

Limitación del esfuerzo terapéutico

Prof. Dr. Enrique de Mestral

Cátedra de Bioética.
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción



- No se debe negar lo que corresponde hacer, ni imponer lo inútil.
- No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible.

Frente al avance de las terapias médicas, las presiones por disminuir los costos y administrar los recursos siempre limitados, así como la tentación de la eutanasia que ya ha entrado en los países más desarrollados, la **limitación del esfuerzo terapéutico** (LET) podría constituirse en una vía de solución parcial al menos de los problemas que acarrear los tratamientos desproporcionados.⁽¹⁾

La práctica clínica exige dos cuidados fundamentales en este terreno: no negar lo que corresponde hacer ni imponer lo inútil. Si bien la preservación de la vida es el objetivo médico fundamental, no constituye sin embargo un valor absoluto que deba ser mantenido a ultranza en todas las situaciones, pudiendo la lucha por prolongarla entrar en una estéril dinámica contrapuesta a toda ética.⁽¹⁰⁾

Para esto necesitamos diagnósticos y pronóstico con cierto grado de certeza, evaluar la competencia del paciente e identificar a su representante eventual para la expresión de una voluntad subrogada.

En cuanto a los diagnósticos y tratamientos disponibles, notemos que la mayor parte de la medicina actual se basa en elementos de evidencia estadística y por lo tanto probabilístico y no se puede asegurar su utilidad o inutilidad en un paciente determinado.

Parece oportuno referir aquí los criterios de terminalidad dado por el *Plan Nacional de Cuidados Paliativos de España*⁽¹¹⁾: existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos sanitarios, con un pronóstico de vida generalmente inferior a seis meses, que genera una gran demanda de atención y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y calidad de vida del enfermo de la familia basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Esta definición se adecua muy bien a los pacientes con cáncer terminal y no tanto a los que padecen enfermedades neurológicas degenerativas o insuficiencias orgánicas, o en el caso de pacientes geriátricos aún más difíciles por la dificultad para discernir entre enfermedades crónicas que llevan a la muerte y situación terminal.

E-mail: enrique.de.mestral@gmail.com

Un elemento que debe ser agregado para comprender mejor el criterio de la terminalidad es la refractariedad al tratamiento adecuado durante un tiempo razonable. La piedra angular de los cuidados paliativos es el empleo de la morfina, medicación que puede aliviar el síntoma que causa el malestar (disnea, dolor, diarreas) sin que se disminuya sensiblemente el nivel de conciencia, o, si es necesario, disminuyendo el nivel de conciencia, siempre y cuando éste no cause depresión respiratoria, en un enfermo que no tiene asistencia ventilatoria mecánica.

Tratamientos mínimos y excesivos

Para la definición de los tratamientos desproporcionados recurriremos a una tesis de la Universidad de Pamplona: *“aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”*.⁽⁵⁾

La limitación terapéutica suele consistir en la limitación de fármacos vasoactivos, ventilación mecánica en las unidades intensivas, antibióticos y nutrición. El factor fundamental para la toma de decisiones suelen ser la **calidad de vida previa y la predecible luego del empleo de las medidas extraordinarias**. La calidad de vida es un concepto subjetivo que tiene que ser valorado por el propio paciente (los médicos suelen infravalorarla). Puede definirse como la menor brecha entre las expectativas del paciente en su situación y la realidad.

Los **cuidados mínimos** que necesita todo enfermo terminal son: alimentación, hidratación, aspiración de secreciones, prevención de úlceras de decúbito, conservación de la temperatura, analgésicos y ansiolíticos.⁽⁹⁾

La LET no es equiparable a la eutanasia, al delito de omisión del deber de socorro, la denegación de asistencia sanitaria o de abandono de los servicios necesarios.

Existe consenso para afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible necesariamente y de ahí se colige que tenemos razones para limitar el esfuerzo terapéutico, razones que obviamente han de estar debidamente justificadas.

La obligación fundamental de la medicina es cuidar y aliviar el sufrimiento del enfermo, restaurando su salud y preservando su vida. Existe una ética de mínimos que exige la no maleficencia y el respeto de la justicia. Hacemos maleficencia cuando empleamos un tratamiento no indicado en algunas circunstancias aunque en otras puede muy bien ser mandatorio. Por otro lado, debemos **respetar** las decisiones de los pacientes de ser tratados o no, y a veces hasta sus preferencias por una terapéutica determinada. Pero no estamos obligados a respetar la petición de un tratamiento si el médico lo considera contraindicado.

Si consideramos el problema de la justicia, la sociedad debe estar ordenada con criterios de equidad, respetando a las personas que están en situaciones de vivencia peor que la muerte.⁽²⁾ Además, no se puede exigir al sistema público que provea o que financie un tratamiento no indicado, escaso o excesivamente caro, que comprometería la asistencia a un gran número de pacientes por afecciones más recuperables.

Toma de decisiones

Los Comités de Bioética hospitalarios, órganos de consulta para obtener alguna opinión argumentada, suelen ser de gran ayuda para dilucidar algunas situaciones difíciles. También las sociedades científicas suelen emitir recomendaciones de actuación en casos límites.

Pueden aparecer **conflictos** en la LET o en su retirada una vez iniciado el proceso de asistencia, sobre todo de las medidas llamadas extraordinarias (aquellas que no pueden ser realizadas en el domicilio o en una sala común de hospital, no abundantes, de alto costo, con tecnología de punta y a menudo invasiva). De todos es sabido que es más difícil interrumpir algo iniciado que no iniciarlo. Aunque cuando se plantea retirar un tratamiento es porque se ha constatado que no funciona, mientras que el plantear no iniciarlo queda la incertidumbre de que el tratamiento funcione o no.⁽³⁾ En realidad, a veces se recurre a la fórmula *“in dubio pro patiens”*.

Siempre que el paciente tenga capacidad de discernimiento, el tema hay que tratarlo con él. El problema surge cuando este no es competente y tenemos que consultar con los próximos. Se sabe que una información deficiente o insuficiente suele ser la causa de gran parte de los conflictos generados en las relaciones médico-paciente. Y los médicos no suelen estar preparados para la comunicación, sobre todo para dar malas noticias, responder a preguntas difíciles e interpretar los momentos de silencio significativos.

La toma de decisión de LET debe realizarse siempre en consenso con el equipo de salud, considerando los conocimientos actuales de la medicina fundada en la evidencia científica. Además de estos criterios *“técnicos”* deben entrar en consideración los valores de la cultura local y el respeto de los principios universales de la bioética.

Para la toma de decisiones de LET podemos recurrir a las **directivas anticipadas** en el caso de que existiesen, al

juicio sustitutivo y en caso de ausencia de estos, eligiendo el mejor interés del paciente. Podemos considerar bienes morales objetivos para cualquier persona, la preservación de la vida y la salud, evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento y no privar o disminuir la libertad de elección.

Las directivas anticipadas tienen sin embargo riesgos inherentes como la competencia de la persona, el cambio de opinión a lo largo del tiempo, etc. Una forma alternativa sería el elegir anticipadamente un representante. Por otro lado está también la objeción de conciencia por parte del equipo que debe cumplir esas directivas.

En los casos de rechazo a intervenciones beneficiosas, el médico suele plantearse dudas en cuanto a la competencia del paciente. No así cuando pide intervenciones inadecuadas. El rechazo suele interpretarse como resultado de un estado depresivo, un suicidio o una forma de eutanasia en casos subrogados.

Los costos tienen gran influencia en las decisiones, sobre todo en los países pobres donde debería desarrollarse una **bioética latinoamericana** por ejemplo, con su cultura y su condición socio-económica que no es equiparable a los criterios europeos o anglosajones.

Lura et Bona se refiere también a estas medidas desproporcionadas: se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.⁽⁴⁾

La no reanimación

En cuanto a las medidas de no reanimación, fuera de la situación de un caso de urgencia y no conocido, donde debe primar el posible beneficio del paciente con la reanimación, su resultado depende en general de la capacidad técnica del equipo que la realiza pero no pasando los 30 minutos. Una vez que se constate la muerte cerebral,⁽⁶⁾ toda maniobra debería ser suspendida. Pero aquí tenemos que tener cuidado con los que quieren reducir la muerte encefálica a la muerte de la corteza cerebral, quedando los pacientes en estado vegetativo persistente a merced de los que quieren utilizarlos para donación de órganos por ejemplo.⁽⁷⁾

Las órdenes de no reanimación tienen por objeto evitar esfuerzos innecesarios o inútiles. Pueden ser explícitas o implícitas y debería haber un consenso en el equipo y hasta eventualmente obtener el acuerdo de los familiares.

Dos posturas se contraponen en sus puntos de vista. Las vitalistas que tienen su utilidad al recordarnos el valor intrínseco de toda vida humana que no depende del mérito, rango o utilidad social de un paciente determinado. Pero la sobrevaloración de la vida biológica les hace equiparar la LET con el abandono terapéutico. Aún los mártires prefirieron valores espirituales a la vida biológica.

Las *“emocionales”* que quieren agotar las posibilidades y proponen realizar actuaciones fútiles porque interpretan la muerte del paciente como un fracaso.

La visión del médico puede estar en contraposición con la de enfermería o de la asistencia social. Si bien al médico corresponde tomar la decisión "técnica", las posiciones éticas deben ser discutidas entre las partes. Todos los miembros del equipo de salud son interlocutores válidos.

En cuanto a la LET en los estados vegetativos que se caracterizan por la ausencia completa de evidencia de contacto con el medio ambiente o de reacción a estímulos externos o internos, aceptando que siguen siendo personas vivientes y espirituales al mismo tiempo, plantean sin embargo algunos dilemas.⁽⁸⁾

La suspensión arbitraria de la nutrición (que no debe ser considerada una terapia sino un cuidado básico para la

preservación de la vida y con un grado particular de obli-gatoriedad), por quienes cuidan al paciente no puede sino estar motivada por el interés en la muerte del paciente.

Contrasta la obligación de alimentar e hidratar a estos pacientes (bajo costo, sencillo, disponible) con el uso de antibióticos de última generación en caso de complicaciones severas o el recurso a diálisis o a la asistencia respiratoria mecánica.

Recepción y aprobación del Artículo

Fecha de recepción: 9 de abril de 2012.

Fecha de aprobación: 13 de junio de 2012.

Bibliografía

1. Bravo M, Mosso L, Lavados M. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun. 2003.
2. Cabré Pericas L, Solsona Duran JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva.2002; 26 :304-11 - vol.26 núm 06.
3. Barbero Gutiérrez J, Casabona CR, Gijón P, Judez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Med Clin (Barc) 2001;117:586-594.
4. Congregation for the doctrine of the faith, Declaration on Euthanasia Lura et Bona (5 May 1980), If: AAS 72 (1980), 546. 53.
5. Iceta M. El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica. Tesis Doctoral. Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, 1995.
6. Colombo Gómez J. Muerte cerebral: Biología y ética. EUNSA, Pamplona, 1993.
7. León F. Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Colombia. Nova, enero a diciembre, vol 1, 2003. Revisado 6 de abril 2012. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/411/41110104.pdf>
8. Shand B. Nutrición en los pacientes en estado vegetativo: un desafío pendiente. Tesis. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005.
9. Núñez García J. Decisiones de limitación de tratamiento en enfermos terminales desde el punto de vista de la bioética. Cuadernos de Bioética. Vol. 6, Nº 24, 1995, págs.435-436.
10. Martín Gallardo F.J. Límites en el esfuerzo terapéutico. Capacidad discriminativa de los scores de gravedad. Consideraciones bioéticas. Cuadernos de Bioética. Vol. 9, Nº 34, 1998, págs. 266-271.
11. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Centro de Publicaciones. Madrid, 2000. Documento en Internet. Acceso el 18 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf>