



LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA

Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco*

Introducción

Desde el nacimiento de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y las técnicas de soporte vital, en las últimas décadas el profesional de la salud se ha visto enfrentado a un abanico de posibilidades terapéuticas, que han ayudado a prolongar la vida y a restablecer la salud en relación con patologías que antes no tenían ninguna esperanza de recuperabilidad. “Los cuidados intensivos nacieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales, y por tanto el control de algunos de los procesos que solían conducir a la muerte: parada cardíaca, insuficiencia respiratoria, fracaso renal, etc. Fue en los años 60 cuando estas técnicas de soporte vital comenzaron a tener alguna relevancia sanitaria, y cuando el médico empezó a tener, por primera vez en la historia, un control efectivo sobre la muerte” (1).

En respuesta a los avances de la medicina y de la tecnología en las UCI, hoy en día se proporcionan tratamientos cada vez más sofisticados con la finalidad de prolongar la vida del paciente críticamente enfermo (2); sin embargo, a pesar de estos avances, la muerte sigue siendo una realidad, y en ocasiones es asociada a la decisión de la retirada de tratamiento debido al agotamiento de las intervenciones tecnológicas y el fracaso de los sistemas orgánicos del paciente para responder al tratamiento (3).

Así, los conocimientos y tecnologías ligados a esta área de la Medicina,

nos han permitido modificar las circunstancias, modo y momento de la muerte de las personas que acceden a dichos recursos. Sin embargo este enorme logro tiene también un lado menos positivo: el posible **alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte** de forma poco razonable, con el consiguiente incremento del sufrimiento de pacientes, familias y profesionales (4). El médico no tiene la obligación de continuar un tratamiento cuando éste se ha comprobado que es ineficaz. Muchas veces, sólo después de iniciarlo se comprueba su ineficacia. Es entonces, cuando se contempla la posibilidad de detener el mecanismo de la maquinaria biomédica, una vez que se ha puesto en marcha y se entiende que no es beneficiosa para el enfermo (15).

El desarrollo tecnológico dentro de la medicina intensiva ha llevado a que en ocasiones se les apliquen a los enfermos procedimientos excesivos para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran en muchos de los casos **prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares**. La prolongación de la vida con medios artificiales puede llegar a ser en ocasiones una acción degradante que viola los más elementales principios éticos y por tanto es incompatible con el respeto a la dignidad humana (5). La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta

* Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
Profesor Emérito de Pre y Post grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés

capacidad que en principio es deseable tiene también sus inconvenientes. No utilizar o cancelar algún tipo de medidas diagnósticas o terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica -que será explicado luego- es lo que podríamos considerar una **adecuación del esfuerzo terapéutico**.

De esta manera, somos testigos del control y reversión en la evolución de patologías cuya mortalidad es indiscutible y aceptada como normal hasta hace unos años. **La muerte** se ha convertido en un fin por combatir y quizás por extinguir (anhelada por algunos). Esta falacia, a su vez, ha trascendido a la sociedad, donde la medicina, lamentablemente ha transformado a algunos pacientes en clientes, quienes no se conforman con un mal pronóstico y atribuyen los malos resultados, a la **mala práctica de los médicos**. Es decir, la sensación de autosuficiencia y dominio de la naturaleza se ha convertido en una herramienta de mayor inseguridad ante el destino del hombre. La muerte ya no es el fin natural del hombre, sino que es vista en una connotación más negativa, con desesperanza, ya que se duda que exista alguna forma de trascendencia de tipo religioso, lo que obliga a aferrarse a la vida, tenida como lo único seguro.

El tratar este tema en el presente texto tiene como objetivo fundamental llevar a cabo un análisis teórico y práctico de la adecuación del esfuerzo terapéutico, a partir de las reflexiones de diferentes autores con experticia sobre este tópico y la experiencia personal en nuestro medio, teniendo en cuenta las disposiciones bioéticas actuales, así como las normas jurídicas existentes en los países relacionados con esta temática en las emergencias médicas y terapia intensiva.

Terminología y conceptualización

El tema que nos ocupa describir tuvo diferentes nombres a través del tiempo. En la tanatología clásica y a partir del

siglo XVII se la llamó **eutanasia pasiva**. La denominación correspondía a una de las categorías en que se llegó a clasificar las acciones eutanáticas o eutanásicas, definiendo como tales, a todas las intervenciones profesionales (para la época, propiamente médicas) que implicaran la posibilidad de acortar la vida del paciente por razones profesionales. Así se hablaba de **eutanasia voluntaria e involuntaria, directa e indirecta, activa y pasiva**. Para quienes no trabajen específicamente estos temas, creo conveniente aclarar desde ya, que actualmente se reconoce como eutanasia sólo a lo que para la clasificación mencionada sería eutanasia activa, voluntaria y directa ⁽⁶⁾.

Desde la **Deontología Médica** se nos orienta a los médicos para que nuestra actuación con el enfermo en fase terminal sea adecuada desde el punto de vista ético. Así, uno de los **Código de Ética y Deontología Médica** (2011) hace referencia, aunque de un modo indirecto, a esta adecuación del esfuerzo terapéutico, cuando dice: *“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida...”*.

Asimismo, uno de los puntos de la Declaración sobre **enfermedad terminal** adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia en 1983 dice: *“el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reporte beneficio alguno al paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas”*. La aplicación por parte del médico de estas acciones terapéuticas, generalmente con objetivos curativos, es una **mala práctica** y una **falta deontológica**.

Una de las misiones de un **Comité de Ética asistencial** (CEA) es elaborar documentos o protocolos que orienten en la toma de decisiones ante situaciones difíciles de afrontar por los conflictos de valores que presentan. Estos conflictos que se presentan tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, son difíciles de resolver y las consecuencias de un manejo inadecuado pueden ser importantes, tanto para los pacientes como para los profesionales. Entre estas situaciones clínicas se encuentra la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), cuando se percibe que los medios que se van a usar o se están usando no se corresponden con los fines perseguidos. Esto supone una carga emocional para el entorno asistencial del paciente y sus familiares, porque en muchas ocasiones las decisiones que se tomen pueden conducir a la muerte del enfermo. No todo lo técnicamente es éticamente admisible, de lo que se infiere que existirán razones para adecuar el esfuerzo terapéutico y que éstas deberán estar debidamente justificadas.

Por todo lo anterior, en ocasiones durante la atención a personas críticamente enfermas hay que determinar la conveniencia de los tratamientos y decidir si está indicada su instauración o por si por el contrario es más apropiado no iniciarlo o retirarlo si ya se ha iniciado. Al plantear estas decisiones iniciaríamos el proceso de **Limitación o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (LET/AET)** cuyo fin es valorar ante todo que beneficia al paciente y que no, considerando que hay que identificar claramente la fase de agonía y permitir la muerte como proceso natural evitando así caer en un **ensañamiento terapéutico**. En la práctica la toma de decisiones de LET/AET y su aplicación es muy difícil para los profesionales y su familia, pudiendo ser motivo de conflicto ético e incluso legal ^(7,8).

Estos términos y conceptos ⁽¹⁰⁾ son considerados de importancia en el

contexto de una posible LET. Sin embargo, Es más correcto hablar de adecuación que de limitación, no sólo por el sentido peyorativo que tiene este segundo término, en la idea de abandono o fin de la atención al enfermo, sino porque la AET comprende la exclusión o la inclusión de diferentes actuaciones, encaminadas a conseguir que la transición entre la vida y la muerte se lleve a cabo de la forma más adecuada y humanizada posible, ya sea dentro del entorno sanitario o en el domicilio del paciente. No obstante, la AET incluye lo que habitualmente se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es decir, no poner o retirar ciertos procedimientos, sobre todo técnicas o medidas de soporte vital, cuando el resultado de ello suele ser la muerte ⁽⁴⁸⁾.

- **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET):** es equiparable a LET, salvo que elimina el componente peyorativo (“No Hacer”) *ya señalado antes* y reforzar los aspectos positivos relacionados con los tratamientos indicados, los cuidados paliativos y la búsqueda del confort del paciente al final de la vida. La AET se establece en pacientes cuya condición clínica es grave, irreversible o terminal y puede ser definida como conductas médicas restrictivas, en las cuales se limita el uso de ciertos recursos terapéuticos.

La AET es una actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo a los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo. Es más correcto hablar de adecuación que de limitación, no sólo por el sentido peyorativo que tiene este segundo término, en la idea de abandono o fin de la atención al enfermo, sino porque la AET comprende la exclusión o la inclusión de diferentes actuaciones, encaminadas a conseguir que la transición entre la vida y la muerte se lleve a cabo de la

forma más adecuada y humanizada posible, ya sea dentro del entorno sanitario o en el domicilio del paciente ⁽⁴⁸⁾.

No obstante, la AET incluye lo que habitualmente se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es decir, no poner o retirar ciertos procedimientos, sobre todo técnicas o medidas de soporte vital, cuando el resultado de ello suele ser la muerte. Se limitan algunos procedimientos, pero el esfuerzo terapéutico no se reduce, sino que se reorienta para aplicar tratamientos y cuidados paliativos. Los pacientes que antes se desahuciaban, ahora se llaman pacientes terminales.

La **ortotanasia** o el “arte de morir bien” se acerca de esa definición, humana desde el punto de vista del manejo de los cuidados al sufrimiento del paciente y sus parientes en el proceso de morir, cuyo objetivo fundamental es el alivio del sufrimiento, brindando confort al paciente sin provocar la muerte; se fundamenta en la razón, la equidad y la justicia, distinguiéndose de la **distanasia** y **eutanasia**, en las cuales hay la intención de meramente prolongar el morir o de acelerar tal proceso natural, respectivamente ^(12, 13). En cambio, cuando hablamos de “**adecuación**” nos referimos a realizar las acciones tanto diagnósticas como terapéuticas que estén acordes con la situación en la que se encuentre el paciente en ese momento, que es lo que realmente debemos hacer, siendo éste uno de los fundamentos de los cuidados paliativos ⁽¹⁵⁾.

• **Soporte Vital:** Todo tipo de intervención sanitaria con el fin de mantener las funciones vitales de la persona, independientemente de que dicha acción actué o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base que amenaza la vida.

• **Futilidad:** Etimológicamente la palabra “futilidad” proviene del término latino “futilis”, que significa vano, inútil, ineficaz, sin efecto y en inglés, medical futility; sinónimos: tratamiento inútil, tratamiento inapropiado, un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado, es decir no ofrece una esperanza razonable de mejoría. En otros términos es la poca y de ninguna importancia un determinado tratamiento.

En el contexto del final de la vida, un tratamiento se puede considerar fútil, y su aplicación a un paciente desaconsejada, cuando es clínicamente ineficaz (al no mejorar el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes) o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado ^(16, 17). En sentido estricto, el término futilidad debe reservarse para los tratamientos incapaces de producir los efectos fisiológicos deseados y que, por tanto, no pueden proporcionar un beneficio a un paciente concreto. Un **tratamiento fútil** fracasaría con seguridad en alcanzar un beneficio para el enfermo. No se debe hablar de futilidad para tratamientos que son eficaces, pero que pueden resultar inapropiados en un enfermo terminal, porque su posible beneficio resulta inverosímil o demasiado pequeño como para justificar su uso. Por otro lado, un **tratamiento inútil** es aquel que, correctamente aplicado y con indicación precisa (con un posible efecto beneficioso), no obtiene el resultado esperado.

• **T r a t a m i e n t o Desproporcionado:** Aquel que no va a producir ningún beneficio para el paciente o va a someterlo a riesgos desproporcionados con los beneficios esperados. Es aquel tratamiento con un balance inadecuado entre costos cargas/

beneficios para un enfermo en función de los objetivos perseguidos (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar). Una medida desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga. al paciente, su familia o a la sociedad (considerando los recursos consumidos) ⁽²²⁾.

• **Obstinación o Encarnizamiento**

Terapéutico: Es un Intento de prolongar la vida mediante medios extraordinarios desproporcionados para el objetivo perseguido con el enfermo. Es la imagen opuesta a la LET. Ha sido llamada también **distanasia**, situación en la que se inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica, a un paciente/niño en el proceso de la muerte sin posibilidades de mejora o recuperación. Y que únicamente prolongan su vida, mermando su calidad de vida e incluso pudiendo llegar a aumentar su sufrimiento. Aunque nadie puede poner en duda el balance positivo que ha representado la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, no es menos cierto que a veces se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida.

Las causas de la obstinación diagnóstica y terapéutica de la que en ocasiones es víctima el paciente en fase terminal, sin esperanza de curación, suelen ser las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda del enfermo y su familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Pero es que además, la obstinación diagnóstica y terapéutica tiene varias consecuencias como la frustración de los profesionales y de los enfermos, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos ^(15, 22).

• **Indicación y/o Acuerdo de No**

Reanimar: Es una Modalidad de LET que consiste en no poner en práctica las maniobras de RCP. Esto supone un acuerdo entre los profesionales y el paciente o sus representantes, debiendo dejar constancia en la historia clínica y estará sujeta a revisión según cambien las condiciones del paciente o así lo decidan sus representantes legales. Es aplicable cuando no cabe esperar un beneficio fisiológico de las maniobras de resucitación ya que las funciones vitales del paciente se están deteriorando a pesar del máximo esfuerzo terapéutico. Además, se debe dejar firmemente establecido que la limitación del tratamiento se refiere a la instauración de la RCP, lo que no impide al paciente se le proporcionen otros tratamiento o cuidados.

• **Permitir que Ocurra la Muerte**

Natural: Sería el proceso de retirada o no instauración de medidas que alargarían temporal y artificialmente la supervivencia. Esto supone no interferir en el proceso natural de la muerte, pero sí proporcionarle cuidados al paciente centrado en el confort y alivio del dolor y otros sufrimientos que pueda tener.

• **Reanimación Simbólica:**

Se refiere a la realización de intentos de reanimación que se sabe que serán fútiles, bien sea para que la familia vea que se ha hecho todo lo posible o por los profesionales para mitigar la sensación de impotencia.

• **Intento Terapéutico Limitado**

en el Tiempo: Consiste en el inicio de una terapia, con el compromiso expreso, tras acordarlo con el paciente.

• **Sedación Paliativa:**

Se trata de la administración de sedantes y analgésicos al final de la vida para tratar el dolor, malestar y la agitación, que no mejoran con otras medidas. Esta administración

deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas está destinada a reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso, con el fin además de lo anterior, de aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

• **Limitación y/o suspensión de otros tratamientos:** la justificación de cualquier tratamiento médico deriva de los beneficios que se espera que se produzca con su aplicación. Cuando ya no es razonable esperar que este beneficio se logre, el tratamiento pierde su justificación y por lo tanto debe ser retirado. Para algunos autores, parece que el concepto de *limitación del esfuerzo terapéutico* puede ser confuso y debe evitarse ya que no se trata en absoluto de ninguna limitación de tratamiento sino de una *reorientación en los objetivos*. Al decir “*limitación*” estamos indicando que estamos limitando alguna acción que puede ser adecuada, lo que llevaría a pensar que estamos dejando de hacer a nuestro paciente algo que sería adecuado para él ⁽¹⁵⁾.

Limitación del esfuerzo terapéutico. Definición

La **limitación del esfuerzo terapéutico (LET)** se define como la “Retirada o no de la instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona/niño en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales de la salud implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.” Por tanto, el concepto de LET ⁽⁸⁾, en su concepción actual, señala dos tipos de acciones que se pueden realizar:

1. Suprimir, suspender o retirar.
2. No iniciar o abstenerse de poner

algo nuevo.

Algunos profesionales consideran **una tercera acción es restringir**, es decir, reducir, disminuir o acortar el suministro de algún tipo de tratamiento. Valorando estas tres acciones podemos ver que tienen un fin común que es dejar de usar o no instaurar el recurso terapéutico-tecnológico evaluado como fútil.

Existe también otras tres formas de LET: la primera es la que establece la limitación de instauración, de no puesta en marcha, de determinados recursos terapéuticos. La segunda es la de retirar los recursos terapéuticos puestos ya en marcha, suspenderlos. Finalmente, la tercera forma es lo que se ha llamado “acortamiento del proceso de morir”, y que corresponde a la aceleración voluntaria y premeditada de una forma de vida que ya está abocada a su final en muy breve tiempo (horas) ⁽⁴⁵⁾.

Resumiendo, la LET consiste en *no aplicar medidas desproporcionadas* en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida, de acuerdo con la finalidad terapéutica que se plantea (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar). Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costos-cargas y beneficios para el enfermo. Una medida desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y le produciría un daño o carga “proporcionalmente” superior. El término LET no es del todo apropiado, porque la “limitación” también abarca procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos. En ocasiones se ha asociado también al concepto de LET la no aplicación de “medidas extraordinarias”, pero este aspecto es poco concreto y resulta ambiguo ^(16, 17).

Crterios para la LET

En relación con la LET existen tres preguntas fundamentales: ¿a quién? ¿qué? y ¿cómo? Para intentar responder a estas preguntas es necesario especificar qué criterios son los más importantes para realizar una LET. Un

estudio realizado en UCI de mostró que los criterios no eran uniformes y dependían de las características de la población analizada. La dificultad para establecer criterios se basa en que los factores a considerar no son exclusivamente clínicos. Los criterios han de ser racionales. Se ha de poder razonar y argumentar con ellos. No se puede depender del juicio que marque cada clínico discrecionalmente. Otro aspecto importante es que unos criterios pueden aportar argumentos para decidir, pero no eliminan por completo la incertidumbre. Si en clínica es difícil alcanzar la certeza, en ética clínica, donde se añaden a los aspectos técnicos conflictos entre valores, resulta aún más complejo tomar decisiones con certeza ⁽²²⁾. Una revisión de la bibliografía permite establecer los siguientes criterios como los más importantes ⁽²²⁾. Cuadro 1:

Primer paso: ¿a quién? evaluación del caso

Preferencias del paciente

Cuando se plantea una decisión de LET lo primero que se debe hacer es conocer la opinión del paciente, sus preferencias ⁽²³⁾. Existe tendencia a subestimar «la capacidad de hecho» de los pacientes para decidir. Se considera que no son competentes con mayor frecuencia de lo que realmente son y las decisiones son tomadas en estos casos por allegados o por los médicos ⁽²⁴⁾. Si el paciente no puede manifestar sus preferencias habría que averiguar si ha realizado voluntades anticipadas o instrucciones previas ⁽²⁵⁾. Si no es así, se debería intentar respetar su proyecto de vida y valores. Para ello es muy importante la información que pueden aportar los allegados. Finalmente, si tampoco se puede obtener esta información, el equipo médico debe actuar buscando el mejor interés para el paciente, realizando un balance de los beneficios/cargas para cada una de las medidas que se vayan a

adoptar. El proceso de averiguación de las preferencias de los pacientes supone un esfuerzo que no debe escatimarse, individualizándose las medidas en función de dichas preferencias.

Preferencias de los allegados

La participación de los allegados o representantes en la toma de decisiones de LET es variable ⁽²⁵⁻²⁶⁾. Cuando el paciente está incapacitado judicialmente o si no es competente para una decisión concreta, deben ser los tutores correspondientes los que decidan. Si no los hay, son los allegados más cercanos quienes deben contribuir en el proceso de toma de decisiones.

Pronóstico (gravedad)

La LET se establece en pacientes cuya situación clínica es grave, irreversible o terminal ^(27, 28, 29,30). El cálculo del pronóstico es la parte más oscura de la medicina. Para realizarlo es fundamental que el diagnóstico sea lo más preciso posible. Ha de calcularse las posibilidades de éxito con las terapias disponibles y debe examinarse si se han agotado los medios disponibles. Finalmente se establece el pronóstico: la probabilidad de curación y la esperanza de vida para el estadio evolutivo de la enfermedad en ese paciente.

Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud la define como la percepción subjetiva de la vida propia en las facetas física, psíquica y social. Por ello se evalúa a través de encuestas. En pacientes en situación grave, irreversible o terminal no es fácil realizar esta evaluación. En estos pacientes con frecuencia se estima mediante procedimientos externos, a través de escalas o índices validados. El deterioro cognitivo empeora considerablemente la calidad de vida. En un trabajo sobre

los factores que condicionan la LET en los enfermos con neoplasia en Medicina Interna, la edad y sobre todo el deterioro cognitivo eran determinantes ⁽³¹⁾.

• **Distribución de recursos (inversión racional)**

En procedimientos muy costosos, escasos o limitados, se ha de procurar que el reparto de los recursos se rija por el criterio de justicia distributiva. Deben destinarse los recursos a aquellos que los vayan a aprovechar más ^{32, 33)}.

Segundo paso: tomar la decisión

• **Deliberación participativa**

Al analizar el caso debe considerarse el enfermo en su conjunto. Su biografía, biología, valores, y entorno ^(34, 35). Una decisión de LET es conveniente realizarla con todos los implicados: el paciente, sus allegados y los profesionales involucrados. Esto contribuye a no descargar toda la responsabilidad en el médico y garantiza que las decisiones sean más prudentes. Para establecer el proceso deliberativo es fundamental tener bien desarrollada la habilidad de trabajar en equipo ^(36, 37). La formación en habilidades de comunicación y las estrategias comunicativas son de gran ayuda en esta fase ^(38, 39).

• **Establecer el fin de la intervención**

El objetivo fundamental de la deliberación es determinar si el paciente es subsidiario de máximo esfuerzo terapéutico o si se debe realizar LET. Y en caso de que se realice LET, qué patologías van a ser tratadas y cuáles no. O si únicamente se van a paliar síntomas. La decisión tomada debe comunicarse al enfermo, a sus allegados cuando sea pertinente, y ha de registrarse en la historia clínica.

Tercer paso: ¿cómo? Medidas

Medidas negativas

- No iniciar/retirar: tomada la decisión no deben realizarse procedimientos extraordinarios, medidas desproporcionadas, inútiles ni fútiles para el objetivo terapéutico trazado. En caso de haberse iniciado se debe proceder a su retirada ⁽⁴⁰⁾.

Medidas positivas

- Tratamiento de las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias): deben mantenerse o instaurarse las medidas orientadas al tratamiento de las patologías que, tras la deliberación del caso, se han decidido tratar pensando en el objetivo fijado. Algunos aspectos que conviene aclarar sobre las medidas intermedias son: el tratamiento de las infecciones, la transfusión de hemoderivados, el tipo de nutrición e hidratación y la realización de medidas diagnósticas invasivas ⁽⁴¹⁾. Este paso puede ser el más complejo y si es necesario, debe realizarse una estratificación de las medidas.
- Medidas paliativas: deben mantenerse los cuidados y el tratamiento sintomático que sea preciso ^(42, 43).

Cuadro 1. Criterios y bases para decidir la LET

<p>Primer paso: evaluación del caso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferencias del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Individualizar - Preferencias de los allegados • Pronóstico (gravedad): <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas: ¿se tiene un diagnóstico preciso? ¿está optimizada la terapia? - Cálculo del pronóstico en ese paciente • Calidad de vida (previa y futura) • Distribución de recursos (inversión racional)
<p>Segundo paso: tomar la decisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deliberación participativa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente de LET vs paciente de máximo esfuerzo 2. Si es paciente de LET, aclarar el fin de la intervención • Comunicar la decisión y registro en la historia clínica

Tercer paso: actuación

- Medidas negativas: no iniciar/retirar:
- Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios)
- Procedimientos inútiles y fútiles
- Medidas positivas:
- Tratar las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias)
- Medidas paliativas

Fundamentos bioéticos

En los escenarios que estamos analizando, la fundamentación ética basada en los cuatro principios fundamentales bioéticos se puede entender de la siguiente manera: ^(5, 14)

- a) **No maleficencia:** se evitan actuaciones médicas inútiles o lesivas, como realizar maniobras de RCP en pacientes terminales, prolongando una situación de agonía innecesariamente. El principio de la no maleficencia obliga a no perjudicar al otro y es violado cuando se aplica a una persona un tratamiento que no está indicado, que causa complicación, daño o cualquier tipo de lesión. El profesional se compromete a evaluar y evitar los daños previsibles
- b) **Beneficencia:** tratamiento sintomático paliativo. Manejo del dolor y procurar el mejor confort disponible. El principio de la beneficencia se constituye en el deber de promover beneficios a otros, independientemente de que éste lo desee. Supone incluso la obligación ética principal de proporcionar tales beneficios suprimiéndose los maleficios. El médico debe comprometerse por buscar el cumplimiento de los objetivos de la Medicina, que pueden ser resumidos en tratar a la persona con el mejor posible, restaurándole la salud, preservando la vida y aliviando el sufrimiento
- c) **Respeto a la autonomía:** de los pacientes es tener la libertad de elegir, basado en la capacidad de los seres humanos para tomar decisiones sobre su propio cuerpo,

y por lo tanto, sobre la vida y la muerte. Para ello se necesita que la persona sea capaz o competente. En pediatría se basa en la subrogación en la toma de decisiones a sus padres o representantes legales. En síntesis, el principio de la autonomía se refiere a la autodeterminación, al autogobierno, al poder de decidir sobre sí mismo. Esta capacidad de hacer las propias elecciones implica responsabilidades y representa un derecho irrenunciable de un paciente. De un modo general, el respeto a la autonomía hace que la autoridad de decisión esté en la persona y, siendo ésta incapaz, en su representante legal, generalmente un familiar más cercano.

- d) **Justicia:** la escasez de recursos nunca debe fundamentar las decisiones, pero el uso proporcional y prudente de los recursos disponibles sí es una responsabilidad que debe considerar el médico. El *principio de la justicia* como deber *prima facie* involucra cuestiones ético-culturales y temporales y se basa en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas. Este principio de la justicia rige que la distribución de los recursos sanitarios, deberes y beneficios sociales sea coherente y adecuada.

La adecuación del esfuerzo terapéutico está justificada desde una perspectiva de justicia aprovechando bien los recursos evitando la futilidad, no maleficencia evitando el encarnizamiento terapéutico, beneficencia, respetando mejor la dignidad de la persona y autonomía del paciente.

En resumen, los principios bioéticos a cumplir son: el **respeto a la dignidad de la persona**, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad; *promoción de la autonomía y la voluntad del paciente*, de acuerdo con sus preferencias, creencias y valores; **ausencia de discriminación** en

el acceso a los servicios de salud; **derecho a cuidados paliativos y tratamiento del dolor** y posibilidad de rechazo o interrupción de un tratamiento por voluntad del paciente.

La adecuación del esfuerzo terapéutico se fundamenta también en **otros principios** como el **principio de la científicidad**, al ajustarse al conocimiento actual de la medicina moderna y fundarse en la medicina basada en la evidencia; en el **principio del trabajo interdisciplinario en equipo**, dado que las decisiones son tomadas en el colectivo y no de manera unipersonal, característico del trabajo en las unidades de atención al paciente grave y de reconocido valor ético ⁽¹⁸⁾; en una adecuada relación médico-paciente-familiar como piedra angular de la medicina, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica, esta interacción es aún el núcleo de la medicina ⁽¹⁹⁾; y por último en **principios básicos como son los de atención integral, dinámica, individualizada y continuada** ⁽²⁰⁾, con especial atención a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los enfermos y sus familiares ⁽²¹⁾.

Por lo anteriormente descrito, cabe remarcar que el desconocimiento bioético a veces lleva a retrasar la decisión de LET/AET y a no tomarla en el momento adecuado, por lo que muchas veces es tardía, cuando la muerte es inminente y el tratamiento solo prolonga la agonía, cayendo así en la obstinación terapéutica. Por ello debemos de tener en cuenta varios aspectos para ofrecer calidad de asistencia y humanización en el paciente crítico en el que se ha decidido aplicar LET/AET ⁽⁴⁴⁾.

DILEMAS BIOÉTICOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Conceptualmente la palabra **DILEMA** es esencialmente la duda o disyuntiva entre dos cosas. En este contexto, los dilemas bioéticos al que se enfrenta el equipo de salud en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cuando debe

decidir iniciar o suspender las medidas de soporte vital es muy complejo, por lo que es necesario su análisis de forma sistemática y con un perfil multidisciplinario.

Las unidades de cuidados intensivos son consideradas como un entorno de fuerte estrés psicológico, pues el cuidado del paciente grave está a menudo relacionado con las emergencias, las decisiones difíciles con riesgos elevados, las vivencias frecuentes ante la muerte, la atmósfera ruidosa y las situaciones contrapuestas que se introducen en el terreno de la ética médica, con auténticas dificultades de solución. Por todos estos motivos, otro de los problemas actuales relacionados con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico son precisamente los grandes dilemas éticos que surgen en el momento de la toma de decisiones acerca de la limitación de alguna medida de soporte vital. Los profundos dilemas éticos implícitos entre las exigencias de la tecnificación de la medicina de hoy y el humanismo de los profesionales. La literatura reciente muestra trabajos relacionados con esta problemática ⁽⁴⁷⁾.

Los avances tecnológicos en el área de la medicina crítica han proporcionado resultados favorables significativos, mejorando los índices de sobrevivencia, mejorando los índices de sobrevivencia, con la consiguiente disminución de la mortalidad en las UCI. Sin embargo, éstos indicadores son cuestionables, en lo que respecta a la calidad de las vidas preservadas, en el caso de los pacientes recuperables, y la calidad del morir en el caso de los pacientes irrecuperables.

El proceso de toma de decisiones como la cuestión de que un enfermo debe admitirse en una UCI, la determinación del grado de agresividad de los tratamientos, cuando dar estos por terminados o la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de la donación de órganos, del alta médica y otros, se constituyen en grandes dilemas bioéticos permanentes, por lo que uno de los retos que se le presenta

a este tipo de atención médica sea precisamente un reto para la solución de los problemas éticos, morales y legales.

Toda esta serie de dilemas pueden presentarse en la atención del paciente en estado crítico, especialmente las siguientes decisiones a tomar en el proceso de Limitación o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (LET/AET) ya descritas anteriormente: encarnizamiento terapéutico o distanasia, Eutanasia (Eutanasia pasiva, Eutanasia activa voluntaria) y Limitación del esfuerzo terapéutico.

En conclusión, para afrontar los dilemas bioéticos en las UCI consideramos que es posible resolverlos con una actualización permanente de los conocimientos que permitan a los profesionales del equipo de salud hacer un diagnóstico correcto de la fase en que se encuentra el enfermo grave, además de lo siguiente:

1. Se debe fomentar la discusión de los principios bioéticos y la problemática asociada al ejercicio de la medicina en una UCI.
2. La divulgación y discusión de los principios bioéticos facilita la toma de decisiones, porque se crea una matriz de opinión que se va enriqueciendo con cada caso que se presenta.
3. Tomar en consideración el nivel de calidad de vida que se espera pueda tener el paciente, una vez desconectados los equipos de soporte y su disposición para aceptar su condición de sobrevivencia.
4. Se debe procurar disminuir el grado de incertidumbre en la información asociada a la evolución de un paciente. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de un diagnóstico erróneo.
5. Desarrollar una buena comunicación con el enfermo y su familia.
6. El éxito en la UCI está asociado directamente con la calidad de las interacciones humanas que se dan

mientras se está vivo, lo importante es aprender, conocer e interactuar a tiempo.

7. Incorporar aquellos avances terapéuticos que proporcionen más bienestar a los enfermos tras valorar entre el paciente, la familia y el equipo de las ventajas e inconvenientes de las intervenciones, y llegar a un consenso.
8. La disponibilidad de los equipos técnicos no obliga a usarlos en todos los casos, es necesario tratar de estimar cuidadosamente las posibles consecuencias de su uso.
9. El enfoque bioético en la atención al paciente crítico en nuestro sistema de salud es más humano y social que jurídico y económico.
10. Es importante promover la formación científica de los médicos y enfermeras en el tratamiento del dolor, en el acompañamiento psicológico y en una mayor humanización de la asistencia con respeto a los derechos de los pacientes.
11. Es también de ayuda educar a la sociedad en general sobre la muerte y las posibilidades del "Testamento vital" y de la delegación de poderes, para orientar la acción de los profesionales de salud en la continuación o suspensión de algunos tratamientos cuando el paciente no puede decidir por sí mismo.
12. Comprometer a la sociedad en la ayuda a morir en paz y a la medicina para que uno de sus mayores retos sea y siga siendo promover la dignidad de la persona a lo largo de esta etapa.

Por último, me permito formular la siguiente reflexión: ***“Cuando no tengas muy claro que actitud tomar exactamente ante un problema de un paciente, SOLO intenta tratarlo, como te gustaría que te trataran a ti, si estuvieras en su lugar...casi seguro que no te equivocarás”.***

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paredes-Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioética* 2012; 18 (2): 163-171
2. Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. *Chest [Internet]*. enero de 2015 [citado 1 de mayo de 2017]; 147(1): 82-93.
3. 4. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *J Clin Nurs [Internet]*. noviembre de 2014 [citado 7 de junio de 2017];23(21-22):3188-96
4. Betancourt-Betancourt GJ. Adecuación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de atención del adulto grave. Tesis de doctorado. La Habana. Editorial Universitaria, 2017.
5. H. A. Cerda B. Aproximación en torno a la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes pediátricos con patología neurológica grave y dependientes de ventilación mecánica crónica (I parte). *Rev Chil Enf Respir* 2015; 31: 48-51
6. Manzini JL. Fundamentación bioética de la llamada "adecuación del esfuerzo terapéutico" en el final de la vida. Rabinovich - Berkman R. Reunión Plenaria de Comisiones para tratar proyectos legislativos sobre "muerte digna", con el aporte de expertos invitados. Cámara de Senadores de la Nación, Bs. As. 27/09/2011. Versión taquigráfica.
7. Doñate Cariba E, Domínguez Cobo I. Limitación del esfuerzo terapéutico: Razones para sí llevarlo a cabo. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid, 2010
8. Gonzalo Morales V. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos
9. pediátricos. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86: 56-60.
10. Grupo de Trabajo de Ética de la SECIP. Guía para la adecuación y limitación del esfuerzo terapéutico en CIP. Barcelona: Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP); 2015.
11. Althabe M, Cardigni G, Vasallo JC, Codermatz M, Orsi C, Saporiti A. Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en terapia intensiva. *Comité Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Arch. argent.pediatr* 1999; 97 (6)
12. Moritz RD, Rossini JP, Deicas A. Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais. In: Moritz RD. *Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu; 2012. p.19-32.*
13. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17 (5):613-9.
14. De Alencar Gomes H, Adelaide Almeida M, Ferreira Matoso TV, Assunção Viana MA, Cardoso Rezende MB, Ferreira Bento MA, Fonseca Guimarães TS, De Oliveira Alcântara S, Júnior AD, Gomes Costa Silva AP, De Paula Moreira C, Simplicio Vieira D Albergaria, Coutinho MK, Marli Medeiros, Silva de Souza RS, Pires Dumont PC. La limitación del esfuerzo terapéutico en persona con lesión cerebral grave. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014; 22 (2): 283-91
15. Bátiza Jacinto. Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. *Gac Med Bilbao*. 2014;111 (3):57-62
16. Abizanda R. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva* 1994; 18: 100-105.
17. Barbero J. Limitation of therapeutic eff ort. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:586-594.
18. Vieira Galán O. Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. España: Universidad Pública de Navarra; [Internet]. 2014 [citado 22 Ago. 2014]; Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/11321>
19. Antúñez Baró AO, Torres González A. La relación médico-paciente: comple-jidad de un vínculo indispensable. *Medi Ciego. [Internet]*. 2014 [citado 26 Jul. 2016]; 20(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95654453&lang=es&site=ehost-live>.
20. Espinosa Brito A. Particularidades del enfermo grave. En: Caballero López A. *Terapia Intensiva*. T. 1. 2ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 11-18.
21. Peñate Gaspar A, Martínez Martín MI. Atención al paciente grave desde una perspectiva psicológica. En: Caballero López A. *Terapia Intensiva*. T. 1. 2. ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 72-76.
22. Herrerosa B, Palacios G y Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212(3):134---140
23. Cabré LI, Solsona F, Grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2002; 26: 304---11.
24. Weir RF, Gostin L. Decisions to abate life-sustaining treatment for nonautonomous patients. *Ethical*

- standards and legal liability for physicians after Cruzan. *JAMA*. 1990; 264: 1846---53.
25. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:379-88.
 26. Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290: 790-7
 27. Cabré L. Síndrome de fracaso multiorgánico y limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina intensiva. En: *Decisiones terapéuticas al final de la vida*. Coord.: Cabré L. Edikamed, SEMICYUC 2003, Barcelona.
 28. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of Mechanical Ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003; 349:1123-32.
 29. Rocker G, Cook D, Sjøkvist P, Weaver B, Finfer S, McDonald E, et al. Clinician predictions of intensive care unit mortality. *Crit Care Med*. 2004; 32:1149---54.
 30. Cabre L, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al., the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med*. 2005; 31:927-33.
 31. Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. Neoplasias diagnosticadas en planta de medicina interna: características y factores determinantes para limitar los esfuerzos diagnóstico-terapéuticos. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:592-3.
 32. Callahan D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon and Schuster; 1987. p. 65---81.
 33. Callahan D. *The Troubled Dream of Life: In: Search of a Peaceful Death*. New York: Simon and Schuster; 1993. p. 117.
 34. Gracia D. *Salir de la vida*. In: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Gracia D. Triacastela, Madrid: Autor; 2004.
 35. Gracia D. Moral deliberation: the method of clinical ethics. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:18- 23.
 36. Gracia D. Moral deliberation: the method of clinical ethics. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:18-23.
 37. Vincent JL. Communication in the ICU. *Intens Care Med*. 1997; 23: 1093-8.
 38. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physician's practices and patient's wishes. *Am J Resp Crit Care Med*. 1995; 151: 288-92.
 39. Hernando P, et al. Limitation of therapeutic effort: a "question for professionals or for patients as well? *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30 Suppl 3:S129---35.
 40. Sanz Ortiz J. What is good for the patient? *Med Clin (Barc)*. 2002; 119:18-22.
 41. Montero Pérez-Barquero M, Conthe Gutiérrez P, Román Sánchez P, García Alegría J, Forteza-Rey J. Comorbilidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en los servicios de medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:149-58.
 42. Carrasco-Sánchez FJ, Ortiz-López E, Galisteo-Almeda L, Camacho-Vázquez C, Ruiz-Frutos C, Pujol-De La Llave E. Importancia pronóstica de la hipertensión pulmonar en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada. *Rev Clin Esp*. 2010; 210:489-596.
 43. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitation of the therapeutic effort. *Rev Clin Esp* 2012; 212: 134-140.
 44. Gonzalo Morales V. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivo pediátricos. *Rev Chil Pediatr*. 2015; 86: 56-60.
 45. López Castro J. Cuidados paliativos integrales y limitación del esfuerzo terapéutico. *Galicia Clin* 2016; 77 (4): 173-174
 46. Vera-Carrasco O. dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. En: *Ética y Bioética Médica, Primera edición*. La Paz-Bolivia. Elite impresiones, 2014. Pág. 123-131
 47. Betancourt-Betancourt GJ. *Adecuación del esfuerzo terapéutico en la Unidades de Cuidados Intensivos. Tesis de doctorado*. La Habana. Editorial Universitaria, 2017
 48. Gracia Álvarez-Andrés G, Álvarez-Prida de Paz E, Blanco-Mercadé A, Suárez C, J, Carriedo-Ule D, De Castro-Losa MR, Manuel Carlos Fernández-Fernández MC, Ferradal-García JI, González de Castro R, González Ganso AM, Montes Armenteros A, García A, Ramos Ortega F, Regueras-Santos L. Documento sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico. Área de salud de León, 2017