

***LIMITACIÓN AL ESFUERZO  
TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS***

***GRUPO DE TRABAJO BIOETICA UCIs HCP***

***AVI: Dr. Santiago Nogué, DE. Neus Guash  
UCI CCV: Dr. Ramón Cartañá, DE. Montse Esteve  
UCIH: Dr. Antoni Mas, DE. Fina Clemente  
UCIN: Dr. Albert Torras, DE. Celia León  
UVIR: Dr. Miquel Ferrer, DE. Isabel Roldán  
UCIQ: Dra. Elizabeth Zavala, DE. Pilar Sesé  
UCI HSJD: Dr. Francisco José Cambra***

## **LIMITACIÓN AL ESFUERZO TERAPEÚTICO (LET) EN UCI**

### ***INDICE***

■ Introducción	Pag 3
■ Fundamentos de la Bioética	Pag 3
■ Limitación al Esfuerzo Terapéutico en UCI. Definición.	Pag7
■ Formas de Limitación al Esfuerzo Terapéutico en UCI	Pag 8
■ Limitar el ingreso en UCI	Pag 8
■ No iniciar tratamiento	Pag 10
■ Retirar tratamiento	Pag 12
■ Soporte al paciente y a la familia	Pag 13
■ Bibliografía	Pag 15
■ Definición de Fallo Multiorgánico (Anexo1)	Pag 16
■ Protocolo de sedación y analgesia (Anexo 2)	Pag 17
■ Sugerencias del Grupo de trabajo de Bioética	Pag 18

### **Introducción:**

Los enormes avances científicos han supuesto un cambio en la sociedad de carácter cuantitativo y cualitativo de una magnitud tal, que han obligado a revisar los planteamientos individuales y colectivos en torno a numerosas cuestiones que afectan al ser humano. El actual progreso de la medicina y la biología suscita grandes esperanzas, a la vez que ocasiona dilemas para el hombre común y para los especialistas, sean médicos, biólogos, científicos, filósofos o juristas.(1)

El origen de la vida, el concepto de muerte, la capacidad de tomar racionalmente decisiones difíciles, el valor del principio de autonomía, y/o el papel cada vez más preponderante del Estado en la política sanitaria, son buenos ejemplos para ilustrar la trascendencia de la problemática que ha propiciado la aparición de la Bioética como disciplina, así como, el enorme florecimiento que en las dos últimas décadas han experimentado las relaciones entre biología, medicina, ética y derecho.(1)

Nuestra capacidad para prolongar la vida ha avanzado de forma importante durante los últimos cien años. La continuación de soporte vital agresivo (heroico) a veces sólo sirve para prolongar el proceso de muerte.(5).

La bioética no es simplemente un sistema de normas de conducta. Es un marco de ideas donde reflexionar nuestra forma de toma de decisiones y actuar frente a dilemas y elecciones reales teniendo en cuenta todas las dimensiones de la vida: cultura, sociedad, ciencia y tecnología. (1)

### **Fundamentos de la Bioética**

Los principios básicos en bioética son aquellos criterios generales que sirven como punto de apoyo para justificar los preceptos éticos y valoraciones de las acciones humanas en el campo biosanitario.

Uno de los principales objetivos de la bioética es facilitar al profesional sanitario e investigador la toma de decisiones racionales concretas en la resolución de los conflictos de valores que plantea el ejercicio de su actividad.

En el ámbito de la ética médica y específicamente en la relación médico-paciente, la toma de decisiones ante una situación clínica, dependerá de las valoraciones morales que hagan los componentes de la relación, y que dentro del pluralismo ético existente, pueden no coincidir. (1 cap5)

Es preciso que los clínicos actúen siempre teniendo en cuenta los 4 principios fundamentales que definen la práctica médica ética. Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia han pasado a considerarse como los principios generales de la Bioética, no sólo en el ámbito de la experimentación humana, en el cual se habían definido, sino en cualquier ámbito de la biomedicina en el que se tengan que resolver problemas prácticos concretos en una sociedad pluralista.

1) **Principio de beneficencia:** Constituye el criterio, impuesto por la tradición médica, que compromete a proporcionar beneficios a otros y supone la obligación ética principal de proporcionar beneficios suprimiendo prejuicios.(1)

El médico debe responsabilizarse en busca de cumplir los objetivos de la medicina que los podemos resumir en tratar lo mejor posible al paciente, restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento.(2)

2) **Principio de la maleficencia:** Es el que obliga a no perjudicar a los otros. “*Primum non nocere*”, un principio válido y prioritario para todos que debe cumplirse prioritariamente por razones de justicia, en todos los ámbitos de la sociedad y no solo en el biosanitario.(1) Dicho de otra manera, el principio de la no-maleficencia se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa una complicación, daño o cualquier tipo de lesión. Cuando un paciente está sometido a soporte vital avanzado sin que existan prácticamente posibilidades de que se recupere una razonable calidad de vida, se está violando el principio de no-maleficencia. (2)

En general, el análisis del principio de no maleficencia debe realizarse conjuntamente con el de beneficencia, para que en las decisiones prevalezca siempre la utilidad sobre el

perjuicio. Para los profesionales de la sanidad la exigencia de no maleficencia presenta abundantes implicaciones pues obliga a:

- Tener una formación, teórica y práctica, rigurosa y continuamente actualizada para dedicarse al ejercicio profesional.
- Buscar o investigar procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos y mejorar los existentes para que sean menos cruentos y dolorosos para el paciente.
- Avanzar en el tratamiento del dolor.
- Evitar la llamada medicina defensiva, no multiplicando innecesariamente los procedimientos diagnósticos.
- Cultivar una actitud favorable para una correcta relación con el paciente.(1)

1) **Principio de autonomía:** El principio de autonomía, denominado en el informe Belmont, principio de respeto a las personas, establece la imperatividad de dicha consideración y constituye un presupuesto de carácter individualista. Se considera autónoma la persona con capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias. La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable, derecho que también tiene el individuo enfermo.

El respeto al ejercicio de la autonomía del paciente tiene numerosas implicaciones para el médico:

- dar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa;
- facilitar la comunicación, utilizando lenguaje comprensible, sabiendo escuchar con la actitud de querer comprender su situación, deseos y preferencias;
- no informar sobre el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida resultante del tratamiento propuesto a menos que el paciente solicite lo contrario;
- exponer ecuánimemente las distintas alternativas terapéuticas;
- respetar la confidencialidad, así como las promesas o compromisos contraídos con el paciente.

El respeto a la autonomía hace que en el sistema sanitario la autoridad final debe siempre residir en el paciente, si éste es incapaz, en su representante, que habitualmente es el familiar más próximo.

1) **Principio de la justicia:** El deber de justicia, deber “*prima facie*” para W.D.Ross,(1) está basado en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas. Diversos criterios sociales entran en la reflexión ética conectados con este principio: por ejemplo la asignación y distribución de recursos escasos, o los derechos de terceros. Ello de acuerdo con una serie de datos constatables:

- La desigualdad entre todos los hombres. Por lo que la igualdad es solo una aspiración: que los hombres sean menos desiguales.
- La Ley de los Presupuestos Generales del Estado determina el porcentaje de los recursos globales que nuestra sociedad asigna anualmente a la asistencia sanitaria, por lo que la cuantía de esta asignación es una decisión política.
- La distribución y priorización de estos recursos asignados en los presupuestos a los pacientes individuales, es una decisión de política sanitaria.
- Son menores los recursos asignados que los gastos que comporta la demanda de asistencia sanitaria de la población.

El principio de Justicia exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa, por esto al administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados con lo que se viola dicho derecho.

El médico de UCI debe practicar la medicina éticamente y con su mejor capacidad, con respeto absoluto por la dignidad humana y ser responsable de sus acciones.

En este marco, el Grupo de Trabajo Inter-UCIs del HCP, tras varias reuniones, consultar bibliografía al respecto y asesorarse con personas expertas en el tema, han querido elaborar una serie de “consideraciones” que sirvan de ayuda a la hora de tomar la decisión de retirar o no iniciar el tratamiento a un determinado paciente en UCI.

### **Definición de Limitación al Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI:**

La retirada o el no inicio de soporte vital es el proceso mediante el cual intervenciones médicas tales como la ventilación mecánica, la administración de drogas vasoactivas, hemodiálisis, etc son retiradas o no administradas a pacientes en los cuales dicha medida no representaría ningún beneficio, con la expectativa de que dicha actitud le conduzca a la muerte. En relación con la adopción de esta decisión de LET, diversas sociedades de Cuidados Intensivos han realizado diferentes consensos con el fin de que dichas intervenciones sean llevadas a cabo en pacientes en los que mantener estas medidas extraordinarias, sirven solo para prolongar el proceso de la muerte.

La reanimación cardio-pulmonar (RCP) es el proceso que con más frecuencia no se aplica en el momento de LET y la ventilación mecánica es el proceso que se retira con mayor frecuencia en la UCIs. Tanto el no iniciar o retirar soporte vital es la causa directa de muerte en situaciones irreversibles más frecuente en UCI (70-90%) (5).

Un concepto que se debe tener en cuenta a la hora de realizar LET en UCI, es el concepto de futilidad, es decir, aquel acto médico cuya aplicación a un paciente está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado.

**En la práctica las recomendaciones no son tan claras ya que sólo se acepta la retirada de soporte vital por razones de futilidad fisiológica como por ejemplo la muerte cerebral, pacientes con fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días de duración y pacientes con estado vegetativo persistente. (2)**

Los tratamientos deberían definirse como fútiles sólo cuando **no cumplen** con su objetivo principal. Aquellos tratamientos que probablemente no sean beneficiosos, extremadamente costosos y de beneficio incierto, serán considerados inapropiados y por lo tanto no aconsejables, pero no deberían ser etiquetados como fútiles. Los tratamientos considerados fútiles constituyen una pequeña fracción del tratamiento médico, (4), por

lo que la sociedad debería afrontar la realidad de los límites de los recursos sanitarios y encontrar los mecanismos para distribuir estos recursos de forma justa y eficiente.(6)

**La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos supone la aceptación de la irreversibilidad del cuadro y por tanto de abandonar todas las terapias con fin curativo y administrar todas las precisas para garantizar el máximo bienestar posible el enfermo.**

Es imprescindible la unanimidad del equipo médico y de enfermería que trata al paciente; si existen dudas al respecto, es necesario posponer la decisión durante unos días.

Las formas de LET en UCI son:

- **Limitar el ingreso en UCI**
- **No iniciar tratamiento**
- **Retirar tratamiento**

### **1.- Limitación al ingreso en UCI.**

Este documento aporta unas reflexiones generales ante la toma de decisión de admitir o no el paciente en la UCI, y trata de aproximarse a la resolución de situaciones particulares.

Se considera que la toma de decisiones para el ingreso debe estar basada en:

#### a) Criterio de autonomía

El paciente tiene la libertad de elegir y por tanto el derecho a dar su opinión sobre la indicación de su ingreso en la UCI, para lo cual precisa información comprensible sobre el estado de su enfermedad, su posible evolución y los tratamientos que se aplicarán en la UCI.

Cuando el estado del paciente no le permita tomar decisiones, será la familia la que asumirá este papel, siempre y cuando se contraste hasta donde sea posible que la familia está transfiriendo la escala de valores que tiene el paciente. Aunque es excepcional, el paciente puede haber dejado de manifiesto un testamento vital reciente, en el que queden reflejados sus deseos terapéuticos ante la evolución de una determinada enfermedad de la que es portador, testamento que deberá ser tenido también en cuenta.

b) Criterio de beneficencia

La toma de decisiones estará también basada en que la misma resulte beneficiosa para el paciente, contemplado este beneficio no sólo desde el punto de vista del médico sino también desde el punto de vista del paciente. Por ello, no sólo debe tenerse en cuenta el estado de salud en sí, sino también las emociones, sentimientos o creencias del paciente.

En este sentido, puede considerarse justificado el ingreso ante cualquier insuficiencia orgánica con riesgo vital, potencialmente reversible, especialmente si es aguda pero también las crónicas agudizadas. Esta insuficiencia orgánica puede estar ya presente en el momento del ingreso (insuficiencia respiratoria aguda) o es posible que se presente de forma súbita en las horas subsiguientes (arritmias ventriculares), por lo que podría estar indicado el ingreso sólo para monitorización (infarto agudo de miocardio).

Por el mismo motivo, el ingreso no justificado por ausencia de beneficio, debe ser considerado como una contraindicación ya que impide el acceso a otros candidatos.

c) Criterio de no maleficencia

Esto significa que el cuidado del paciente en la UCI va a comportar más beneficio que el cuidado fuera de la UCI. En base a ello, los pacientes con muy mal pronóstico, y por tanto con más riesgo que beneficio, no deben ingresar en UCI. Y tampoco los de muy buen pronóstico, si este pronóstico es el mismo dentro que fuera de la UCI.

Las escalas de gravedad (APACHE, SAPS, etc) no pueden ser aplicados para decidir individualmente sobre el ingreso de un determinado paciente, porque no incluyen conceptos como la voluntad de vivir, la expresión variable de las enfermedades, la respuesta individual al tratamiento, el efecto de las comorbilidades o la calidad relativa del cuidado al paciente individual. El único índice pronóstico que puede ser tenido en cuenta es el del fallo multiorgánico (tres o más órganos afectados durante más de 5 días suponen una mortalidad del 100%), pero este índice sólo puede aplicarse para limitación del esfuerzo terapéutico, una vez el paciente esté ingresado en UCI.

Concretamente se considera que no deberían ingresar en UCI pacientes con:

- Afectación neurológica grave e irreversible y patología psiquiátrica irreversible.
- Fallo multiorgánico irreversible (tres o más órganos, durante 5 o más días)

- Neoplasia metastásica o enfermedad hematológica sin respuesta a quimioterapia ni radioterapia
- Estado vegetativo persistente
- Patologías orgánicas muy evolucionadas y complicadas o en fase terminal
- Edad per se. La edad avanzada no es un factor limitante, en tanto en cuanto se acompañe de una buena calidad de vida, es decir, de la ausencia de enfermedades limitantes de tipo físico (AVC) o psíquico (demencia)

d) Criterio de justicia

Hace referencia a la equidad en la distribución de recursos, es decir, a que en un sistema equitativo de salud pública, todos los pacientes deben tener igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias, ya que éstas se consideran un derecho fundamental de las sociedades desarrolladas, con independencia de la capacidad económica individual. Entre otros nunca deben influir en la toma de decisiones factores como: raza, grupo étnico, religión, preferencias políticas, hábito sexual, incentivo económico, etc.

Por ello, si decidida la conveniencia de ingreso en UCI no hay cama disponible, el paciente debe ser atendido en cualquier área del hospital que pueda proporcionar una calidad asistencial similar a la de la UCI, (en nuestro hospital, el área de Reanimación de la 4ª planta de UCIAS o la Unidad de Vigilancia Postanestésica (UVP) de la 5ª planta de UCIAS, cumplen en muchas ocasiones con esta función).

El consenso entre el médico que está atendiendo al paciente (Urgencias o especialista) y el médico encargado de la UCI de la especialidad correspondiente, guiado por estos 4 principios, creemos que llevará a una buena decisión.

## **2.- No iniciar tratamiento**

Una vez que el paciente ha ingresado en la UCI, las decisiones de no iniciar soporte vital o retirarlo es complejo y difícil para los integrantes del equipo sanitario. Desde el punto de vista ético, la decisión de retirar el soporte vital no es en esencia diferente de la decisión de no iniciarlo y así se reconoce en varios trabajos. (2)

En este apartado se contempla la posibilidad de no iniciar tratamiento de soporte vital extraordinario en un paciente ingresado en la UCI. Esto supone que, en lo que a un tratamiento concreto se refiere, este no esté presente en el momento de tomar la decisión,

es decir, revisaremos la problemática derivada de iniciar nuevas formas de soporte vital en un paciente que, o ya las ha llevado previamente y habían sido retiradas por ser innecesarias (reintubación / ventilación mecánica, reiniciación del uso de una determinada droga vasoactiva), o de comenzar una nueva medida no empleada hasta entonces (técnicas de depuración extrarenal en un paciente que ha presentado una insuficiencia renal aguda en el transcurso de su estancia en la UCI, o a la introducción de una nueva droga vasoactiva en un paciente que en el episodio de consideración no la había recibido). Esta decisión se basará, como en todas las otras situaciones de LET, en las consideraciones generales que han de marcar nuestra conducta (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia), teniendo además en esta situación, muy presente el concepto de futilidad descrito anteriormente.(4)

Entre los factores que se deben considerar al respecto están:

1.- Edad: Es difícil, en esta situación definir la edad como un hecho que limite el esfuerzo terapéutico. Si hemos aceptado el paciente en UCI, y se han iniciado medidas extraordinarias de tratamiento, no parece lógico no continuar con más medidas, si sólo se tiene en cuenta la edad.

2.- ¿Quién ha decidido el ingreso y en que situación? En ocasiones, la decisión del ingreso en UCI no ha sido tomada por las personas responsables de la Unidad de Intensivos. En nuestro medio, esto puede ocurrir en situaciones diversas:

- por indicación del jefe de guardia del hospital
- porque las circunstancias propias de la situación clínica del paciente han hecho necesario su ingreso en UCI (postoperatorio)
- por el médico de guardia de la UCI, que puede tener en ocasiones una escasa implicación en el tratamiento posterior.

Estas situaciones pueden hacer aconsejables revisar las actitudes por parte de los responsables de la UCI y decidir en base a sus conocimientos y experiencia, no proseguir en la escalada terapéutica iniciada previamente.

3.- Patología de base y calidad de vida previa: Estos factores, analizados de forma aislada, probablemente tampoco deberían ser un factor limitante decisivo en este aspecto: Si previamente se ha adoptado la decisión de que la patología de base no ha de

limitar el ingreso en la UCI y emprender medidas extraordinarias, parece poco lógico limitarlas en los días siguientes.

4.- Evolución en la UCI: Entendemos que este si que es una factor importante para decidir no proseguir la escalada terapéutica: si el paciente no mejora en unos días, o empeora a pesar de las medidas terapéuticas tomadas, o que después de una mejoría vuelve a empeorar, son situaciones en las que se debe valorar seriamente la posibilidad de no iniciar nuevos tratamientos.

Probablemente, para valorar la evolución en la UCI, si que se han de tener en cuenta los factores asociados como la edad, la calidad de vida previa, las expectativas futuras en caso de que el paciente supere aquella situación,(neumonía grave en un paciente sin patología respiratoria previa, vs agudización de una insuficiencia respiratoria avanzada, paciente con cirrosis en lista de espera de trasplante vs paciente cirrótico que por sus características no será nunca candidato a trasplante hepático), deseos manifiestos previamente por el paciente (si es que los conocemos) o por su familia, opinión del médico responsable del proceso previo, en caso de un paciente crónico, del médico responsable de servicio al que pertenece el paciente (cirujano, especialista correspondiente en el caso de pacientes neurológicos, hematológicos, etc), y también criterios del médico del servicio responsable de la aplicación de aquella terapéutica, en el caso de que no sea la propia UCI.

5.- Datos concretos, habituales en el proceso de la toma de decisiones sobre la limitación al esfuerzo terapéutico, como el número de órganos en fallo, los días de fracaso multiorgánico, o la necesidad de drogas vasoactivas, han de poder ayudar a tomar la decisión final.

### **3.- Retirar tratamiento**

En este aspecto, se planteará la continuación/retirada de tratamiento una vez realizadas las siguientes consideraciones:

a.- ¿Se ha solucionado la causa por la que ingresó el paciente en UCI? (sepsis, SDRA, etc)

b.- ¿Lleva más de dos drogas vasoactivas durante más de siete días? El mantenimiento de drogas vasoactivas a dosis elevadas en situaciones de inestabilidad hemodinámica refractaria a tratamiento.

c.- ¿Existen uno o más órganos en fallo y durante cuantos días?

d.- El mantenimiento del tratamiento actual aportará mejoría al paciente?

A las consideraciones previamente citadas debemos añadir unos factores fijos, propios del paciente, y que no vamos a poder modificar con el tratamiento, como son: edad, patología previa, calidad de vida previa y otros factores variables, que si hayan podido/puedan ser influenciados por el tratamiento administrado, como las complicaciones que se hayan podido desarrollar durante la evolución en la UCI.

Posteriormente, debemos tener en cuenta si la decisión ha sido unánime, tomada de forma multidisciplinar (personal de UCI y médico responsable del paciente).

Se debe comunicar a la familia del paciente el estado considerado como irreversible, valorar la opinión de la familia y si es posible conocer la decisión previa del paciente.

#### **A. Factores fijos:**

**Edad:** Se debe tener en cuenta que determinadas patologías de UCI tienen peor pronóstico si el paciente es de edad avanzada.

##### ■ **Patología previa:**

- Enfermedades neoplásicas
- Enfermedades crónicas: insuficiencia renal, EPOC, etc
- Enfermedades degenerativas: esclerosis,

##### ■ **Calidad de vida previa:**

- Estado neurológico
- Hemodiálisis
- Oxígeno domiciliario

#### **B. Factores variables**

- Causa del ingreso:

- Índices de gravedad al ingreso en UCI: TISS, APACHE II, SAPS, etc. Muchos trabajos publicados sobre las escalas de gravedad no llegan a conclusiones universales, pero si coinciden en que los sistemas de puntuación de la gravedad al ingreso en UCI como el APACHE II, SPAS II y el MPMo pueden ser útiles como una herramienta más para la toma de decisiones en este sentido, pero difícilmente aplicables en casos individuales.(2)
- Complicaciones:
  - Fallo orgánico
  - Infecciones nosocomiales
  - Shock séptico
  - ARDS
  - Insuficiencia renal que precise terapia de sustitución

### **Soporte al paciente y a la familia:**

Una vez se ha tomado la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, teniendo en cuenta los principios éticos discutidos anteriormente, el mecanismo actual de implementar la decisión es probablemente lo menos importante. Sin embargo, retirar el tratamiento debería hacerse siempre respetando la dignidad del paciente y teniendo en cuenta las necesidades de los familiares. Se deben evitar la retirada precipitada del tratamiento y la muerte dolorosa para el paciente. Son factores muy importantes el apoyo constante y la explicación del proceso de la muerte a la familia, sin ser por ello intrusivos.(6)

Al llegar a este punto es necesario que la familia no se sienta como responsable de la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, sino que adopte una postura en esa línea con nuestro total apoyo viéndolo como la mejor opción posible en bien del paciente. En cuidados intensivos es importante clarificar sobre todo a la familia, que limitar el soporte vital supone mantener o iniciar todas las medidas necesarias para asegurar el bienestar del paciente y que jamás supone el abandono del paciente.

Al diseñar las medidas a seguir es necesario analizar la situación y adoptar la estrategia de forma individualizada.

Resulta más complejo para el médico o la enfermera el hecho de retirar medidas a no instaurarlas, aunque desde el punto de vista ético es indistinto, cuando no está indicada, el hecho de no iniciar o retirar una medida terapéutica dada. La decisión de retirar el soporte vital implica suprimir o no iniciar aquellos medios que consideramos como desproporcionados para la situación clínica del paciente.

Después de tener en cuenta las consideraciones anteriores y una vez decidido que el paciente no es recuperable, proponemos una retirada “gradual” de todo tratamiento:

1º.- Incrementar las medidas de **confort y soporte familiar**:

- Pautar y/o incrementar las dosis de sedación y analgesia, aunque ello suponga una mayor inestabilidad para el paciente
- Continuar con los cuidados básicos del paciente: aspecto general, mantener la dignidad del paciente, etc.
- Soporte familiar: facilitar el acompañamiento de los familiares, respetar las creencias religiosas.

2º.- Retirar drogas vasoactivas

3º.- Modificar el soporte ventilatorio: disminución del aporte de FIO<sub>2</sub>, Vt y FR.

4º.- Retirar tratamientos “invasivos” o de sustitución: hemodiálisis, hemofiltración, balón de contrapulsación, etc.

**BIBLIOGRAFIA.-**

- 1.- Materiales de Bioética y derecho. Maria Casado. *Ed Cedecs* Editorial S.L. Barcelona 1966.
- 2.- Limitación al Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva. Lluís Cabre 1998. Trabajo fin de Master Bioética.
- 3.- Ethical and Moral Guidelines for de Initiation, Continuation, and Withdrawal of Intensive Care. Roger C Bone, Eric C Rackow, Johon G Weg, et al. The ACCP/SCCM Consensus Conference Panel. 1989 Chicago Illinois. *Chest* 1990; 97: 949-958
- 4.- Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1997; 25: 887-891
- 5.- End-of-life care in the intensive care unit. Dana Lubstbader, and Alan Fein. *Cuurent Opinion in Critical Care* 1998; 4: 457-462
- 6.- Medical Futility in the New Millennium: Our View. PV Van Heerden, M Salomon and BL Roberts. In 1999 Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. Ed by JL Vincent. Springer Verlag. Pags: 698-708
- 7.- Criterios de selección: el triaje en el servicio de medicina intensiva. Solsona FJ. En Gomez JA, Abizanda R. *Bioética y Medicina Intensiva*. Barcelona, EDOKA Med 1998; 181-187
- 8.- Task force on guidelines of the SCCM. Recomendations for intensive Care Unit admission and discharge criteria. *Crit Care Med* 1988; 11: 429-431

9.- Guidelines for Intensive Care Unit admission, discharge and triage. Task force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1999; 27: 633-638

## ANEXO 1

### **Definición Fallo Multiorgánico**

1. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al: American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and multiple organ failure and guidelines for the use of in-novative therapies in sepsis. *Chest* 1992; 101: 1644-1655

2. Bone RC, Sibbald WJ, Sprung ChL. The ACCP-SCCM Consensus Conference on Sepsis and Organ Failure. Editorials. *Chest* 1992; 101: 1481-1482

## ANEXO 2

### Protocolo de sedación y analgesia:

#### 1.- Incrementar las dosis de sedación y analgesia:

- Midazolam en perfusión a dosis de 0,10 mg/Kg/hr. Bolus inicial de 10 - 15 mg EV.
- Cloruro Mórfico en perfusión a dosis de 70 µg/Kg/hr, con bolus inicial de de 0,1 mg/kg.
- Lidocaína en perfusión: 400 mgrs/100 cc S. Fisiológico a pasar en una hora, ( en caso de que el paciente haya presentado inducción enzimática, tolerancia).
- Coma barbitúrico: 3-5 mg/Kg/hr en perfusión continua, bolus inicial de 5mg/kg EV.
- Propofol en perfusión: 2 - 4 mg/kg/hr
- Neurolépticos: Clorpromacina (Largactil) 25 mg/6hr  
Prometacina (Fenergan) 50 mg/6hr
- Los bloqueantes neuromusculares NO tienen acción analgésica ni sedante.

#### 2.- Combinaciones de fármacos:

- Midazolam + Cloruro mórfico
- Midazolam + Propofol + Cloruro mórfico
- Pentothal + Cloruro mórfico

### **Anexo 3**

#### **Sugerencias del Grupo de Trabajo de Bioética UCIs HCP:**

1.- Sería aconsejable la existencia de una “ficha bioética” para los pacientes que hayan sido tributarios de LET, en la que se revisase el cumplimiento de los principios básicos ya citados. Los casos dudosos podrían ser analizados por un Comité con el objetivo de perfeccionar los criterios de LET.

2.- Sería aconsejable que este documento llegara a los Jefes de Servicio, Coordinadores de Instituto, como máximos responsables de los diferentes Servicios del HCP y “usuarios” de las diferentes UCIs del HCP.

3.- La decisión de ingreso en UCI de un paciente debería ser consensuada entre el médico responsable del paciente y el médico de guardia de la Unidad. Eso supone diferenciar entre los pacientes que precisan Cuidados Intensivos o Vigilancia Intensiva, de aquellos pacientes que no deberían ingresar en una UCI. Actualmente la decisión de ingreso de un paciente en UCI, muchas veces viene autorizado por el jefe de la guardia.