

Limitación del esfuerzo terapéutico

Jorge Canteros¹, Oscar Lefeubre², Mauricio Toro³ y Carolina Herrera⁴.

RESUMEN

El progreso de la Medicina Intensiva conlleva la necesidad de incluir dentro de sus acciones la Limitación de Terapias para aquellos pacientes que, luego de un análisis objetivo y prudente, se consideran no tendrán beneficio con medidas que pretendan revertir el proceso mórbido en curso. Es necesario que los miembros del equipo de salud involucrado en los cuidados del paciente mantengan entre ellos un diálogo que permita concordar posiciones, y una comunicación coherente y oportuna con el paciente o sus representantes. Se trata de considerar que es parte del compromiso ético con nuestros pacientes, con la práctica de la medicina y con la sociedad, el reconocer adecuadamente cuales son los límites de nuestro accionar. En este proceso debemos evitar la obstinación en terapias, valorar en su plenitud la autonomía de nuestros pacientes, así como respetar las consideraciones legales del ejercicio de la medicina.
Palabras clave: Limitación de esfuerzo terapéutico; Bioética; paciente terminal.

ABSTRACT

The advancement of Intensive Medicine entails the need to include within its practices the Limitation of Therapies for those patients who-after an objective and careful analysis-it is estimated will not be benefited with measures aimed at reverting the ongoing morbid process. It is essential for health care team members involved in patient care not only to maintain a permanent dialogue among them, so as to be in agreement about points of view and positions, but also a coherent and timely communication with the patient or his

proxies. We have considered that an adequate recognition of the limits of our deed is a fundamental part of the ethical commitment to our patients, to the practice of medicine, and to society. In this process we must avoid therapeutic obstination, show a real valuation of patient's autonomy while respecting legal issues concerning the practice of medicine.

Key words: Limitation of therapies; Bioethics; End-of-life.

INTRODUCCIÓN

Vivir dignamente y transitar de igual forma a la muerte es un anhelo que se expresa cada vez más en nuestra sociedad y aparece como una reivindicación emergente en nuestros pacientes¹.

Este documento es una reflexión sobre los fundamentos y los aspectos clínicos aplicables a la limitación del esfuerzo terapéutico. Propone además una serie de recomendaciones para evitar la «obstinación terapéutica» y permitir que los pacientes vivan dignamente sus momentos finales.

Las recomendaciones son sólo orientaciones que pretenden fomentar la discusión bioética en aquellos que por su trabajo se ven enfrentados a esta situación clínica.

Importa distinguir la diferencia moral que existe entre Limitación de esfuerzo terapéutico, que podría desencadenar la muerte del paciente, y lo que se entiende por Eutanasia. Sobre esta última entenderemos como aquel acto efectuado directamente sobre el paciente, cuya intención es acelerar o desencadenar su muerte, en respuesta a la solicitud expresa de éste, quien desea evitarse así una vida indigna o plena de sufrimientos. Por el contrario en el proceder a Limitar el Esfuerzo Terapéutico es el equipo de salud quien llega a la conclusión, razonada, fundamentada y en lo posible consensuada, sobre la inutilidad de las acciones terapéuticas que intentan mejorar el pronóstico del paciente, las que, en opinión del mismo equipo, sólo están retardando artificialmente una muerte inevitable.

Comisión de Ética de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva

¹Hospital de Curicó, ²Hospital Barros Luco Trudeau, ³Hospital FUSACH y

⁴Hospital del Pino.

La Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI se aplicará en aquellos pacientes que a juicio del equipo médico tratante han llegado a la condición de irrecuperabilidad, ya sea por tratarse de enfermos terminales, o bien, que sin serlo, la gravedad de su enfermedad los acerca a la muerte a pesar de la terapia aplicada.

Se entenderá por paciente terminal aquellos que reúnan los siguientes criterios tal como lo definió el grupo de Ética de la Sociedad Médica de Santiago²:

1. Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave diagnosticada en forma precisa por el equipo médico.
2. La condición diagnosticada debe ser progresiva e irreversible con pronóstico fatal próximo.
3. En el momento del análisis no es susceptible de un tratamiento de eficacia demostrada que pueda modificar el pronóstico de muerte próxima, o bien las terapias en uso han dejado de ser eficaces.

FUNDAMENTOS

Morir dignamente es un derecho individual aplicable a todos los individuos de nuestra sociedad. Para analizar los eventos en torno al fin de la vida, y con el propósito de establecer un diálogo constructivo, es preciso que sea mirado y argumentado desde una posición que tome en cuenta los valores de todos los actores. Con frecuencia aparecen tensionadas las creencias religiosas con los avances tecnológicos que nos permiten modificar la forma y el momento de morir. El accionar médico no debiera violentar dichas creencias, sin embargo, para sus argumentaciones debe ser capaz de prescindir de dichas creencias y fundamentar desde una perspectiva científica, que por esencia es laica.

Pese a todo, la vida no es un bien a preservar a todo evento y a cualquier costo, y a la inversa, la muerte no es sólo primariamente un momento que debemos certificar, sino un evento personal, cultural y religioso. Debiéramos considerar que no es lo mismo ayudar a vivir a quién está viviendo, que impedir morir a quién está muriendo.

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Cualquier decisión en salud está sujeta a valores que la condicionan. Lo habitual es que estos valores sean implícitos. Dentro de las funciones de la bioética está el hacer que dichos valores sean explícitos y, por otra parte, proporcionar una metodología que nos permita resolver los conflictos suscitados entre esos valores.

Existen al menos cuatro principios básicos en bioética que sirven para dar un valor metodológico a la toma de decisiones, en cuanto a limitación del esfuerzo terapéutico se refiere: no maleficencia, beneficencia; autonomía y justicia.

No Maleficencia

- Se viola este principio cuando se aplica a un paciente un tratamiento que está contraindicado, que causa una complicación evitable, daño o cualquier tipo de lesión.
- Los riesgos de la práctica médica sólo pueden justificarse cuando el potencial beneficio a obtener, es superior al potencial daño derivado de una técnica diagnóstica o terapéutica.

Beneficencia

- El médico tiene que responsabilizarse de cumplir los objetivos de la medicina, que podemos resumir en tratar lo mejor posible al paciente, restaurando su salud y aliviando su sufrimiento.

Autonomía

- En la atención sanitaria, la autoridad final debe residir en el paciente o en su representante.
- Es recomendable respetar los deseos del paciente, cuando éstos han sido expresados previamente.
- No existe obligación de respetar la petición a un tratamiento, si el médico lo considera no indicado.

Justicia

- La distribución de los recursos sanitarios debe ser equitativa; por esto, administrar recursos limitados a pacientes irrecuperables, puede excluir a otros más necesitados, y/o con expectativas de recuperación.
- La escasez de recursos no basta para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico. La gestión de los recursos es de responsabilidad institucional.

Un sistema justo para la atención de pacientes gravemente enfermos debe formar parte y estar inserto en un sistema global de salud igualmente justo.

A pesar que la Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) es una práctica frecuente, no existe un consenso explícito en la forma de tomar las decisiones y en qué se fundamentan ellas en cuanto a: bases éticas, legales, técnicas, quiénes participan en las decisiones, grado de información y participación del paciente o familiar y cómo se lleva a la práctica. Aun así el estudio Ethicus realizado en UCIs europeas, revela que cerca de 70% de las muertes que en ellas ocurren, preceden de decisión de LET³.

CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

El debate hoy en día está centrado en el concepto de futilidad, el cual se refiere a «aquél 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 presumiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado». Las medidas fútiles son los tratamientos que a pesar de tener efectos en revertir alteraciones fisiológicas, no evitarán la muerte anticipada del paciente o no producirán un beneficio al individuo como un todo⁴.

Así también es importante considerar el principio de proporcionalidad terapéutica según el cual debe existir un equilibrio entre los recursos diagnósticos y terapéuticos empleados, y los beneficios esperados. Establecido dicho equilibrio, existe la obligación moral de aplicar los recursos mencionados, a menos que el enfermo los rechace. En ese sentido la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe medirse en relación con el beneficio global que puede lograrse sobre el paciente, más que por indicadores de corto alcance⁵.

Importa considerar además el principio de calidad de vida, que establece que ella, la vida, es de un valor que debe determinar el propio sujeto, donde importa considerar la satisfacción que un individuo tiene con su propia vida, de la dignidad con la que ha vivido y con las expectativas que de ella tiene. Los representantes de un paciente debieran esforzarse en identificar estas variables, más que el imprimir sus propias ideas y creencias al momento de «representar» al paciente⁶.

Para acercarse a una mejor decisión sobre LET, deben considerarse los siguientes elementos⁷:

- Información biomédica acabada de la condición clínica del paciente.
- Establecer un diálogo entre el equipo de salud, el paciente y su familia.
- El paciente o su representante deben estar plenamente informados de la decisión tomada.
- No hay diferencias éticas entre no iniciar o suspender medidas ya iniciadas, no obstante el impacto psicológico de estas acciones pueden ser distintas.
- Los médicos tienen el derecho y el deber de rechazar las peticiones de utilizar medios fútiles o desproporcionados.

PROPUESTA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La decisión debe fundarse en la mejor evidencia disponible y en hacer correctamente las cosas que son correctas. Un criterio útil es asimilar el intervalo de confianza estadístico con rango de «p» de 0,05 lo que significa aceptar un rango de dominio en las decisiones de 95%, y que el azar explica no más de 5% de los resultados esperados.

La decisión debe discutirse colectivamente y tomarse idealmente por consenso. El médico tratante no está

obligado a decidir por sí sólo, especialmente cuando existe la oportunidad de un análisis clínico colectivo de la condición del enfermo.

Siempre debe informarse y consultar a los familiares, intentando alcanzar un acuerdo con ellos, de tal suerte que la decisión tomada sea concordante con el mejor interés del paciente. La LET debe ser transparente, ya que se toma sobre fundamentos clínicos y éticos, y por lo tanto es defendible o argumentable frente a los afectados. En ningún caso debe delegarse en la familia la responsabilidad de tomar decisiones técnicas.

En la práctica clínica la LET puede adoptar dos formas de aplicación. Una es la de Restricción, que significa no iniciar terapia, por ejemplo no reanimación cardiopulmonar, o el no ingreso a determinadas unidades hospitalarias. La otra forma es la de Interrupción, en la cual se suspenden medidas terapéuticas ya iniciadas, por ejemplo el retiro de drogas vasoactivas o la ventilación mecánica.

Es importante educar a los profesionales de la salud, para que soliciten a sus pacientes la realización de voluntades anticipadas o testamento vital. Es recomendable que los pacientes discutan con su médico y su familia, las situaciones que pueden generarse en el curso de su enfermedad, de tal manera de conocer previamente su posición y así tomar las decisiones que mejor los represente si ellos no están en condiciones de tomarlas. De preferencia que dejen registro escrito de ellas.

Una vez tomada la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y aplicar los cuidados paliativos que sean necesarios. No ingresar un paciente a un determinado recinto hospitalario es una forma de limitación del esfuerzo terapéutico.

Cuando no existe acuerdo con la familia en la decisión de LET, se aconseja proceder a iniciar o mantener la terapia en cuestión, paralelamente que se debiera intensificar el diálogo con los representantes del paciente. A ellos debiéramos proponerles metas de avance y plazos sobre los cuales deba reconsiderarse lo obrado. En caso de persistir las discrepancias es recomendable consultar con el Comité de Ética Asistencial del hospital.

El éxito en las UCI no debe ser medido únicamente por las estadísticas de sobrevivencia, como si cada muerte fuese un fracaso médico. Debe ser mejor medido por la calidad de vida preservada o recuperada, y por la calidad de las interacciones humanas que se dieron en cada muerte. La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles, incluyendo diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte, produciendo la obstinación terapéutica, o Distanasia, lo que conlleva profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas⁸.

A continuación se propone un árbol de decisión para ayudar en la sistematización de las decisiones. En él, los

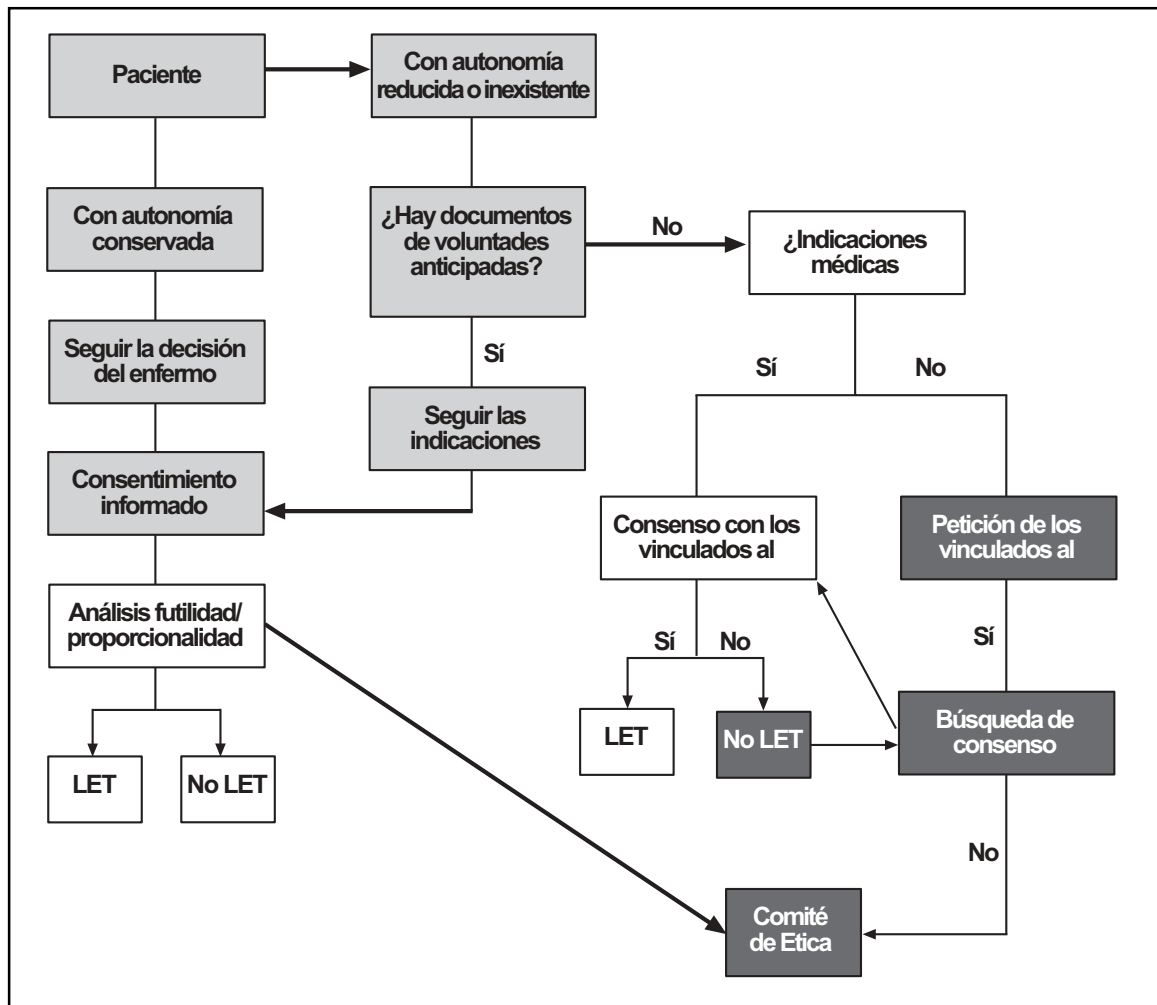


Figura 1. Toma de decisiones en LET.

colores representan complejidades diferentes y a veces ámbitos conceptuales que complementan lo que es propio de LET. Así la coloración gris claro refleja la autonomía del paciente y por tanto sujeto a los criterios de Consentimiento Informado. El blanco es propiamente LET. El gris oscuro expresa aquellas decisiones con más probabilidad de conflicto.

REFERENCIAS

1. Callahan D. Pursuing a peaceful death. *Hastings Center Report* 1993; july-august: 33-38.
2. Grupo de Estudio Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. El enfermo terminal. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 547-52.
3. The Ethics Study: End-of -Life Practices in European Intensive Care Units. *JAMA* 2003; 290: 790-7.
4. American Medical Association. Medical Futility in End-of-Life Care: Report of the Council on Ethical and Judician Affairs. *JAMA* 1999; 281: 937-41.
5. Grupo de Estudio Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 689-96.
6. Gracia D. Ética de la calidad de vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe 1996; 2; 42-58.
7. Comité de Ética Asistencial Hospital de Curicó. Guías de LET, 2005. No publicado.
8. Taboada P. Proporcionalidad terapéutica en unidades de cuidados intensivos; en *Medicina Intensiva*. Buggedo G, Castillo L. 2005. Ed Mediterráneo, Santiago, Chile.
9. Cabré L. Síndrome de fracaso multiorgánico y limitación de esfuerzo terapéutico. *REMI, Curso de internet de sepsis grave*. Artículo C33 vol 4; N° 12: dic 2004.