

# Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales

JUAN PABLO BECA I.<sup>1</sup>, JOSÉ MIGUEL MONTES S.<sup>2</sup>, JUAN ABARCA Z.<sup>2</sup>

## Ten myths about withdrawal of mechanical ventilation in terminal patients

*The most difficult of treatment limitation decisions, both for physicians and families, is the withdrawal of mechanical ventilation (MV). Many fears and uncertainties appear in this decision. They are described as “ten myths” whose falseness is argued in this article. The myths are: 1) Withdrawing MV causes the patient’s death; 2) Withdrawing MV is euthanasia; 3) Withholding and withdrawing MV are morally different; 4) MV can be withdrawn only when the patient has asked for it; 5) Chilean law only authorizes to withdraw VM when brain death has occurred; 6) Withdrawing MV cannot be done if the patient is not an organ donor; 7) Physicians who withdraw MV are in high risk of legal claims; 8) To withdraw MV the physician needs an authorization from the hospital ethics committee, lawyer or institutional authority; 9) There is only one way to withdraw MV; 10) Withdrawing MV produces great suffering to the patient’s family. Making clear that these myths are false facilitates appropriate decisions, therefore preventing “therapeutic obstinacy” and more suffering of terminally ill patients, which favors their peaceful death. For the physician this goal should be as rewarding as preventing the death of a curable patient.*

(Rev Med Chile 2010; 138: 639-644).

**Key words:** Ethics, medical; Life support systems; Respiration, artificial.

El cuidado intensivo es probablemente la especialidad médica que encierra la mayor cantidad de decisiones complejas para los médicos y demás profesionales que trabajan en este tipo de unidades. La dificultad de dichas decisiones está en que de ellas muchas veces depende la vida misma de los enfermos, en la cantidad de variables biológicas y alternativas terapéuticas, así como también en sus aspectos éticos y jurídicos. Entre las situaciones más problemáticas están las relacionadas con la limitación de tratamientos en pacientes terminales, decisiones que cambian en cada cultura y en los diferentes países<sup>1</sup>. Pero no limitar tratamientos puede generar mayor sufrimiento, tanto para el enfermo que prolonga innecesariamente su proceso de morir como para su familia, llegándose a lo que hoy se conoce como “obstinación terapéutica”<sup>2</sup>. A lo anterior se agrega

que los tratamientos ilimitados tienen elevados costos que finalmente tiene que financiar la familia, el seguro de salud o el estado, lo cual constituye un problema ético de justicia al cual no siempre se otorga la debida atención.

La limitación de esfuerzos terapéuticos (LET), que algunos prefieren llamar adecuación, no se refiere a una sola decisión, sino a una amplia gama de tratamientos y procedimientos médicos que se pueden iniciar o no, y que una vez iniciados se pueden continuar o suspender cuando el enfermo está ante una muerte inminente<sup>3</sup>. Lo más difícil no es la suspensión de tratamientos complementarios o de dudosa utilidad, sino el retiro de medidas de soporte vital, por cuanto esta acción probablemente se seguirá de la muerte del enfermo. Entre las diferentes medidas de soporte vital la que mayor dificultad produce a familiares, a médicos y otros

<sup>1</sup>Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

<sup>2</sup>Departamento de Pacientes Críticos, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Recibido el 2 de septiembre de 2009. Aceptado el 29 de abril de 2010.

Correspondencia a:

Dr. Juan Pablo Beca  
Centro de Bioética Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.  
Av. Las Condes 12438, Santiago, Chile.  
Fono: 3279157  
E-mail: jpbeca@udd.cl

miembros del equipo profesional es el retiro de la ventilación mecánica (VM). Las incertidumbres y temores son diversas, combinándose de diferente manera entre ellas. Frente a este tipo de decisión, muchos presentan una comprensible angustia, algunos tienen dudas o prejuicios morales, mientras otros manifiestan interrogantes legales o inseguridad acerca de cómo resolver los aspectos prácticos.

El tema del retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales no ha sido suficientemente analizado entre especialistas y está abierto a diferentes opiniones. Con el propósito de contribuir a clarificar conceptos, en este artículo se presenta un análisis de esta decisión clínica, expresando algunas de las dudas y argumentos más frecuentes a modo de aseveraciones o “mitos” que se argumentan como aseveraciones incorrectas.

## Los diez mitos

### 1. Retirar la ventilación mecánica produce la muerte del enfermo

La muerte del enfermo no se produce necesariamente después del retiro de la ventilación mecánica y, cuando ocurre, los plazos entre la suspensión y la muerte varían entre dos minutos y nueve días<sup>4</sup>. La causa de muerte no es la suspensión de medidas de soporte vital que, en esta situación, sólo prolongan la agonía, sino la enfermedad de base que ha llegado a una etapa final y ya no puede ser revertida. Desde el punto de vista ético, más bien se puede considerar que no suspender la VM en estas condiciones atenta contra el bienestar y la dignidad del enfermo, lo cual estaría contraindicado<sup>5</sup>. La suspensión o retiro de la ventilación mecánica constituye una manera de permitir la muerte del enfermo y no de producirla. La intención del acto es evitar la prolongación del sufrimiento o agonía del enfermo y no acelerar su muerte que, a causa de la evolución de la enfermedad, ha llegado a ser inevitable.

Por lo tanto, la aseveración “retirar la V. M. produce la muerte del enfermo” es incorrecta.

### 2. Retirar la ventilación mecánica es un acto de eutanasia

El término “eutanasia” recibe múltiples interpretaciones, descritas como eutanasia activa o pasiva según la acción u omisión que se realice, y como eutanasia voluntaria, no voluntaria o

involuntaria según la voluntad del paciente. Aun cuando existen discrepancias, resulta clarificadora la propuesta de llamar eutanasia sólo a la acción médica destinada a quitar intencionadamente la vida de un enfermo terminal, en fase cercana a la muerte, quien lo ha solicitado y presenta un sufrimiento insoportable e imposible de mitigar<sup>6</sup>. De acuerdo con esta definición, el retiro de la VM no es eutanasia porque no es un acto médico cuyo propósito sea producir la muerte del enfermo. Incluso en Holanda, país que despenaliza la eutanasia en casos calificados, el retiro de la VM queda fuera de su definición<sup>7</sup>. Desde el punto de vista moral se reconoce la diferencia entre quitar la vida y permitir la muerte<sup>8</sup>. El retiro de la VM, al igual que la suspensión de otras medidas de soporte vital en pacientes terminales, se realiza con el fin de evitar la obstinación terapéutica. Se respeta así el deber de no dañar, aun cuando se pueda predecir que la muerte muy probablemente ocurrirá poco tiempo después de retirar el ventilador<sup>9</sup>.

Por lo tanto, la aseveración “retirar la VM es un acto de eutanasia” es incorrecta.

### 3. No iniciar y retirar la ventilación mecánica son actos moralmente diferentes

La limitación de esfuerzo terapéutico incluye decisiones de no iniciar o de suspender tratamientos de soporte vital. Aunque las repercusiones psicológicas o emocionales son diferentes, se considera que desde el punto de vista ético no hay diferencia entre la abstención y la suspensión de tratamientos<sup>10,11</sup>. Ambas decisiones se fundamentan en un juicio de proporcionalidad y una estimación de futilidad del tratamiento en relación al posible beneficio para el enfermo. Desde el punto de vista clínico es frecuente que la suspensión de tratamientos de soporte vital se realice después de haber demostrado su fracaso, de manera que puede haber mayor fundamento que para no iniciarlo. Más aun resulta lógico considerar que cada vez que se inicia un tratamiento se debería estar preparado para suspenderlo si no se logra su objetivo<sup>12</sup>. Por otra parte, desconocer que retirar la ventilación mecánica es moralmente equivalente a no iniciarla, puede llevar a no ventilar a algunos enfermos por temor a no poder suspender la VM, o a prolongar excesivamente su agonía y sufrimiento.

Por lo tanto, la aseveración “no iniciar y retirar la VM son actos moralmente diferentes” es incorrecta.

#### **4. Sólo se puede retirar la ventilación mecánica si el enfermo lo ha pedido antes**

Los enfermos deben ser considerados agentes claves en la toma de decisión acerca de sus tratamientos, de acuerdo a la doctrina del consentimiento informado y al principio de Autonomía<sup>13</sup>. Si bien hay casos de pacientes dependientes de VM que han solicitado su retiro, se trata de casos excepcionales cuya aceptación depende de la evaluación de su capacidad y del contexto de la solicitud. También hay casos de enfermos que han firmado documentos de voluntades anticipadas en los cuales expresan formalmente su voluntad de no ser tratados con medidas extraordinarias o invasivas como la VM<sup>14</sup>. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones en las cuales se plantea el retiro de la VM la decisión se toma conjuntamente por los médicos tratantes y los familiares del enfermo, quienes lo representan en base al conocimiento de sus criterios, sus valores o expresiones verbales de voluntad. A pesar de las dificultades emocionales, la subrogación familiar para la decisión de retirar la VM se acepta como válida ante la ausencia de directrices anticipadas explícitas<sup>15</sup>.

Por lo tanto, la aseveración “*Sólo se puede retirar la VM si el enfermo lo ha pedido antes*” es incorrecta.

#### **5. La ley chilena sólo permite retirar la ventilación mecánica en caso de muerte cerebral**

Existe temor y confusión en muchos médicos chilenos que creen que la suspensión de la VM no está legalmente permitida. Aun cuando todo acto médico está necesariamente sujeto al ordenamiento jurídico, la realidad es que no hay ninguna ley chilena que se refiera explícitamente al retiro de la VM en enfermos terminales. El tema se relaciona con la ley 19.451 de trasplantes y donación de órganos y con el proyecto de ley de derechos del paciente. La ley de trasplantes establece que, para efectos de dicha ley, la muerte se certificará por un equipo de médicos, uno de cuyos integrantes, al menos, deberá desempeñarse en el campo de la neurología o la neurocirugía<sup>16</sup>. Nada dice esta ley sobre el retiro de la VM en casos en los cuales no se haya diagnosticado la muerte encefálica y de ninguna manera contradice la decisión clínica de suspender medidas de soporte vital cuando ellas se consideren fútiles o desproporcionadas. Esta es una decisión que toma un grupo médico, en acuerdo con el enfermo o quien lo represente, ante la prolongación excesiva del proceso de morir.

Por lo tanto, la aseveración “*la ley chilena sólo permite retirar la VM en caso de muerte cerebral*” es incorrecta.

#### **6. No se puede retirar la ventilación mecánica si el enfermo no es donante de órganos**

Resulta evidente que en casos de enfermos que son donantes se procede a mantener la VM hasta el procuramiento de los órganos, después de certificada la muerte encefálica. Pero de lo anterior no se puede deducir nada respecto al retiro de tratamientos en casos de enfermos que no sean donantes de órganos. En estos casos el retiro de la VM, así como el de otras medidas de soporte vital, se fundamentan en la futilidad y proporcionalidad, considerando la enfermedad de base, la condición global y el pronóstico del paciente. Por otra parte, el proyecto de ley de derechos del paciente<sup>17</sup>, consensuado pero aún en trámite legislativo, establece el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida. En otro artículo este proyecto establece que la persona podrá manifestar anticipadamente su voluntad en esta materia. No hay regulaciones específicas acerca del retiro de la VM en donantes o no donantes de órganos.

Por lo tanto, la aseveración “*no se puede retirar la VM si el enfermo no es donante de órganos*” es incorrecta.

#### **7. Los médicos que retiran la ventilación mecánica en enfermos terminales tienen alto riesgo de ser demandados**

Es evidente que no existe eximente de responsabilidad penal y, ante las dudas que surgen en torno al retiro de la VM, cabe la posibilidad de que se generen situaciones de conflicto. Sin embargo, si las decisiones se toman por el equipo médico tratante de manera compartida con el enfermo o su familia, con la información y el tiempo necesario para su comprensión, la probabilidad de una demanda judicial será muy remota. En todo caso, estas instancias son el último recurso para abordar los desencuentros y, si se presentan, se deben resolver en el marco jurídico ya descrito. Por otra parte la insistencia familiar de mantener tratamientos innecesarios plantea el problema no resuelto de los límites del derecho de los pacientes a recibir todo tratamiento aunque sean ineficaces. Otro aspecto a considerar es si un médico tiene

reparos personales para retirar la VM, situación en la cual tiene el derecho a objeción de conciencia, pero ésta debe estar debidamente fundamentada en valores previamente expresados y no en el temor a dificultades o demandas<sup>18</sup>. Cabe agregar que en la jurisprudencia chilena hay sólo un caso de demanda por suspender maniobras de reanimación cardiopulmonar, pero no hay casos de demandas por retiro de VM.

Por lo tanto, la expresión “*los médicos que retiran la VM en enfermos terminales tienen alto riesgo de ser demandados*” es incorrecta.

#### **8. Para el retiro de la ventilación mecánica se necesita la autorización de un comité de ética, abogado o autoridad institucional**

La decisión de retirar la VM es una decisión clínica basada en diagnósticos demostrados, irreversibilidad, pronóstico de sobrevida casi imposible, y una estimación de proporcionalidad y futilidad terapéutica. La decisión debería tomarse a través de un proceso deliberativo, con participación de los médicos a cargo, del enfermo si es posible, y de la familia. Sin embargo, es frecuente que algunos médicos o familiares tengan dudas o inseguridad para definir su posición. En estas situaciones la consulta al comité de ética asistencial, que no decide sino formula recomendaciones debidamente fundamentadas, constituye un importante apoyo pero no una autorización<sup>19</sup>. En algunas instituciones existe la alternativa de consultoría ética que, al igual que los comités, emiten su opinión a modo de sugerencia<sup>20</sup>. Si en algún caso surgen dudas sobre aspectos legales de la decisión médica o familiar será necesario consultar a un abogado conocedor del tema. Pero nunca la decisión clínica de limitar tratamientos puede considerarse como una resolución que corresponda a la dirección de un hospital o clínica, o que requiera su autorización formal.

Por lo tanto, la aseveración “*para el retiro de la VM se necesita la autorización de un comité de ética, abogado o autoridad institucional*” es incorrecta.

#### **9. Hay una sola forma de retirar la ventilación mecánica en enfermos terminales**

Una vez tomada la decisión de retirar la VM es necesario definir cómo y cuándo hacerlo. Los detalles del procedimiento tienen importancia para asegurar el manejo sintomático del enfermo y una adecuada actitud de la familia ante el final de la vida del paciente<sup>4,5</sup>. No hay acuerdo en la forma

de retirar la VM pero sí en cuanto a la necesidad de evitar la obstrucción de vía aérea superior, disnea o angustia, por lo que será necesario administrar opiáceos y sedantes, salvo en pacientes en coma profundo. Se recomienda quitar los monitores y a veces desintubar al enfermo para facilitar el contacto con la familia. No hay consenso en relación a la disminución de FiO<sub>2</sub> ni en la forma de “*weaning*”. Algunos prefieren remover el tubo y retirar el apoyo ventilatorio en un solo acto, mientras otros optan por un proceso gradual disminuyendo parámetros ventilatorios y oxígeno por etapas hasta dejar sólo un tubo en T, para así permitir una mejor dosificación de la sedación. Aun cuando los aspectos técnicos del retiro de la VM se tienen que definir dependiendo de la sintomatología, no caben discrepancias en cuanto a facilitar la participación familiar en esta decisión y en asegurar que nadie perciba equivocadamente que se ha abandonado al enfermo.

Por lo tanto, la aseveración “*hay una sola manera de retirar la VM en enfermos terminales*” es incorrecta.

#### **10. El retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales produce gran sufrimiento familiar**

La decisión de suspender la VM en un enfermo terminal se basa en el propósito de permitir su muerte en paz, a causa de su enfermedad que ha llegado a una etapa no susceptible de superar<sup>9</sup>. Una de las causas del sufrimiento de la familia puede ser que la decisión sea percibida erróneamente como un abandono del enfermo. Como parte del cuidado del enfermo, el retiro de la VM debe ir acompañado no sólo de la necesaria sedación, sino también del apoyo emocional y del cuidado espiritual del enfermo y de la familia. Si la familia comprende, por medio de una buena comunicación con el equipo tratante, que la decisión de permitir la muerte retirando las medidas de soporte vital se ha tomado para evitar cualquier forma de sufrimiento, no cabe presumir que el retiro de la VM genere sufrimiento familiar. Obviamente que el duelo es un proceso doloroso y difícil, pero hay que considerar que una familia que participa y comprende las decisiones finales estará mejor preparada para enfrentarlo.

Por lo tanto la aseveración “*el retiro de la VM en enfermos terminales produce gran sufrimiento familiar*” es incorrecta.

## A modo de conclusión

El problema clínico que se vive en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es reconocer cuáles son los pacientes en los que hay una ventana razonable para continuar con todo el esfuerzo terapéutico y en quienes ya no es posible un resultado favorable. Resulta así necesario preguntarse continuamente, ante cada enfermo y de manera personalizada, cuál es su pronóstico y cómo será su calidad de vida si se recupera. Además se requiere conversar con la familia para saber si hubo alguna expresión de voluntad previa del paciente y definir con ellos las necesidades del enfermo para una muerte tranquila. Se trata de ayudar al buen morir, en el concepto de aliviar el sufrimiento y de favorecer una muerte en paz, lo que ha sido definido como uno de los cuatro fines de la medicina<sup>21</sup>. La sensación de fracaso que puede generar la muerte de un paciente irrecuperable debería dar paso a la tranquilidad de conciencia cuando, después de hacer todo lo técnicamente posible, se ha tomado la decisión de limitar tratamientos y, en algunas ocasiones, retirar la ventilación mecánica. Mirado de esta manera, ayudar a morir en paz y aliviar el sufrimiento del enfermo y su familia deberían ser para el médico acciones tan gratificantes como evitar la muerte de un enfermo curable.

Aclarar las dudas y despejar los mitos descritos para el retiro de la VM debería facilitar la toma de decisiones oportunas en bien del enfermo y de su familia, respetando sus voluntades y valores. Para este efecto, tanto los médicos como el equipo de salud y los familiares de los enfermos terminales, necesitan tener claridad sobre la validez ética y la legalidad de estas decisiones. Finalmente, ante las inevitables dificultades o dudas que a menudo se plantean para decidir la limitación de medidas de soporte vital, existe la posibilidad de recurrir al consejo de los comités de ética asistencial u otras formas de consultoría.

**Agradecimiento:** Los autores agradecen al Dr. Claudio Canals L. la revisión del manuscrito.

## Referencias

- Sheldon T. Doctors "end of life" decisions vary across Europe. *BMJ* 3003; 327: 414.
- Obstinación Terapéutica. Documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña, 2005. Disponible en <http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/distanasia0312.asp>.
- Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo trabajo SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva* 2002; 26: 304-11.
- Campbell ML. How to Withdraw Mechanical Ventilation. *AACN Advanced Critical Care* 2007; 18: 397-403.
- Reynolds S, Cooper AB, McKnealy M. Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethical Considerations. *Surg Clin N Am* 2007; 87: 919-36.
- Declaración del Institut Borja de Bioética (Universidad Ramón Llull). Hacia una posible despenalización de la Eutanasia. 2005. Disponible en [http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta\\_cast.pdf](http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf)
- van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Rurup, Mette L, Buiting H, van Delden J, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356: 1911-3.
- Callahan D. *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*. Georgetown University Press, Washington DC, EE.UU.; 1994, p 221-49.
- Beca JP, Ortiz A, Solar S. Derecho a morir: un debate actual. *Rev Med Chile* 2005; 133: 601-6.
- Rydvall A, Lynde N. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. *Crit Care* 2008; 12: R13 Disponible en <http://ccforum.com/12/1/R13>.
- Monzón Marín JL, Sarlegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* 2008; 32: 121-33.
- Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica. Conflictos al final de la vida*. Madrid, España. Editorial Triacastela; 202. p. 225-66.
- Henig NR, Faul JL, Raffin TA. Biomedical ethics and the withdrawal of advanced life support. *Annu Rev Med* 2001; 52: 79-92.
- Simon P, Barrio IM. *¿Quién decidirá por mí?*. Triacastela. Madrid, España; 2004, p 117-44.
- Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. *JAMA* 2000; 284: 2495-501.
- Ley 19451 Establece normas sobre Trasplante y Donación de Órganos. Disponible en <http://cl.vlex.com/vid/establece-trasplante-donacion-organos-467814>.
- Proyecto ley 4398-11. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas

- a su atención en salud. 2006. Disponible en [http://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=4785&prmBL=4398-11](http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=4785&prmBL=4398-11).
18. Grupo de Trabajo. Ética de la Objeción de Conciencia. *Guías de Ética en la Práctica Clínica*. Fundación Ciencias de la Salud, Madrid, 2008.
  19. Guía Comités de Ética Asistencial. Junta de Castilla y León, España. 2008. Disponible en [www.saludcastilla-leon.es/sanidad/cm/institucion/images/](http://www.saludcastilla-leon.es/sanidad/cm/institucion/images/)
  20. Beca JP. Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioética&Debat* 2008; 14 (54): 1-5.
  21. Proyecto Hastings Center. Los Fines de la Medicina; 2001. Versión en español en Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas Nº 11; 2004.