitación del Soporte Vital en Argentina: ¿Estamos preparados para iniciar un programa de Donación en Asistolia Controlada?

Autor: Leandro I Tumino

Médico Terapia Intensiva HIGA Gral. San Martín de La Plata
Instructor de Residentes Terapia Intensiva HIGA Gral. San Martín de La

Tutor: Dr. Juan José Rubio Muñoz

Jefe Servicio Terapia Intensiva Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda
Coordinador Médico de Trasplante Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

Agradecimientos:

Índice

Introducción

Material y métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Tablas y figuras

Anexos

Introducción

Se entiende por tratamiento de soporte vital como “toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal”. Ciertos autores lo consideran como los procedimientos para prolongar la vida artificialmente y “ganar tiempo” para que con otras medidas terapéuticas (cirugía, antibióticos, etc.) o la evolución espontánea, consiga resolver la situación^{1,2}. Se debe comprender que la prolongación del soporte vital se puede convertir en *maniobras artificiales* de retrasar el momento de la muerte, pudiéndose enmarcar en la figura de ensañamiento terapéutico.

La muerte es un hecho frecuente en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI), existiendo numerosas publicaciones que sugieren que el tratamiento al final de la vida y la atención de las necesidades familiares están lejos de ser lo adecuado². En este sentido, el estudio SUPPORT, llevado a cabo en 5 grandes hospitales estadounidenses con más de 9000 pacientes mostró que existen severas limitaciones en el tratamiento de pacientes con enfermedad terminal, deficiente comunicación entre el personal de salud y la familia y/o paciente y que casi la mitad de los pacientes padecieron dolor en los últimos días de vida³.

El gran desarrollo de la Medicina Intensiva de los últimos años ha modificado de manera significativa el pronóstico de muchas enfermedades que previamente conducían de manera inexorable y rápida a la muerte. Esto, si bien es sumamente positivo, también tiene su connotación negativa: el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco

razonable, con el consiguiente sufrimiento de pacientes, familias y profesionales⁴. De lo anterior surge la necesidad de entender la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (LET) en los pacientes críticos. Esta se puede definir como la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría^{4,5}. Desde la perspectiva de la bioética la LET se fundamenta principalmente al principio de autonomía de la persona (autonomía y libertad), aunque también deben incluirse en las discusiones los aspectos referidos a los principios éticos de no maleficencia y justicia. La LET se debe ajustar al conocimiento actual de la medicina, la decisión se debe discutir colectivamente (médicos y enfermeros) y tomarse por consenso, se debe informar y consultar a la familia o representantes legales y, en caso de falta de acuerdo entre las partes implicadas, se debe consultar al comité de ética asistencial².

El advenimiento más extendido de las LET ha permitido plantear la posibilidad de un tipo de donante de órganos diferente al donante a corazón batiente, por ello a la hora de plantear la instauración de la LET, no debemos dejar de evaluar la posibilidad de iniciar el proceso de Donación en Asistolia Controlada (DAC). Esta modalidad de donación ha traído como resultado un aumento en la disponibilidad de órganos con fines de trasplante y/o investigación, ya que en los últimos años se ha registrado un descenso en la incidencia de muerte encefálica, pudiendo ser debida a una disminución de los incidentes de tránsito como a la mejora en la atención y tratamiento de los pacientes críticos en

general y neurológicos en particular⁶. La DAC o donación de tipo III de la clasificación de Maastricht modificada de Madrid consiste, básicamente, en la obtención de órganos para trasplante a partir de personas en las que el diagnóstico de fallecimiento se ha establecido por criterios circulatorios y respiratorios tras una limitación del soporte vital, decidida conjuntamente por el equipo a cargo del paciente en una situación clínica en la que cualquier terapia ulterior se considera fútil, o en el contexto de un rechazo de tratamiento⁷.

En la República Argentina no existe consideración de DAC luego de planteada la LET. Si bien resultó ser uno de los países más proactivos en la LET, en un estudio que tenía como objetivo diagnosticar y comparar las conductas tomadas durante el morir en las unidades de cuidados intensivos de Brasil, Argentina y Uruguay⁸, actualmente se desconoce cómo se realiza la LET en las unidades de pacientes críticos (Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Coronarias y Salas de Emergencias) Argentinas, si existe diferencias entre el subsector de salud público y privado, entre profesionales con más años de ejercicio de la especialidad, como así tampoco, el grado de conocimiento por parte de los profesionales de la DAC.

Los objetivos del presente estudio son conocer cuáles son los criterios que influyen en la decisión de iniciar la limitación del esfuerzo terapéutico, comprobar si hay diferencias entre el subsector de salud público y privado, entre diferentes generaciones de profesionales y entre los distintos profesionales especialistas participantes, conocer si se cuenta con protocolos escritos de LET y comités de bioética y, finalmente, conocer si los médicos Argentinos conocen la modalidad de donación en asistolia controlada tipo III de Maastricht y si la contemplarían luego de plantear la LET.

Destaca la importancia de este estudio por el hecho de que la implementación de programa de Donación en Asistolia Controlada requiere de la homogenización de procedimientos en la LET, la elaboración de protocolos consensuados para la misma, como así también el conocimiento por parte de los profesionales médicos sobre esta modalidad de donación. Este trabajo permitirá sentar las bases para comenzar a recorrer el camino necesario para implementar la Donación en Asistolia Controlada en la República Argentina.

Material y Métodos

Estudio transversal mediante una encuesta on-line anónima, utilizando la aplicación *Formularios de Google*, distribuida por correo electrónico y redes sociales a médicos relacionados con la atención de pacientes críticos. Se consultó sobre la especialidad que ejerce, años de ejercicio de esta, provincia de la República Argentina donde ejerce su actividad profesional y si pertenece al sistema de salud público o privado. En lo que se refiere a la LET se solicitó cuáles eran los criterios que influyen en la decisión de iniciar la LET enumerando una serie de variables (edad avanzada, lesión neurológica grave, patología médica, cáncer en estado avanzado, calidad de vida previa, antecedente de patología médica severa, resucitación cardiopulmonar al ingreso a la UCI, dosis de vasopresores, requerimientos de sedación profunda en las 24 horas siguientes al ingreso a UCI, disponibilidad de cama en UCI, decisión familiar) basados en la práctica habitual y descritos en estudios clínicos previos (pudiéndose escoger uno o más a la vez) y se dejó una opción abierta para sugerir otros criterios. También se interrogó si se informa a familiares sobre la decisión de LET y si se registra en historia clínica, sobre la existencia de protocolos institucionales de LET y de comités de ética asistencial

y personal encargado de la decisión de LET. En relación con la DAC, se interrogó sobre el conocimiento de esta modalidad de donación, si se contemplaría al momento de indicar la LET y cuáles son los factores que influyen negativamente para la implementación de DAC. Se realizará comparaciones entre profesionales con una experiencia mayor y menor a 10 años, entre aquellos que realizan sus actividades en Unidades de Terapia Intensiva, Coronaria y de Emergencia y entre aquellos cuya actividad se centre en el sector privado y público. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas (número) y/o relativas (porcentajes) y para estudiar la asociación entre las diferentes comparaciones se realizó mediante test de χ^2 , considerando significativo una $p < 0,05$.

Resultados

La encuesta estuvo disponible on-line desde el 2 al 22 de febrero. Fueron respondidas 397, de las cuales se descartaron 39: 20 porque fueron completadas por profesionales no argentinos y 19 porque declararon no realizar LET. Se analizaron un total de 358 encuestas.

La mayoría de los participantes refirieron como principal especialidad Terapia Intensiva (68,4%), seguido de Cardiología (9,2%) y Emergentología (7,3%). Dentro del 15,1% restante se incluyeron otras especialidades como Clínica Médica, Cuidados Paliativos, Neurología, Neurocirugía, Cirugía general y Enfermería. El 64,8% pertenecía al subsector público de salud, mientras que el 35,2% al subsector privado. Respondieron 211 profesionales (58,9%) con una antigüedad en la especialidad menor o igual a 10 años y 147 (41,1%) mayores a 10 años, mientras que solo el 22,1% del total manifestaron una antigüedad mayor a 15 años.

Hubo representación de todas las regiones de la República Argentina, predominando ampliamente la Región Pampeana (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y La Pampa) que representó el 57,5%. La región que menos representación tuvo fue la del noreste (Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes y Entre Ríos) con solo 1,1%. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires representó el 15,6%. En cuanto a la existencia del comité de ética, 205 (57,3%) se manifestaron negativamente y el 84,6% (303) respondieron que no cuentan con protocolos de LET en sus instituciones.

La decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico es tomada predominantemente por médicos, siendo en el 51,1% médicos de la UCI y en el 27,9% médicos de las diferentes especialidades que asisten al paciente. Solo 38 (10,6%) refirieron la participación de los profesionales de enfermería que asisten al paciente (Tabla 1).

En lo que respecta a la participación e información a la familia, 208 (58,1%) manifestaron que siempre se les notifica y hace partícipe de la decisión, 20 (5,6%) nunca y 130 (36,3%) que solo en ciertas ocasiones. De los 150 que respondieron dentro de estas dos últimas opciones, 78 presentaron al menos un motivo para no hacer partícipe o no informar a la familia sobre la decisión de LET: 47,4% cuando la familia no comprende la gravedad de la situación clínica del paciente, 16,7% cuando el médico tratante considera que el pronóstico del paciente es lo suficientemente ominoso como para no seguir con maniobras de soporte vital, 14,1% cuando la familia es conflictiva y el 12,8% cuando no hay familiares localizables. En cuanto al registro en la historia clínica: 201 (56,1%) siempre registra, 75 (20,9%) nunca registra y 82 (22,9%) solo registra en ciertas ocasiones. Al ser interrogados cuales eran las ocasiones que no se

registraban, solo respondieron 57 participantes refiriendo que no se hace habitualmente en el 42,1% y cuando no hay consentimiento familiar el 57,9%. El 48,9% desconoce si existe un marco legal para la LET, el 37,4% responde que si existe y el 13,7% que no existe tal marco legal de referencia. Esto demuestra el desconocimiento por parte de los profesionales de la Ley vigente en la República Argentina, ya que desde el año 2009 se sancionó la Ley de Derechos del Paciente (Nº 26529) que fue modificada en el año 2012 conociéndose como “Ley de Muerte digna”. En la misma se habilita a la suspensión y/o retiro de las medidas de soporte vital cuando las mismas sean extraordinarias o desproporcionadas con relación a las perspectivas de mejoría o provoquen un sufrimiento desmesurado. Se incluyó también la posibilidad de suspensión de alimentación e hidratación.

La forma de LET que más se aplica es no instaurar medidas terapéuticas por mala evolución (52,2%), seguido de no ingreso a la UCI y no iniciar tratamiento luego de ingresado a la UCI en el 17,3% cada una y finalmente solo el 13,1 aplica la retirada del soporte vital (Gráfico 1). De estas opciones se desprende que el 86,8% de los participantes prefiere “no iniciar” o “no progresar” (*withholding*) el soporte vital como medida de LET. Cuando se les interrogó como se categorizaba a los pacientes luego de decidida la instauración de LET: medidas invasivas "condicionadas" (No RCP y medidas invasivas condicionadas: IOT y VM, terapias de reemplazo renal, balón de contrapulsación, Swanz-Ganz) el 19,8%; no instauración de medidas invasivas (no RCP ni medidas invasivas diagnósticas o terapéuticas) con las siguientes medidas aceptadas: oxigenoterapia, fisioterapia respiratoria, ventilación mecánica no invasiva, vía venosa central, sonda vesical, fluido terapia y

diuréticos, inotrópicos, medidas diagnósticas no invasivas, el 32,4%; no instauración de medidas adicionales de ninguna clase (se mantienen medidas instauradas, pero ya no se añade ninguna otra, tanto invasiva como no invasiva) el 36,9%; retirada de todas las medidas, incluyendo la VM de manera gradual (VT 5ml/kg, FiO2 21%, PEEP 0) el 8,9%; y, finalmente, retirada de todas las medidas, incluyendo la VM de forma directa (extubación terminal con sedación previa) solo el 2% (Gráfico 2). Nuevamente queda de manifiesto la preferencia de “no iniciar” o “no progresar” las terapias de soporte vital.

Los criterios seleccionados que se consideran para iniciar la LET fueron, con un promedio de 4,3 por participante: cáncer avanzado (77,4%), lesión cerebral grave (65,1%), decisión familiar (60,6%), edad avanzada (51,7%), calidad de vida previa (47,5%), antecedentes de patología medica grave (37,2%), patología médica sobre la quirúrgica (36%), dosis de vasopresores (26,3%) y RCP previo al ingreso a la UCI (14,5%). Ante la opción de agregar algún criterio no listado como opción, el 8,9% registró las directivas anticipadas del paciente y el 2,5% la calidad de vida posterior al egreso de UCI (Gráfico 3).

Al comparar la respuesta de los médicos intensivistas con el resto de los profesionales, se observó, con una diferencia significativa, que los primeros consideran como criterio de LET la calidad de vida previa (tabla 2).

Solo considerarían la donación en asistolia controlada tipo III de Maastricht (DAC) el 52%, mientras que el 37,4% respondió que no conocía dicha modalidad de donación. Dentro de los que consideran como opción la DAC luego de indicada la LET, 59 (30,6%) respondieron cuales creen que podría ser un impedimento para su realización: 96,6% desconocimiento de este tipo de donación por parte de familiares y profesionales, poca información al respecto

a la sociedad y ausencia de reglamentación; mientras que solo el 3,4% refirió como impedimento de su realización el equipamiento.

Discusión

El desarrollo científico y técnico de la medicina en los últimos cincuenta años ha permitido retrasar el final de vida, pero este desarrollo no es inocuo y puede llegar a producir daños, tanto a pacientes como a familiares, que muchas veces supera el beneficio. Otros factores que han cambiado en los últimos tiempos son el perfil de los pacientes asistidos en las unidades de cuidados críticos (pacientes más añosos y con procesos no tan agudos) y el escaso desarrollo del potencial curativo con respecto desarrollado del arsenal terapéutico^{9,10}. También se ha trasladado el sitio de morir, ya que 7 de cada 10 muertes se producen en los hospitales, más específicamente en las UCIs. Esto ha llevado a la aparición de numerosas publicaciones que sugieren que el tratamiento del final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de su familia están lejos de ser adecuados^{8,11}. Uno de los estudios más importante y paradigmáticos al respecto es el *Study Prognosis for Outcome and Risk of Treatment* (SUPPORT). Este, realizado en dos fases, con más de nueve mil pacientes en cinco grades centros de Estados Unidos, reveló serias limitaciones en el tratamiento de pacientes con enfermedades graves, puso de manifiesto que la comunicación del personal sanitario con el paciente y su familia acerca del tratamiento del final de la vida fue deficiente, llevando a muchas familias a acabar con sus ahorros de toda la vida para asumir los costos del tratamiento y, además, la mitad de los pacientes sufrieron dolor moderado a grave en los últimos días de vida^{3,12}.

Tradicionalmente, el médico ha tenido el poder exclusivo de decidir si administrar un tratamiento y si intervenir para restablecer la salud o, al menos, elegir todas las intervenciones necesarias para salvaguardar la supervivencia de los pacientes, habiendo una creencia que la muerte representa una falla del médico y que hay que evitarla a cualquier precio¹³. Si bien este modelo paternalista está cayendo en desuso, hay estudios que han mostrado que el momento exacto de la muerte está bajo control de los médicos que tratan a los pacientes, particularmente cierto en las UCIs, donde la muerte esta habitualmente precedida por la decisión de no comenzar una terapia invasiva o de suspender un tratamiento de soporte vital¹⁴.

Se puede definir el tratamiento de soporte vital como “toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal”. Ciertos autores lo consideran como los procedimientos para prolongar la vida artificialmente y “ganar tiempo” para que con otras medidas terapéuticas (cirugía, antibióticos, etc.) o la evolución espontánea, consiga resolver la situación^{1,2}. Dentro de estas intervenciones se pueden incluir la resucitación cardiopulmonar (RCP), la conexión a asistencia ventilatorio mecánica, el soporte hemodinámico mediante drogas vasoactivas, la hemodiálisis, las administración de antibióticos, la utilización de hemoderivados, la nutrición y la hidratación enteral y parenteral^{11,15}. Se debe ser cuidadoso al implementar mencionadas medidas ya que pueden tornarse fútiles. La futilidad hace referencia a un procedimiento médico que no merece la pena administrarse ya que su utilidad es muy escasa, la probabilidad de conseguir un efecto es remota, el paciente estima que no le producirá ningún

beneficio o, simplemente, su excesivo coste comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado desaconseja su empleo, por lo que violaría el principio ético de beneficencia¹⁰. Existen descripciones de diferentes tipos de futilidad: fisiológica, cuantitativa o probabilística y cualitativa, pero el juicio profesional sobre futilidad debe fundamentarse en una valoración clínica cuidadosa e integral del paciente y no en datos aislados, relacionados únicamente con la función o el aspecto directamente vinculados a la intervención cuya posible futilidad se valora, siempre producto de un proceso de deliberación entre todo el equipo profesional que asiste a la persona enferma^{16,17,18}.

Al considerarse fútil un tratamiento, se debe plantear la LET. Esta consiste en no aplicar terapias farmacológicas o procedimientos instrumentales, más o menos invasivos, considerados por la comunidad científica adecuados para tratar enfermedades que ponen la vida en peligro. No solo se incluyen las maniobras de RCP o la ventilación mecánica, sino también aquellas útiles para reemplazar o apoyar la función de órganos vitales como la diálisis y los dispositivos de soporte cardíaco; la mayoría de la comunidad científica también incluyen la nutrición enteral y la hidratación. La LET tiene como objetivo permitir la muerte, es decir, evitar la prolongación del proceso de muerte mediante intervenciones que son inútiles, costosas y posiblemente degradantes^{13,19}.

Básicamente existen dos tipos de LET: a) **No iniciar o no progresar** (NP) una intervención para mantener la vida (*Withholding* de la bibliografía anglosajona) y b) **Suspender o retirar** (SR) activamente una intervención para mantener la vida (*Withdrawing* de la bibliografía anglosajona)^{20,21}. Estos dos tipos de modalidades generan debates desde el punto de vista ético, moral y religioso.

La opinión ética dominante favorece la equivalencia entre la NP y SR. A pesar de esta equivalencia, algunos profesionales de la salud tienen más dificultades para SR que para NP y un número sustancial de médicos y enfermeros creen que no son equivalentes¹⁹. La LET se fundamenta en el respeto a la persona (autonomía y libertad) y en los principios de no maleficencia y justicia. Mantener tratamientos fútiles se considera mala práctica clínica y quebraría el principio de ético de no maleficencia y, por otro lado, consumir recursos sanitarios inútiles, iría en contra del principio de justicia². Desde el punto de vista de las religiones, las mayores del mundo (cristianos, budistas y musulmanes) permiten ambos métodos en pacientes terminales, mientras que la iglesia griega ortodoxa las equipara, pero las prohíbe ya que condena cualquier acto médico que no prolongue la vida. Desde el punto de vista moral, al ser la NP una actitud pasiva y la SR activa, sumado al hecho de que los pacientes mueren mucho más rápidamente después de la segunda, hay una mayor sensación de causar la muerte, responsabilidad e incluso culpa. Esto puede ser peligroso ya que existe la posibilidad de que no se proporcione un tratamiento, particularmente en la situación aguda, por temor a que, una vez que comiencen, no se pueda discontinuar^{20,21}. En nuestro medio, predomina la actitud de NP ante la decisión de iniciar LET. Esto se manifiesta ya que el 86,8% de los participantes no optaron por la opción de retirada de soporte vital. No se investigó sobre el motivo de esa selección, pero puede ser influenciada por el desconocimiento de la existencia de un marco legal, por falta de integración del equipo que asiste al paciente, por falta de comunicación familiar, por la falta de protocolos de LET o por una “incomodidad” moral al indicar la LET.

La toma de decisiones puede producir discrepancias en el equipo tratante (médicos y enfermeros) y con la familia. En el primer caso se suele dar ya que, si bien los médicos toman la decisión de LET, son los enfermeros los que en general se encargan de ejecutarla. Esto es evitable mediante la discusión colectiva y llegar a un consenso, reconsiderando la decisión en caso de duda de algún miembro del equipo. En nuestro caso vemos que aún no hay una participación del equipo que asiste al paciente, ya que solo en el 10,6% hay participación del personal de enfermería, siendo tomada la decisión predominantemente por los médicos de cuidados intensivos. En relación con la familia, los conflictos son comunes, pudiendo ser debidos a estilos de comunicación, interacciones interpersonales y sobre decisiones del tratamiento. La mejor evidencia sobre resolución de conflictos sugiere que la comunicación sobre objetivos, pronóstico y opciones terapéuticas, negociación y la construcción de consenso son las herramientas más importantes^{2,12,23}. Según nuestros resultados, no hay una información completa hacia los familiares cuando se toma la decisión de LET, cuando esta es propuesta por los profesionales que asisten al paciente, siendo una de las principales causas los conflictos que se generan. Este debe ser uno de los puntos a trabajar para lograr un consenso con la familia de nuestros pacientes.

Estudios en todo el mundo han demostrado que la LET se produce en 1,5% al 22% de los pacientes ingresados en UCI y que entre el 23% y 93% de los pacientes mueren. En estos estudios, la muerte fue precedida en 8% a 70% de los pacientes al no iniciar o no progresar el tratamiento de soporte vital, mientras que en el 3% al 69% fue al retirar el tratamiento de soporte instaurado²⁰. Varios estudios europeos han demostrado que el NP y SR

ocurren en hasta el 13,5% de los pacientes ingresados en la UCI, habiendo una amplia variación en la manera de aplicar la LET. El estudio Ethicus mostró que el 9,8% de los ingresos de la UCI se aplicó algún tipo de LET, que correspondía al 76% de las muertes^{2,21,22}. La retirada de los tratamientos no equivale a la retirada de la atención, sino que se cambia el objetivo hacia el establecimiento de medidas paliativas para aliviar el sufrimiento y el dolor¹³. Otro punto que genera controversia, debido a que las drogas utilizadas para este fin (opioides, benzodiazepinas y anestésicos como propofol) pueden acelerar el proceso muerte. La sedación en este contexto puede ser sedación paliativa (disminuir la conciencia con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios) o la sedación terminal (administración para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas)².

Aunque sean éticamente equivalentes la NP y la SR, se observa que en nuestro medio hay una clara tendencia a NP. Esto se evidencia ya que solo el 13,1% respondió que aplica la retira de soporte vital. Además, cuando se menciona la retirada de la ventilación mecánica solo el 2% refirió hacerlo de manera directa (extubación terminal). El desconocimiento del marco legal en la aplicación de la LET puede ser uno de los factores que influya en el proceder. Se ha preguntado de manera directa si existe marco legal en la Argentina y casi el 50% de los participantes ha respondido que desconoce la existencia de marco legal para la implementación de LET, siendo que desde el año 2009 se ha sancionado la ley de Derechos del Paciente (Nº 26529) que con la modificación del año 2012 fue conocida como “Ley de Muerte digna”. Esta habilita a la suspensión y/o retiro de las medidas de soporte vital cuando las mismas sean extraordinarias o desproporcionadas con relación a las

perspectivas de mejoría o provoquen un sufrimiento desmesurado, incluso se menciona la posibilidad de suspensión de alimentación e hidratación.

En un estudio español sobre 409 pacientes que se les realizó LET se vio que las variables halladas con más peso para la LET fueron: APACHE II, calidad de vida (vista por los médicos como un factor fundamental), tratarse de un paciente médico y tener más de 80 años¹⁰. Esto concuerda con los resultados del estudio de Cabré et al. donde demuestra que los pacientes con síndrome de disfunción orgánica múltiple, los mayores de 60 años y con SOFA mayor a 9 durante al menos cinco días tenían pocas probabilidades de sobrevivir^{24,25}.

Varios estudios han indicado que criterios tienen mayor peso a la hora de decidir la LET: presencia de enfermedad crónica previa, respeto de voluntades anticipadas del paciente, limitación funcional previa y la futilidad cualitativa^{5,12,26}. En nuestro estudio los criterios que más influyen a la hora de decir la LET son: cáncer en un etapa evolutiva avanzada, decisión familiar y lesión cerebral grave. Estos tres criterios fueron seleccionados por más de la mitad de los participantes. Otros criterios como dosis de vasopresores, edad avanzada, resucitación cardiopulmonar previo al ingreso a la UCI y calidad de vida previa al ingreso a la UCI, fueron otros de los criterios más seleccionados. Ninguno de los participantes ha seleccionado un solo criterio para apoyar la decisión de LET, sino que, en promedio, han sido 4,3 criterios por persona. Destaca que solo el 11,4% ha tenido en cuenta las directivas anticipadas y el pronóstico de la calidad de vida posterior a su internación en la UCI.

La LET se debe plantear como si la posibilidad de donación en asistolia controlado no existiera, siendo esto una actitud fabricada que constituye un

muro valioso contra las violaciones éticas, siendo informada la familia, previo a la solicitud de órganos^{19,27}.

La Donación en Asistolia Controlada Tipo III de Maastricht consiste en la donación de órganos que acontece a partir de personas fallecida por criterios circulatorios y respiratorios tras una limitación del tratamiento de soporte vital. La clasificación de Maastricht diferencia dos tipos de donación en asistolia: no controlada y controlada. La no controlada incluye el tipo I donde personas víctimas de una muerte súbita, traumática o no, acontecida fuera del hospital y que no son reanimadas, son trasladadas al hospital sin medidas de resucitación; el tipo II que se da como resultado de una resucitación infructuosa y puede ser extrahospitalaria (IIA) o intrahospitalaria (IIB). Dentro de la asistolia controlada se incluye el tipo III que, como mencionábamos previamente, es la donación que acontece tras la muerte por criterios cardiológico/hemodinámicos y respiratorias tras la LET y el tipo IV que es aquella que acontece tras un paro cardíaco mientras se establece el diagnóstico de muerte encefálica o después de haberlo establecido, pero antes de que sea llevado a quirófano^{19,28}.

La reducción de mortalidad relevante para la donación de órganos (mortalidad por tráfico y por enfermedad cerebrovascular), unida a cambios en la atención al paciente crítico en general y neurocrítico en particular, está determinando un descenso progresivo en la potencialidad de donación en muerte encefálica. Es por esto por lo que España ha lanzado un programa de donación en asistolia como estrategia imprescindible para asegurar la disponibilidad de órganos para trasplante²⁰.

En el año 2016 se registraron 370 donantes en asistolia tipo III con una actividad acumulada mayor en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de

Majadahonda. España es el tercer país a nivel mundial con donación en asistolia, por detrás de Estados Unidos y Reino Unido. La DAC supone el 75% de la DA³⁰. Esto supone un aumento significativo en la disponibilidad de órganos para trasplante.

Al analizarse las respuestas que corresponden a la DAC, un 52% la consideraría al momento de la LET, mientras que un 37,4% refiere no conocer esta modalidad de donación. Casi el 97% de los que respondieron que consideran que influiría negativamente para poder llevar a cabo la DAC, coinciden en el desconocimiento tanto de la sociedad como de los profesionales (médicos y enfermeros) y auxiliares de la salud, sumada a la falta de recomendaciones de sociedades científicas nacionales y organismos reguladores.

Otros de los aspectos importantes es contar con protocolos de LET en las instituciones. Situación que no sucede en nuestro país ya que el 84,6% de los participantes respondió que no cuenta con protocolos en la institución donde trabaja y el 57,3% no cuenta, además, con comité de ética asistencial, necesario para poder evaluar y resolver situaciones donde el equipo tratante entre en conflicto. En este sentido cabe mencionar el protocolo de LET utilizado en grandes instituciones como Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (ver anexo 1).

No debemos dejar de reconocer las limitaciones de este estudio: en primer lugar, los encuestados no fueron una muestra seleccionada al azar de los médicos relacionados con la atención de pacientes críticos; en segundo término, para minimizar la duración de la encuesta y maximizar la tasa de respuesta, no se obtuvo información sobre antecedentes, edad, sexo, posición

en el hospital o religión de los encuestados; y, finalmente, el cuestionario fue desarrollado por el autor y no se sometió a pruebas de fiabilidad o validez.

Conclusiones

Hubo escasa cantidad de participantes que refirieron no hacer LET. Se identificaron claramente cuáles son los criterios que se valoran a la hora de tomar la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico: cáncer en una etapa avanzado, lesión cerebral grave, decisión familiar y edad avanzada. Estos fueron los cuatro criterios seleccionados por más de la mitad de los participantes. Otros criterios fueron calidad de vida previa, antecedentes de patología medica grave, patología médica sobre la quirúrgica, dosis de vasopresores y RCP previo al ingreso a la UCI. Pese a que están claramente identificados los criterios a valorar a la hora de realizar LET, hay instituciones que no cuentan con comités de ética asistencial, indispensables para la resolución de casos complejos, y, lo que sería más necesario aún para el inicio de un programa de DAC, no cuentan con protocolos para la realización de LET. Esto puede explicar el alto porcentaje de participantes que no registra la decisión en la historia clínica y no da participación a la familia. En cuanto al tipo de limitación aplicada, se evidenció una clara predominancia a no progresar (*withholding*) las medidas de soporte vital, ya que una pequeña proporción de participantes refirieron realizar una retirada del mismo. En relación con la retirada de la ventilación mecánica, los que respondieron que la realizan, en su mayoría lo hace de manera gradual. Esto requeriría una modificación profunda ya que con este tipo de limitación sería imposible implementar la DAC. En este trabajo se pone de manifiesto la necesidad de implementar programas de difusión y formación, no solo para médicos, sino para toda la comunidad

involucrada en la asistencia de pacientes críticos, debido a que gran parte de los participantes, incluso médicos intensivistas, no conoce la modalidad de donación en asistolia.

Estos datos nos deben ayudar a comprender la situación actual del país para poder iniciar un programa de DAC, siendo necesario la realización, en primera instancia, de documentos de consenso de las diferentes sociedad y organismos involucrados en la donación y trasplante sobre la limitación del esfuerzo terapéutico.

Bibliografía

1.- Pérez Redondo M. Limitación de tratamientos de soporte vital y tratamiento al final de la vida. Enero 2012.

<http://asistoliamadrid.simulacionymedicina.es/wp-content/uploads/2016/10/LTSV.pdf> . Ultima consulta febrero 2018.

2.- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva 2008;32(3):121-22.

3.- The SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA. 1995;274:1591-8.

4.- Larda S, Esteban López P, Sagrario M y Piqueras C. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para elaboración de protocolos. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_21_bioetica/02_04_01_let

. Ultima consulta febrero 2018.

- 5.- Herreros B, Palacios G y Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp. 2012;212(3):134-140.
- 6.- Dominguez-Gil B, Coll E, Pont T, et al. Prácticas clínicas al final de la vida en pacientes con daño cerebral catastrófico en España: implicaciones para la donación de órganos. Med Intensiva 2017;41(3):162-173.
- 7.- Pérez Villares JM. Donación en asistolia. Cuad Med Forense 2015;21(1):4349
- 8.- Duarte Moritz R, Deicas A, Rossini JP, et al. Acciones tomadas durante el morir en las UTI's del Cono Sur (Brasil, Argentina y Uruguay). Medicina Intensiva 2010;27(3).
- 9.- Herreros B, Palacios G y Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp. 2012;212(3):134-140.
- 10.- Iribarren-Diarasarri S, Latorre-Garcia K, Muñoz-Martínez T, et al. Limitación tras el esfuerzo terapéutico en la Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. Med Intensiva 2007; 31(2):68-72.
- 11.- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campo R, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva. 2008;32(3):121-33.
- 12.- Bueno Muñoz Mj. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enferm Intensiva. 2013;24(4):167-174.
- 13.- Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. Multidisciplinary Respiratory Medicine (2015) 10:5 DOI 10.1186/s40248-015-0001-8

- 14.- Yaguchi A, Truog RD, Curtis R, et al. International differences in End-of-Life attitudes in the intensive care unit. *Arch Intern Med.* 2005;165:1970-1975.
- 15.- Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico ¿Es lo mismo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc).* 2010;135(9):410–416.
- 16.- Slosar JP. Medical Futility in the Post-Modern Context. *HEC Forum* 2007;19(1):67-82.
- 17.- Hernando P, Diestra G y Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *An Sist Sanit Navar* 2007; 30(Supl 3): 129-135.
- 18.- Burns JP y Truog RD. Futility. A concept in Evolution. *CHEST* 2007; 132:1987-1993.
- 19.- Graftieaux JP, Bollaert PE, Kentish-Barnes N, et al. Contribution of the ethics committee of the French society of intensive care medicine to a scenario for the implementation of organ donation after Maastricht III-type cardiac death in France. *Ann Fr Anesth Ranim* (2014) <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.01.003>
- 20.- Sprung CL, Paruk F, Kissoon N, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table Report: I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *Journal of Critical Care* 29 (2014) 890–895.
- 21.- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study *JAMA* 2013; 290(6): 790-797.
- 22.- Paruk F, Kissoon N, Hartog CS, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: III. Withdrawing Mechanical ventilation – the approach should be individualized. *Journal of Critical Care* 29 (2014) 902–907.

23.- Way J, Back AI and Curtis JR. Withdrawing life support and resolution of conflict with families. BMJ 2002;325:1342–5.

24.- Cabré L, Mancebo J, Solsona JF, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units : the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment score in decision making. Intensive Care Med (2005) 31:927–933.

25.- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, 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.

26.- Rubio O, Sánchez JM y Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. Med Intensiva. 2013;37(5):333-338.

27.- Rubio JJ y Palacios D. Reflections upon donation after controlled cardiac death (Maastricht type III donors). Med Intensiva 2016;40(7):431-433.

28.- Rubio Muñoz JJ. Promoción de la Donación tras la Muerte Cardíaca controlada (Donantes tipo III de Maastricht). Disponible en <http://asistoliamadrid.simulacionymedicina.es/wp-content/uploads/2016/10/PROTOCOLO-DE-DONACION-TRAS-LA-MUERTE-CARDIACA-CONTROLADA.pdf> . Última consulta marzo 2018.

29.- Matesanz R, Coll E, Dominguez-Gil B et al. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Disponible en <http://www.ont.es/infesp/>

[DocumentosDeConsenso/DONACION-EN-ASISTOLIA-EN](http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACION-EN-ASISTOLIA-EN)

[20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOME
NDACIONES.pdf](#) Ultima consulta marzo 2018.

30.- Coll E, Dominguez-Gil B, Padilla M et al. Informa de actividad de donación y trasplante de donantes en asistolia. Disponible en: [http://www.ont.es/infesp/
Memorias/INFORME%20DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%202016.
pdf](http://www.ont.es/infesp/Memorias/INFORME%20DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%202016.pdf) Ultima consulta marzo 2018.

Gráficos y Tablas.

Tabla 1. Características generales de los participantes.

Especialidades	Nro	%
Terapia Intensiva	245	68,4
Emergentología	26	7,3
Unidad Coronarioa	33	9,2
Otras	54	15,1
Años ejercicio		
Menor 5 años	102	28,5
Entre 5-10 años	109	30,4
Entre 10-15 años	68	19,0
Mayor a 15 años	79	22,1
Regiones		
Pampeana	206	57,5
NOA	41	11,5
NEA	4	1,1
Cuyo	27	7,5
Patagónica	24	6,7
CABA	56	15,6
Establecimiento		
Público	232	64,8
Privado	126	35,2
Decisión de LET		
Médicos UCI	183	51,1
Médicos Especialidades	100	27,9
Comité Bioética	18	5,0
Médicos Enferm UCI	21	5,9
Médicos Enfer Especialidades	17	4,7
Médico y Familia	19	5,3

Gráfico 1. Formas de limitación del esfuerzo terapéuticos aplicadas

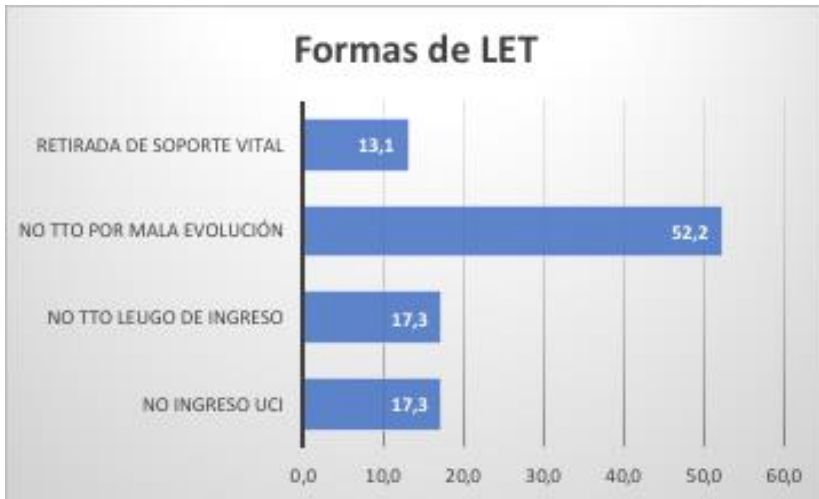


Gráfico 2. Categorización luego de indicada la LET



Gráfico 3. Criterios de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

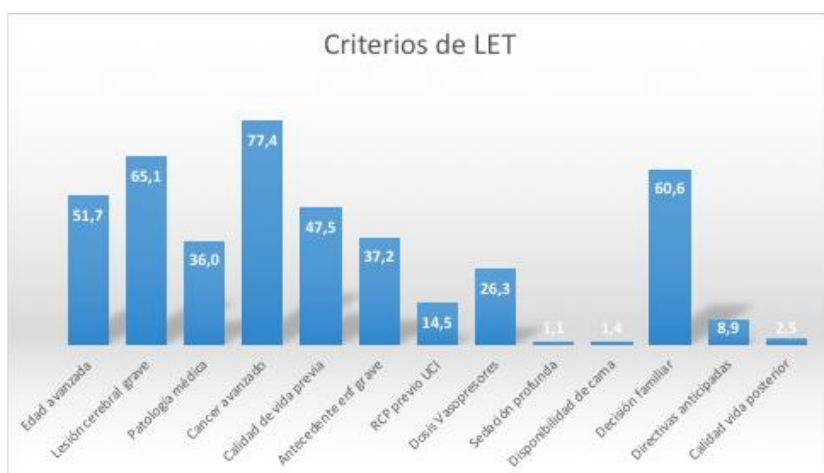


Tabla 2. Comparación de los criterios de limitación del esfuerzo terapéutico entre médicos intensivistas vs. otras especialidad.

Variables LET			
	UTI	Otros	p
Edad avanzada	50,6	54	0,5
Lesión cerebral grave	64,1	67,3	0,26
Patología médica	33,5	41,6	0,14
Cancer avanzado	75,5	81,4	0,21
Calidad de vida previa	51	39,8	0,04
Antecedente enf grave	35,1	41,6	0,23
RCP previo UCI	15,5	12,4	0,43
Dosis Vasopresores	25,7	27,4	0,73
Sedación profunda	0,8	1,8	0,42
Disponibilidad de cama	0,8	2,7	0,16
Decisión familiar	63,7	54	0,08

Anexo I

Resumen de las recomendaciones sobre omisión o retira del tratamiento del soporte vital, sugerido por el grupo de profesionales del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda¹.

1	Ajustado al conocimiento actual de la medicina.
2	Discutida colectivamente y consensuada.
3	Informar y consultar con familiares o representantes legales. No responsabilizarlos de la toma de decisiones.
4	En caso de falta de acuerdo entre las partes implicadas: consultar con el comité de ética asistencial.
5	Una vez decidida la LET, no abandonar al paciente y aplicar cuidados del final de la vida.
6	La decisión de LET se debe registrar en la Historia Clínica.
7	Una excepción es el mantenimiento del paciente en muerte encefálica para la donación de órganos.

8	Una vez decidida la LET se debe avisar a la Coordinación de Trasplante para valorar al paciente como posible donante de órganos tras la muerte cardiaca.
---	--

Resúmen de las medidas a adoptar en la limitación del esfuerzo terapéutico, sugerido por el grupo de profesionales del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda¹.

1	Pautar y/o aumentar las dosis de sedación y analgesia.	
2	Continuar con los cuidados básicos.	
3	Soporte familiar. Facilitar el acompañamiento del paciente.	
4	No donante	Donante
	Retirar tratamiento no destinado al confort del paciente.	Retirar todo el tratamiento pautado
5	Retirar tratamientos invasivos o de sustitución	
6	Retirar drogas vasoactivas	
7	No donante	Donante
	Retirar soporte ventilatorio mediante weaning terminal o extubación terminal.	Retirar soporte ventilatorio mediante extubación terminal.