

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO. REFLEXIÓN Y DEBATE.

El gran desarrollo de la Medicina en las últimas décadas ha cambiado radicalmente el pronóstico de muchas enfermedades que previamente causaban de manera inevitable y rápida a la muerte. Así, los conocimientos y tecnologías ligados a la Medicina en general y a la Medicina Intensiva en particular (UCI), 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, con el consiguiente sufrimiento de pacientes, familias y profesionales.

Parece lógico entonces que se debata acerca de los límites razonables que deben introducirse para que el uso de esta tecnología siga sirviendo realmente a los intereses de las personas enfermas. Cuándo, cómo y bajo qué restricciones debe evitarse la instauración o el mantenimiento de determinadas medidas de soporte o de tratamiento son las cuestiones básicas de lo que hoy se denomina –entre otras- como “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” (LET).

Se entiende como tal la decisión de no iniciar o de retirar, si ya se hubiese iniciado, cualquier tipo de tratamiento que se considere incensario o fútil. Esto incluye los tratamientos de soporte vital, es decir aquellos que tienen por finalidad la prolongación de la vida, manteniendo aquellas medidas de carácter paliativo necesarias para garantizar el máximo confort y bienestar del paciente, pensando siempre en términos de adecuación del esfuerzo a la situación del paciente. No se trata, por tanto, de lo que no hacemos, sino que lo que hacemos se ajuste a lo que puede obtenerse sin daño, dada la situación concreta de cada paciente.

Se considera adecuado plantear la LET, en aquellos pacientes con afecciones muy graves, en los que existen duda razonable sobre el beneficio de determinadas intervenciones, al considerarlas como muy invasivas o agresivas, implicar riesgo potencial de causar sufrimiento, prolongar el proceso del morir o abocar al paciente a una vida de calidad ínfima.

Se debe aplicar el principio de no maleficencia, el "no provocar daño". Es decir, no realizar acciones que dañen la salud o la vida del paciente ni prolongar el sufrimiento ni producir dolor u otro sufrimiento físico o moral. **Implica evitar que las medidas que se adopten produzcan perjuicio, o en caso de producirse, se compensen con los beneficios terapéuticos o diagnósticos esperados (proporcionalidad) de forma que no produzcan más trastornos que beneficios.** Debe aplicarse de la misma manera y siempre que sea posible, el principio de beneficencia, que es el deber del médico de promover el bien, es decir, promover o al menos preservar la salud del paciente. Valorando que las medidas indicadas sean realmente útiles para el paciente.

Es necesario, por tanto ponderar los beneficios esperados y el perjuicio potencial para poder respetar ambos principios y desde el punto de vista ético el médico no está obligado a proporcionar terapias inútiles o inefectivas y debe por tanto, evitarlas.

No hay una forma clara de establecer una clasificación estricta de lo que debería considerarse “medida o tratamiento extraordinario”, ya que de entrada, ningún tratamiento o medida es intrínsecamente ordinario ni extraordinario sino que debe valorarse en cada situación concreta.

El carácter de ordinario o extraordinario no radica necesariamente en la complejidad de la acción o del tratamiento, sino en si es proporcionado o desproporcionado, entendiéndose como

desproporcionada aquella medida en que los esfuerzos necesarios para implementarla y el coste físico y psíquico para el paciente y su familia, no se corresponden con los resultados esperables en términos de curación o alivio de un determinado síntoma sino que también ha de corresponderse con las condiciones personales del paciente (físicas, psicológicas, espirituales, familiares, sociales).

Se suele considerar como el ejemplo más evidente de tratamientos extraordinarios, el implementar terapias de soporte vital en situaciones de irreversibilidad o terminalidad; Estos medios de soporte vital incluyen entre otros, la ventilación mecánica (respiradores), la reanimación cardiopulmonar, la diálisis (reemplazo renal), los fármacos vasoactivos (medicamentos para elevar la tensión arterial), la nutrición por vía no oral e incluso la hidratación.

La absoluta certeza en Medicina es imposible y por tanto, es inevitable que haya un margen de incertidumbre, que siempre ha de interpretarse en favor del paciente, evitando decisiones apresuradas y sopesando de manera sosegada las opciones disponibles.

Como recomendación general en caso de necesidad de valorar la idoneidad o no de un tratamiento concreto, debe tenerse en cuenta -tanto por parte del equipo tratante como por el paciente y su familia- que:

- Si la intención de dicho tratamiento es revertir o tratar eventos agudos con finalidad curativa o evitar daño añadido, su instauración se consideraría apropiada. Por ejemplo, tratamiento antibiótico para una infección o medicación para crisis convulsivas.
- Si por el contrario, sólo está encaminado a la prolongación de una situación irreversible, no se considerará adecuado, al estimarlo como desproporcionado e inútil en la medida que también produce dolor, disconfort o separe al paciente de su familia

La relación de mutua confianza y comunicación entre el paciente/familia y equipo tratante, es quizás uno de los pilares más importantes, puesto que es el equipo sanitario quien puede evaluar el pronóstico del paciente de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible y será el paciente/ familia quienes ayuden a decidir sopesando el balance riesgo/beneficio de las diferentes tratamiento según el mejor interés para el paciente.

Cuando el paciente no está en capacidad de decidir o manifestar su decisión (directamente o a través de un documento de Voluntades anticipadas), serán sus representantes quienes asuman el papel de interlocutores con el equipo médico.

En el caso de niños, en cuyo caso son los padres – en líneas generales- quienes tienen desde el afecto y el amor por su hijo, la capacidad de dar su consentimiento o no frente a lo propuesto, y han de considerarse sus deseos como determinantes salvo que entren en conflicto grave con la propia interpretación de los profesionales responsables.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HM HOSPITALES