

# Limitación del Esfuerzo Terapéutico

Juan Carlos Álvarez

XXXII Congreso Nacional de la SEMI

La muerte pertenece al moribundo y a quienes le aman.  
Aunque mancillada por los estragos de la enfermedad  
no se debe permitir que además sufra la perturbación  
de bien intencionados pero inútiles esfuerzos.

Sherwin B. Nuland

El objetivo de la medicina es disminuir la violencia de las enfermedades y evitar el sufrimiento de los enfermos, absteniéndose de tocar a aquellos en quienes el mal es más fuerte y están situados más allá de los recursos del arte.

Hipócrates

# Limitación del esfuerzo terapéutico

- Cambio de paradigma en la relación clínica (años 70)

Paternalismo → Autonomismo

- Desarrollo de las técnicas de soporte vital

# Desarrollo de las técnicas de soporte vital

- Cambio en la manera de morir
- Fe ilimitada en la ciencia
- Imperativo tecnológico
- Encarnizamiento terapéutico
- ¿Podemos curar la muerte?
- La Muerte como derrota de la Medicina

¿Todo lo técnicamente posible es éticamente correcto?

¿Debemos limitar el esfuerzo terapéutico?

# Criterios usados en la LET

- Ordinario / Extraordinario
- Proporcionalizado / Desproporcionalizado
- Util / Fútil
- Indicado / No indicado / Contraindicado

**Voluntad del paciente**

# Acciones / Omisiones

**Retirar / No poner**

**Matar / dejar morir**

# Encarnizamiento terapéutico (distanasia)

**Prolongación del proceso de morir por medio de tratamientos que no tienen más sentido que alargar la vida biológica del paciente.**

# Homicidio por omisión por compasión

**Abandono de las opciones terapéuticas ante un proceso susceptible de ser curado, en un paciente sometido a una enfermedad crónica, pero que su muerte no está próxima debido a ella.**

**Una cosa es provocar la muerte  
mediante la omisión deliberada de un  
cuidado o tratamiento  
*debido, necesario y con sentido,*  
y otra cosa es la omisión  
responsable de un tratamiento  
*no debido, innecesario y sin sentido.***

***J. Masiá***

# Limitación del esfuerzo terapéutico

**Decisión de dejar de aplicar o suspender diferentes niveles terapéuticos (medicación, oxigenoterapia, técnicas de soporte vital, sangre, nutrición, hidratación) a pacientes sin expectativas razonables de recuperación, en los que el proceso está conduciendo a un retraso inútil de la muerte en lugar de una prolongación de la vida.**

**Acotar el campo de lo técnicamente posible en la actitud terapéutica, por lo médicamente indicado en cada momento de la evolución clínica, respetando la voluntad del paciente capaz y competente o en su defecto la familia.**

# Futilidad

- AR Jonsen (1980)
- Gran polémica (años 90)
- L. Schneiderman, N. Jecker y A. Jonsen
- Definición:

Futilidad terapéutica es aquella actuación médica que carece de utilidad para un particular paciente y que por tanto puede ser omitida por el médico.

Intervención médica que pretendiendo proveer un beneficio al paciente, en una situación en que la razón y la experiencia sugieren que el éxito de la intervención es muy improbable y cuyas excepciones no se pueden reproducir sistemáticamente.

# Futilidad

- **Criterios cualitativos:**

**Tratamientos que sólo preservan la inconsciencia permanente o que no permiten terminar con la dependencia de la UCI son fútiles.**

- **Criterios cuantitativos:**

**Tratamientos con menos de 1% de probabilidades de ser beneficiosos son fútiles.**

# Futilidad

- **Diego Gracia**

**Las decisiones médicas son siempre probables.**

**¿Cuáles han de ser los índices de error?**

**¿Cuál ha de ser la probabilidad exigible a una decisión en que se halle en juego la vida de una persona?**

**Es un criterio prudencial.**

**El intervalo de confianza estadístico es entre 0,05 y 0,01.**

**Fútil es todo procedimiento que resulte efectivo sólo entre 1 y 5 casos de cada 100.**

# Tratamiento indicado

**El que la comunidad científica, basada en la evidencia de la experiencia y en estudios clínicos rigurosos, admite su eficacia en la curación de un determinado proceso o el mantenimiento de una aceptable calidad de vida.**

# Tratamiento no indicado

**Aquel cuya eficacia en la curación o mantenimiento de una aceptable calidad de vida, no está probada para la comunidad científica, si bien se le puede presuponer empíricamente algún efecto beneficioso y ningún efecto adverso ante el proceso morboso.**

# Tratamiento contraindicado

**Aquel que incide de forma negativa en la enfermedad o el enfermo, pudiendo provocar la muerte del mismo.**

- Lo objetivo

Indicado / No indicado / Contraindicado

- Lo subjetivo

La voluntad del paciente

Acción

Omisión

Retirar

No poner

+ Voluntad



No se comportan igual

sin voluntad



Se comportan igual

**LET**

**Por voluntad del paciente**

**Sin voluntad del paciente**

**Con la voluntad de la familia**

**Sin la voluntad de la familia**

# LET ¿Cuándo?

**El esfuerzo terapéutico que debe arbitrarse ante cualquier paciente gravemente enfermo debe ser directamente proporcional a la posibilidad de éxito, los años de vida garantizados tras el tratamiento y la calidad de estos, y en cambio debe ser inversamente proporcional al costo del tratamiento considerado.**

T. Engelhardt

## ➤ **Cuando la muerte llega en forma y momento oportunos**

(ancianos con padecimientos crónicos, irreversibles, de larga evolución y abocados a la muerte de forma natural).

## ➤ **Cuando la muerte se produce inevitablemente en casos de enfermedad maligna diseminada**

## ➤ **Cuando existe un daño o lesión cerebral permanente, que impide plantear un adecuado nivel de calidad de vida, ya que el paciente no se halla en condiciones de ejercitar sus opciones.**

## **Sanidad pública**

(se rige por el principio de Justicia)

-  Obligatorio poner lo indicado
-  No poner o quitar lo no indicado y lo contraindicado

## **Sanidad privada**

(se rige por el principio de Beneficencia)

-  Se puede poner lo indicado y lo no indicado
-  No poner o quitar sólo lo contraindicado

# CLASIFICACIÓN DE ENFERMOS CRÍTICOS

- **Categoría I:**

**Pacientes con afectación de órganos vitales pero el daño no es irreversible. Se emplean todos los recursos.**

- **Categoría II:**

**Pacientes que mantienen la función cerebral pero con insuficiencia cardiaca o respiratoria irreversible, con fracasos orgánicos múltiples o en fase terminal de una enfermedad incurable.**

**Se emplean todos los recursos de la medicina intensiva disponibles, pero no RCP, se les permite morir.**

- **Categoría III:**

Pacientes con función cerebral mínima y fracaso de varias funciones orgánicas.

Tratamiento convencional pero sin medidas de soporte vital.

- **Categoría IV:**

Pacientes en muerte cerebral.

Se suspende todo tipo de soporte vital

(excepto que sean considerados donantes de órganos)

# Directrices para la toma de decisiones de la LET

Se retiran las medidas de soporte vital, por razones exclusivamente médicas, en situaciones de ineficiencia fisiológica

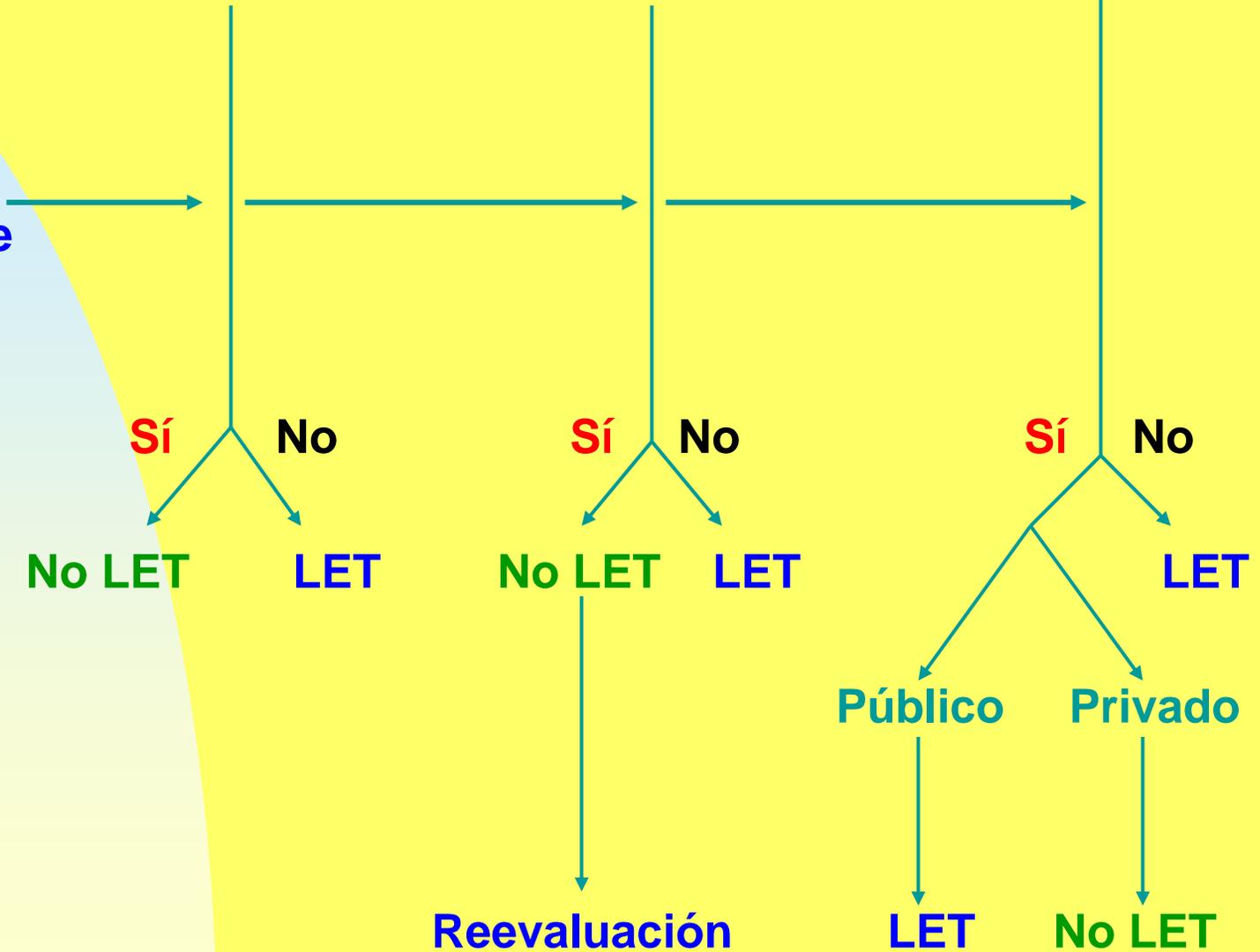
- ◆ Muerte cerebral
- ◆ Fracaso de 3 o más órganos, más de 4 días de duración
- ◆ Estados vegetativos permanentes.

**Tratamiento  
indicado**

**Tratamiento  
dudoso**

**Tratamiento  
no indicado**

**Voluntad  
del paciente**



**Tratamiento  
indicado**

**Tratamiento  
dudoso**

**Tratamiento  
no indicado**

**Voluntad  
subrogada**



**Quiero marcharme cuando yo quiera,  
es de mal gusto prolongar la vida  
artificialmente; ya hice mi parte, y es  
hora de marcharme.  
Lo haré con elegancia.**

Albert Einstein

A los 76 años

Abril 1955 (4 días antes de morir)

*El día que yo padezca una enfermedad grave que requiera un tratamiento muy especializado buscaré un médico experto. Pero no esperaré de él que comprenda mis valores, las esperanzas que abrigo para mi mismo y para los que amo, mi naturaleza espiritual o mi filosofía de vida. No es para esto para lo que se ha formado y en lo que me puede ayudar. No es esto lo que animan sus cualidades intelectuales. Por estas razones no permitiré que sea el especialista el que decida cuando abandonar. Yo elegiré mi propio camino o, por lo menos, lo expondré con claridad de forma que, si yo no pudiera, se encarguen de tomar la decisión quienes mejor me conocen. Las condiciones de mi dolencia quizá no me permitan “morir bien” o con esa dignidad que buscamos con tanto optimismo. Pero dentro de lo que está en mi poder no me moriré más tarde de lo necesario, simplemente por la absurda razón de que un campeón de la medicina tecnológica no comprenda quién soy yo.*

**Sherwin B. Nuland**