

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO¹

DR. SERGIO CARVAJAL C.²

Comité de Ética Asistencial, Clínica Santa María

INTRODUCCIÓN

Pudiera pensarse que el tema de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) ha sido ya suficientemente discutido y analizado, pues es un clásico en la literatura bioética y se repite en cursos, congresos y seminarios. De hecho, ha estado presente en varios de los Seminarios de Bioética de esta Academia en años anteriores. Sin embargo, se trata de un capítulo de gran vigencia y de tremenda importancia para la práctica clínica, que requiere de una revisión constante y de un debate actualizado y bien fundamentado. Su trascendencia radica, especialmente, en que todos los días, en todos los centros asistenciales, hay pacientes en los que es necesario tomar decisiones de LET; y la obligación es que esas decisiones sean oportunas y prudentes, por el bien de esos pacientes. Así también, la vigencia de esta temática queda demostrada por las discusiones a nivel mundial, que se producen en las revistas científicas y en la prensa, a raíz de casos que por una u otra razón cobran notoriedad pública, como por ejemplo los recientes casos de Alfie Evans y Charlie Gard(1).

A. LOS FINES DE LA MEDICINA

Antes de abordar la materia propia de la LET, es bueno tener presentes cuales son los objetivos, usualmente denominados los fines, de la medicina. Ellos marcan el sentido hacia el que se deben dirigir las actuaciones en salud. Son las grandes líneas que debieran orientar las decisiones y el accionar médico, por lo que necesariamente se constituyen en el referente al momento de tomar decisiones clínicas.

De acuerdo a un amplio consenso, los fines de la medicina son (sin orden de jerarquía): 1. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. 2. El alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades. 3. El cuidado y curación de quienes padecen enfermedad, y el cuidado de los que no pueden ser curados. 4. La prevención de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte en paz(2).

1 Taller "Limitación del Esfuerzo Terapéutico" del VIII Seminario de Bioética: la Relación Clínica. Academia Chilena de Medicina, Santiago de Chile, 30 de julio de 2018.

2 Médico cirujano, especialista en Medicina Interna y en Gastroenterología. Magíster en Bioética Universidad Del Desarrollo. Diplomado en Bioética Clínica. Miembro del Comité de Ética Asistencial de la Clínica Santa María.

Es posible destacar dentro de ellos, los que son específicamente atingentes a la LET: “la búsqueda de una muerte en paz”, “el cuidado de los que no puedes ser curados” y “el alivio del dolor y sufrimiento causado por enfermedades”.

Es importante recalcar que la muerte en sí no debe ser considerada como enemiga de la medicina, por el contrario, tiene que ser entendida como parte de la naturaleza humana y como destino inevitable de todas las personas. A lo que sí debe aspirar la medicina es a que la muerte sea “en paz”, una muerte tranquila. Es necesario evitar a toda costa que el paciente tenga una mala muerte, con sufrimiento y con menoscabo de su dignidad.

B. ¿LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) O ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET)?

Una definición clásica de LET señala que corresponde a retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima(3). Se ha propuesto que el concepto de LET debiera ser cambiado por el de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), puesto que no es apropiado referirse a que se limita el esfuerzo por el paciente, sino que se busca una adecuación proporcional del tratamiento, como consecuencia de una deliberación entre paciente y profesional, fundamentada en una relación participativa y de confianza (4). Se pone énfasis en que no se limita el esfuerzo sino que se cambian los objetivos del tratamiento, lo que supone la retirada o no instauración de terapias (5).

Lo importante, más allá de las palabras exactas utilizadas, es el concepto. Las decisiones de LET/AET se enmarcan en el contexto de pacientes en los que el objetivo de tratamiento ha dejado de ser curativo, que se encuentran en fases finales de su enfermedad, con pronóstico de irrecuperabilidad. En ellos, los tratamientos deben ir orientados a aliviar el dolor y el sufrimiento, a obtener el máximo confort y a no prolongar innecesariamente el proceso de morir. Todo esto como manifestación de respeto por su dignidad personal y su humanidad.

Entonces, así como se indicó que la muerte no es la enemiga de la medicina, es necesario considerar que la buena medicina debe oponerse a la llamada obstinación terapéutica. Las decisiones apropiadas y oportunas de LET/AET tienen por finalidad no caer en dicha obstinación.

C. OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Corresponde al enfoque de hacer todo lo posible para prolongar la vida y evitar la muerte, independientemente de sus cargas, sufrimientos y costos. Consiste en la aplicación de tratamientos que solo prolongan la vida biológica del paciente, usualmente mediante la mantención innecesaria de las terapias de soporte vital en

pacientes irrecuperables o terminales (6,7). No debe pensarse que esta obstinación es originada en una mala intención por parte de los profesionales. Por el contrario, es bien intencionada; pero el problema es que no se ha reflexionado respecto a qué es lo mejor para el paciente como persona, en su integralidad.

Existen algunos factores causales y predisponentes, que explican la común ocurrencia de la obstinación terapéutica(7). Los factores causales son: i) convencimiento acrítico de que la vida biológica es un bien por el que se debe luchar, independiente de otras consideraciones, ii) adopción de medidas terapéuticas orientadas más a los aspectos científicos de la enfermedad que al enfermo, iii) ignorancia del derecho del paciente, o sus representantes, a rechazar el inicio o continuación de tratamientos médicos que prolonguen el sufrimiento del enfermo crítico o la agonía del paciente terminal, iv) angustia del médico ante el fracaso del tratamiento y resistencia a aceptar la muerte del paciente. Son factores predisponentes: la exigencia de los familiares que “se haga todo lo posible”; la falta de comunicación entre el equipo tratante y la familia, especialmente respecto a los valores y deseos del paciente expresados previamente; la juventud del paciente; la aplicación de nuevos protocolos de tratamiento, muy a menudo con fármacos de efectividad altamente discutible.

La obstinación terapéutica ocasiona daño al paciente, a sus familiares y a la sociedad. Su mayor consecuencia es provocar mayor dolor y sufrimiento al paciente y su familia. Por otra parte, a nivel social, contribuye a generar una disminución de la confianza en los médicos y en las instituciones de salud, con el consiguiente aumento de judicialización y disputas ante lo que se considera un poder no controlado de los médicos (7). Además, la aplicación de terapias y medidas innecesarias conduce a un aumento injustificado del costo económico.

La LET/AET apunta en el sentido de evitar la obstinación terapéutica y sus consecuencias, por lo que debe ser vista como una herramienta que va en directo beneficio y consideración de los pacientes y sus familias, y también del conjunto de la sociedad.

D. CONCEPTOS IMPORTANTES EN RELACIÓN A LET/AET³

Es necesario aclarar algunos conceptos que muchas veces no son bien entendidos y, por tanto, inducen a errores teóricos y prácticos.

La LET/AET permite el curso hacia la muerte del paciente, ocasionada por la enfermedad, manteniendo los cuidados, el bienestar y el confort. Es importante comprender que la LET/AET permite la muerte, pero no es la causa. Es la enfermedad la que produce la muerte de la persona, no la actuación del profesional. Es conveniente explicitar claramente que la LET/AET no es eutanasia, pues esta última corresponde a una acción distinta, con una definición precisa y concreta, cuyo alcance no es objeto de este texto.

3 LET = Limitación del esfuerzo terapéutico.
AET = Adecuación del esfuerzo terapéutico.

La LET/AET se sitúa como una buena práctica de la medicina, con fundamentos bioéticos que la sustentan. Los principales de estos fundamentos son: cumplir los fines de la medicina, evitar el daño y el sufrimiento innecesarios, permitir una muerte tranquila, respetar los valores y deseos del paciente, evitar la futilidad y la no proporcionalidad de las terapias y buscar la racionalidad en el uso de los recursos.

Al plantear y luego poner en práctica las decisiones de LET/AET hay que considerar algunos factores que resultan de alta importancia, tales como: establecer con precisión razonable el diagnóstico y pronóstico del paciente, informar adecuadamente al paciente y/o a los familiares respecto a la situación y los cursos de acción en que se piensa, conocer los valores y preferencias del paciente, establecer lo mejor posible cual es "el bien" del paciente y elaborar un plan de terapias y cuidados.

Dentro de este contexto, la LET/AET requiere de dos instancias, una es la indicación médica y la segunda es la aceptación o decisión del paciente y/o su familia. Tradicionalmente, el peso de la indicación de LET/AET recae en el equipo médico, pues los criterios técnicos son fundamentales; mientras que el peso de la decisión está del lado de paciente/familia cuando se plantea el rechazo de tratamientos. Quienes son partidarios de referirse a AET sostienen que hay un espectro continuo entre la LET y el rechazo de tratamiento.

En la instancia de la indicación médica están involucrados la situación clínica del paciente, el nivel de evidencias, las alternativas terapéuticas, el pronóstico esperable, los juicios sobre futilidad y proporcionalidad. Una de las grandes dificultades, y que genera inseguridad y estrés en los médicos, es lo señalado por Gracia: siempre existirá algún grado de incertidumbre, pues las apreciaciones y decisiones médicas están basadas en lo probable, nunca en la certeza. Se trata, entonces, de cuestiones prudenciales. Y la prudencia consiste en la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. La búsqueda obsesiva de la certeza, por lo demás imposible, solo retrasa la toma de decisiones, lo que es imprudente(8). Por su parte, en la instancia de la aceptación o decisión del paciente/familia están contenidos tópicos como el consentimiento informado, el rechazo de tratamientos, las voluntades anticipadas, la decisión subrogada, etc.

E. FUTILIDAD Y PROPORCIONALIDAD

El concepto de futilidad de un tratamiento, o tratamiento fútil, se encuentra contenido en gran parte de las definiciones de LET/AET, sin embargo, su significado no es exactamente el mismo para todos los autores y, además, ha sido objeto de controversias respecto a si debiera utilizarse o no. Entonces, se hace necesario delimitar el concepto y precisar el sentido que se pretende darle. Así, es apropiado considerar que un tratamiento fútil es aquel que no tiene un beneficio para el paciente considerado en forma global como persona, aunque pueda mejorar algunas variables fisiológicas o aspectos técnicos de la patología(9). Si bien no ocasiona un daño directo al paciente, como sí lo hace un tratamiento que esté contraindicado, finalmente un tratamiento fútil termina siendo perjudicial ya que prolonga una situación de sufrimiento.

El juicio respecto a la proporcionalidad es otro elemento central a tener en cuenta en los tratamientos médicos, pues deben evitarse los tratamientos desproporcionados, que son aquellos que tienen un balance inadecuado entre beneficios/costos-cargas en función de los objetivos que se persigue. Una medida desproporcionada es la que no produce un beneficio relevante al paciente pero sí ocasiona un importante daño al paciente, su familia o la sociedad (10). El costo-daño considera especialmente el sufrimiento, dolor, prolongación de la agonía y, también, el costo económico.

Tal como los juicios diagnósticos y pronósticos, los juicios respecto a la futilidad y la proporcionalidad de medidas terapéuticas se mueven en el ámbito de la incertidumbre y no de la certeza. Esto es intrínseco a la medicina clínica, propio de su naturaleza y así debe ser aceptado. Una de las tareas del médico es reducir la incertidumbre al mínimo razonable, para así poder tomar decisiones prudentes.

F. DECISIONES DE LET/AET

Usualmente estas decisiones corresponden a no iniciar un tratamiento o a retirarlo si ya había sido instaurado. Aunque emocionalmente es más difícil o conflictivo retirar una terapia, desde el punto de vista moral es equivalente a no iniciarla. Si, después de un juicio prudente, se concluye que una medida terapéutica es fútil, lo correcto es que el paciente no reciba dicho tratamiento, ya sea no instaurándolo o retirándolo. Existe la creencia que si un paciente ya está con una terapia de soporte vital ella no puede ser retirada, pero esta creencia es errónea, por los fundamentos ya explicados. No existe impedimento moral ni legal para suspender una terapia que está siendo fútil o desproporcionada (11). Incluso, la incertidumbre respecto a la utilidad o futilidad de un tratamiento es menor si está siendo aplicado y sus resultados no fueron los inicialmente esperados.

Entre las decisiones más habituales que se consideran en la LET/AET se encuentran las siguientes: la llamada “orden de no reanimar”, no ingresar al paciente a una unidad de cuidados intensivos, no efectuar intervenciones quirúrgicas, no iniciar o retirar diálisis, no iniciar o retirar ventilación mecánica, no iniciar o retirar drogas vasoactivas, no iniciar o suspender antibióticos, desactivar marcapaso o desfibrilador implantable, no iniciar o retirar nutrición parenteral, no iniciar o retirar nutrición por sonda y retirar la hidratación parenteral.

Es muy importante recalcar que la LET/AET no es una decisión única e irrevocable, sino que corresponde a un conjunto de decisiones y que tienen carácter evolutivo. Ante un paciente en particular, debe analizarse cada una de las acciones o medidas terapéuticas para decidir si deben o no ser iniciadas o retiradas. La decisión es una por una. Además, la conducta a adoptar respecto a cada terapia dependerá de la evolución del paciente en el tiempo.

La LET/AET nunca debe implicar un abandono o falta de atención del paciente, muy por el contrario, exige redoblar los esfuerzos por su bienestar y confort. Este es

un punto trascendental que hay que transmitir, pues con demasiada frecuencia se observa en la práctica diaria que estos pacientes quedan desatendidos.

CONCLUSIONES

La LET/AET es un capítulo muy relevante de la bioética y su actualidad queda en evidencia en la necesidad de su aplicación a diario en la actividad clínica, al lado de la cama de los pacientes. Es por ello que su estudio, y el análisis de sus fundamentos, es imprescindible para los profesionales que están involucrados en este tipo de toma de decisiones.

Con la LET/AET se está en la línea de cumplir con los fines de la medicina, especialmente con la búsqueda de una muerte en paz, facilitando un proceso de morir que sea digno y con respeto a la persona del paciente. Es la forma de evitar la obstinación terapéutica, que genera daño y prolonga el sufrimiento de los enfermos y sus familias. Una buena medicina requiere de decisiones de LET/AET que sean oportunas, con los mejores fundamentos clínicos y bioéticos, y que sean el reflejo del ejercicio de la prudencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilkinson D, Savulescu J. Alfie Evans and Charlie Gard-should the law change? *BMJ*. 2018;361:k1891.
2. Hastings Center. Los fines de la medicina. Cuaderno 11.ª ed. Fundació Victor Grífols i Lucas; 2007. 163 p.
3. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist*. 2008;23(6):271-85.
4. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. De la limitación del esfuerzo terapéutico a la adecuación del esfuerzo terapéutico. In: Beca JP, Astete C, editors. *Bioética Clínica*. 1.ª Ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2012. p. 397-405.
5. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*. 2016;42(8):566-74.
6. Astete C, Beca J P. Decisiones al final de la vida. In: Beca JP, Astete C, editors. *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2012. p. 382-96.
7. Real Academia de Medicina de Cataluña. *Obstinación terapéutica*. 2005.
8. Gracia D. Futilidad: un concepto en evaluación. En: Gracia D, editor. *Ética de los confines de la vida*. Primera ed. Bogotá: Editorial El Búho; 1998. p. 257-66.
9. Solsona F. A vueltas con la futilidad. *Eidon*. 2013;40:60-6.
10. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:134-40.
11. Beca I JP, Montes S JM, Abarca Z J. Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Rev Med Chil*. 2010;138:639-44.