

# Limitación del esfuerzo terapéutico

Autor **J** Benjamín Herreros. Coordinador del Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo, Sociedad Española de Medicina Interna. Director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés-Universidad Europea. Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón

El debate sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se enmarca en torno a la cuestión sobre si todo lo técnicamente posible en Medicina es éticamente aceptable. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se han conquistado múltiples hitos tecnológicos que permiten prolongar la vida de manera artificial hasta límites insospechados: el masaje cardíaco externo (Kouwenhoven y Jude, 1961), la diálisis (Scribner, 1962), la desfibrilación (Zoll y Lown, 1962), el trasplante renal (Alexandre, 1963), el trasplante cardíaco (Barnard, 1967) o la ventilación mecánica prolongada (Engstrom, 1974). Estas técnicas han contribuido a salvar un número creciente de vidas y a prolongar la esperanza de vida de la población general. Sin embargo, esto no ha sido inocuo y se ha acompañado de nuevos problemas: los relacionados con el daño colateral que pueden producir y los derivados de los costes que generan su generalización. La LET se plantea cuando el daño que puede causar la técnica médica en el final de la vida (en pacientes gravemente enfermos) puede superar al beneficio que ofrece.

La cuestión sobre la LET es muy habitual en todos los contextos de la Medicina. Entre el 55 y el 70 por ciento de las muertes ocurridas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), incluidas UCIs de Pediatría y Neonatología, vienen precedidas de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Las LET más habituales en UCIs son la orden de no reanimación cardiopulmonar (No RCP) y la suspensión de medidas de soporte vital avanzado (diálisis, aminas vasopresoras, fracciones elevadas de O<sub>2</sub> suplementario o la ventilación mecánica invasiva). En la hospitalización convencional, la LET precede a más del 80 por ciento de los fallecimientos en planta de Medicina Interna. Entre las más habituales se encuentran la orden de No RCP, no ingresar en la UCI, la transfusión de hemoderivados, la administración de antibióticos, la hemodiálisis, la realización de pruebas diagnósticas, los tratamientos oncológicos activos, la realización de cirugía o la nutrición parenteral.

## Aclaración de los conceptos

**Limitación de los esfuerzos terapéuticos:** No aplicar medidas desproporcionadas



Benjamín Herreros

en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida, de acuerdo con la finalidad terapéutica que se plantea, que fundamentalmente es curar, mejorar o aliviar. Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costes/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. En ocasiones se ha asociado también al concepto de LET la no aplicación de "medidas extraordinarias", pero este aspecto es poco concreto y ambiguo. El

término LET no es del todo apropiado, porque la "limitación" también abarca procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos. Hay autores que prefieren hablar de "adecuación" en lugar de limitación, pero toda medida en Medicina debe ser adecuada, no solo cuando se habla de LET.

**Obstinación profesional:** El intento de prolongar la vida en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida mediante medios (diagnósticos o terapéuticos) desproporcionados para el objetivo perseguido (curar, mejorar o aliviar). La obstinación profesional llevaría a la prolon-



gación exagerada y con medios artificiales del sufrimiento, la agonía o del proceso de muerte del paciente. En cierta medida es la imagen opuesta a la LET.

**Futilidad:** En el contexto del final de la vida, un tratamiento se puede considerar fútil cuando es clínicamente ineficaz (al no mejorar el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes), o porque previsiblemente producirá perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados al beneficio esperado.

### Formas de LET

Existen dos formas de realizar una LET: no iniciar una medida (withholding) o retirar una medida previamente instaurada (withdrawing). Desde un punto de vista ético, se tiende a ver las dos posibilidades como moralmente equivalentes, aunque psicológicamente resulta más difícil retirar una medida que decidir no instaurarla. En la Tabla 1 se exponen algunas posibles diferencias entre la retirada y el no inicio, aunque finalmente se concluye que no se puede demostrar la no equivalencia moral entre retirar y no iniciar.

### Criterios para la LET

Una de las principales dificultades para establecer criterios para la LET es que los factores a considerar no son exclusivamente clínicos. La propuesta realizada para tomar una decisión de LET sigue tres pasos: evaluar el caso con detenimiento, decidir si realmente es un enfermo candidato a LET (o si es de máximo esfuerzo terapéutico) y, finalmente, si es candidato a LET, proceder a realizarla. Tabla 2.

#### 1. Evaluación del caso

**Preferencias del paciente:** Cuando se plantea una decisión de LET lo primero que se debe hacer es conocer la opinión y preferencias del paciente. Existe una tendencia a subestimar la capacidad del paciente para decidir.

Tabla 1. Posibles diferencias entre la retirada y el no inicio de una medida en la LET

Es más aceptable la retirada, porque se podría tener <b>mayor seguridad clínica</b> acerca del efecto (o de la futilidad) de la medida, y, por tanto, mayor certeza moral al tomar una decisión. (*)
El paciente que ya está recibiendo un tratamiento tendría cierto <b>derecho <i>prima facie</i></b> a que no se le retire para ser administrado a otro enfermo, incluso si el potencial beneficio teórico fuese mayor en el segundo caso. (*)
La <b>obligación de cuidado</b> con los pacientes que ya tienen tratamiento sería mayor que con los pacientes "potencialmente tratables". (*)
Miedo a que si se autoriza la retirada de tratamiento basada únicamente en la escasez de recursos otros <b>criterios "no éticos"</b> puedan ser utilizados también como elementos de decisión (por ejemplo la raza o el nivel socioeconómico). (*)
En el no inicio generalmente no es necesario el consentimiento (los criterios son esencialmente médicos); la retirada exige <b>consentimiento informado</b> y una toma de decisiones compartida, aunque ésta esté basada en los mismos supuestos clínicos que el no inicio. (*)
Miedo a que si se realizan decisiones de retirada en base a la escasez de recursos, las decisiones puedan tener <b>consecuencias legales</b> para los médicos responsables. (*)
El enfermo realmente no es el mismo. La equivalencia es un mero <b>ejercicio intelectual</b> : el paciente que se enfrenta a una retirada de tratamiento no es clínicamente equiparable a aquel en quien se plantea no iniciar la medida. (**)
<b>Aspectos psicológicos:</b> Una vez iniciada la medida, no sólo cambian las características clínicas del paciente, también pueden cambiar la perspectiva y las expectativas del propio paciente, de los allegados y hasta de los sanitarios. (**)

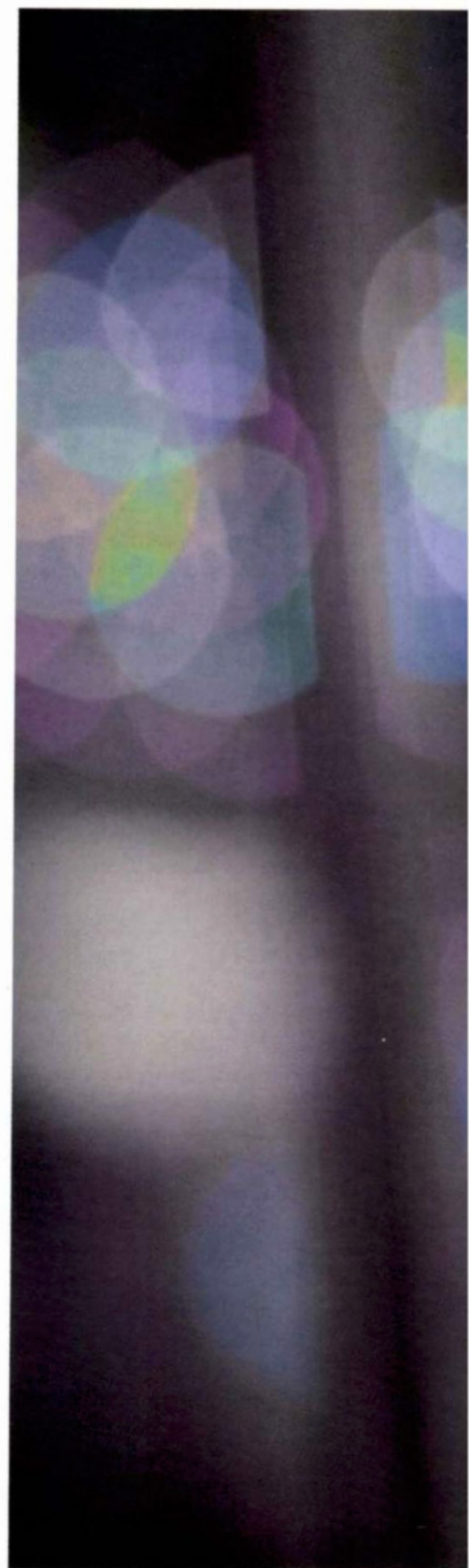
(\*) Wilkinson D, Savulescu J. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics* 2014;28:127-137.

(\*\*) Añadido por el autor del capítulo.

Tabla 2. Criterios y pasos para decidir la LET

<b>1er paso: Evaluación del caso</b>
Preferencias del paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualizar</li> <li>• Preferencias de los allegados</li> </ul>
Gravedad (pronóstico) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas: ¿Se tiene un diagnóstico preciso? ¿Está optimizada la terapia?</li> <li>• Cálculo del pronóstico en "ese" paciente.</li> </ul>
Calidad de vida (previa y futura)
Distribución de recursos (inversión racional)
<b>2º paso: Tomar la decisión</b>
Deliberación participativa <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º: Paciente de LET vs paciente de máximo esfuerzo.</li> <li>• 2º: Si es paciente de LET: Aclarar el fin de la intervención</li> </ul>
Comunicar la decisión y registro en historia clínica
<b>3º paso: Actuación.</b>
Medidas negativas: No iniciar / Retirar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios)</li> <li>• Procedimientos inútiles y fútiles</li> </ul>
Medidas positivas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias)</li> <li>• Medidas paliativas</li> </ul>





**Pronóstico (gravedad):** La LET se debe plantear en pacientes cuya situación clínica sea grave, irreversible o terminal. Para poder llevarla a cabo es fundamental partir de un diagnóstico lo más preciso posible.

**Calidad de vida (previa y futura):** En pacientes en situación clínica grave, irreversible o terminal, no es fácil realizar esta evaluación. La calidad de vida en estos pacientes se estima con frecuencia externamente y para ello es preciso usar escalas o índices validados, no la mera apreciación subjetiva de los clínicos.

**Distribución de recursos (inversión racional):** Como norma general, la distribución de recursos es un criterio de segundo orden.

## 2. Tomar la decisión

**Deliberación participativa:** En el proceso deliberativo se deben introducir todas las variables del primer paso para posteriormente ser analizadas entre todos los actores implicados.

**Comunicar la decisión y registro en historia clínica:** La decisión fundamental que busca la deliberación sobre el caso es determinar si el paciente es subsidiario de máximo esfuerzo terapéutico o si se debe realizar LET. Y en caso de realizar LET, es esencial concretar qué patologías van a

ser tratadas y cuáles no. O si únicamente se van a paliar síntomas.

## 3. Actuación

### *Medidas negativas*

**No iniciar/Retirar:** Tomada la decisión de LET, no deben realizarse los procedimientos considerados desproporcionadas, inútiles y fútiles para el objetivo terapéutico trazado. Y en caso de haberse iniciado alguna de dichas medidas, se debe proceder a su retirada.

### *Medidas positivas*

**Medidas intermedias:** Deben mantenerse o instaurarse las medidas orientadas al objetivo terapéutico que, tras la deliberación del caso, se ha considerado oportuno. 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 qué medidas diagnósticas.

**Medidas paliativas:** Establecer una LET no supone una negativa al tratamiento. Deben mantenerse los cuidados y el tratamiento sintomático que sea preciso en función de los objetivos trazados con el paciente ■





## Referencias bibliográficas

1. 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.
2. Callahan D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society.* New York. Simon and Schuster, 1987, 65-81.
3. Esteban A, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med* 2001; 27: 1744-1749.
4. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Withholding and withdrawing treatment in patients admitted in an Internal Medicine ward. *Rev Calid Asist.* 2016 Mar-Apr;31(2):70-5.
5. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitation of the therapeutic effort. *Rev Clin Esp* 2012; 212: 134-140.
6. Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. Diagnostic neoplasms in internal medicine ward: determining characteristics and factors to define the diagnostic-therapeutic efforts. *Rev Clin Esp* 2010; 210: 592-593.
7. Simón P, Barrio IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 583-597.
8. Valero Zanuy MA, et al. Should the therapeutic effort in artificial nutrition be limited? *Rev Clin Esp* 2003; 203: 582-588.
9. Velasco M, et al. Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40:138-144.
10. Vincent JL. Communication in the ICU. *Intens Care Med* 1997; 23:1093-1098.
11. Wilkinson D, Savulescu JA. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics* 2014;28:127-137.