



ISSN: 1697-090X

[Inicio Home](#)[Indice del volumen Volume index](#)[Comité Editorial Editorial Board](#)[Comité Científico Scientific Committee](#)[Normas para los autores Instruction to Authors](#)[Derechos de autor Copyright](#)[Contacto/Contact: !\[\]\(cf531ed27e91483460120fcc057b3901\_img.jpg\)](#)

### Letters to the Editor / Cartas al Editor

## ¿ES ÉTICO TRATAR A LOS PACIENTES TERMINALES CON VENTILACIÓN MECANICA NO INVASIVA?

Ramón Díaz-Alersi

Médico Intensivista. Presidente del Comité Asistencial de Ética  
Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España  
[rda@uninet.edu](mailto:rda@uninet.edu)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2006;3:39-40.

Sr. Editor:

El continuo desarrollo tecnológico de la Medicina hace posible mantener con vida a pacientes que unos pocos años morían de manera irremediable y a los cuales la única ayuda médica que se les podía proporcionar en sus últimos días era el alivio del dolor y de la ansiedad. Esto último siempre se ha hecho en medio de un debate ético en el cual la última decisión, más que protocolizada y basada en guías clínicas o en evidencias, se basa muchas veces en deseos, creencias y posturas morales.

El debate sobre la sedoanalgesia del paciente terminal ha afectado principalmente hasta ahora a internistas y oncólogos, pero últimamente está afectando a otros especialistas. Esto se debe tanto a la sobrecarga del sistema sanitario, que da lugar a que muchos Hospitales carezcan de un espacio especializado donde tratar a estos pacientes, como a la aparición de nuevas tecnologías que permiten prolongar la vida con aparente facilidad.

Este es el caso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), es decir, de aquella que se proporciona mediante aparatos, pero sin necesidad de establecer una vía aérea artificial, sin necesidad de intubación traqueal y, por tanto, de sedación. Este tipo de ventilación tiene ventajas evidentes y se ha impuesto como primera indicación en ciertas patologías como el edema pulmonar de la insuficiencia cardíaca o las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva. Además, los aparatos con las que se proporciona, han llegado a tal tipo de sencillez, que muchas veces pueden emplearse fuera del ámbito de la UCI. Permiten mantener al paciente consciente y comunicarse con él, con lo cual este sigue teniendo el control sobre las decisiones que le afectan, y además, evitan infecciones. Esta sencillez no implica que pueda emplearse en cualquier lugar y sin experiencia. La VMNI necesita de personal especializado que la controle y que, llegado el caso, entrene al paciente o a la familia en su supervisión. Más aún, durante las primeras horas de tratamiento, la VMNI puede exigir la atención permanente de una enfermera especializada.

La evolución era inevitable. A medida que se adquiere experiencia, las posibles indicaciones se extienden y ahora, desde fuera de la UCI, se ve como una alternativa a la sedación para los pacientes terminales que están muriendo con síntomas de insuficiencia respiratoria, es decir con disnea.

Las cuestiones éticas en la práctica clínica no suelen tener una sola solución válida. Tampoco tienen siempre una solución que se pueda universalizar, es decir, que sea aplicable a todos los lugares y a todos los casos. No obstante sí debemos garantizar que la solución propuesta sea válida siempre que se den las mismas circunstancias.

Con estas premisas, podemos plantarnos el problema de la VMNI en el paciente con insuficiencia respiratoria terminal desde el punto de vista de la Ética Asistencial. La corriente de pensamiento más extendida actualmente en nuestro país se adhiere a la teoría principialista de Beauchamps y Childress, pero jerarquiza los cuatro principios. Así, denomina principios de carácter público a los de no maleficencia y justicia, y les de preeminencia sobre los de autonomía y beneficencia, los cuales serían de carácter privado. Así, los dos primeros regularían la relación del paciente con el sistema sanitario (ámbito social) y los dos segundos, la relación personal entre el paciente y su médico (ámbito privado).

Siguiendo este esquema, lo primero que hay que garantizar es que no estamos infringiendo un daño al paciente o que no le estamos ocasionando un problema mayor del que intentamos solucionar (principio de no maleficencia). Desde este punto de vista, está claro que la VMNI no es admisible si el paciente no la tolera o si tenemos que aplicarle medidas de restricción física para que la tolere. También debemos valorar las circunstancias ambientales ¿es necesario ingresarlo en la UCI sólo y en un ambiente que puede ser agresivo? ¿Es necesario separarlo de la familia?

El otro principio de carácter público es el de justicia. En cuanto a este, la variabilidad entre los distintos Hospitales puede ser enorme. Mientras en unos la presión asistencial es tal que la asignación de recursos a un paciente va en detrimento de los que reciben otros y hay que decidir quien se puede beneficiar más; en otros, bien porque la VMNI se pueda proporcionar fuera de la UCI o bien porque la UCI esté lo suficientemente bien dotada y descargada, este principio puede no tener significancia.

Una vez garantizado que cumplimos con los principios del ámbito público podemos plantearnos los principios de autonomía y de beneficencia, que son los que rigen la relación entre un paciente y su médico. Parece que últimamente se le da una excesiva importancia a la autonomía de los pacientes, incluso en contra de nuestra propia cultura, algo diferente a la anglosajona. Al menos, hay una tendencia clara a exigir el respeto de la autonomía por encima de todo en ciertos ambientes. Esto está en clara contradicción con la realidad de la vida cotidiana, en la que pocas veces nos encontramos con declaraciones de voluntades anticipadas e incluso con que la familia más directa puede desconocer en gran parte las ideas del paciente con respecto a su propia enfermedad. Son pocos los que han manifestado que desean recibir todos los tratamientos disponibles y aún menos probablemente los que han manifestado que no desean ingresar en la UCI

en ningún caso. Sería cruel pedirle al propio paciente en estos momentos una decisión de este calibre (presuponemos que está consciente, ya que en otro caso no se plantearía la VMNI casi con toda seguridad). Sería razonable esperar que en el curso de su relación, normalmente prolongada, su médico de cabecera o el especialista le hubiese informado de la evolución previsible de su enfermedad y le hubiese orientado sobre las posibles opciones finales. La realidad es que pocas veces ocurren así las cosas y es el intensivista el que finalmente tiene que recabar información sobre los deseos del paciente a través de sus familiares más cercanos. Y la familia no siempre se aclara.

Al final algunas veces tenemos que guiarnos por el principio de la beneficencia, incurriendo quizás así en un paternalismo inevitable (y cargando al intensivista con una responsabilidad que pesa y que termina por pasar factura). Si llegamos aquí, tenemos dos opciones en mi opinión: VMNI o sedación terminal. Una decisión, en este caso un dilema, de costosa solución por la mala prensa que tiene últimamente este tipo de sedación. En cualquier caso, la decisión que tomemos ha de ser aceptable tanto por nosotros como por todos los miembros del equipo implicado y, por supuesto, por el paciente o sus representantes.

Desde el punto de vista de las consecuencias de la decisión, quizás la más problemática sea que dé lugar a agravios comparativos, ya que en ciertos Hospitales, la presión asistencial cambiante pueda dar lugar a que la VMNI se les proporcione a unos pacientes en la situación comentada y a otros no. Esto puede ser un problema, pero no creo que sea un problema ético. Desde este punto de vista lo único que se nos puede exigir es que nuestra decisión sea aceptable públicamente y que todos los pacientes sean tratados igual en igualdad de circunstancias. Otra consecuencia puede ser que el paciente consiga superar la crisis para entrar en una situación "gris" en la que no puede ser dado de alta a su casa o lo pueda ser en condiciones muy limitantes. Es otro aspecto que debería ser tenido en cuenta de antemano y deliberado con la familia.

Por otro lado, la consecuencia puede ser la opuesta y a un paciente que no ha tenido tiempo de aceptar el fin de su vida (quizás por falta de información) se le proporcione el tiempo y la libertad necesaria para decidir por sí mismo.

En resumen, no veo que no sea ético ni que deba negar la VMNI de manera sistemática a los pacientes con insuficiencia respiratoria terminal dentro de nuestro sistema público de salud. En todo caso habrá que valorar cuidadosamente la disponibilidad de los recursos, el bienestar del paciente y sus deseos.

---

Recibido, 2 de Agosto de 2006.  
Publicado, 10 de Septiembre de 2006