Descargado el: 21-11-2026 ISSN 2221-2434

Presentaciones de casos

Consideraciones éticas acerca de la retirada del soporte vital: análisis de un caso

Ethical Considerations regarding the Withdrawal of Life Support: Analysis of a Case

Melany Yamilex Reascos Chalacán[1] Mauricio Fernando Enrríquez Grijalva[1] Denisse Isabel Suaste Pazmiño[1]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes., Ambato, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Reascos-Chalacán M, Enrríquez-Grijalva M, Suaste-Pazmiño D. Consideraciones éticas acerca de la retirada del soporte vital: análisis de un caso. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2024 [citado 2026 Nov 21]; 14(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1393

Resumen

La bioética desempeña un papel fundamental en la resolución de dilemas que pueden surgir en el ámbito de la atención médica. Uno de los temas más complejos es el retiro del soporte vital en pacientes en estado crítico. Este se basa en una evaluación minuciosa del pronóstico del paciente y en la consideración de sus propios deseos cuando sea posible. La toma de decisiones en este ámbito suele ser el resultado de un proceso colaborativo que involucra a médicos, familiares y, en algunas ocasiones, comités de ética. Se presenta un caso clínico en el que el paciente se encontraba en una situación delicada de salud debido a una enfermedad respiratoria grave por lo que se mantuvo en soporte vital. Después de haberse agotado todas las opciones terapéuticas disponibles, se tomó la decisión de retirar el soporte vital. El retiro del soporte vital en pacientes en estado crítico es un proceso complejo que conlleva múltiples dimensiones.

Palabras clave: discusiones bioéticas, soporte vital, estado crítico

Abstract

Bioethics plays a fundamental role in resolving dilemmas that may arise in the field of healthcare. One of the most complex issues is the withdrawal of life support in critically ill patients. This is based on a thorough assessment of the patient's prognosis and consideration of their own wishes where possible. Decision making in this area is usually the result of a collaborative process that involves doctors, family members and, sometimes, ethics committees. A clinical case is presented in which the patient was in a delicate health situation due to a serious respiratory illness for which he was kept on life support. After all available therapeutic options had been exhausted, the decision was made to withdraw life support. The withdrawal of life support in critically ill patients is a complex process that involves multiple dimensions.

Key words: bioethical discussions, vital support, critical condition

Recibido: 2024-03-25 16:42:35
Aprobado: 2024-03-30 22:13:56

Correspondencia: Melany Yamilex Reascos Chalacán. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador. melanyrc97@uniandes.edu.ec

INTRODUCCIÓN

La bioética desempeña un papel fundamental en la resolución de dilemas que pueden surgir en el ámbito de la atención médica. Además, es relevante en las interacciones entre el personal de salud, los pacientes, sus familiares y la sociedad en general, así como los Comités de Ética Asistencial Sanitaria (CEAS). Estos comités tienen un carácter estrictamente consultivo, orientador y educativo, sin suplir funciones en la toma de decisiones clínicas para resolver dilemas y problemas.[1]

Un reporte publicado en la revista *Life* en 2021 reveló la existencia de un comité creado en 1961 en *Seattle*. Este comité tenía la tarea de decidir qué pacientes tenían prioridad para beneficiarse de la entonces reciente máquina de hemodiálisis.[1]

La ética en los procesos de salud ha evolucionado para abordar cuestiones cruciales, como el retiro del soporte vital. El principio de autonomía del paciente es fundamental en estas discusiones, al igual que los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia. Los médicos también cuentan con una guía ética para su desempeño laboral: el Código Deontológico.[2] Además, los principios fundamentales de la bioética siempre se basan en el respeto a la dignidad humana y los derechos humanos. Estos principios deben guiar las decisiones y prácticas médicas, incluso, en el contexto actual de crisis de salud y escasez de recursos.[3]

El retiro de soporte vital en pacientes en estado crítico es un asunto ético y legal complejo que ha evolucionado con el tiempo. Se basa en una evaluación minuciosa del pronóstico del paciente y en la consideración de los deseos de este cuando sea posible. La toma de decisiones en este ámbito suele ser el resultado de un proceso colaborativo que involucra a médicos, familiares y, en algunos casos, comités de ética. Es fundamental considerar las diferentes posturas y perspectivas de cada uno de los implicados.

Para los pacientes en estado crítico, tomar decisiones en estas circunstancias representa un desafío sin precedentes, también para los familiares como para el personal de salud. Los servicios de medicina intensiva, equipados con tecnología avanzada y profesionales especializados, se esfuerzan por proporcionar los medios adecuados para restablecer la salud de las personas dentro de los hospitales, sin embargo, cuando no es posible restaurar la salud del paciente o garantizar una calidad de vida mínima aceptable, los profesionales tienen la obligación ética de iniciar un diálogo respetuoso y prudente con el paciente, su familia y otros profesionales sanitarios con el objetivo de llegar a un consenso sobre la limitación de los tratamientos de soporte vital o la adaptación de los cuidados.[4]

La presente investigación constituye la presentación de un caso clínico, para la que se obtuvo información por medio de fuentes primarias y secundarias. El procedimiento que se utilizó para la recolección de la información y las técnicas de análisis de la información, siguió un proceso ordenado, claro y lógico, acorde con la metodología de la investigación, a través de la sistematización o diagrama de flujo Prisma (por sus siglas en inglés). Se realizó la búsqueda de información en las bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y Scopus en los meses de enero y febrero de 2024. Se incluyeron artículos originales validados, los de titulación e informes de instituciones de salud oficiales, en idioma inglés y español de los últimos 5 años para asegurar la actualidad de la información. Se utilizaron como criterios de exclusión los artículos que no se centraban en el dilema bioético de la retirada del soporte vital, los artículos con información repetida o pagada, los textos inaccesibles en su totalidad o con información irrelevante y los artículos publicados en revistas que no poseen revisión por pares.

Se presenta el caso porque el retiro del soporte vital en pacientes en estado crítico es un proceso complejo que conlleva múltiples dimensiones éticas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 44 años de edad, que acudió al Servicio de Emergencias de un hospital en su ciudad de residencia debido a hemoptisis, tos y pérdida de peso con una evolución aproximada de un mes. Se le realizó una prueba de esputo, con resultado negativo y una radiografía simple de tórax en vista posteroanterior, que reveló imágenes de tipo nodular en ambos campos pulmonares. (Fig. 1).



Fig. 1. Radiografía simple de tórax en vista posteroanterior del paciente

Tras la atención inicial, se logró la estabilización de los parámetros y se dio alta con tratamiento domiciliario.

A los 3 mes de seguimiento, el paciente no mostró mejoría con el tratamiento inicial y fue derivado a un hospital especializado en otra ciudad con el diagnóstico presuntivo de neumonía por *Klebsiella pneumoniae*, sin embargo, su condición continuó empeorando, y tras presentar hemoptisis y falta de aire se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) simple que reveló cavitaciones pulmonares, ensombreciendo el diagnóstico inicial, y en esa ocasión se planteó la posibilidad de un diagnóstico de tuberculosis pulmonar o neoplasia pulmonar. (Fig. 2).



Fig. 2. Tomografía axial computarizada simple de la región torácica del paciente

Después se le realizó una broncoscopia flexible, durante el procedimiento, el paciente experimentó una brusca caída de la tensión arterial (TA), de la frecuencia cardíaca (FC) y saturación de oxígeno ($SatO_2$). Se suspendió la broncoscopia y se procedió a la intubación endotraqueal y soporte ventilatorio.

El paciente persistió con bradicardia, pero tras la administración de atropina, lidocaína y amiodarona, se logró estabilizar la TA, FC y $SatO_2$. Se interconsultó con los Servicios de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, quienes implementaron el manejo de parada cardiorrespiratoria y establecieron el soporte vital avanzado del paciente. Se designó el modo de ventilación mecánica (VM) controlado por presión y se trató la acidosis mixta.

Durante la semana siguiente, el paciente permaneció inconsciente, con signos vitales inestables y sin mostrar signos de recuperación. La neumonía continuó agravándose y se evidenció un fallo múltiple de órganos. El equipo médico agotó todas las medidas terapéuticas posibles sin obtener mejoría. Se decidió presentar al Comité de Ética y a los familiares la posibilidad del desacople del soporte vital. A través del diálogo, se llegó a la decisión unánime de dejar al paciente con todas las medidas terapéuticas tomadas durante 3 días más, esperando respuesta positiva, sin embargo, tras la espera de esos días y al notar que no había recuperación, se reunió nuevamente el personal médico, el Comité de Ética y los familiares para decidir el retiro del soporte vital. Tras la retirada del soporte vital el paciente falleció.

DISCUSIÓN

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del 2014, la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se define en el contexto del médico ecuatoriano como, la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medida(s) cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica.[5]

Reyes, en su estudio de un caso clínico, plantea la existencia de dos tipos de pacientes: aquellos plenamente autónomos y aquellos con una autonomía muy reducida o inexistente; en pacientes con autonomía muy limitada o inexistente, como en este caso, se debe investigar si existe algún documento de voluntades anticipadas vigente suscrito por el propio paciente. Si no existe tal documento, se suele tomar como punto de partida un proceso basado en indicaciones médicas, considerando la futilidad de posibles intervenciones médicas. Aunque se disponga de recursos tecnológicos adecuados, es probable que no puedan revertir el proceso mórbido que lo afecta.[6]

En cuanto a los principios éticos de la muerte digna, el concepto ha generado amplias discusiones y existen visiones diversas. Para algunos, la muerte digna es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida, basado en el principio de autonomía. Para otros, se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado, dando gracias y reconciliados consigo mismo y con los demás. En otras palabras, morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo con la visión metafísica y religiosa de cada individuo.[7]

En relación a lo mencionado por Aller y cols.[8] vivir dignamente hasta el último momento requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte. Esto implica respetar sus creencias y valores, así como permitir su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. El principio de autonomía es fundamental, mediante el cual se le otorga al paciente la libertad de tomar decisiones. En caso de que el paciente no esté en condiciones de hacerlo, sus familiares pueden actuar en su nombre.

En el caso clínico que se presenta, la decisión del personal médico de suspender gradualmente el soporte vital básico del paciente y todas las medidas terapéuticas para permitir una muerte digna fue un acto respetable. Lizcano y cols.[9] mencionan que la muerte digna se presenta como un principio de justificación. En este sentido plantean que no se debe permitir a ningún enfermo terminal soportar la carga de un dolor continuo e incapacitante, y por lo tanto, aquellos que les liberan de ello por su propia solicitud actúan éticamente por compasión y respeto a su autonomía. La actuación ética se enfoca en respetar la autonomía del paciente y su voluntad de decidir sobre su muerte, al evitar

el sufrimiento prolongado por su estado terminal.[9]

Desde la perspectiva familiar, su anhelo fue mantener conectado al paciente hasta que permaneciera con vida. Se apoyaron en la creencia de que es Dios el que decide quién vive y quién muere. Por lo tanto, consideraban que la persona debería fallecer de muerte natural y no por intervención humana. Ramos y cols.[10] señalan que para las personas que profesan las religiones cristiana o judía, el rechazo a la muerte provocada es absoluto. Esta posición es coherente con la creencia de que la vida es otorgada y retirada por Dios, y de ello se deriva su santidad. Es importante reconocer que las creencias religiosas pueden influir significativamente en las decisiones relacionadas con el final de la vida, y es fundamental respetar estas perspectivas durante el proceso de toma de decisiones médicas y éticas.

El retiro del soporte vital en pacientes en estado crítico es un proceso complejo que involucra a familiares y personal de salud. La decisiones éticas y emocionales afectan profundamente a ambas partes, y la comunicación abierta y el apoyo son esenciales. El objetivo médico debe centrarse en proporcionar atención centrada en las necesidades del paciente, al respetar su dignidad y brindar apoyo a las familias en el proceso de duelo. La suspensión del soporte vital plantea dilemas bioéticos, pero a través de una comprensión de los principios éticos y una colaboración empática, es posible abordar este desafío de manera respetuosa y humana.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Melany Yamilex Reascos Chalacán.

2. Curación de datos: Mauricio Fernando Enríquez Grijalva, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

3. Análisis formal: Melany Yamilex Reascos Chalacán, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Melany Yamilex Reascos Chalacán, Mauricio Fernando Enríquez Grijalva.

6. Metodología: Melany Yamilex Reascos Chalacán, Mauricio Fernando Enríquez Grijalva, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

7. Administración del proyecto: Melany Yamilex Reascos Chalacán.

8. Recursos: Melany Yamilex Reascos Chalacán, Mauricio Fernando Enríquez Grijalva, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

9. Software: Mauricio Fernando Enríquez Grijalva, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

10. Supervisión: Melany Yamilex Reascos Chalacán.

11. Validación: Mauricio Fernando Enríquez Grijalva.

12. Visualización: Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

13. Redacción del borrador original: Melany Yamilex Reascos Chalacán.

14. Redacción, revisión y edición: Melany Yamilex Reascos Chalacán, Mauricio Fernando Enríquez Grijalva, Denisse Isabel Suaste Pazmiño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weingerz S, Templos LA, Rangel NE, Orellana VR. Motivos de presentación de casos clínicos de pacientes ante el Comité Hospitalario de Bioética, en un Hospital de Segundo Nivel. Med Ética [Internet]. 2021 [citado 1 Ene 2024];32(3):[aprox. 20p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7986794

2. Hernández JA. Bioética clínica: una breve introducción. Med Ética [Internet]. 2022 [citado 14 Feb 2024];33(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/1371

3. Camargo RD. Los aspectos morales bioéticos y científicos guían las decisiones en el contexto de recursos escasos durante la pandemia por COVID-19. Acta Colomb Cuid Inten [Internet]. 2021 [citado 13 Ene 2024];21(3):[aprox. 7p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7664473/

4. Rubio O, Ventura L. Limitación del soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. Rev Bioética Derecho [Internet]. 2020 [citado 4 Mar 2024];2(48):[aprox. 8p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006&lng=es

5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito: MSP; 2014 [citado 11 Mar 2024]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC Cuidados paliativos FINAL.pdf

6. Cruz OA, Pacheco HL, Núñez RA, Bush SB. Dilemas éticos en la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y paros cardiorrespiratorios. Rev Med Hondur [Internet]. 2019 [citado 25 Feb 2024];87(1):[aprox. 12p]. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049503

7. De la Fuente JR. Morir con dignidad. Rev Fac Med Méx [Internet]. 2019 [citado 10 Mar 2024];62(1):[aprox. 4p]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422019000100050&lng=es

8. Aller G, Berro G, Campos N, Cavalieri L, Cluzet O, Della A, et al. Principios éticos de la muerte digna [Internet]. Montevideo: Comision de Asesoramiento Bioetico; 2020 [citado 2 Mar 2024]. Disponible en: https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2021/01/Principios_eticos_de_la_muerte_digna-1.pdf

9. Lizcano CJ, Chamorro DX, Pantoja MJ. Enfoque jurídico y social de la eutanasia. ¿Derecho a morir dignamente?. Dilemas Contemp [Internet]. 2021 [citado 12 Sep 2023];19(1):[aprox. 15p]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000800098

10. Ramos AJ, Urbina KD, Borja DB, Mite GV, Corro LN, Velasco VG. Dilemas bioéticos comunes en la atención hospitalaria. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2018 [citado 12 Ene 2024];20(3):[aprox. 20p]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962018000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es