

**PROTOCOLO PARA RETIRO DE TRATAMIENTO VITAL EN
UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO**

**TATIANA A. BEJARANO H.
ALCIRA ROJAS ROA**

**Universidad Militar “Nueva Granada”
Facultad de Educación
Especialización En Docencia Universitaria
Bogotá D.C
2010**

**PROTOCOLO PARA RETIRO DE TRATAMIENTO VITAL EN
UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO**

**TATIANA A. BEJARANO H.
ALCIRA ROJAS ROA**

**ENSAYO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
DOCENCIA UNIVERSITARIA**

**Asesor Metodológico Dr. Edgar Antonio López López
Docente Investigador
Asesor Temático Dra. Mónica Rincón Roncancio**

**Universidad Militar “Nueva Granada”
Facultad de Educación
Especialización En Docencia Universitaria
Bogotá D.C
2010**

PROTOCOLO PARA RETIRO DE TRATAMIENTO VITAL EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

Bogotá, 5 de Mayo de 2010

Tatiana Bejarano Hernández

Alcira Rojas Roa

Estudiantes de la Especialización en Docencia Universitaria

Asesores Dr Edagar López L. y Dra Monica Rincon R.

Universidad Militar Nueva Granada

Resumen

En las unidades de cuidados intensivos, se participa en la toma de decisiones complejas y difíciles, haciendo reflexiones éticas sobre la gravedad y la muerte de los pacientes críticos ingresados allí. Por tanto, el mantener comunicación efectiva entre el equipo médico, los pacientes y las familias en determinadas situaciones críticas, permite la toma de decisiones complejas basadas en principios éticos, científicos y humanísticos. Lo cual hace que el equipo ético de las unidades de cuidados intensivos deba estar preparado para tomar dicha decisión, dado que existe controversia frente al tema entrando en juego problemas éticos y morales. Este es un hecho que cobra importancia en los estudios de pregrado, debido a su actual ausencia en los programas académicos tanto de medicina como de enfermería, es la razón por el cual se realiza este protocolo para retiro de tratamiento vital en las unidades de cuidado intensivo para que sea incluido en la formación.

Palabras Claves

Unidades de cuidados intensivos, Principios éticos, Retiro de tratamiento vital, Formación en UCI.

Abstract

In the intensive care units (ICU), it is necessary to take part in the complex and difficult decision making process, doing ethical reflections about the seriousness and the death of the critical patients. Therefore, supporting an effective communication between the medical team, the patients as well as the families in certain critical situations, allows to develop accurate decisions based on ethical, scientific and humanistic principles. This fact, makes that the ethical intensive care unit team should be prepared to take this important decision, as it usually creates a controversy in which ethical and moral problems are exposed. Consequently, this matter becomes really important among several undergraduate university programs, especially due to its current absence in both, the medicine and nursing academic degrees. In this sense, the aim of this protocol is to include this important topic as a training course.

El objetivo de realizar este ensayo es elaborar un protocolo con las pautas específicas que se deben tener en cuenta, para los pacientes que van a ser sometidos a la suspensión de tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos.

Tomar decisiones sobre el final de la vida constituye uno de los más complejos y difíciles cuestionamientos en las unidades de cuidados intensivos, por lo tanto el paciente (si es posible) o la familia debe contribuir en la evaluación, tratamiento y la determinación en la decisión de limitar, retirar o

suspender tratamientos de soporte vital. Esta decisión debe ser adoptada colectivamente por el equipo de la unidad de cuidados intensivos con la participación explícita de la familia, por lo anterior se evidencia una necesidad sentida de tener un protocolo instalado en las unidades de cuidado intensivo, con el fin de justificar la acción del retiro del tratamiento vital.

Debido a la problemática actual se involucra la opinión tanto del sujeto, familiares y equipo médico, se evidencia la exigencia de implementar un recurso para la formación de estudiantes de medicina a nivel de pregrado y posgrado, para adquirir la habilidad dentro del campo ético, de tomar decisiones, resolver conflictos de trascendencia médica y basarse en un protocolo que responda a la carencia de información para el retiro de tratamiento vital.

El traslado del paciente crítico a una unidad de cuidado de terapia intensiva implica el uso real o potencial del soporte vital, comprendido como todos los procedimientos asistenciales instrumentales electrónicos y farmacológicos, los cuales sustituyen o apoyan las funciones de órganos o sistemas afectados, dejando en riesgo la vida del sujeto. El concepto de soporte vital se ha extendido desde la primera concesión de incluir los de gran sofisticación como por ejemplo respiradores, marcapasos, riñón artificial, oxigenación extracorpórea, terapia farmacológica vasopresora, denominados de esta forma debido a que son medicamentos para mantener una adecuada circulación y tensión arterial. También comprende este concepto antibióticos, transfusiones sanguíneas, alimentación artificial, quimioterapias, entre otros, los cuales requieren de menos participación del individuo pero con el significado intencional de acción terapéutica: prolongar la vida en el paciente crítico. Estos medios terapéuticos se administran a un paciente, para retrasar el momento de muerte. Tales medios pueden no iniciarse o retirarse si se espera una prolongación precaria y penosa de la existencia, en este caso debe asegurarse que la decisión que se tome no inducirá en el paciente más sufrimiento (Gherardi, 2007).

Teniendo en cuenta la problemática actual, se hace necesario instaurar un protocolo para el retiro de soporte vital en unidades de cuidados intensivos, el cual se describe como manual o guía que especifica por escrito todos los pasos de un procedimiento, las actividades que se deben seguir en el examen de un paciente, en la atención de un tratamiento y un diagnóstico específico o en una enfermedad determinada. (Mosby, 1996:1055). Lo anterior corresponde a la inserción de la tecnología en el menester médico, el cual ha sido el motor progresivo que permitió aumentar la expectativa de vida, incorporando rápidamente la medicina asistencial de alta gravedad que constituye las salas de terapia intensiva. Estas salas son un recinto cerrado con medios para un aislamiento que brinda diagnóstico y tratamiento a pacientes con patologías que ponen sus vidas en peligro de manera inmediata, ocasionado por los trastornos agudos de los órganos vitales o sus funciones. En este orden de ideas, la categoría de los pacientes críticamente enfermos también incluye a aquellos que a causa de sus patologías primarias o con el tratamiento han sufrido un alto riesgo de desarrollar complicaciones graves previsibles, allí se recupera la vida de la mayoría de los pacientes, el restante fallece a pesar de la administración de la terapia indicada. Esta carga significa una profunda reflexión detallada sobre las decisiones que determinan la continuidad o el retiro de soporte vital, el cual se entiende como la no aplicación o la suspensión de medidas y los procesos por los cuales algunas intervenciones médicas no son aplicadas o son retiradas a los pacientes, teniendo como expectativa que la muerte se producirá a consecuencia de esta decisión (Gherardi, 2007).

Durante la segunda mitad del siglo XX el desarrollo de la tecnología y el progreso de los conocimientos médicos, han conducido a un incremento de la capacidad de los médicos para prolongar la vida de los pacientes en la medida en que adquieren más conocimientos. Del mismo modo, la ciencia ha permitido que la elaboración de los equipos de sostén cada vez emplee mayor tecnología, remplazando a las funciones vitales del ser humano y con la sustitución transitoria de la fisiología de un órgano afectado. En este sentido, se le da la

oportunidad al organismo de hacer posible la autosuficiencia fisiológica de estos órganos con el fin de asumir las funciones en armonía con el organismo, permitiendo al paciente reintegrarse al seno de la familia y de la sociedad (Castillo, 1997).

Por otra parte, la prolongación de la vida se refiere al hecho de evitar la muerte prematura de una persona que ha sufrido una enfermedad. Actualmente en Colombia no existe normatividad que legisle la suspensión del tratamiento vital en pacientes de cuidados intensivos. No hay protocolos que faciliten la toma de estas decisiones, lo cual justifica la elaboración de dicho instrumento con pautas específicas, que puedan orientar al equipo de salud que labora en las unidades de cuidado intensivo en la toma de decisiones en la suspensión de tratamiento de soporte vital. Por tanto, el objetivo de elaborar este protocolo es fijar las pautas para la suspensión de tratamiento de soporte vital que permita evaluar el momento indicado en el cual se deba tomar una decisión, teniendo en cuenta la opinión de la familia o del paciente crítico.

Según el Dr Carlos Gherardi, la legislación de Río Negro (Argentina), sancionó sobre situaciones que enfrentan vida y muerte en terapia intensiva es un paso adelante para que la sociedad asuma un problema médico y ético. En esta legislación se determinó que toda persona mayor de 18 años podía tomar la decisión de aceptar o no tratamiento vital.

Actualmente en nuestro país no existe normativa legal que apoye la toma decisiones en el retiro y suspensión de tratamiento de soporte vital en pacientes de unidades de cuidados intensivos. Sin embargo se encuentra la siguiente disposición: a. Ley 03 del 2009. artículo 13 Responsabilidad Profesional: “En materia de responsabilidad profesional, los médicos especialistas a que hace referencia la presente ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad a los profesionales de la salud y la prescripción de sus conductas éticas, legales, disciplinarias, fiscal o administrativa, será la que rige para todos los profesionales de la salud y las normas generales”. (República de Colombia, 2009)

Una parte de los pacientes ingresados a una unidad de cuidado intensivo con alta probabilidad de recuperación, evolucionan desfavorablemente por su patología de base transformándose en pacientes de estado terminal. Lo anterior corresponde a un paciente con altos índices de irrecuperabilidad y con un pronóstico de vida corto en relación con proyecto como ser humano. Por tanto, el soporte de tratamiento vital proporcionado de manera indefinida, permite que las medidas de sostén de funciones vitales conduzcan a la prolongación del proceso de morir y no a una real preservación de la vida como persona, constituyendo virtualmente una nueva enfermedad, lo anterior es denominado hiper terapéutica o encarnizamiento terapéutico. A partir de este proceso se da un nuevo derecho a “morir con dignidad”, lo cual es contradictorio con respecto a los objetivos básicos de la medicina. En este caso es imperativo definir los objetivos del tratamiento, pues por un error en la determinación de estos se puede causar mucho daño al paciente y a los familiares (Castillo, 1997).

Los objetivos de la terapéutica de los pacientes en estado crítico son: salvar la vida, preservar las funciones, aliviar el dolor y el sufrimiento, restituir la salud. Estos objetivos tienen como principios fundamentales el de la sanidad o respeto por la vida y el de la beneficencia, cuyas obligaciones derivadas son la preservación de la vida y la atención respetuosa y de alta calidad. Ahora bien, en los pacientes originalmente en estado crítico y cuya mala evolución los transformó en pacientes en estado terminal en la etapa final de su padecimiento, los objetivos de la terapéutica son diferentes: el alivio del sufrimiento, propiciar el máximo de comodidad posible, facilitar el contacto con los seres queridos, satisfacción de las necesidades espirituales y la no prolongación indefinida del morir (Castillo, 1997).

Cuando no existe ningún conocimiento sobre las preferencias de un paciente, la decisión crucial de abstenerse o de retirar un soporte vital, se vincula con la situación de inconsciencia permanente del paciente, que lo torna incompetente

para ejercer la autonomía de decisión sobre sí mismo. Existen otras circunstancias por las cuales en terapia intensiva es muy difícil cumplir con el principio de respeto o autonomía por el que cada persona debe decidir sobre su presente y su futuro. Estos casos, que son muy frecuentes, algunos autores han cuestionado la eventual existencia de autonomía real de los pacientes, por lo que ante este hecho se debe negociar con la familia o su representante (Gherardi, 2007).

Al tomar la decisión del final de la vida se debe tener en cuenta la dignidad del paciente, incluso con discapacidad física o mental porque, todo paciente cualquiera que sea su condición clínica, sigue siendo una persona en todas las circunstancias y como tal merece respeto en cada etapa de su enfermedad. Todos los esfuerzos deben ser orientados a garantizar un tratamiento eficaz de acuerdo con las mejores posibilidades, incluyendo factores como idoneidad, eficacia, costo económico y costo en términos de sufrimiento causado por la enfermedad. En estas circunstancias las decisiones de limitar, retirar o retener el soporte vital deben ser tomadas por el personal de la salud en forma colectiva con el fin de contribuir a una mayor precisión (Giannini; Messeri, 2008).

Del mismo modo, los principios éticos relacionados con los objetivos expuestos son: no inducción de daño y calidad de vida. El primero invita a evitar la hiper terapéutica y por ende la prolongación indefinida del proceso de morir, y el segundo alerta sobre la prioridad en estos casos del alivio del sufrimiento. En los casos en que los médicos no caen en cuenta de que el paciente ha entrado a una condición terminal y continúan siendo tratados con los objetivos de la terapéutica de los pacientes críticos, se puede causar mucho daño ya que ello prolonga indefinidamente el sufrimiento de los pacientes. Se crean grandes expectativas a la familia, se producen grandes frustraciones puesto que los pacientes terminan muriéndose y gastándose enormes cantidades de dinero para cubrir los terribles costos de la atención en las unidades. No

infrecuentemente una familia pierde todo lo que tiene, cuando un familiar irrecuperable (terminal) es tratado como si fuese un paciente recuperable (Castillo, 1997).

En este sentido, Hans Jonas afirma que puede haber una solución patentada para el dilema ético, un remedio universal a nuestra enfermedad. Para algo así, el síndrome tecnológico es demasiado complejo, puesto que influye en la toma de decisiones en la suspensión de tratamiento de soporte vital. Del mismo modo, Jonas incluye el término de “inversión de la marcha”, lo que significaría dejar a un lado la idea de suspender dicho tratamiento que prolongue la vida. Puesto que la aventura tecnológica misma debe continuar su camino; incluso las rectificaciones salvadoras requieren siempre una nueva aplicación del ingenio técnico y científico, que genera sus propios riesgos nuevos. La misión de evitar sufrimiento y deterioro del paciente en la unidad es, pues, permanente, y su cumplimiento no debe ser nunca más que un remiendo y, a menudo, incluso no más que una mediocridad (Jonas, 2001).

El personal de salud que está vinculado al cuidado del paciente en las unidades de cuidado intensivo, debe ser capaz de resolver y tomar decisiones que son trascendentales para el futuro de una persona que se encuentra entre la vida y la muerte. A pesar de esta obligación moral y profesional no existe un consenso ampliamente conocido para la toma de estas decisiones que facilite al personal afrontar la situación de un paciente en estado crítico. Tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas, pues traspasado cierto límite la beneficencia que se busca puede transformarse en maleficencia, al someter al paciente a un largo, doloroso y costoso proceso de morir. (Rincón, 2008). Por tanto, se recomienda tomar una decisión en la medida de lo posible compartida por paciente (siempre que sea posible), los padres y cuidadores. Asegurar que todos los implicados estén plenamente informados, la comunicación entre ellos es la clave para lograr este objetivo. Es el equipo de la

unidad de cuidado intensivo, el encargado del cuidado del paciente y tiene la responsabilidad principal para la decisión final (Giannini; Messeri, 2008).

Al hacer frente a la gravedad y la condición clínica del paciente, pueden surgir conflictos entre los médicos, entre los médicos y enfermeras, entre el equipo multidisciplinario y la familia, o entre la familia misma. Tales conflictos son una expresión natural de la complejidad de los acontecimientos y de los valores involucrados los cuales deben ser reconocidos, con calma y con respeto recíproco, por lo tanto debe haber métodos establecidos para lograr un desarrollo de comunicación efectiva entre el equipo clínico. Se debe garantizar que la comunicación se dé en forma clara para que la familia se animen a hacer preguntas y que se les pueda ofrecer respuestas adecuadas.

Se debe garantizar que no siempre al tomar la determinación de la suspensión del tratamiento significa “abandonar”. En el caso en que los desacuerdos persistan es importante pedir la opinión de alguien de fuera del equipo, con la competencia profesional reconocida y con el asesoramiento de la unidad de bioética y el comité de ética. Aunque sus opiniones no pueden considerarse en forma definitiva, pueden dar una valiosa ayuda en la comprensión de los valores involucrados y los aspectos de las distintas alternativas posibles. El momento más adecuado para escuchar e informar al paciente y a la familia, sobre la determinación de que los tratamientos proporcionados pueden ser considerados adecuados o no, no debe ser en la fase aguda, sino cuando la evolución de la enfermedad haya transcurrido, para afrontar de manera explícita estas cuestiones tan delicadas (Giannini; Messeri, 2008).

Existen pacientes de mal pronóstico, en los que se plantean serias dudas sobre el beneficio de los tratamientos de soporte vital utilizados, considerando la posibilidad de limitar dichos tratamientos; esta decisión lleva a interrogantes éticos y de procedimiento. Las características y criterios que se deben tener en cuenta para la toma de esta decisión podrían ser malformaciones congénitas,

patologías secundarias a una hipoxia severa o a una asfixia perinatal, hemorragias intracraneales, leucoma lacias peri ventriculares de mal pronóstico, calidad de vida futura con entorno familiar desfavorable y consecuencias negativas para el equilibrio familiar. De igual manera son determinantes la cultura, las ideas religiosas de la familia y la situación económica de la misma (Uría, 2006).

Patricia Potter asegura que un protocolo es un plan escrito que especifica los procedimientos que se debe seguir durante una valoración o cuando se ofrece un tratamiento y culminación del mismo, o cuando es preciso dar solución a una situación de conflicto en el área de la salud, permitiendo al personal autorizado para tomar decisiones y actuar (Potter, 1999). Del mismo modo, Vásquez sostiene que un protocolo es una síntesis que ordena los puntos más relevantes tratados secuencialmente para darle solución a un evento de forma responsable; en este sentido narra de manera precisa el desarrollo de los aspectos fundamentales de un trabajo en equipo que debe realizarse basado en datos y experiencias científicas (Vásquez, 2009).

Por esta razón se presentan las pautas que se debe tener en cuenta para el retiro de tratamiento de soporte vital.

1. Tener el diagnóstico de irreversibilidad con la máxima certeza posible.
2. Considerar la participación protagónica de quien desempeñe el papel del médico de cabecera, la familia y el resto del equipo del paciente, desde el diagnóstico de irreversibilidad hasta la muerte.
3. Verificar las cargas que producen para el paciente, la familia y la sociedad en su conjunto, el beneficio que se espera de él y las consecuencias identificables de la decisión que se debe tomar incluyendo las implicaciones legales.

4. Tener un consentimiento informado, en lo posible escrito del paciente incluyendo si lo puede dar o de la familia y figurar en la historia clínica de manera clara y explícita.
5. Una vez tomada la decisión de renunciar a la prolongación de la vida, se desiste de todo otro procedimiento de carácter diagnóstico.
6. Si a pesar de la consideración de estas pautas subsisten dudas sobre cuál es la conducta correcta se debe acudir al comité de ética hospitalaria.
7. El equipo médico de las unidades de cuidados intensivos debe estar preparado, para la toma de las decisiones y tener en cuenta la opinión de la familia, estas decisiones sólo se pueden tomar mediante un minucioso estudio de todos los aspectos, los cuales deben de estar acorde con las normas de objetividad y responsabilidad establecidas. (Hospital Mar del Plata Medicina 1996 Volumen 56).

Esta fase de la investigación termina con la elaboración de una encuesta, que posteriormente será aplicada al personal de las diferentes unidades de cuidado intensivo incluyendo los estudiantes de pregrado y posgrado. La encuesta que será usada para la elaboración del protocolo de retiro de tratamiento de soporte vital comprende las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que es importante la aplicación de la bioética en la toma de decisiones?
2. ¿Qué aspectos de la bioética son útiles para tomar la decisión de suspender el tratamiento de soporte vital?
3. ¿En su formación profesional recibió la asignatura dedicada a la bioética?
4. ¿Existe protocolo para el retiro de tratamiento de soporte vital en unidades de cuidado intensivo en la institución?

5. ¿Cree que debería haber protocolo en la institución sobre retiro de tratamiento de soporte vital?
6. ¿Comparten los médicos con el resto del equipo multidisciplinario la opinión a cerca de retiro de soporte vital?
7. ¿Qué criterios cree que deberían tener en cuenta para el retiro de tratamiento de soporte vital?
8. ¿Considera la calidad de vida como un factor importante en el retiro de tratamiento de soporte vital?
9. ¿Considera que la familia debe participar en la decisión del retiro de tratamiento de soporte vital?
10. ¿Considera necesario solicitar recomendaciones del comité de ética para tomar la decisión del retiro de tratamiento de soporte vital?

CONCLUSIONES

- Es importante profundizar en la formación de los estudiantes pregrado y posgrado en las unidades de cuidados intensivos, de las diferentes disciplinas comprometidas con la aplicación de este protocolo para que comprendan la importancia y el momento indicado en que debe ser aplicado.
- Como en la actualidad, no existe en Colombia normatividad en la que se legisle la suspensión del tratamiento vital en pacientes de cuidados intensivos, se cuenta que este trabajo contribuya a la creación de conciencia y comprometer a las autoridades competentes a que se realice una normatividad.
- Este trabajo puede tener avances significativos , para realizar investigaciones futuras, si se reconoce el momento de tomar una decisión razonable ante una conducta éticamente correcta.
- Dado que en la actualidad existen avances tecnológicos significativos que suplen las funciones vitales del paciente, con la elaboración del protocolo se dará la importancia ética de prolongar la vida con calidad humana.

REFERENCIAS

- URÍA, Rosa M^a. La toma de decisiones complejas en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006;32(2)
- SEBASTIANI, Mario. El principio de autonomía: una necesidad, una dificultad. Revista Argentina de Cardiología 2001; 69:136-138
- Hospital Mar del Plata. MEDICINA - Volumen 56 - N^o 4, 1996 Buenos Aires.
- CASTILLO, Alfredo Valery. Director del comité de Bioética de la FEPIMCTI; Limitación de medidas de soporte vital en pacientes en estado terminal. 1997
- RINCÓN, Mónica. Educación, bioética y toma de decisiones éticas. Revista Latinoamericana de Bioética. (8); 2:15,14.2008.
- Diccionario de medicina Océano Mosby. Barcelona España,1996 p 1055
- POTTER, Patricia. Fundamentos de enfermería. Ejecución de los cuidados de
- enfermería. Editorial Practice Hall. Barcelona España. 1999. p 161
- VÁSQUEZ. Fernando. Protocolo Guía para su elaboración. Pontificia Universidad
- Javeriana - facultad de educación. Área de Lectoescritura. Material de clase. 2009
- GIANNINI ,Alberto .MESSERI ,Andrea .Pediatric Anesthesia 2008 18: 1089 -1095
- JONAS, Hans. Más cerca del perverso fin y otros diálogos y ensayos. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2001.
- JONAS, Hans. El principio de la vida hacia una biología filosófica
- GHERARDI, Carlos R vida y muerte en terapia intensiva; Estrategias para conocer y participar en las decisiones 1^aed. Buenos Aires; biblos 2007.