



Editorial

Limitación del esfuerzo terapéutico: cuándo menos es más

Limitation of therapeutic effort: When less is more

Catalina Baena Álvarez

Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Baena AC. *Limitation of therapeutic effort: When less is more.* Colomb Med. 2015; 46(1): 1-2.

© 2015 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acrediten.

Historia: Recibido: 01 marzo 2015, Revisado: 10 marzo 2015, Aceptado: 22 marzo 2015

El desarrollo y la proliferación de las unidades de cuidado intensivo (UCI) y la capacidad de la tecnología para sustituir funciones vitales han añadido un valor incalculable al ejercicio médico y han cambiado la forma en que la cultura y la ciencia enfrentan la enfermedad y la muerte. Tras estos avances, llegaron nuevos dilemas éticos: hoy no se tiene claro dónde se debe trazar la línea que separa la buena práctica médica y el uso racional de la tecnología. Casi desde siempre la dignidad y la vida tenían un valor similar y como no existían los recursos tecnológicos, las decisiones se realizaban sobre el principio de la dignidad. Ahora los recursos tecnológicos dan más opciones para mantener la vida y en algunos casos no se discute la dignidad.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es decidir sobre la situación y el futuro del paciente y no aplicar tratamientos o procedimientos terapéuticos que podrían aportar un escaso beneficio respecto al sufrimiento o a la agonía que está padeciendo el paciente¹. No iniciar o retirar una medida terapéutica a un paciente (con o sin capacidad de decidir), es una decisión que pone a prueba al equipo de salud frente a múltiples escenarios y desenlaces, donde priman los principios deontológicos sobre la efectividad y eficacia de cada acto médico. En estas situaciones, surgen dos términos mal entendidos que pueden afectar ésta decisión: "Limitación" y "encarnizamiento". En ambos casos no corresponden a una interpretación literal de la palabra. Más que limitarse, el esfuerzo terapéutico (como la energía) se debe transformar a un esfuerzo por prolongar la vida para generar un desenlace con el menor sufrimiento posible del paciente. De la misma manera, referirse a "encarnizamiento" califica un esfuerzo terapéutico como una situación que falta a los principios básicos de la profesión², cuando seguramente la intencionalidad del acto médico dista en vulnerarlos.

Decidir no iniciar o suspender un tratamiento o una intervención al acercarse el fin de la vida de una persona, como en el tratamiento oncológico, en las fases terminales de enfermedades cardíacas, neurológicas, respiratorias o renales, paulatinamente se va convirtiendo en una parte de la práctica médica. En algunos estudios se describe que hasta el 90% de las muertes en UCI fueron precedidas de LET³.

La LET en los pacientes oncológicos ha mostrado nuevas aristas en el siglo XXI; si bien las tasas de curación en cáncer han mejorado, también la posibilidad de acceso a las UCI ha modificado el criterio de ingreso de los pacientes. En Europa aproximadamente el 15% de los ingresos a UCI son por cuenta de pacientes con diagnóstico de cáncer, particularmente por post operatorios (tumores sólidos) o procesos infecciosos (neoplasias hematológicas)⁴. Decidir el ingreso de un paciente oncológico a UCI requiere de una aproximación individualizada, la aplicación apropiada de escalas para definir un pronóstico y la definición clara de un objetivo terapéutico con el fin de evitar las situaciones que rodean el posible exceso de intervenciones.

Una comunidad médica que acepta la muerte como parte de la vida y comprende la pertinencia de una intervención que no pretende curar, sino proveer bienestar y comodidad (es decir, paliar) probablemente logra una mejor aceptación de la enfermedad terminal y de la misma manera, evita al paciente y a su familia los sufrimientos innecesarios inherentes a la prolongación de la vida cuando no existe opción razonable de cura o recuperación.

Entonces, ¿Cuándo menos es más?. Cuando el médico comprende que sus actos deben enaltecer la dignidad del paciente, para luego hacer comprender al paciente que sufre una enfermedad sin opción de cura (y a su familia) que existen conductas médicas con soporte científico basado en la evidencia que pueden ayudarle a llegar al final de su vida; para no utilizar medidas terapéuticas, ó intervenciones innecesarias, con un aceptable control de síntomas y sin medidas que acortan o alargan la vida más allá de su desenlace natural.

Autor de correspondencia: Catalina Baena Álvarez, MD Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Correo electrónico: cbaena@gmail.com.

Referencias

1. Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. *Multidiscip Respir Med.* 2015; 10(1) : 5.
2. Cabré PL, Solsona DJF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2002; 26(6): 304-11.
3. Pellegrino ED. Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions. *J Contemp Health Law Policy.* 1989; 5: 53-73.
4. Prieto del PI, Polo ZM, Pujol VI. El paciente con cáncer en la unidad de vigilancia intensiva. *Rev Clin Esp.* 2014; 214: 403-9.