


Voluntades anticipadas en la unidad de cuidados intensivos desde una perspectiva bioética

José Luis Vargas Ovalle¹ 

¹Unidad de cuidados intensivos, Hospital General de Medellín, Medellín, Colombia

Resumen

Propósito/Contexto. La voluntad anticipada es el proceso mediante el cual un paciente, en pleno uso de sus competencias y sin coacción alguna, manifiesta sus preferencias sobre procedimientos y tratamientos a aceptar u omitir en caso de que pierda su capacidad de decidir. En la unidad de cuidados intensivos se realizan acciones emergentes sobre pacientes críticamente enfermos, donde muchas veces no se dispone o no se pregunta sobre una voluntad anticipada, situación que será determinante al momento de una complicación o situación de fin de vida.

Metodología/Enfoque. En este artículo de reflexión se plantea la forma en cómo se comporta la autonomía y el mejor interés del paciente en condición crítica. Se describe, además, la voluntad anticipada desde su fundamentación y sus espectros de aplicación en el paciente críticamente enfermo, además del conocimiento y la percepción que tienen los médicos intensivistas sobre el proceso.

Resultados/Hallazgos. Desde el respeto por el ser y sus preferencias (en el caso en que sea posible conocerlas), se formulan interrogantes sobre qué es realmente lo mejor para el paciente según cada caso particular, desde la ética principialista y desde la ética convergente.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. Es necesario ampliar la divulgación de las voluntades anticipadas como derechos de los pacientes y como herramienta para delimitar los objetivos de tratamiento y sus alcances en situaciones que comprometan la autonomía de los pacientes, en los escenarios de atención en salud en general y principalmente en las unidades de cuidados intensivos.

Palabras clave: voluntad anticipada, bioética, cuidado intensivo, autonomía, beneficencia.



Autor de correspondencia:

José Luis Vargas Ovalle, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Medellín, Cra. 48 # 32-102, La Candelaria, Medellín, Colombia.
Correo-e: jlvgargasic@hotmail.com



Historia del artículo

Recibido: 26 de febrero, 2024
Evaluado: 11 de abril, 2024
Aprobado: 7 de agosto, 2024
Publicado: 3 de septiembre, 2024



Cómo citar este artículo:

Vargas Ovalle, J. L. 2024. "Voluntades anticipadas en la unidad de cuidados intensivos desde una perspectiva bioética." *Revista Colombiana de Bioética* 19 (1): e4601. <https://doi.org/10.18270/rcb.v19i1.4601>



Advance directives in the intensive care unit from a bioethical perspective

Abstract

Purpose/Context. Anticipated will is the process by which a patient, in full use of his competences and without any coercion, expresses his preferences about procedures and treatments to be accepted or omitted in case he loses his capacity to decide. In the intensive care unit, emergent actions are performed on critically ill patients, where an advance directive is often not available or is not asked about, a situation that will be decisive at the time of a complication or end-of-life situation.

Methodology/Approach. In this reflection article, the way in which the autonomy and the best interest of the patient in critical condition behaves is discussed. It also describes advance directives from their rationale and their spectrum of application in the critically ill patient, in addition to the knowledge and perception that intensivists have about the process.

Results/Findings. From the respect for the being and his/her preferences (in the case that it is possible to know them), questions are formulated about what is really the best for the patient according to each particular case, from the principled ethics and from the convergent ethics.

Discussion/Conclusions/Contributions. It is necessary to broaden the dissemination of advance directives as patients' rights and as a tool to delimit treatment objectives and their scope in situations that compromise patient autonomy, in health care settings in general and mainly in intensive care units.

Keywords: Advance directives, Bioethics, Intensive care, Autonomy, Beneficence.

Diretivas antecipadas na unidade de terapia intensiva a partir de uma perspectiva bioética

Resumo

Objetivo/Contexto. As diretivas antecipadas são o processo pelo qual um paciente, no pleno uso de suas competências e sem coerção, expressa suas preferências sobre procedimentos e tratamentos a serem aceitos ou omitidos caso perca sua capacidade de decidir. Na unidade de terapia intensiva, são realizadas ações emergenciais em pacientes graves, onde muitas vezes não se dispõe de uma diretiva antecipada ou esta não é solicitada, situação que será decisiva no momento de uma complicação ou situação de fim de vida.

Metodologia/Abordagem. Neste artigo de reflexão, discute-se a forma como se comportam a autonomia e o melhor interesse do paciente em estado crítico. Também descreve as diretivas antecipadas a partir de sua fundamentação e seus espectros de aplicação no paciente crítico, bem como o conhecimento e a percepção que os intensivistas têm do processo.

Resultados/Descobertas. Com base no respeito ao ser e às suas preferências (se for possível conhecê-las), são feitas perguntas sobre o que é realmente melhor para o paciente em cada caso particular, com base na ética de princípios e na ética convergente.

Discussão/Conclusões/Contribuições. É necessário ampliar a divulgação das diretivas antecipadas como direito do paciente e como ferramenta para definir os objetivos do tratamento e seu alcance em situações que comprometam a autonomia do paciente, nos ambientes de assistência à saúde em geral e, principalmente, nas unidades de terapia intensiva.

Palavras-chave: diretivas antecipadas, bioética, terapia intensiva, autonomia, beneficência.

Introducción

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es la sala del hospital designada para la atención de pacientes críticamente enfermos, sea por causa de eventos traumáticos (accidentes, heridas), por aparición de una enfermedad aguda (neumonía, infarto agudo de miocardio) o por descompensación aguda de una enfermedad crónica (cetoacidosis diabética, falla cardíaca), todas ellas situaciones clínicas lo suficientemente graves para que una persona requiera de vigilancia continua e intensiva, además de los medicamentos y las terapias necesarias para suplir la necesidad de uno o varios órganos (Rodríguez *et al.* 2021).

En gran medida, los pacientes que ingresan a la UCI tienen comprometida su capacidad de toma de decisiones, por motivos asociados a hipoperfusión cerebral, estado de choque hemodinámico, traumatismo intracraneal o por el uso de medicamentos con efecto sedante; por lo que la posibilidad de que un paciente en estas condiciones decida sobre las acciones que se van a realizar o a omitir durante su cuidado, muchas veces tendrán que ser relegadas a un familiar cercano o al primer respondiente designado. Las acciones que se toman en la UCI en referencia a la atención inmediata para preservar la vida y controlar la enfermedad crítica, se toman en espacios de tiempo muy cortos y usualmente con información incompleta de la historia clínica (como en el caso de traumatismos intracraneales severos en la vía pública), situación que complica la valoración de la autonomía de los pacientes. La ejecución de las terapias y los procedimientos se realiza según la oportunidad, pertinencia y racionalidad de cada caso, siempre velando por el mejor interés para el paciente (Beauchamp y Childress 2001).

El desconocimiento y la desinformación asociada a la reciente estigmatización de las UCI y sus equipos de atención, a raíz de la pandemia por COVID-19 (Pasay-An *et al.* 2021), ha perpetuado una creencia popular de que son salas de sufrimiento y muerte, donde los pacientes van en el momento en que ya no hay nada más por hacer ni ofrecer, razón por la cual, hay una cultura de rechazo al ingreso, por temor y prejuicios. Junto a la negativa de ingreso, el desistimiento de maniobras de reanimación en caso de paro cardio-cerebro-pulmonar es la principal consideración emitida por pacientes y familiares al momento del primer contacto con el servicio de medicina crítica y cuidado intensivo.

El hecho de portar o emitir una voluntad anticipada sobre los deseos y las precauciones a tener al momento en que, por razón de una lesión o enfermedad, se pierda la competencia para la toma de decisiones, no es una medida popular entre los usuarios del sistema de salud colombiano. En la UCI, más allá del proceso de consentimiento informado al ingreso, no hay una solicitud o indagación por voluntades anticipadas del paciente debidamente reglamentada.

Regulación de la voluntad anticipada en Colombia

Se ha concebido un instrumento preventivo de toma de decisiones, en caso de pérdida de la capacidad de razonar o de expresar los deseos sobre el propio cuerpo (Bolívar Góez y Gómez Córdoba 2017), que puede estar encaminado o no a la realización de terapias y procedimientos en situaciones críticas, pero que tiene su origen y mayor relevancia en las enfermedades terminales. Desde su origen en la Ley 1733 de 2014 (República de Colombia 2014), referente a los cuidados paliativos, la voluntad anticipada como procedimiento legal a través de un documento tiene, usualmente, aplicación en enfermedades de origen neurodegenerativo u oncológico en pacientes con enfermedades crónicas e irreversibles. Hay claridad en los procesos de voluntad anticipada en los pacientes terminales, en cuanto a que su principal objetivo es no realizar medidas adicionales que puedan generar sufrimiento o prolongar un padecimiento (Broggi 2003).

El Ministerio de Salud y Protección Social ratifica el proceso de decisiones previas sobre las preferencias en salud, a través de un documento de voluntad anticipada (DVA) (Ministerio de Salud y Protección Social 2023), el cual fue reglamentado en la Resolución 2665 de 2018, donde se determina que una persona que esté en pleno uso de sus facultades legales y mentales, independientemente de su estado de salud: “podrá declarar de forma libre, consciente e informada su voluntad sobre las preferencias al final de la vida que sean relevantes para su marco de valores personales”. Este documento de voluntad anticipada busca proteger la autonomía del paciente en caso de que se pierda su posibilidad de decidir, por causa de lesión severa o progresión de una enfermedad de base, velando siempre por proteger las preferencias del paciente ante un eventual caso catastrófico, donde la condición clínica lo exponga a posibles escenarios de obstinación terapéutica (Jiménez López *et al.* 2019), usualmente al final de la vida. Esta decisión es susceptible de ser modificada o anulada al momento en que el paciente así lo desee. Para la formalización del DVA, se hará el trámite ante un notario, ante el médico tratante o ante dos testigos debidamente identificados. Se identifica allí una tensión, pues en Colombia no es común la figura del médico tratante, más allá de algunos hospitales y prácticas de medicina privada. Además, aún existe una creencia, a nivel de los profesionales de la salud, de que el documento solo tiene validez cuando el trámite es notariado, como en efecto ocurrió en el lapso entre la Ley 1733 de 2014 (República de Colombia 2014) y la Resolución 2665 de 2018.

Relevancia de la voluntad anticipada en el contexto del cuidado intensivo

El ingreso a UCI se da usualmente en un escenario agudo y crítico, rodeado de angustia e incertidumbre para el paciente y sus acompañantes. Si bien es cierto que los DVA han ganado aceptación y protagonismo entre los pacientes con enfermedades degenerativas y terminales, no es usual que sean portados por los ciudadanos del común, y menos si están sanos o con una enfermedad crónica controlada. Es una práctica común entre los médicos intensivistas preguntar por las preferencias sobre intubación y reanimación cardiaca a los pacientes de mayor edad o con enfermedades crónicas avanzadas, así mismo, es habitual omitir estas preguntas en el caso de pacientes jóvenes o con baja probabilidad de complicaciones al momento del ingreso (calculada por escalas de severidad en general y según grupo de enfermedad).

Posterior a la pandemia por COVID-19, se ha incrementado la necesidad de determinar las preferencias de los pacientes en un procedimiento tan común en la UCI como es la intubación orotraqueal, todo en el contexto de la proporcionalidad terapéutica (Camargo Rubio 2021). Se toma este ejemplo porque como consecuencia de la desinformación, la gente asocia la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica como prácticas lesivas para la salud del enfermo crítico. Si bien no se solicita la manifestación de voluntad previa a través del DVA, usualmente se consulta a todos los pacientes con enfermedad respiratoria si quisieran ser intubados en caso de insuficiencia respiratoria o falla ventilatoria, respetando su autonomía y resolviendo las dudas e inquietudes que se generen.

La evolución de la enfermedad crítica puede llevar a la aparición de complicaciones asociadas a la falla orgánica múltiple, las cuales habitualmente requerirán de procedimientos y terapias invasivas, para los cuales debería contarse con el consentimiento del directamente implicado, ejemplos de esto son: a) la terapia de remplazo renal, b) la terapia de circulación extracorpórea, c) la realización de cirugías que repercuten sobre la imagen corporal (amputaciones), d) asistencia ventilatoria crónica por traqueostomía, e) nutrición artificial crónica por gastrostomía y, por último, f) reanimación cardio-cerebro-pulmonar.

No es común que un paciente ingrese a una UCI con directrices previas o una voluntad anticipada referente a cómo actuar en caso de que una situación de estas se presente, con la excepción del disentimiento de maniobras de reanimación, el cual es más presente en personas de edad avanzada y con enfermedades cardíacas, pulmonares, renales o metabólicas crónicas (Gutiérrez Samperio 2013).

El desconocimiento del personal médico de UCI y la confianza en el éxito del resultado en pacientes con bajos predictores de mortalidad, hace que no sea una práctica común, ni la solicitud ni el abordaje al paciente sobre sus directrices previas en caso de complicación, posiblemente porque para algunos no se considera parte de un proceso necesario de la relación médico-paciente. En algunos casos, la falta de preparación y el temor a hablar de la muerte llevan a la falta de adherencia de las dinámicas del proceso de consentimiento informado y la manifestación de la voluntad anticipada (Gaitán Fernández 2013).

¿Cómo definir lo mejor, lo apropiado y lo pertinente para el paciente que ha perdido la autonomía?

Por los mecanismos anteriormente expuestos, la capacidad de toma de decisiones sobre el propio cuerpo se pierde rápidamente en la UCI, bien sea por acción de la enfermedad o por el requerimiento de sedación. El conflicto comienza desde el momento en que, al desconocer los deseos previos del paciente, se tiene que determinar si la directriz emitida por un tercero está acorde a la voluntad expresada por el paciente en algún momento de su vida, allí radica la importancia que se le deba dar a la subjetividad referida por Beauchamp y Childress (2001), respecto al principio de respeto a la autonomía cuando este juicio se traslada a un sustituto. Un conflicto adicional parte de la credibilidad y validez que se le dé a la información suministrada por el acompañante ante la ausencia de un DVA oficial.

De parte del equipo asistencial de la UCI, las decisiones sobre una acción terapéutica o de cuidado siempre estarán orientadas a conseguir el mejor interés para el paciente, respetando sus valores y virtudes, y ponderando siempre el máximo beneficio con el mínimo riesgo. Si bien es cierto que hay riesgos previsibles según el tipo de condición clínica, no es común prever que el paciente evolucione a una condición de terminalidad, donde es necesario conocer los deseos previos del paciente ante una eventual condición percibida como indigna, para él mismo o para su núcleo social.

En los casos donde no se cuenta con un acompañante competente para la toma de decisiones o donde la competencia del paciente es cuestionable, se velará siempre por el mejor interés para el paciente, conservando entonces una perspectiva paternalista ante una situación que pudiera ser irregular (por ejemplo, la transfusión de sangre en niños testigos de Jehová, pese a la negativa de los padres). Hasta allí pareciera no haber conflicto, pues la directriz es clara sobre qué es lo adecuado para la salud del menor; sin embargo, en situaciones donde hay un grado de competencia cuestionable o una decisión de un tercero que genera duda, el conflicto intradimensional entre los principios cardinales de individualidad y realización de la ética convergente de Maliandi y Thüer (2008), permite abordar la conflictividad con una visión más amplia.

Desde la ética convergente, la voluntad anticipada puede interpretarse como una prueba fehaciente y extemporánea de la individualidad, donde la conflictividad en este caso se dará al momento en que se otorgue importancia al principio de realización, por considerarse no adecuada una acción para un paciente, situándose en el conflicto cruzado entre individualidad y conservación, y allí, la armonización dependerá de la justificación de las acciones omitidas o reorientadas por el mejor interés del paciente, en cuanto a no realizar acciones que prolonguen un padecimiento o que representen una vida indigna (por ejemplo, reanimar a un paciente con daño cerebral difuso y sostenido).

¿Cómo perciben los médicos intensivistas la individualidad y el respeto por la autonomía desde la voluntad anticipada?

En el marco de las situaciones críticas que se enfrentan a diario en la UCI, se establecen espectros de pacientes según sus enfermedades y la gravedad de estas. Esto es fundamental a la hora de plantear interrogantes sobre cómo actuar en caso de una situación de complicación mayor y de terminalidad. Al preguntarle a un grupo de intensivistas sobre sus percepciones y conocimiento sobre las voluntades anticipadas en los pacientes críticamente enfermos, se obtuvieron respuestas como:

- “Jamás he visto una, no sé cómo buscarlas, no las pregunto, ni yo tengo”.
- “Contadas con los dedos en los pacientes de UCI. Muchas veces ni la familia sabe qué hacer con una voluntad anticipada”.
- “Generalmente les pregunto, solo si el paciente es muy anciano o con muchas comorbilidades (independiente de la edad)”.
- “No sé si la población de muchos hospitales tenga la capacidad de hacerlo antes de ingresar a UCI, y no veo tan fácil educarlos en ese momento del duelo que implica tener un paciente en UCI”.
- “Hay que respetar sus voluntades, aunque siempre es bueno conversar con los pacientes sobre el porqué de esa voluntad”.

Como medida general, los intensivistas concuerdan en que hablar con los pacientes sobre sus preferencias es importante y determinante a la hora de tener que decidir cómo actuar cuando las complicaciones graves se presentan. Así mismo, en los pacientes sin capacidad de decisión tiene una relevancia considerable el hecho de cuestionar a los familiares sobre las directrices previas. La gravedad y la fragilidad de cada caso clínico despiertan mayor interés a la hora de preguntar: ¿qué quiere usted? o ¿qué les había dicho él/ella si esto le llegara a pasar?

¿Qué hacer cuando lo mejor no es lo correcto?

La directriz previa mediante los DVA permite rechazar tratamientos considerados indignos, sin embargo, existe la opción de delimitar qué aceptaría el paciente en caso de perder la autonomía. La posibilidad de decidir en un proceso que se supone ha sido informado e ilustrado por una persona con el conocimiento necesario, abre la puerta a decisiones que no pudieran ser del todo racionales ni pertinentes en el caso de la enfermedad crítica. La autonomía como deber, *prima facie*, no tiene cabida en casos donde, por ejemplo, un paciente con falla cardíaca terminal solicite y exija se le conecte a terapia de circulación extracorpórea en caso de una posible pérdida de la consciencia, siendo que este procedimiento para el paciente esté contraindicado.

La convergencia de la dimensión crítica plantea formas más acertadas de abordar la conflictividad presente en estos escenarios. En el proceso de toma de decisiones del paciente crítico y en el final de la vida, existen otras perspectivas éticas más acordes que las del principialismo clásico de la ética biomédica (Álvarez Acuña *et al.* 2023).

La obstinación terapéutica y la distanasia no deberían ser validadas por una directriz previa, pues si bien es cierto que, en función del respeto por el ser, se debe considerar la voluntad del paciente, la razón obliga a actuar acorde al mejor interés y al menor pa-

decimiento posible. No se puede concebir una UCI donde no se conserve un mínimo de paternalismo a la hora de decidir, pues en la mayoría de los casos, el momento de la acción no da lugar a la deliberación con el paciente o su familia, diferente de otros servicios hospitalarios y de consulta externa, donde las decisiones pueden ser tomadas con más calma.

Consideraciones finales

Es fundamental educar a pacientes y familiares sobre la importancia del testamento vital o la directriz previa. Nadie está exento de sufrir un accidente o una enfermedad aguda que rápidamente lo deje en una condición de vulnerabilidad. Países como España cuentan con un sistema nacional de voluntades anticipadas para la información inmediata y oportuna en los centros asistenciales (Gaitán Fernández 2013).

Así, se debe fomentar por lo menos el diálogo sobre las directrices previas desde la consulta externa en los servicios de enfermería y medicina general, y potenciar su difusión en los servicios de medicina especializada, en especial los encargados de tratar pacientes con enfermedades crónicas.

Al momento del ingreso a UCI, se debe aprovechar al máximo toda información que pueda suministrar el paciente; es deber del médico y del profesional en enfermería preguntar sobre las preferencias para el cuidado y ante eventuales complicaciones, además de dejarlas consignadas a manera de testimonio en la historia clínica, para empezar a desvirtuar la creencia de que la voluntad anticipada se limita a la firma de un documento.

En la UCI, la voluntad del paciente es necesaria y debe ser respetada, como medida general de calidad de la atención y como máxima de la humanización del cuidado intensivo, sin embargo, en el paciente críticamente enfermo, cuando lo deseado no es suficiente por desconocimiento o desproporción, lo correcto debe ser determinado por lo pertinente y lo oportuno.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés con la publicación de este artículo.

Implicaciones éticas

El autor declara que este artículo no tiene implicaciones éticas en su desarrollo o publicación.

Referencias

- Álvarez Acuña, Ana Milena, Julián Camilo Riaño Moreno, Jhonatan López Neira, *et al.* 2023. "Ethical principles and dilemmas in the discourse of healthcare practitioners involved with end-of-life care based on the Advanced Directives Document." *Colombian Journal of Anesthesiology* 51 (1): e1046. <https://www.rev-colanest.com.co/index.php/rca/article/view/1046>
- Beauchamp, Tom y Childress, James. 2001. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Bolívar Góez, Piedad Lucía y Ana Isabel Gómez Córdoba. 2017. "Voluntades anticipadas en Colombia desde la Resolución 1051." *Revista Latinoamericana de Bioética* 17 (32-1): 226-33. <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/2664>
- Broggi, Marc Antoni. 2003. "Las voluntades anticipadas." *Humanitas, humanidades médicas* 1 (1): 61-70. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/03/voluntades-anticipadas.pdf>
- Camargo Rubio, Rubén Darío. 2022. "Principio de proporcionalidad terapéutica en la decisión de intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva en paciente COVID-19 grave." *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* 22: S62-70. <https://doi.org/10.1016%2Fj.acci.2020.12.003>
- Casas Rodríguez, Javier, Jaime Roberto Zambrano Córdoba, José Ricardo Vélez Muentes, *et al.* 2021. "Criterios de patologías que requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivo." *RECIMUNDO* 5 (especial 1): 172-8. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1485>
- Gaitán Fernández, Marta. 2013. "Conocimiento y manejo de los documentos de voluntades anticipadas en los servicios de UCI y Urgencias." Tesis de Maestría, Universidad de Oviedo. <http://hdl.handle.net/10651/17340>
- Gutiérrez Samperio, César. 2013. "Voluntad anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos." *Cirujano General* 35 (S2): 171-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs132q.pdf>
- Jiménez López, Wendy, Jorge Alberto Amaya Aguilar, Martha Lilia Bernal Becerril, *et al.* 2019. "La autonomía del paciente ante la voluntad anticipada." *CuidArte* 8 (16): 44-53. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93719>
- Maliandi, Ricardo y Oscar Thüer. 2008. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Universidad Nacional de Lanus.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. "Resolución 2665 de 2018." Publicado junio 25, 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2023. "Documento de voluntad anticipada." Consultado noviembre 10, 2013. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>

Pasay-An, Eddieson, Farhan Alshammari, Romeo Mostoles Jr, *et al.* 2021. “Estudio cualitativo sobre las experiencias de las enfermeras en cuanto a estigma social en el contexto de la COVID-19.” *Enfermería Clínica* 32 (2): 75-82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8196320/>

República de Colombia. 2014. “Ley 1733 de 2014.” Publicado septiembre 8, 2014. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>