

LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN MEDICINA INTENSIVA

Lluís Cabré Pericas(*)

(*)Medico Especialista en Medicina Intensiva. Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona.

LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN MEDICINA INTENSIVA

Introducción:

El poder escoger libremente una muerte digna como un derecho individual es una reivindicación que se considera propia de las sociedades actuales que parten de una posición laica a la hora de enfrentarse con los problemas de la muerte. (1).

La propia Constitución española menciona la dignidad humana, juntamente con la libertad, entre los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico. Desde el artículo 1.1 como el 10.1, que protegen la dignidad de la persona y su derecho al libre desarrollo de su personalidad, o al 16.1, que garantizan la libertad ideológica, o el mismo artículo 15 establecen cuales son los principios fundamentales que se han de tomar en consideración a efectos de establecer una correcta relación entre la prohibición de matar y el derecho de la autodeterminación individual.(1,2).

En este sentido el "Codi de Deontologia" del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya (1997) en sus artículos 58 y 59 que basan sobre la muerte, recogen los términos de morir con dignidad y no prolongar la agonía.

El problema radica en ¿qué es una vida realmente digna? Estaremos de acuerdo que la libertad personal incluye la facultad de renunciar a los derechos, facultad que por cierto, tampoco es ilimitada. Debe quedar a salvo la dignidad (3). La pregunta anterior es mejor plantearla en negativo pues es más fácil llegar a un acuerdo en que no se considera digno (4).

El concepto moderno de dignidad humana se basa en uno de los mejores textos al respecto de I. Kant en su libro la metafísica de las costumbres y es recomendable la interpretación de este texto que hace Ramón Valls. Entendiendo que el único derecho innato que tenemos los humanos es la libertad, libertad moral y es precisamente esta lo que nos confiere dignidad y nos hace a todos iguales y merecedores de respeto. (5).

Se puede diferenciar el término de LET con el de eutanasia. Así en Holanda, país pionero en el tema, sólo se considera eutanasia " *toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que padece una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con sufrimiento insoportable, a petición de éste* ". El calificar la eutanasia de muerte digna no aumenta la confusión terminológica, sino que es una forma de redefinir la eutanasia, actualizándola conceptualmente. La calificación de muerte digna destaca la dignidad como un valor de raíz ética que, junto con los de libertad e igualdad, configuran el eje de los Derechos Humanos.(6).

Esta definición de eutanasia se podría asemejar a la eutanasia voluntaria en la clasificación que hace Peter Singer en su libro de Ética práctica.(7). En los servicios de medicina intensiva, en la mayoría de las ocasiones el paciente no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte por su patología de base o tratamiento y es con el familiar o alegado con quien se toman las decisiones. Entraría según la clasificación de P. Singer en eutanasia no voluntaria.

Nadie tiene derecho a decidir si una persona ha vivido o no bastante tiempo, pues nadie puede saber en qué consiste para otra persona " calidad de vida ". Es por ello que la eutanasia involuntaria es inaceptable. Según Rachels desde el punto de vista moral no hay diferencia entre la eutanasia activa y la pasiva. Según él es lo mismo que matar o dejar morir.(8). La respuesta a esta afirmación es que hay diferentes grados de dejar morir. Si uno se está ahogando en el mar y yo no sé nadar sería estúpido que me tire al agua y tendré que dejarlo morir. El poner activamente fin a una vida elimina toda posibilidad de vida para el paciente, lo que no ocurre al dejar de poner en ejecución medios excepcionales para salvarla. La distinción entre eutanasia activa y pasiva puede ser importante bajo el punto de vista legal. Pero bajo el punto de vista moral hay que reconocer que si la vida es deseable a toda costa, entonces no debe permitirse ninguna de las dos, ni la voluntaria ni la involuntaria. Por otro lado si se admite como una obligación superior a la de aminorar el sufrimiento, entonces y siempre que la persona en cuestión acceda a ello reflexiva y voluntariamente, sería deseable adoptar los medios más eficaces para alcanzar el indicado fin. En tales casos habría que considerar moral la práctica de la eutanasia activa. (9). Mas si hay situaciones peores que la muerte tal como demostraron P.Kind Y R.M. Rosser en 1983.(10)

En los SMI es muy difícil establecer diferencias entre matar y dejar morir, entre actuar y omitir. Es por esto que muchos autores defienden que no hay diferencia moral entre la muerte por acción o por omisión. El análisis de las causas y sobre todo, de las intenciones nos puede proporcionar una ayuda suplementaria, pero sigue dejando sin resolver muchos casos que hay que analizar individualmente, teniendo en cuenta todas las circunstancias y consecuencias para encontrar soluciones adecuadas para el caso concreto. (11).

La doctrina del doble efecto, ha sido hasta ahora, la forma de persuadir a los médicos de que traten el dolor del moribundo de forma adecuada y ha creado la ilusión que en tales casos no pretendemos ni esperamos la muerte. Esto solo nos ha servido para no hacer frente a la muerte, no tomar parte en ella, no entender el tema de dignidad y por último no obtener la recompensa que podríamos recibir ayudando a morir a un paciente de forma digna y con sentido. Estaremos de acuerdo que el mejor tratamiento sintomático de la disnea es la morfina. Por tanto si a un paciente le damos morfina después de haberle retirado la respiración asistida por haber decidido que ésta es inútil, ¿ cómo es posible que digamos que no pretendemos que esta persona muera? ¿ Realmente creemos que el fallecimiento del paciente se debe tan solo a un desafortunado efecto secundario del tratamiento de la disnea? O la actitud es que no nos queremos enfrentar al desafío de la mortalidad humana. (12).

Hasta aquí la opinión de varios autores para intentar fundamentar o delimitar la difícil barrera de omisión acción, matar o dejar morir. Pero posiblemente hay que hacer un paso adelante y ver que la ética occidental tradicional se ha desmoronado. Un futuro historiador podría señalar el momento preciso en que se abandonó la vieja ética y podría elegir el 4 de febrero de 1993, cuando el Tribunal Superior de Justicia de Gran Bretaña falló que los médicos que asistían a un joven llamado Anthony Bland podían actuar legítimamente para poner fin a la vida de su paciente (retirando la sonda nasogástrica para nutrición). Un historiador holandés podría elegir el 30 de noviembre de 1993, fecha en que el parlamento de Holanda determinó por ley que los médicos informaran al fiscal de las decisiones que desembocaran en eutanasia Los americanos el 2 de mayo de 1994 cuando absolvieron al doctor Jack Kevorkian de la acusación de ayudar a un hombre llamado Thomas Hyde a suicidarse.

Tony Bland quedó en coma vegetativo el 15 de Abril de 1989 a la edad de 17 años tras la tragedia que ocurrió en el estadio de fútbol de Hills-borough, en Sheffield antes de empezar el partido de una semifinal de copa entre el Liverpool y el Nottingham Forest. Es difícil creer que los jueces británicos considerasen que la sonda nasogástrica era un tratamiento médico extraordinario o desproporcionado. Lo lógico a pensar es que ya hubieran juzgado que la vida del paciente al que se estaba alimentando con dicha sonda, tenía una calidad tan mala que no valía la pena prolongarla. La verdadera naturaleza de su decisión es que puede ser legal provocar intencionadamente la muerte de un ser humano inocente. Se estaba violando el principio tradicional de la santidad de la vida humana. Es interesante resaltar lo que dijo en la Cámara de los Lores, lord Keith de Kinkel:

“Dado que la existencia en estado vegetativo persistente no beneficia al paciente, queda por considerar si el principio de la santidad de la vida, que le atañe mantener al Estado y a la judicatura en tanto que uno de los brazos del Estado, exige que esta Cámara sostenga que el fallo del Tribunal de Apelación fue erróneo. En mi opinión no lo es. Este principio no es un principio absoluto”.(13)

Los avances tecnológicos en la medicina han hecho que sea imposible mantener el principio de santidad de la vida humana. Actualmente se opta por una ética que tiene en cuenta si mantener la vida beneficiará o perjudicará al ser humano cuya vida se va a mantener.

En el tema que nos ocupa, no se pretende de forma directa la muerte del paciente sino la limitación terapéutica por ser esta terapia ineficaz o fútil y que con toda seguridad, la retirada o limitación terapéutica llevará a la muerte del paciente.

Toda decisión en medicina, se basa en la relación riesgo - beneficio. La eficacia y el éxito de los servicios de medicina intensiva (SMI) son indiscutibles y el “ imperativo tecnológico ” no tiene que sobrepasar el mejor interés para el paciente. Los valores (subjetivos) son distintos de los hechos (objetivos), y no pueden ser eliminados en el proceso de toma de decisiones clínicas. Es por esto que los hechos dan corrección a la decisión y los valores le dan calidad. (14).

Lo que hace unos años considerábamos como punto final y único la vida del paciente a cualquier coste, hoy nos planteamos otros factores como la calidad de vida y esperanza de vida. Bien es cierto que en los SMI se practica el soporte vital, que es lo que permite el alargar la vida de los pacientes supliendo las deficiencias de aquellos órganos comprometidos. A partir de éste

concepto nos planteamos el cuándo acabar con este soporte vital y es lo que denominamos **Limitación del Esfuerzo Terapéutico**. Nombre no muy apropiado como más adelante veremos.

¿Qué se entiende por soporte vital?

Según el Hastings Center Report: *Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal.* (15).

Esta definición es aceptada por todo el mundo y se acepta que incluye procedimientos como: ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con fármacos vasoactivos, antibióticos, diuréticos, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación.

Principios éticos:

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética nos sirven para dar un valor metodológico en la toma de decisiones tal como se establecen en la obra de T.L. Beauchamp y J.F. Childress. (16)

Primum non nocere. Este principio de *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. Los riesgos de la práctica médica sólo pueden justificarse cuando el beneficio obtenido es superior al daño. No es infrecuente que en intensivos, llegue un momento que nuestras intervenciones no actúan realmente prolongando una vida aceptable, sino alargando un inevitable proceso de muerte. Así por ejemplo el administrar antibióticos para tratar una infección en pacientes en coma irreversible o hacer maniobras de resucitación cardio pulmonar en pacientes terminales es evitar una muerte indolora para prolongar una situación agónica que muchas veces se acompaña de dolor y falta de dignidad como se ve en el estudio SUPPORT. (17)

Por el principio de *Beneficencia* el médico tiene que 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. En ocasiones estos conceptos pueden entrar en conflicto. Es por ello que hay que justificar el motivo de ciertas actitudes médicas como por ejemplo poner una vía intravenosa para la administración de líquidos o nutrición a un paciente sin posibilidades de recuperar una función cerebral correcta. El tratamiento médico debe siempre tener como objetivo el mejor interés del paciente, teniendo en cuenta como dice Fernando Savater: " con los hombres nunca puede uno estar seguro del todo. Por mucha programación biológica o cultural que tengan, los humanos siempre podemos optar por algo que no esté en el programa. (18).

En medicina intensiva no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo y en ocasiones someterlo a determinados procedimientos puede serle perjudicial con lo que se están infringiendo los principios previos.

El respeto a la *Autonomía* o el de permiso que dice Engelhardt (19) hace que en el sistema sanitario la autoridad final debe siempre residir en el paciente, si éste es incompetente, en su representante, que habitualmente es el familiar más próximo. A diferencia de otras áreas del hospital, en los SMI no se puede obtener el consentimiento informado y hay que actuar en múltiples ocasiones de forma rápida como la intubación de un paciente para ventilación mecánica, colocación de catéteres, etc. Sin poder ni consultar con la familia en muchos casos. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos rechazando algunos tratamientos de soporte vital es obligación ética respetarlos.(20) Por el contrario, no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado. (21). La cultura de las voluntades anticipadas o testamentos vitales en nuestra cultura latino mediterránea está muy poco extendida, a pesar que actualmente se ha promulgado una ley por el Parlament de Catalunya al respecto (22) y modelos de actuación como el publicado por el Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.(23) Un ejemplo es el caso de la diálisis en que se ven grandes diferencias entre USA y Alemania y Japón. Siendo estas directrices frecuentes en los pacientes americanos en diálisis y casi inexistentes en los otros dos países. (24)

El principio de *Justicia* exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa, por esto el 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 principio. A pesar que es responsabilidad de las autoridades sanitarias y gestores la obligación de justicia, la

escasez de recursos no basta para fundamentar las decisiones de LET, pero sí que es responsabilidad nuestra secundaria o subsidiaria.

Después de intentar aplicar someramente los principios éticos en la práctica clínica de intensivos, vale decir que la prolongación de la vida biológica no constituye un valor absoluto que deba ser mantenido a ultranza en todas las situaciones. La prolongación de la vida sin tener en cuenta su calidad puede no servir al mejor interés del paciente y la lucha por prolongarla con medios artificiales puede llegar a ser una acción degradante que viole los principios éticos y por tanto sea incompatible con el respeto a la dignidad humana. Esta imagen en los años 90 ya no es habitual y las cosas están cambiando en este sentido. (25)

Fundamentación de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva.

A pesar como he dicho anteriormente, este nombre no es muy afortunado ya que una vez se toma la decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital, no quiere decir que el esfuerzo finalice. Tal vez el esfuerzo se traspasa a otras áreas que pueden ser de mucho más esfuerzo como la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, etc. Áreas no tan médicas y de gran responsabilidad en el ámbito de la enfermería. No es tiempo de discutir aquí, pero el concepto de cuidar tendría que ser un principio básico de bioética como los mencionados anteriormente de prima facie.

En los últimos años y sobre todo en la cultura anglosajona han aparecido muchos estudios sobre este tema, demostrando que entre un 40 – 60% de las muertes en los SMI se preceden de decisiones de LET.(26,27,28). Otro estudio que compara hospitales universitarios de no universitarios o de la comunidad este porcentaje se sitúa entre un 71% y un 68 %. (29). Estudios del año 1990 cifraban la LET en un 45 % (30) y algunos centros lo cifran actualmente en un 90% (31) y algo menos en Europa (32). En nuestro país, en un estudio recientemente publicado indica que este porcentaje se sitúa alrededor del 37%.(33) Hay que tener en cuenta que en los estudios americanos se toma como limitación del esfuerzo terapéutica la no reanimación cardio pulmonar. En el estudio español no se tuvo en cuenta esto, motivo que puede explicar este más bajo porcentaje. En un estudio que está en fase de obtención de resultados sobre pacientes afectos de fracaso multiorgánico, puedo adelantar que la LET se realizó en el 75 % de los pacientes que fallecieron.

A pesar que al parecer por los resultados expuestos es una práctica frecuente, no existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en que se basan estas decisiones de LET. Bases éticas, legales, técnicas, quienes participan en la toma de decisiones, grado de información y participación del paciente o familiar, y como se lleva a la práctica. En la literatura apenas se encuentran artículos al respecto por lo que existe una enorme variabilidad por falta de estándares evidentes.

Las formas de LET en medicina intensiva son: limitación del ingreso en el SMI, limitación de inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas.

Las decisiones en Medicina Intensiva se diferencian de otras decisiones médicas por su urgencia, su contextualidad (determinadas por un caso específico), la incertidumbre pronóstica existente en muchos casos y el coste que implican. Hay dos tipos fundamentales de decisiones:

Un tipo de decisiones son la interpretación que el clínico hace del resultado de una prueba, muestra, etc. sin mantener ninguna conversación con el paciente o familiares. Al ser el clínico un ser humano y no un instrumento mecánico, la decisión se verá influida, no sólo por lo que puede ver o medir, sino también por otros factores como: último paciente, experiencia, litigios, educación, recursos, auditoría, evidencias.

Un segundo tipo de decisiones consiste en el diálogo entre el clínico y el paciente, aportando el paciente sus propias creencias, actitudes y valores. Por ello en el paciente influirán otros profesionales, medios de comunicación, amigos y familiares, recursos y evidencias.

Para que un paciente o sus familiares pueda realizar una elección basada en la evidencia disponible deben darse estos elementos: información del clínico, interpretación por parte del paciente y diálogo entre ambos. (34)

Si esto en la práctica clínica diaria fuera de los servicios de medicina intensiva ya es difícil, más aún en nuestro contexto por falta de evidencia pronóstica en muchos síndromes que atendemos.

En la práctica hospitalaria existe una gran tendencia a la regimentación casuística y en tal sentido los "protocolos" de actuación pueden suponer un vehículo para consolidar los avances. También la implantación de comités de ética hospitalaria, con carácter meramente consultivo, coadyuva a que todos los elementos de la sanidad participen en las decisiones y en la formación de actitudes.(35).

Las sociedades científicas hacen recomendaciones sobre los criterios de ingreso en intensivos que se basan en la necesidad de monitorización activa, la reversibilidad del proceso y en la imposibilidad de que el tratamiento necesario se realice fuera de ésta. Estas recomendaciones básicas son de difícil aplicación práctica por las circunstancias que rodean el ingreso de un paciente en el SMI. De todas formas ejemplos de recomendaciones basadas en la evidencia han sido publicadas recientemente como por ejemplo la mortalidad de los pacientes trasplantados de médula ósea y que posteriormente precisan ventilación mecánica. La mortalidad es del 100% si se acompaña de inestabilidad hemodinámica o insuficiencia renal o hepática. (36).

La efectividad de una intervención es la medida en que se logran los objetivos que justifican su uso. La idoneidad es una medida del uso de la intervención y es un juicio subjetivo basado en un equilibrio de probabilidades: la probabilidad de causar un beneficio frente a la probabilidad de causar un daño. En condiciones ideales un estudio de idoneidad se diseña para determinar si el paciente adecuado ha recibido el tratamiento adecuado en el momento adecuado por el profesional adecuado y en el lugar adecuado. En la práctica clínica cualquier juicio sobre la idoneidad debe tener en cuenta las necesidades, los valores y los deseos expresado por cada paciente. Con esto quiero decir que un nuevo criterio es el de necesidad. En este sentido se ha de cumplir en primer lugar que el procedimiento tiene que ser apropiado, en segundo lugar si no se realiza el procedimiento sería prestar una asistencia inapropiada, en tercer lugar que el procedimiento beneficie al paciente (los procedimientos con una pequeña probabilidad de beneficio, pero con pocos riesgos, no se consideran necesarios) y en cuarto lugar el beneficio para el paciente no es pequeño (los procedimientos que producen sólo beneficios pequeños no son necesarios) (37). No siempre el binomio blanco negro está claro y la tonalidad de los grises no nos permite evaluar con certeza la relación riesgo beneficio. Es por ello que el ingreso en un SMI dependerá de muchos factores tales como la cultura del hospital, y cada servicio, del médico de guardia, de la presión familiar, del compañero cirujano o anestesista, etc. Existen iniciativas de hacer explícitos criterios de ingreso por patologías en la sociedad científica correspondiente pero su desarrollo será difícil por no existir enfermedades sino enfermos con una determinada enfermedad que puede ser completamente diferente que otro paciente con la misma enfermedad. De todas formas el excelente trabajo de Rosa Delgado sobre la variabilidad de la práctica clínica nos enseña que una de las estrategias para disminuir la variabilidad, consiste en investigar sobre la efectividad de los procedimientos y difundir los resultados así como la realización de protocolos y guías de práctica clínica. (38). En este sentido coinciden los financiadores, profesionales de la salud y pacientes y que solo es abordable desde perspectivas científicas de la variabilidad.(39) La disminución de la variabilidad es uno de los pasos fundamentales para que otro individuo pueda beneficiarse de la atención médica con el consiguiente incremento de la eficiencia social del sistema sanitario. (40). Estas estrategias creo no son imposibles en el seno de sociedades científicas bien cohesionadas como la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. (SEMICYUC) (41). Es por ello que en nuestro país los médicos especialistas en Medicina Intensiva son los que mejor pueden disminuir esta variabilidad y los enfermos críticos tienen el derecho de exigir que sean atendidos por estos especialistas ya que son los únicos que tienen un cuerpo de doctrina específico adquiriendo su formación por el sistema MIR. No es extraño que países como USA quieran adoptar nuestro sistema formativo (42)

Los sistemas de puntuación de gravedad como el APACHE III el SAPS II y el MPM0 pueden ser útiles como una herramienta más para la toma de decisiones en este sentido (43), pero difícilmente aplicables en casos individuales. (44,45,46,47,48). En estudios posteriores utilizando estos sistemas de puntuación de gravedad, en concreto el APACHE III, se puede llegar a conocer la infectividad potencial de los cuidados en UCI que permitiría un ahorro entre 1,8 a 5 millones de dólares por año y hospital. (49). En la mayoría de los casos en nuestro entorno el ingreso de pacientes en el SMI depende del médico de guardia si es en horario de tarde o noche, no existiendo criterios escritos y explícitos de ingreso. (50).

Un estudio reciente, aunque observacional, encuentra una tasa más elevada de mortalidad atribuible en los pacientes con ingreso denegado por falta de camas u otra razón, sobre todo en los casos urgentes (51). Mucho se ha estudiado sobre el alta del paciente como resultado final pero apenas en cuanto al ingreso, siendo éste el primer estudio publicado pero presenta varias lagunas metodológicas a considerar.(52)

Por esto el decidir el ingreso de un paciente en un SMI, no sólo consiste en una evaluación biológica por parte del médico, sino que actúan otros factores más complejos. Así el médico representa al principio de No Maleficencia y el de Beneficencia. El gestor el de justicia y el paciente se identifica con los de Autonomía y Beneficencia (lo que considera beneficioso para si).

Una vez que el paciente ha ingresado en un SMI las decisiones de no iniciar soporte vital o retirarlo es complejo y difícil para todos los integrantes del equipo sanitario. Decisiones que se interpretan como un fracaso profesional, gran impacto emocional ya que normalmente se sigue de la muerte del paciente. Para los profesionales les es más dificultoso interrumpir que no iniciar. (53) y hay Estados confesionales como el de Israel que está prohibido la retirada de tratamientos de soporte vital (54).

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 múltiples trabajos. (21,55,56). La LET es según D. Callahan:

“Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte... En el caso de la retirada del respirador, es razonable decir que dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente”. (57)

Este concepto incluye el conocido DNR (Do-Not-Resuscitate order) En la literatura anglosajona se ha escrito mucho sobre este tema y en particular en intensivos. Hay que tener en cuenta que el termino de DNR no se utiliza sólo como no reanimación cardio pulmonar sino que abarca también conceptos de LET. Diferente es en nuestro ámbito, puesto que la organización de los SMI es diferente a los SMI americanos. En el sentido que nuestras UCIs son cerradas (plantilla de médicos concreta) siendo abiertas en USA. (58) Es por ello que por lo menos en los SMI de nuestro país no se suele escribir en la historia clínica DNR puesto que se discuten los pacientes cada día en la sesión clínica y es en donde normalmente se toman las decisiones de LET. A pesar de esto es aconsejable que estas decisiones se reflejen en el curso clínico de la historia del paciente.

La incertidumbre nos lleva en ocasiones a ingresar pacientes en el SMI e iniciar maniobras de soporte vital siendo posteriormente difícil, emocionalmente, retirar dichas medidas, cuando la recuperación del paciente se ve casi imposible. In Dubio pro patiens, siendo tal vez la postura en estos casos el iniciar tratamiento intensivo condicionado a un tiempo determinado (TIC) (59). Esto es útil fundamentalmente en los pacientes de edad avanzada. Recientemente se ha publicado un trabajo español (proyecto PAEEC) sobre la limitación de tratamiento en pacientes de edad avanzada (> de 75 años) en el que se demuestra que estos pacientes han recibido menos esfuerzo terapéutico, medido por el sistema TISS, siendo su gravedad y mortalidad superior a los pacientes jóvenes. (60) En este mismo sentido Rady publica otro trabajo sobre cirugía cardiovascular en pacientes de edad avanzada (61). Siendo la máxima en este tipo de pacientes, el aforismo que en el siglo XV se inscribió en la tumba del Dr. Trudeau :“ curar a veces, aliviar a menudo y confortar siempre “. (62).

El principio de respeto de la autonomía del paciente, en la mayoría de los casos en el SMI, no se puede aplicar por no ser autónomo al no ser competente debido a su enfermedad (63). Múltiples factores pueden alterar la función cognitiva y la comunicación como: la confusión, amnesia, sedación, delirio, ansiedad, dolor, privación del sueño, medicación e intubación traqueal (20). Es por esto habitual la comunicación con el representante legal que normalmente es la familia. Sin embargo, ocasionalmente, el médico no tiene garantías de esta equivalencia sino lo contrario, que existen evidencias de las discrepancias y constituyen verdaderos conflictos éticos (64). En estos casos que el médico sospecha que se va en contra de la voluntad del paciente, éste debe constituirse en el defensor de sus derechos incluso llegando a mecanismos judiciales si fuese preciso.

El trato con la familia no es fácil en parte por la inseguridad que en ocasiones surge por lo dicho anteriormente y por otra parte por nuestra propia inexperiencia y conocimiento en el arte de la comunicación. Se estima que durante 40 años de actividad clínica de la carrera profesional, un médico puede realizar 200.000 entrevistas de promedio, lo cual es probablemente más frecuente que cualquier otro proceder médico (65), no habiendo tenido ningún tipo de preparación académica en dar malas noticias, responder a preguntas difíciles, informar del diagnóstico, escuchar a las familias y soportar y entender los silencios del enfermo cuando éste es competente.

Amenudo el médico de intensivos es el último médico que encuentra el paciente y en ocasiones no sólo el último sino el único.

Crterios para la toma de decisiones de LET

El debate se centra a menudo en el concepto de futilidad. Palabra importada de la cultura anglosajona una vez más y se refiere a que un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado y por tanto no existe la obligación de aplicarlo (21,57). Definiciones más extensas como la siguiente intentan definir mejor este concepto. "Es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo 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". (66).

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 en estado vegetativo persistente. (64,67,68,69). En este contexto podemos clasificar cuatro categorías de tratamiento. a) Tratamiento que no tienen ningún efecto fisiológico beneficioso; b) tratamiento que es extremadamente improbable que sea beneficioso; c) tratamiento con efecto beneficioso pero es extremadamente costoso; y d) tratamiento que su beneficio es incierto o controvertido. Sólo el primero de ellos es denominado fútil. El resto son tratamientos inapropiados o inadmisibles. (70).

La proporción de pacientes que pertenecen a la primera categoría de tratamiento son pocos en comparación con la población de pacientes ingresados en un SMI que requieren soporte vital de forma prolongada y con dudosa recuperación de una vida independiente y aceptable. Es por ello que este concepto de futilidad es poco práctico (71) si lo comparamos con pacientes por ejemplo con sólo fallo irreversible de un único órgano o patologías crónicas agudizadas con un pronóstico comparable al de las neoplasias como por ejemplo las hepatopatías crónicas, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada.

En un estudio reciente en nuestro país en el que se incluían 2970 pacientes procedentes de seis SMI diferentes se tomaba la decisión de LET en el 7% de los pacientes ingresados en SMI. Estas limitaciones no eran uniformes en los servicios estudiados y dependían de las características de la población de cada una de ellas. (33)

En este estudio el tratamiento limitado era en el siguiente orden:

Fármacos vasoactivos (72%)
Ventilación mecánica (43,6%)
Antibióticos (27,2%)
Nutrición (21,8%)

Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios de opinión (72,73) y coinciden con la escasa incidencia en la limitación de la nutrición. A pesar que es un tratamiento de soporte vital tiende a considerarse más como un cuidado que como un tratamiento médico.

En el estudio holandés en donde se ha investigado éstas decisiones médicas con relación a la eutanasia, mostraba que decisiones médicas que acortan la vida o conllevan el riesgo de acortarla eran un total de 48.700 muertes; 22.500 estaban relacionadas con decisiones para suprimir o negar el tratamiento y otras 22.500 con decisiones para aliviar el dolor y los síntomas mediante fármacos que el médico sabía que podían hacer que el paciente muriera más rápidamente. (74). Hay que tener en cuenta que el modelo holandés es el único que tiene publicadas cifras de mortalidad en relación a la práctica médica ya sea por limitación de esfuerzo, eutanasia, suicidio asistido o dosis elevadas de opioides y que no ha aumentado con el tiempo. (75,76).

Los propios valores del intensivista son lo que marcan las decisiones de la LET en muchas ocasiones; lo que es incorrecto desde el punto de vista ético y de la calidad de la asistencia. Esto es así ya que se valora en estudios publicados de estado de opinión que el factor fundamental para la toma de decisiones en este sentido es la calidad de vida previa (92%) y la futura o predecible (83%). (53). También es cierto que los médicos infravaloran la calidad de vida de los pacientes mientras que éstos son más optimistas y con mayor tolerancia a las limitaciones. (77). La forma de evitarlo por lo menos en los enfermos crónicos y con riesgos de crisis agudas es que estén bien informados del pronóstico de su enfermedad y de las posibilidades terapéuticas y así puedan decidir qué tipo de vida estarían dispuestos a aceptar y con qué riesgos.

La actitud de los profesionales españoles hay otros factores además de la calidad de vida que queda muy lejos como es el coste del tratamiento (10%) a diferencia de USA que es del 60% (78). En este contexto no es de extrañar esta diferencia cuando hay quién sostiene una nueva responsabilidad ética en el termino de "Managed Care" (término que creo mejor no traducir) de los médicos. Actualmente hay quién sostiene que el médico ha de ser administrador de servicios, no sólo el jefe del servicio sino incluso el médico de asistencia primaria. (79) Autonomía frente a justicia es una representación de esta nueva visión. Esto hace que el consentimiento informado, la honestidad y en resumen la relación médico enfermo entre o pueda entrar en conflicto por los intereses económicos que impone el Managed Care. Experiencias como incentivos para ahorrar dinero tienen como resultado una actuación que puede llegar a ser perversa. Más perversa aún, puede ser en los SMI. Opiniones contrarias como las de Pellegrino, por lo menos, hay que tenerlas en cuenta: (80)

1. Ante todo los médicos son médicos, no funcionarios del Managed Care.
2. Los médicos han de ser administradores de la calidad del cuidado, teniéndolos en consideración en cada política, regla o regulación que la organización quiera implantar.
3. Los médicos han de insistir en la integridad de la relación médico enfermo con independencia ética médica de los caprichos de los gobernantes.
4. Los médicos se han de oponer a los sistemas de incentivos financieros o otros que modifiquen la conducta de los médicos hacia sus pacientes.
5. Los médicos deben siempre mantener la primacía de lo mejor para el paciente.
6. Los médicos deben alentar, dar soporte y participar en estudios de eficacia terapéutica.

Mi opinión personal es que estos postulados son típicamente americanos y nacen de una historia sanitaria diferente a la nuestra en la que desde hace años la asistencia sanitaria en nuestro país se basa en la solidaridad, equidad y justicia que no existe en USA o por lo menos no de forma universal.

Es por ello que no es de extrañar, a diferencia de los americanos, que siempre en la relación médico enfermo ha existido un tercero (el que paga) en nuestro país. Es evidente la necesidad de participación del médico porque si no es imposible la contención del gasto en un sistema con recursos limitados que ha de velar por la justicia, la equidad e igualdad de oportunidades como se refleja en nuestra constitución.

Como he dicho anteriormente el papel de la familia o representante legal es fundamental ya que la mayoría de los pacientes o están intubados o sedados o en situación de coma no pudiendo expresar sus preferencias. La familia es una parte importante de nuestra responsabilidad como médicos intensivistas, por dos razones: En primer lugar hay pocos sitios en dónde la familia sufre más como en cuidados intensivos. En segundo lugar los pacientes de intensivos no pueden, en la mayoría de las ocasiones, decidir por ellos mismos. Nosotros somos expertos en opciones y alternativas médicas, pero las familias son expertas en lo que querría el paciente y en la mayoría de las veces se encuentran con esta responsabilidad de forma brusca. Nosotros necesitamos de ellos y ellos necesitan de nosotros. (81)

Por esto también en el caso de LET se ha de tener en cuenta a la familia. Pero ésta es una responsabilidad que habitualmente no se realiza por temor a la falta de entendimiento y problemas legales. Es por ello que la LET no puede ser "ocultista" si lo que estamos hablando se ajusta a los principios éticos y las normas de buena práctica clínica y por tanto deben poderse defender públicamente. Se ha demostrado que una información defectuosa es la responsable de gran parte de los conflictos generados en las relaciones clínicas y al revés son menos los problemas y las denuncias. (82).

En un reciente artículo se pone de manifiesto la dificultad de comunicación de los profesionales de intensivos con los pacientes o sus familiares (83). Entre otros se aconseja que la información diaria al paciente o alegado, la dé el responsable médico del paciente y no el de guardia como sucede en muchos servicios de nuestro entorno. El cuidado del paciente por el mismo médico y por la misma enfermera por turno, es lo que más satisfacción da a la familia.(84)

En el estudio español, anteriormente citado, en el 70% de los casos se consultó con la familia sobre la decisión de LET lográndose un acuerdo directo en el 32,9% de los casos y un acuerdo indirecto en el 27,1%. Cifra semejante al estudio de D.Asch en USA. (77). En un 7% fue la familia la que hizo la propuesta de LET. En un 2,9% la rechazó. En ningún caso participaron los pacientes (no por exceso de paternalismo o violación de la autonomía) lo que refleja la realidad de los SMI españoles. (33). Otros autores recomiendan que la familia no intervenga en la toma de decisiones y en un afán de paternalismo solo recomiendan informar a la familia que el paciente se está muriendo. (85). En un trabajo en Suecia sobre órdenes de no

resucitación en la planta de Medicina Interna se llegaba a la misma conclusión en el sentido que dichas ordenes en la mayoría de los casos se tomaban unilateralmente sin consultar con la familia o los pacientes. (86)

Partiendo de esta realidad en la que los pacientes, en su mayoría, no están en condiciones de poder decidir. Las decisiones de LET se pueden tomar a partir de estas tres posibilidades o orientaciones que recomienda O. Quintana. (11)

- Actuar en función de lo que más favorezca al enfermo, entendiendo que lo que más le favorece es lo que le proporciona mayor bienestar.
- Lo que decida el allegado más próximo al enfermo.
- Declaraciones expresas que hubiera hecho el paciente previamente.

Las voluntades anticipadas o testamentos vitales, hoy por hoy no es una práctica habitual en nuestro contexto, por lo que hay que realizar combinaciones entre las dos primeras. Esto no deja que las instituciones sanitarias deberían ir admitiendo su obligación de informar y respetar la capacidad de decisión del paciente y deberían elaborarse políticas institucionales que fomentasen la adopción de últimas voluntades o/y la delegación de la capacidad de decisión en albaceas o apoderados facultados por el paciente para decidir en su lugar, para el caso de haber perdido esta capacidad tal como se contempla en la ley catalana (22).

Otro factor a tener en cuenta es que nuestra sociedad, aunque todavía bastante uniforme en cuanto a creencias religiosas y valores se refiere, está cambiando y así se define y defiende en el artículo primero de nuestra constitución. La pluralidad es la norma y cada vez será mayor. Es interesante un estudio realizado en Hong Kong sobre la toma de decisiones éticas en cuidados intensivos. Cito este estudio por incidir dos culturas completamente diferentes, la cultura anglosajona y la china. Así en la medicina moderna americana prevalece los derechos individuales, la libertad personal y la descentralización en muchos aspectos de la vida reflejándose en la autonomía del paciente, el consentimiento informado, y principio de justicia distributiva. En la cultura china y oriental se basa en las tradiciones del Taoismo y Confucianismo en donde se acepta el destino, se enfatiza en la armonía, las relaciones interpersonales y la importancia de la comunidad (grupo o familia) sobre el individuo. Es decir que mientras en América se ha pasado del paternalismo a la autonomía en otras partes del mundo coexisten como en Europa y no se acepta como es el caso de la cultura oriental. (87,88)

En la práctica se establecen sugerencias para facilitar el proceso de comunicación de estas medidas de LET: (89)

- Recomendación compartida mayoritariamente por todo el equipo implicado. Respetando la objeción de conciencia como un derecho fundamental que contempla nuestra constitución.
- Debe intentar alcanzarse un grado suficiente de acuerdo (directo o indirecto) y en ocasiones habrá que matizar la información para no causar más daño a la familia.
- Conceder a la familia el tiempo necesario para que puedan aceptar la situación
- En caso de no aceptación seguir con el soporte vital y mantener el diálogo
- Previamente ha debido existir un buen proceso de información acerca de las opciones de tratamiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Una vez tomada la decisión de LET existe la obligación ética de no abandonar el paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que recibe las necesarias medidas de confort, cuidados, analgesia y sedación asegurando la ausencia de dolor físico o psíquico. (90) En los estudios de opinión realizados en nuestro país a los profesionales se observa mantener lo anterior en el 100% de los casos. (53).

Propuestas de actuación para la toma de decisiones de LET en los pacientes de Medicina Intensiva

- Debe ajustarse al conocimiento actual de la medicina y fundándose en la medicina basada en la evidencia haciendo correctamente las cosas que son correctas. (91)
- Debe discutirse colectivamente y tomarse por unanimidad. La presencia de dudas por parte de un solo de los miembros del equipo implicado en la decisión debe hacer que ésta se posponga o apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia.
- Debe siempre informarse y consultar con los familiares, intentando alcanzar un acuerdo en lo posible directo. En ningún caso debe responsabilizarse a la familia de la toma de decisiones, ya que eso no sólo es cruel sino además inadmisibles desde el punto de vista profesional. La LET es una decisión médica.

- El no ingresar un paciente en UCI es una forma de LET. Por ello hay que procurar que los profesionales de las plantas de hospitalización y los médicos de cabecera aconsejen a sus pacientes, fundamentalmente a los crónicos, la realización de voluntades anticipadas o testamento vital.

Las organizaciones y empresas aseguradoras, es lógico, que intenten definir aquellos tratamientos inadmisibles, inadecuados y/o fútiles, partiendo de la base que los recursos son limitados. (20,70). En nuestro país en donde la sanidad y la asistencia sanitaria es mayoritariamente financiada por dinero público, sería a nivel del gobierno quién tendría que establecer estos límites, asesorado por la sociedad científica correspondiente y asegurando el debate público. Teniendo en cuenta que el poder del Estado es para ordenar la sociedad con criterios de equidad y justicia, respetando a las personas que están en situaciones de vivencia peor que la muerte.

En los años 60 nosotros aprendimos las técnicas de resucitación cardio pulmonar y en los años 70 lo enseñamos al público en general. En los 70 aprendimos a escribir o decidir la orden de no resucitación y en los 80 lo enseñamos al público en general. En los 80 aprendimos el no poner o retirar medidas de soporte vital y actualmente tenemos que enseñarlo y discutirlo con el público en general. Una de las formas de hacerlo es con las familias, teniendo en cuenta que un cuidado de alta calidad con las familias no sólo sirve como docencia sino también como reputación e imagen de los Servicios de Medicina Intensiva y que los especialistas en Medicina Intensiva son los que mejor pueden ofrecer alternativas a los tratamientos de soporte vital ya que forma parte de su conocimiento como especialista así como su formación en temas de bioética tal como se demuestra no solo en los congresos nacionales e internacionales de la especialidad sino también en la gran participación en cursos y masters de bioética. Es por ello evidente que los pacientes críticos exigen cada vez más ser atendidos por especialistas en Medicina Intensiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Casado M. La discussió sobre l'eutanàsia. Pag 67. En: La mort en les ciències socials. Casado M, Sarriblle G (eds) Editorial Gráficas Signo SA 1995. Barcelona
2. Navarro A. Bioética y Ley general de Sanidad. En: Materiales de Bioética y Derecho. Casado M. Cedecs Editorial SL, Barcelona 1996. Pags 88-89.
3. Casado M. El conflicto entre bienes jurídicos en el campo de la genética clínica: exigencias de salud pública y salvaguarda de la dignidad humana. Rev. Der. Gen. H. 1996;4:25-41
4. Sève L. Critique de la raison bioéthique. Ed. O. Jacob, Paris 1994.
5. Valls R. Dignidad humana. Revista calidad asistencial. 1999; 14: 707-709
6. Betancor JT. Bioética y eutanasia. En: Materiales de Bioética y Derecho. Casado M. Cedecs Editorial SL, Barcelona 1996. Pags 88-89.
7. Singer P. Etica Práctica. 1984. Ed. Ariel S.A. Pags 161-165.
8. Rachels J. Active and passive euthanasia. New Engl. J. Med 1975;292: 78-80
9. Ferrater J, Cohn P. La Eutanasia. En: Etica aplicada. Del aborto a la violencia. Ferrater J, Cohn P. Alianza Editorial SA 1996. Pags 93-107
10. Kind Cf.P, Rosser R.M, Williams A. A valuation of quality of life: some psychometric evidence, en Jones Lee MW ed. The Value Life and Safety. N Holland Pub 1982; 159-170
11. Quintana O. En: Por una muerte sin lágrimas. Ed. Flor del Viento. 1997. Pag 163
12. Cassal Ch K. El suicidio asistido por el médico: ¿progreso o peligro?. En: De la Vida a la Muerte. Ciencia y Bioética. Edición: David Thomasma y Thomasine Kushiner. Cambridge University Press. Madrid 1999

13. Singer P. En: Repensar la vida y la muerte. Ed. Paidós. Barcelona 1997. Pags 69-87
14. Sanz J. Decisiones en el final de la vida. Med Clin (Barc) 1997; 109: 457-459.
15. Hastings Center Report: Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff manor, NY 1987
16. Beauchamp T.L, Childress J.F. Respect for Autonomy, Nonmaleficence, Beneficence, Justice. Pags 120-394. En: Principles of Biomedical Ethics (fourth edition). Oxford University Press. 1994
17. The SUPPORT principal investigators for the SUPPORT project. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients; the Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and risk of Treatment. JAMA 1995; 274:1591-1598.
18. Savater F. Elecciones generales. En: Ética para Amador. Barcelona: Ariel, 1991; 163-181.
19. Engelhardt H T. Los fundamentos de la bioética. Ediciones Piados. Barcelona 1995
20. Lanken PN, Ahlheit BD, Crawford S, et al. Withholding and Withdrawing life-sustaining therapy. American Thoracic Society. Ann. Intern. Med. 1991; 115: 478-485
21. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine: Ethical Principles in Intensive Care. Ethical Guidelines. Intensive and Critical Care Digest 1992; 11:40-41
22. Llei 21/2000, de 29 de desembre. Sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient. DOGC. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya)
23. Royes A. Voluntades anticipadas. Revista calidad Asistencial. 2001; 16: 424-427
24. Sehgal AR, Weisheit Ch, Miura Y, Butzlaff M, Kielstein R, Taguchi Y. Advance directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany, and Japan. JAMA 1996; 276:1652-1656
25. Emanuel E.J. Asistencia de pacientes terminales. Lancet (ed.Esp.) 1997; 31: 200-201
26. Raffin TA. Withdrawing life support. How is the decision made? JAMA 1995; 274:1591-1598.
27. Cook DJ, Guyatt GH, Jaeschke R, Reeve J et al. Determinants in Canadian Health Care Workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. JAMA 1995; 273:703-708
28. Prendergast TJ, Raffin TA. Variations in DNR rates. CHEST 1996; 110:1141-1142
29. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, Esmail R, Inman KJ, Sibbald WJ. Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit: A comparison of teaching and community hospitals. Crit Care Med 1998; 26: 245-251
30. Smedira NG, Evans BH, Grais Ls. et al, Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. N.Engl.J.Med. 1990; 322:309-315
31. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155:15-20
32. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French Latarea group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. Lancet 2001; 357: 9-14
33. Vincent JL,
34. Muir J.A. Eleccion del paciente y practica clinica basada en la evidencia .Pags 227-233. En: Atención sanitaria basada en la evidencia. Ed: Muir J.A. Churchill Livingstone España, sl. Madrid 1997

35. Casado M. La Bioética. En: Materiales de Bioética y Derecho. Casado M. Cedecs Editorial SL, Barcelona 1996. Pags 42.
36. Rubenfeld GD, Crawford SW. Withdrawing life support from mechanically ventilated recipients of bone marrow transplants: a case for evidence-based guidelines. *Ann Intern Med* 1996; 125: 625-633
37. Kahan S.J, Bernstein S.J, Leape L.L, et al. Measuring the necessity of medical procedures. *Me. Care* 1994; 32: 357-365
38. Delgado R. La variabilidad de la práctica clínica. *Calidad Asistencial* 1996; 11: 177-183
39. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998;110:382-390
40. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990;95:385-388
41. Solsona JF, Abizanda R. Hacia la elaboración de criterios de ingreso en los servicios de medicina intensiva. *Med Intensiva* 1998;22:72-73
42. Angus DC. Et al. Current and projected work force requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: care we meet the requirements of an aging population ? *JAMA* 2000; 284: 2762-2770
43. Cabré LI, Costa J, Carrasco G, Molina R. Sistemas de puntuación de gravedad. Mortalidad. *Calidad Asistencial* 1996; 11: 47-53
44. Abizanda R. Selección frente a elección. Política de ingresos y altas en las unidades de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 1991; 15:322-328.
45. Bone R.C, McElwee N.E, Eubanks D.H, Gluck E.H. Analysis of indications for intensive care unit admission. Clinical efficacy assessment project: American College of Physicians. *CHEST* 1993; 104:1806-1811.
46. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin J.S, Gehlbach S.H, Rapaport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA* 1993; 270:2478-2486.
47. Knaus W.A, Wagner D.P, Draper E.A, Zimmerman J.E, Bergner M, Bostes P.G, et al. The APACHE III prognostic system – risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *CHEST* 1991;100:1619-1639.
48. Le Gall J – R, Lemeshow S, Saunier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European / North American multicenter study. *JAMA* 1993; 270:2957-2963.
49. Esserman L, Belkora J, Lenert L. Potentially ineffective care. A new outcome to assess the limits of critical care. *JAMA* 1995; 274:1544-1551
50. Cabré LI. Estat actual dels serveis de medicina intensiva a Catalunya. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona 1995.
51. Metcalfe M.A, Sloggett A, McPherson K. Mortalidad en pacientes remitidos justificadamente a unidades de cuidados intensivos y con ingreso denegado. *Lancet (ED ESP)* 1997; 31:287-292
52. McAllister C, Howard J.P. Investigación sobre ingresos en cuidados intensivos. *Lancet (ED ESP)* 1997; 31:265
53. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socias L, López J, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva* 1994;18:100-105
54. Sprung ChL, Oppenheim A. End-of-life decisions in critical care medicine – Where are we headed ? *Crit Care Med* 1998; 26:200-202

55. President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forgo life – sustaining treatment: Ethical, medical and legal issues in treatment decisions. Washington: US Government Printing Office 1983
56. The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life prolonging medical treatment. *J Med Ethics* 1992; 18:supplement.
57. Callahan D. What kind of life. Simon and Schuster De. NY. 1990
58. Teres D. Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 1993; 19: 316-322
59. Rush P. Guidelines for critical care and the elderly: The search continues. *Crit Care Med* 1997; 25: 1619-1620
61. Rady M, Ryan T, Starr N. Perioperative determinants of morbidity and mortality in elderly patients undergoing cardiac surgery. *Crit Care Med* (in press)
62. Suárez J.R. Decisiones conflictivas en la unidad de cuidados intensivos: ¿ Eutanasia y distanasia o asistencia integral de la agonía ?. Pags 461-475. En:Eutanasia hoy un debate abierto. Salvador Urraca Ed. Editorial Noesis 1996. Madrid.
63. Task force on ethics of the SCMM. Consensus reports on the ethics of forgoing life – sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18:1435-1439
64. Danis M, Patrick DL, Southerland LI, Green ML. Patients and families preferences for medical intensive care. *JAMA* 1988; 260: 797 – 802
65. Fallowfield L. Communication in cancer care. *Oncology in Practice* 1994; 2: 3-4
66. Iceta M. El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica. Tesis doctoral. Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, 1995
67. American College of chest physicians / Society for critical care medicine consensus panel. Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation and withdrawal of intensive care. *CHEST* 1990; 97:949-958
68. American thoracic society: withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Ann Intern Med* 1991; 15: 478-485.
69. Ruark HE, Raffing TA, Stanford Univ. Medical Center Committee on Ethics: Initiating and withdrawing life support: principles and practice in adult medicine. *NEJM* 1988; 318:5-30
70. Danis M, Truog R, Devita M, Dagi F, Englehardt T, et al. Consensus statement of the society of critical care medicine's 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
71. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *NEJM* 1992; 326:1560-1564
72. Abizanda R, Miravet V, Heras A, Guasch X, Mecho D. Ética y soporte nutricional. *Med Intensiva* 1994; 18:460-464
73. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intens Care Med* 1990; 16:256-264
74. Van Der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CW. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 669-674
75. Van Der Maas PJ, Van Der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the netherlands, 1990-1995. *N. Engl. J. Med* 96;335: 1699-1705

76. Van Der Wal G, Van Der Maas PJ, Bosma JM. et al. Evaluation of the notification procedure for physician – assisted death in the Netherlands. *N. Engl. J. Med.* 96; 335: 1706-1711
77. Asch DA, Hansen-Flasdhén J. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physician’s practices and patient’s wishes. *Am J Resp Crit Care Med* 1995; 151:279 – 281
78. SCCM Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life sustaining treatments. *Crit Care Med* 1993; 20: 320-326
79. Perckel RL. Ethics and managed care. *Medical clinics of north america* 1996;80:263-278
80. Pellegrino ED: Words can hurt you:Some reflections on the metaphors of managed care. *J.Am Bd Fam Prct* 1994;7:505-510
81. Harvey MA. Evolving toward – but not to – meeting family needs. *Crit Care Med* 1998;26:206-207
82. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician - patient communication. *JAMA* 1997;277; 553-559
83. Vincent JL. Communication in the ICU. *Intens Care Med* 1997; 23:1093-1098
84. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998;26: 266-271
85. Daffurn K, Kerridge R, Hillman KM. Active management of the dying patient. *Med J Aust* 1992; 157: 701-704
86. Asplund K, Britton M. Do-not-resuscitate orders in Swedish medical wards. *J Int. Med* 1990;228:139-145
87. Ip M, Gilligan T, Koenig B, Raffin T. Ethical decisio-making in critical care in Hong Kong. *Crit Care Med* 1998;26: 447-451
88. Oppenheim A, Sprung ChL. Cross-cultural ethical decision-making in critical care. *Crit Care Med* 1998;26: 423-424
89. Sánchez JM. Retirada o no inicio de soporte vital. En *Ética y Costes en Medicina Intensiva*. Ed: A Net. Springer – Verlag Ibérica. Barcelona 1996.
90. Quill TE, Cassel ChK. Nonabandonment: A central obligation for physicians. *Ann Intern Med* 1995; 122: 368-374
91. Muir J.A. Hacer correctamente las cosas correctas. Pags 19-30. En: *Atención sanitaria basada en la evidencia*. Ed:Muir J.A. Churchill Livingstone España,sl.Madrid 1997