Globethics Repository



El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas [Limit of therapeutic effort in spanish medical journals]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Solís García del Pozo, Julián;Gómez Pérez, Ignacio
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-14 01:17:54
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203378

EL LÍMITE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS PUBLICACIONES MÉDICAS ESPAÑOLAS

LIMIT OF THERAPEUTIC EFFORT IN SPANISH MEDICAL JOURNALS

Julián Solís García del Pozo[a]
Ignacio Gómez Pérez[b]
[a] *Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo (Albacete)*
[b] *Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir».*

Resumen

Pretendemos analizar en este trabajo las publicaciones que sobre el límite del esfuerzo terapéutico se han realizado en la última década en revistas dirigidas a profesionales y no especializadas en bioética. La mayoría de estos artículos son de opinión donde la influencia de la bioética principialista es manifiesta, llegando incluso a justificar el derecho a acabar con la vida en base a la autonomía del paciente. Es necesario que la bioética personalista haga llegar sus planteamientos también a las revistas no especializadas.

Palabras clave: límite del esfuerzo terapéutico, órdenes de no reanimación, revisión bibliográfica.

Abstract

In this paper we review articles concerning the limits of therapeutic effort that have been published in the past decade in journals directed at health professionals. Most of these articles are opinion pieces in which the influence of principlism is clear, even going so far as to justify the right to terminate life based on patient autonomy.

Autor para correspondencia: J. Solís García del Pozo. C/ Alcalde Conangla, Nº 4 - 3º D. 02001 - ALBACETE (España). Teléfono: 967609412 - 689479990. e-mail: julianeloysolis@gmail.com

It is time for personalistic bioethics to transmit its approaches in medical journals that are not specialized in bioethics.

Key words: limitation of therapeutic effort, do-not-resuscitate order, literature review.

1. Introducción

Aunque el límite del esfuerzo terapéutico (LET) es un tema de gran actualidad, la información que los médicos clínicos reciben de ella es limitada. En los últimos años parece surgir un interés desde publicaciones médicas no especializadas en bioética, apareciendo artículos de opinión y de investigación clínica en ocasiones favorecidos por distintas sociedades médicas[1].

Podríamos definir LET como la decisión de retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario considera que en la situación concreta del enfermo, son inútiles o fútiles. Dentro del LET, las órdenes de no reanimación son un caso especial por plantear una problemática concreta dentro y fuera de los hospitales y por ser una de las medidas de LET más frecuentes[2].

A pesar del evidente interés de este tema, no hay trabajos que recopilen y revisen la bibliografía publicada en los últimos años sobre LET y las ONR en revistas dirigidas a profesionales sanitarios, y no especializadas en bioética. Realizar una revisión del número y del contenido de estos trabajos es el objetivo del presente estudio.

2. Material y métodos

Hemos realizado una revisión de las publicaciones en revistas médicas españolas *no especializadas en bioética publicadas desde el año 2001 hasta la actualidad.* Se ha realizado una búsqueda en MEDLINE utilizando los términos «withholding» o «withdrawing» y «not resuscitate orders» especificando la búsqueda en español. También se han realizado nuevas búsquedas en bases de datos bibliográficas españolas. Para la búsqueda de han usado los términos «limitación del esfuerzo terapéutico», «órdenes de no reanimación» u «orden de no reanimación». La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos:[3]

1 Entre el momento de escribir este trabajo y su publicación, se ha publicado un documento sobre LET auspiciado por la Sociedad Española de Medicina Interna en su revista (revista Clínica Española): Herreros B, Palacios G, Pacho E. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Rev Clin Esp.* 2012; 212: 134-40.

2 García Lizana refiere que un 12,95% de los pacientes ingresados en una UCI tenían una ONR (García Lizana y cols 2010, ver referencia completa en el apartado referencias bibliográficas, al finaldel presente trabajo). Quintana refiere que incluso más de un 60% de los pacientes fallecidos en hospitalización general la tenían (Quintana S y cols 2005. Ver referencia completa al final).

3 Para más información de estas bases de datos se recomienda la revisión de Primo-Peña E, Estrada-Lorenzo JM. «Las bases de datos bibliográficas españolas, un instrumento para el conocimiento y la difusión de la producción científica». *Semin Fund Esp Reumatol.* 2009; 10: 132-41.

a) -IME: Índice Médico Español (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).[4]

b) -IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud. Es una producción del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con BIREME, institución creadora de la base internacional LILACS.[5]

c) -MEDES: Medicina en Español, base de datos dependiente de la Fundación Lilly.[6]

d) -CUIDEN: base de datos en enfermería (Fundación Index de Granada)[7].

Se ha revisado la bibliografía citada en los artículos localizados para completar la búsqueda. Las publicaciones así encontradas se han clasificado para su análisis según el tipo de publicación:

— Artículos originales de investigación clínica sobre datos de pacientes.

— Artículos originales realizados sobre la opinión de los profesionales y/o pacientes (encuestas).

— Artículos de opinión y editoriales.

— Normas o guías redactadas por grupos de trabajo de sociedades científicas.

Se han excluido las publicaciones referentes a pacientes pediátricos ya que pueden plantear problemas específicos difíciles de abarcar en este trabajo.

En el análisis de las publicaciones originales se registró el año de publicación, el lugar de realización, el objetivo principal del trabajo y las conclusiones del estudio. En los artículos de opinión y normas de sociedades científicas, además del año de publicación del autor, se analiza cuál son las conclusiones principales o el mensaje que intentan transmitir así como el paradigma ético que los sustenta.

Se ha considerado que es la bioética principialista la inspiradora de un determinado artículo si se citan expresamente los principios enunciados por Beauchamps y Childress como guía del mismo, o bien si aún citándolos marginalmente, se mostraba una aplicación de principios como el de autonomía como base para considerar éticamente correcta una actuación, incluso por encima del valor de la vida humana.

3. Resultados

Se han localizado en total 44 artículos en las distintas bases de datos y tras revisión de la bibliografía citada en ellos. Hubo artículos localizados en más de una base de datos. Teniendo esto en cuenta, 27 de estos artículos se localizaron en base IME, 25 en IBECS, 16 a través de MEDLINE, 16 en MEDES, 1 en CUIDEN. Cuatro artículos adicionales se localizaron

4 Disponible en la página web: http://bddoc.csic.es:8080/index.jsp. Actualmente el responsable de su mantenimiento, crecimiento y difusión es el Instituto de Hª de la Ciencia y Documentación López Piñero, en Valencia. Reúne citas de más de 300 revistas editadas en España.

5 Disponible en la página web: http://ibecs.isciii.es. Permite también enlazar al texto completo del artículo si pertenece a alguna de las 40 revistas incluidas en el portal SciELO España. Recoge información de unas 200 revistas españolas.

6 Disponible de forma libre en la página web: http://www.fundacionlilly.com/Nitro/foundation/templates/medes-search.jsp?page=30100. Incluye unas 60 revistas españolas desde el año 2001.

7 Disponible en la página web: http://www.index-f.com. Recoge la producción científica enfermera de más de 450 revistas de España y Latinoamérica.

en la revisión de la bibliografía citada. En el momento de la redacción del presente trabajo, se va a publicar una «actualización» sobre LET por el grupo de bioética de la Sociedad Española de Medicina Interna[8]. Gracias a la bibliografía aquí reseñada se han encontrado tres trabajos adicionales[9], que junto a los 44 anteriores y el ya citado de la Sociedad Española de Medicina interna hacen un total de 48 artículos.

Durante todo el periodo se nota un ligero aumento en el número de publicaciones en España dedicadas a este tema, desde las 2 publicaciones encontradas del año 2001 a las 7 del año 2010. La mayoría de los trabajos se refieren de forma general al límite del esfuerzo terapéutico (33 de los trabajos) siendo menor el número de los que se refieren específicamente a las órdenes de no reanimación (10 trabajos). Cinco trabajos se refieren tanto a LET en general como específicamente a las ONR.

La mayoría de las publicaciones son artículos de opinión de los autores en donde exponen su pensamiento sobre los temas aquí tratados. Así, de los 44 trabajos encontrados, 23 son de este tipo, 16 son estudios clínicos de pacientes en donde se intenta conocer la frecuencia y los factores asociados a la práctica de LET y/o ONR. 6 de los trabajos son encuestas dirigidas principalmente a profesionales médicos o de enfermería, aunque uno de ellos estaba dirigido a familiares de pacientes. Por último 3 de las publicaciones eran guías publicadas por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) relacionadas con este tema[10]. Una sobre LET. Otra de las guías estaba referida a la bioética de la reanimación cardiopulmonar refiriéndose de forma explícita a las ONR. Un tercer trabajo estaba dedicado a las recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Las tres guías estaban elaboradas por el grupo de trabajo en bioética de la SEMICYUC.

Es llamativo que mientras los trabajos que hacen referencia al LET son en su mayoría artículos de opinión (19 artículos, 57'6%), los que se refieren a las ONR son en su mayoría estudios clínicos (5 artículos, 50%), invirtiéndose la situación respecto al LET.

En cuanto a las publicaciones en las que aparecen estos artículos, 15 de las publicaciones aparecen en revistas relacionadas con la medicina de pacientes

8 Publicada ya en la fecha de aceptación de este artículo. La referencia del artículo es: Herreros B, palacios G, Pacho E. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Rev Clin Esp.* 2012; 212: 134-40.

9 Se trata de los siguientes: Velasco M, Vegas A, Guijarro C, Espinosa A, González I, Martín H, y cols. «Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006; 41: 297-300. Velasco M, Guijarro C, Barba R, García-Casasola G, Losa JE, Zapatero A. «Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40: 138-44. Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. «Neoplasias diagnosticadas en planta de Medicina Interna: características y factores determinantes para limitar los esfuerzos diagnóstico terapéuticos». *Rev Clin Esp* 2010; 210: 592-3.

10 La referencia completa de estos tres trabajos se encuentra al final del presente artículo y son: Monzón JL y cols por el grupo de Bioética de la SEMICYUC, 2010; Monzón JL, 2008; Cabré L, 2002.

Tabla 1
Nº de artículos referidos a ONR/LET en los últimos 10 años

Revista	Nº de artículos encontrados
Medicina intensiva	11
Medicina clínica	8
Revista española de geriatría y gerontología	6
Medicina paliativa	4
Revista clínica española	4
Metas de enfermería	3
Enfermería intensiva	3
Revista española de cardiología	2
Revista de calidad asistencial	2
Anales del sistema sanitario de Navarra	2
Cirugía española	1
Revista española de anestesiología y reanimación	1
Seminarios de la fundación española de reumatología	1

críticos. 4 aparecen en revistas de calidad asistencial. Sólo un artículo es de una revista dedicada a cirugía. El resto (24) se reparten entre múltiples revistas de especialidades médicas, entra las que destacan los cuidados paliativos (4 publicaciones), geriatría (6 publicaciones) y medicina interna (4 publicaciones). También es importante destacar que 6 de las publicaciones aparecen en revistas dirigidas a profesionales de la enfermería.

En concreto, las publicaciones que más se repitieron fueron Medicina Intensiva (publicación vinculada a la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias), y Medicina Clínica, seguidas por la Revista Española de Geriatría y Gerontología (publicación de la sociedad Española de Geriatría), Medicina Paliativa (revista de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y Revista Clínica Española (revista vinculada con la Sociedad Española de Medicina Interna) (Tabla 1).

4. Estudios clínicos[11]

Es imposible resumir de forma detallada todos y cada uno de los 16 estudios clínicos. Aunque suelen ser estudios en donde el enfoque bioético del autor es menos manifiesto que en los artículos de opinión, sí se pueden detectar en la discusión de los trabajos las ideas principales

11 Las referencias de estos 16 artículos se encuentran al final del trabajo y son: Martínez Sellés M y cols, 2010; Quintana S y cols, 2005; Formiga F y cols, 2003; Marín Gámez N y cols, 2002; Cortiñas Sáenz M y cols, 2009; Fernández del Campo R y cols, 2008; Iribarren-Diarasarri S y cols, 2007; Fernández Fernández R, y cols, 2005; Vila Santasuana A y cols, 2008; Formiga F y cols, 2005; Bestué Cardiel M y cols, 2002; Carrión Torre M y cols, 2008; Bielsa Martín S y cols, 2006; García Lizana F y cols, 2010; Velasco M y cols, 2006; Pérez Rueda M y cols, 2010.

Tabla 2
Estudios clínicos sobre LET/ONR

Primer autor	Año	Servicio	Objetivo
Martínez-Sellés M.	2009	cardiología	Evaluar el uso de ONR y de cuidados paliativos en cardiópatas fallecidos en un servicio de cardiología en un hospital terciario
Quintana S.	2005	Hospital general	Analizar uso de ONR, elaborar guía y estudiar su utilización. Pacientes fallecidos.
Formiga F.	2003	Hospitalización general	Analizar toma de decisiones en pacientes que fallecen por enfermedad crónica no oncológica.
Marín Gámez N.	2002	Hospitalización general	Conocer el proceso de agonía. Estudio prospectivo con pacientes que fallecieron.
Cortiñas Sáez M.	2008	2 pacientes con VMNI en ingreso	Describir la experiencia del grupo en pacientes con LET para ventilación mecánica, con VMNI.
Fernández del Campo R.	2008	UCI	Ver si hay relación entre edad y mortalidad en una unidad de críticos
Iribarren Diarasarri S.	2007	UCI	Analizar la LET en pacientes de una UCI.
Fernández Fernández R.	2005	UCI	Frecuencia de la LET en una unidad de críticos.
Vila Santasuana A.	2008	Hospitalización general	Revisa actuaciones en la última semana de vida en pacientes que fallecieron en planta.
Formiga F.	2005	Hospitalización general	Pacientes ancianos fallecidos por demencia en fase terminal. Se comparan actuaciones antes y después de un programa educativo.
Bestué Cardiel	2001	Hospital terciario	Conocer incidencia de ONR en pacientes con ictus que sufren PCR
Carrión Torre M.	2008	UCI	Analizar el efecto que tiene la ONR en el plan de atención del paciente crítico y diferencias en la carga de trabajo en enfermería.
Bielsa Martín S.	2006	Hospital general	Conocer características de defunciones de fallecidos por cáncer, EPOC e insuficiencia cardiaca.
García Lizana F.	2010	UCI	Conocer LET. Pacientes de UCI
Velasco M	2006	Hospitalización Medicina Interna	Conocer características de los pacientes con limitación de tratamiento antibiótico ante infección activa.
Pérez Rueda M.	2010	Hospitalización de Medicina Interna	Conocer factores de limitación diagnóstica y de tratamiento en pacientes diagnosticados de neoplasia.

del autor. En la mayoría de los casos es de corte principialista, con especial énfasis en la autonomía del paciente. Los objetivos principales de estos 16 estudios se resumen en la tabla 2.

5. Encuestas

Son seis los estudios encontrados en forma de encuestas a familiares, pacientes y profesionales[12]. Las distintas conclusiones de estas encuestas pueden ser resumidas en las siguientes frases:

— Un porcentaje importante de la enfermería cree que la decisión de LET corresponde al médico. La mayoría de profesionales de enfermería cree que no es lo mismo no iniciar un tratamiento que no iniciarlo[13].

— La mayoría de los encuestados opina que la hidratación y nutrición artificial entran dentro de los cuidados habituales de un enfermo[14].

— Un escaso porcentaje de enfermos han hablado con su familia de su muerte o de sus preferencias en caso de enfermedad grave[15].

— La mayoría (80%) de los ancianos se decantan por recibir maniobras de RCP en caso de necesitarla[16].

— Los intensivistas y los clínicos son más proclives a pautar tratamientos como antibióticos o broncodilatadores aún en enfermos con pocas probabilidades de éxito, a diferencia de expertos y de los estudiantes sin experiencia clínica[17].

— Los familiares de ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad creen adecuada una actitud «intervencionista» en los problemas de salud de este grupo de pacientes[18].

6. Artículos de opinión y revisiones

En la tabla 3 se ofrece un listado de los artículos de opinión publicados en los últimos 10 años, por orden cronológico[19]. La mayoría de los artículos de opinión reflejan una bioética de corte principialista en donde se da una enorme importancia a la autonomía del sujeto y se relativiza el concepto de bien. Algunos de ellos citan de forma expresa los principios enunciados por Beauchamps y Childress[20]. Incluso en

12 Las referencias de estos seis trabajos se encuentran al final y son: Valero Zanuy MA y cols, 2003; Santana Cabrera L y cols, 2010; Solsona JF y cols, 2003; Reig L y cols, 2002; Gómez Rubí JA y cols, 2001; Velasco M y cols, 2005.

13 Santana Cabrera L y cols. 2010, *op.cit.* 12.

14 Valero Zanuy MA y cols. 2003, *op.cit.* 12.

15 Solsona JF y cols. 2003, *op. cit.* 12.

16 Reig L y cols. 2002, *op. cit.* 12.

17 Gómez Rubí JA y cols. 2001, *op. cit.* 12.

18 Velasco M y cols. 2005, *op. cit.* 12.

19 Las referencias completas de estos 23 artículos se encuentran al final y son: Barbero Gutiérrez J y cols, 2001; Sevilla MP , 2003; Aguirre J, 2004; Casado M, 2004; Bouza Álvarez C, 2004; Hernández Rodríguez JE y cols, 2004; López Messa JB, 2005; Royés A. 2005; Ameneiros Lago E y cols, 2006; Hernando Martínez MF y cols, 2006; Hernando Martínez MF y cols, 2006 (los dos artículos con mismo primer autor y año de publicación); Hernando P y cols, 2007; Masiá J, 2007; Simón Lorda P y cols, 2008; Simón Lorda P y cols, 2008 (aquí también los dos artículos con mismo primer autor y año de publicación); Martino Alba R y cols, 2009; Pantoja Zarza L, 2009; Martínez Sellés M y cols, 2009; Falcó-Pegueroles A, 2009; Gamboa Antiñolo F, 2010; Monedero P y col, 2010; Belloc Rocasalbas y col, 2011; Herreros B y cols, 2011.

20 Como los trabajos de Hernando P y cols. 2007, Barbero Gutiérrez J y cols. 2001 y Hernández Rodríguez JE y cols. 2004, *op. cit* 19.

Tabla 3
Artículos de opinión, revisiones, editoriales

Primer autor	año	objetivo
Barbero Gutiérrez J.	2001	Revisar ideas sobre LET
Sevilla MP.	2003	Reflexiones sobre LET quirúrgica
Aguirre J.	2004	Aspectos jurídicos de los pacientes con estado vegetativo persistente
Casado M.	2004	Aspectos éticos en el estado vegetativo persistente
Bouza Álvarez C.	2004	Revisa la LET en el estado vegetativo persistente
Hernández Rodríguez JE.	2004	Aplicar los «principios» en la RCP
López Messa J.	2005	Analizar aspectos de la Medicina intensiva en pacientes ancianos
Royés A.	2005	Proponer una guía para tomar decisiones en la LET
Ameneiros Lago E.	2006	Proponer guía en la toma de decisiones en enfermedad terminal
Hernando Martínez MF.	2006	Análisis ético de las ONR
Hernando Martínez MF.	2006	Análisis ético, legal y social de las ONR
Hernando P.	2007	Analizar papel de los pacientes en la decisión de LET
Masiá J.	2007	Expresa su idea de la dignidad. Justifica el derecho a acabar con la propia vida
Simón Lorda P.	2008	Propone un significado de distintos términos relacionados con el fin de la vida
Simón Lorda P.	2008	Presenta el caso de Inmaculada Echevarría como un rechazo del tratamiento correcto éticamente.
Martino Alba R.	2009	Propone cambiar limitar por adecuar el esfuerzo terapéutico
Pantoja Zarza L.	2009	Revisa conceptos del final de la vida
Martínez Sellés M.	2009	Revisar la actitud clínica ante el anciano con cardiopatía terminal
Falcó Pegueroles A.	2009	Revisa la LET en relación a la enfermería en el paciente crítico.
Gamboa Antiñolo F.	2010	Reflexiona sobre la LET y si sobre si es lo mismo retirar un tratamiento que no iniciarlo
Monedero P.	2010	Reflexionar sobre LET en el paciente crítico
Belloc Rocasalbas M.	2011	Experiencia en LET en una UCI Holandesa y diferenciar LET de eutanasia
Herreros B.	2011	Revisar el procedimiento de decisión de LET.

algunos se llega a defender la eutanasia basándose en la autonomía del paciente.

He entresacado una selección de frases de estos autores con el fin de ilustrar lo comentado:

«*Es el paciente correctamente informado el que debe decidir si un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico es ordinario o extraordinario para él y por tanto puede rechazarlo*»[21].

«*Este modelo ético de toma de decisiones postula que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo o su salud*»[22].

«*En la situación A se ha adoptado una decisión de limitación de esfuerzo terapéutico. En la situación B se ha adoptado una decisión de eutanasia. Si la motivación básica que ha fundamentado ambas decisiones respeta la dignidad y autonomía de la persona paciente, ambas son éticamente asumibles*»[23].

«*Por otra parte, habiendo constituido nuestra convivencia en torno al principio de autonomía,…*»[24].

«*La guía de conducta en este caso debería ser, pues, que si no existen dudas razonables acerca de la capacidad de un paciente para tomar una decisión de LET —lo cual no tiene nada que ver con lo acertado o lo equivocado de esa decisión en opinión del médico responsable de ese mismo paciente o de otros profesionales sanitarios—, se debe seguir la voluntad del paciente y actuar acorde a ella de la manera más adecuada*»[25].

Como contraste a estas opiniones, tan sólo en dos artículos[26], se encuentran reflexiones que ponen a la vida humana por encima de un «procedimiento de decisiones» o de la propia voluntad del paciente:

«*Los deseos que manifiesta el paciente nunca pueden llegar a justificar decisiones o actos contra la vida humana*»[27].

«*el Estado debe reconocer el intrínseco valor de la vida humana y por eso está obligado a proteger la vida*»[28].

«*…pues la vida es un bien en sí misma. Frente a esta postura, se tiende a sostener la idea de que la vida es un bien para la persona y no un bien en sí mismo, lo que atribuye así un valor instrumental a la vida humana*»[29].

Otro de los temas abordados en estos trabajos es el de la consideración de la hidratación y nutrición como cuidados básicos del paciente. La mayoría de los trabajos consideran la nutrición y la hidratación artificial como un tratamiento más que por tanto puede ser retirado. Precisamente los dos trabajos anteriores de Monedero y Gamboa son los que defienden más el mantenimiento de estas medidas como cuidados básicos.

Por último no faltan también las alusiones a la postura de la Iglesia católica que se da en 6 artículos. En 5 es para criticar su postura[30] llegando en casos

21 Ameneiros Lago E y cols. 2006, *op cit* 19.
22 Simón Lorda P y cols. 2008, *op cit* 19.
23 Masiá J, 2007 *op cit* 19.
24 Casado M 2004, *op cit* 19.
25 Royés A 2005, *op cit* 19.

26 Gamboa Antiñolo F, 2010, *op cit* 19, y el de Monedero P, 2010, *op cit* 19.
27 Monedero P, 2010, *op cit* 19.
28 Gamboa Antiñolo F, 2010, *op cit* 19.
29 Ibid., 28.
30 Se trata de los trabajos siguientes: Simón Lorda P y cols, 2008; Simón Lorda P y col. 2008 (se incluyen los dos artículos citados con mismo primer autor y año de publicación); Barbero Gutiérrez J y cols. 2001; Masiá J, 2007; Pantoja Zarza L 2009.

al uso de calificativos como de «postura extrema»[31] o para atribuirle la defensa de un paternalismo médico que llevaría a ver la LET como un abandono del paciente[32]. En otros la postura es más respetuosa con la postura de la Iglesia[33].

7. Discusión

El límite o «limitación» (como otros autores lo llaman) del esfuerzo terapéutico supone la decisión de detener o no iniciar medidas terapéuticas porque en el estado del enfermo son ya inútiles o fútiles. Pensamos por ello que la denominación «limitación del esfuerzo terapéutico» es poco apropiada ya que de lo que realmente se trata es de *una adecuación de los medios terapéuticos a la situación del paciente*. En cualquier caso el objetivo es evitar caer en intervenciones que podríamos calificar de «obstinación terapéutica». Algunos de los requisitos para que la decisión de no iniciar o detener un tratamiento sea correcta son: realizar adecuada valoración de la futilidad de una determinada medida, que las decisiones sean revisables y reversibles si así lo precisara el caso, la existencia un registro razonado en la historia clínica y la exigencia de que en ningún caso suponga el abandono de la atención del paciente manteniendo siempre cuidados ordinarios.

Podemos distinguir dos ámbitos distintos en la discusión de los resultados expuestos. Por un lado el referido al número de artículos recogidos y su distribución por fechas, revistas y tipo de artículo. El segundo aspecto estaría relacionado con el contenido de estos artículos.

En referencia al primero de ellos, se pueden resaltar varios aspectos. En primer lugar un mantenimiento con un ligero crecimiento del número de trabajos a lo largo de todo el periodo. Supone una manifestación del interés que este tema provoca, ya que se trata de publicaciones no especializadas en bioética.

A pesar de ello existe una desproporción de los artículos de opinión respecto a los estudios clínicos. La mayoría de los trabajos consisten en una exposición de ideas de una persona o grupo de personas que por uno u otro motivo son consideradas expertas en bioética, aunque siguen sin ser conocidos aspectos tan importantes como la frecuencia de LET en las plantas de los hospitales, o los motivos reales que llevan a los profesionales a tomar decisiones, principalmente fuera del ámbito de la medicina intensiva. Además mientras la mayoría de las publicaciones referidas a ONR son de tipo clínico, la mayoría de los artículos referidos a otras formas de LET son artículos de opinión, siendo como es la realidad de LET fuera de la UCI el aspecto más desconocido. Podría pensarse que hay estudios clínicos españoles publicados en revistas no españolas. Sin embargo al realizar una búsqueda en MEDLINE sobre LET («withholding or withdrawing» AND «theraphy» OR «treatment» OR «life support» AND «Spain») se obtienen

31 Pantoja Zarza L, 2009, *op cit* 19.
32 Barbero Gutiérrez J y cols. 2006, *op cit* 19.
33 Gamboa Antiñolo F, 2010, *op cit* 19.

un escaso número de estudios clínicos adicionales[34].

Puede argumentarse que el desconocimiento de la práctica clínica no excluye las opiniones y reflexiones sobre lo que esta práctica debe ser. A pesar de esto, el enorme predominio del principialismo en estas publicaciones hace sospechar el intento de divulgar estos temas pero con la intención de difundir una determinada visión del mismo, independientemente del conocimiento de la magnitud del problema en la práctica. Volvemos a indicar que las publicaciones no son especializadas en bioética, sino dirigidas a clínicos que lo que buscan en los expertos es una orientación en su quehacer clínico. Esto nos introduce de lleno en el segundo de los ámbitos, el del contenido.

En apoyo de lo comentado anteriormente, se detecta una disociación entre los artículos de opinión y los resultados de las encuestas. Esta disociación es una muestra de lo forzado de algunas recomendaciones de «expertos». Mientras en artículos de opinión se nos dice que es lo mismo no iniciar que retirar un tratamiento, que la hidratación y la nutrición artificiales son tratamientos que pueden ser limitados y que hay que respetar por encima de todo la opinión del enfermo, en las encuestas los resultados dicen que la mayoría de profesionales de enfermería creen que no es lo mismo no iniciar que retirar un tratamiento, que la mayoría de los encuestados opinan que la nutrición y la hidratación artificial entran dentro de los cuidados habituales de todo enfermo y que un escaso porcentaje de pacientes han hablado con sus familiares de su muerte o sus preferencias en caso de enfermedad grave.

El problema es que la mayoría de los artículos de opinión son agentes de difusión de la bioética de corte principialista, donde la autonomía del individuo entendida como total «independencia» es la característica que marca las relaciones médico-enfermo. Según algunas opiniones reflejadas, el médico parece que debería quedar reducido a un mero ejecutor de la voluntad «autónoma» del paciente.

Se cita en algunos de estos artículos de opinión, que la defensa de la autonomía (absoluta) del paciente ha sido la que ha permitido romper el paternalismo médico anterior. También se critica explícitamente en algunos de estos trabajos a las posturas «ontológicas extremas» que «confunden la LET con el abandono del paciente» y que defienden que «mientras hay vida hay esperanza», para a renglón seguido vincular estas posturas al cristianismo. Estas afirmaciones son incorrectas ya que la Iglesia Católica considera legítima la aplicación de LET si es correctamente aplicada, y no la equipara con el abandono del paciente.

Pero, es curioso que se haya descubierto a finales del siglo XX la bondad de la autonomía del sujeto frente al paternalismo y no antes. Son precisamente las ideologías que no respetan al hombre y no lo tratan como un fin en sí mismo

34 En concreto que pueda ser considerado en nuestra revisión se obtiene el siguiente: Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, y cols. «Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study». *Intensive Care Med.* 2001; 27: 1744-9.

las que más daño le han hecho y las que desencadenaron lo que podríamos llamar un «paternalismo feroz». Comenzando con el cientifismo médico del siglo XIX que comenzó a ver al paciente como un espécimen más que como una persona, y que, con una fe ciega en el poder de la ciencia llegó a deshumanizarse en sus planteamientos. Habría que recordar también el uso del ser humano como material de experimentación en las ideologías totalitarias del siglo XX. Y no deja de ser irónico que a finales del siglo XX los que se apropian del descubrimiento de la autonomía del paciente sean precisamente aquellas ideologías que no tienen nada que decir sobre el hombre, mientras que la postura extrema y paternalista es la atribuida al cristianismo. Podríamos recordar también que fue el cristianismo quien primero practicó cuidados paliativos, ya que anteriormente ni la medicina griega, ni la romana, consideraban ningún cuidado sobre los enfermos incurables y moribundos[35].

Hemos llegado así al extremo de realizar afirmaciones como la siguiente:

«…dos derechos fundamentales que entran en juego en las decisiones de representación son el derecho a la vida y el derecho a la libertad. Sólo muy recientemente se ha empezado a admitir que no existe una superioridad jerárquica del primero sobre el segundo»[36].

Sin embargo, la vida es algo recibido, es un don. Existe pues la obligación de protegerla y el derecho a que no nos la arrebaten. No existe un derecho a morir ni siquiera evocando una libertad mal entendida. Libertad que también nos ha sido dada y que no existe sin vida.

Viendo la absoluta preponderancia de una ética principialista en la bibliografía médica, no puedo dejar de desear que los defensores de una bioética basada en lo que es el ser humano, con un profundo respeto a su vida y una fundamentación filosófica sólida, se muestren más al mundo de los clínicos. Por otra parte es posible vislumbrar un cambio de actitud, ya que dos artículos de opinión publicados en el año 2010, sostienen que la vida humana es un bien en sí mismo y defienden su protección. Esto no significa ni rechazar el valor de la autonomía del paciente, ni rechazar el LET. Significa dar a la autonomía su verdadero valor y fundamento, y significa defender la vida a la vez que reconocer nuestras propias limitaciones y a aceptar la muerte como algo inevitable para nosotros. Sería conveniente que la bioética personalista llegara a tener la voz que le corresponde, y que actualmente no tiene, en las publicaciones científicas que manejan los clínicos en nuestro país.

8. Referencias

Aguirre J. «Aspectos jurídicos. Connotaciones especiales de los pacientes en estado vegetativo persistente según su causa desencadenante». *Med Intensiva.* 2004; 28: 170-2.

35 Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad pontificia de Comillas, Ed San Pablo 2011.

36 Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. «Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces». *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 303-15.

Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. «Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética en la toma de decisiones?». *Med Pal (Madrid).* 2006; 13: 174-8.

Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. «Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces». *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 80: 303-15.

Barbero Gutiérrez J, Romero Casabona C, Gijón P, Júdez J. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Med Clin (Barc).* 2001; 117: 586-94.

Belloc Rocasalbas, Girbes ARJ. «Toma de decisiones al final de la vida, el modo neerlandés a través de ojos españoles». *Med intensiva.* 2011; 35: 102-6.

Bestué Cardiel M, Ara JR, Martín Martínez J. «Factores determinantes en la aplicación de las órdenes de no reanimación en el ictus». Med Clin (Barc). 2002; 118: 170-3.

Bielsa Martín S., Madroñero Vuelta A. B., Calvo Godoy C., Martín Berra M., Trujillano Cabello J., Nabal Vicuña M. «Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos y no oncológicos con enfermedad terminal en un hospital de agudos». *Med Pal (Madrid)*, 2006; 13: 132-5.

Bouza Álvarez C. «Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo persistente». *Med Intensiva.* 2004; 28: 156-61.

Cabré L, Solsona Durán JF. «Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva». *Med Intensiva* 2002; 26: 304-11.

Carrión Torre M, Zubizarreta Iriarte E, Sarasa Monreal MM, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. «El efecto de la orden de no reanimación cardiopulmonar en el plan de atención al paciente crítico». *Enferm Intensiva.* 2008; 19: 14-22.

Casado M. «Estado vegetativo persistente: aspectos éticos». *Med Intensiva.* 2004; 28: 165-6.

Cortiñas Sáenz M, López López A, Cortiñas Sáenz ML, Nerín Sánchez C. «Pacientes oncológicos con orden de no intubación. Papel de la ventilación mecánica no invasiva». *Med Pal (Madrid)*. 2009; 16: 20-4.

Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. «Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study». *Intensive Care Med.* 2001; 27: 1744-9.

Falcó-Pegueroles A. «La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar». *Enferm intensiva* 2009; 20: 104-9.

Fernández del Campo R, Lozares Sánchez A, Moreno Salcedo J, Lozano Martínez JI, Amigo Bonjoch R, Jiménez Hernández PA, et al. «La edad biológica como factor predictor de mortalidad en una unidad de cuidados críticos e intermedios». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43: 214-20.

Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventós A. «Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?». *Med Intensiva.* 2005; 29: 338-41.

Formiga F, Villader A, Mascaró J, Pujol R. «Morir en el hospital por demencia en fase terminal: análisis de la toma de decisiones después de un programa educativo». *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40: 18-21.

Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. «Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones». *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 95-7.

Gamboa Antiñolo F. «Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?». *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 410-6.

García Lizana F, Santana Cabrera L, Martín González JC, Sánchez Palacios M. «Limitación del tratamiento en una unidad de cuidados intensivos». *Med Clin (Barc).* 2010; 135: 573-7.

Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzó JL, Martínez Fresneda M. «Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de profesionales de cuidados críticos, Emergencias y estudiantes». *Rev Clin Esp.* 2001; 201: 371-7.

Hernández Rodríguez JE, Medina Castellano CD, Díaz Hernández M. «Principios bioéticos y su aplicación en la reanimación cardiopulmonar». *Metas Enferm.* 2004; 7 (1): 59-64.

Hernando Martínez MF, Hernández Rivas A, Gamo González MF, López García D, Vélez Vélez E, Borrás López A, et al. «Las órdenes de no reanimar: perspectiva bioética y social». *Metas Enferm.* 2006; 9 (2): 71-7.

Hernando Martínez MF, Hernández Rivas A, Gamo González MF, Vélez Vélez A, Borrás López A, Gómez Macías J. «Análisis ético-legal y social sobre las órdenes de no reanimar». *Metas Enferm.* 2006; 9 (1): 66-72.

Hernando P, Diestre G, Baigorri F. «Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?». *An Sist sanit Navar.* 2007; 30 (supl 3): 129-35.

Herreros B, Palacios G, Pacho E. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Rev Clin Esp.* 2012; 212: 134-40.

Iribarren-Diarasarri S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S, et al. «Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una unidad de Medicina Intensiva. Factores asociados». *Med Intensiva.* 2007; 31: 68-72.

Jonsen AR. *Breve historia de la ética médica*. Universidad pontificia de Comillas, Ed San Pablo 2011.

López Messa JB. «Envejecimiento y Medicina Intensiva». *Med Intensiva.* 2005; 29: 469-74.

Marín Gámez N, Kessel Sardiñas H, Barnosi Marín AC, Rodríguez Galdeano M, Lazo torres AM, Collado Romacho A. «Cincuenta y seis muertes». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002; 37: 244-8.

Martínez Sellés M, Gallego L, Ruiz J, Fernández Avilés F. «Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología. ¿Qué podemos mejorar?». *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63: 233-7.

Martínez Sellés M, Vidán MT, López Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, et al. «El anciano con cardiopatía terminal». *Rev Esp Cardiol.* 2009; 62: 409-21.

Martino Alba R, Monleón Luque M. «Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado». *Med Pal (Madrid).* 2009; 16: 9-10.

Masiá J. «Dignidad humana y situaciones terminales». *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30 (Supl 3): 39-55.

Monedero P, Navia J. «Limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia: toma de decisiones y resolución de conflictos en el paciente crítico». *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2010; 57: 586-93.

Monzón Marín JL, Salaregui Reta I, Abizanda i Campos R, et al. «Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico». *Med Intensiva* 2008; 32: 121-33.

Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Por el grupo de Bioética de la SEMICYUC. «Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar». *Med Intensiva.* 2010; 34: 534-549.

Pantoja Zarza L. «Problemas éticos al final de la vida: ¿todo es eutanasia?». *Semin Fund Esp Reumatol.* 2009; 10: 128-31.

Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. «Neoplasias diagnosticadas en planta de Medicina Interna: características y factores determinantes para limitar los esfuerzos diagnóstico terapéuticos». *Rev Clin Esp* 2010; 210: 592-3.

Primo-Peña E, Estrada-Lorenzo JM. «Las bases de datos bibliográficas españolas, un instrumento para el conocimiento y la difusión de la producción científica». *Semin Fund Esp Reumatol.* 2009; 10: 132-41.

Quintana S, Font R, Sandalinas I, Mañas M. «Guía para el correcto uso de las órdenes de no reanimación». *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 436-9.

Reig L, Fernández M, García M, Martín Baranera M. «Factores que influyen sobre las preferencias de reanimación cardiopulmonar y de información médica en una población geriátrica». *Med Clin (Barc).* 2002; 118: 94-6.

Royés A. «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico». *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20. 391-5.

Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC, et al. «Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento». *Enferm Intensiva.* 2010; 21: 142-9.

Sevilla MP. «Reflexión ética ante una situación de conflicto en la cirugía del anciano». *Cir Esp.* 2003; 74: 10-4.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J,Couceiro A, Hernando Robles P. «Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras». *Rev. Calidad Asistencial.* 2008; 23: 271-85.

Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. «El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas». *Med Intensiva.* 2008; 32: 444-51.

Solsona JF, Sucarrats A, Maull E, Barbat C, García S, Villares S. «Toma de decisiones al final de la vida. Encuesta sobre la actitud ante la muerte en el paciente crítico». *Med Clin (Barc).* 2003; 120: 335-6.

Valero Zanuy MA, Álvarez Nido R, de Diego Muñoz R, Moreno Villares JM, León Sanz M. «¿Se debe limitar el esfuerzo terapéutico en nutrición artificial?». *Rev Clin Esp.* 2003; 203: 582-8.

Velasco M, Vegas A, Guijarro C, Espinosa A, González I, Martín H, y cols. «Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006; 41: 297-300.

Velasco M, Guijarro C, Barba R, García-Casasola G, Losa JE, Zapatero A. «Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40: 138-44.

Vila Santasuana A, Celorrio Jiménez N, Sanz Salvador X, Martínez Montauti J, Diez-Cascón Menéndez E, Puig Rossell C. «Última semana de vida en un hospital de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos». *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43: 284-90.

Recibido: 17/01/2012
Aceptado: 01/07/2012