



Artículo original

Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos

Limitation of therapeutic effort and palliative cares

María de la Luz Casas Martínez

Universidad Panamericana, Centro Interdisciplinario de Bioética, Ciudad de México, México

Recibido el 30 de junio de 2017; aceptado el 8 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2017

Resumen

El proceso de formación del personal de salud ha dedicado gran parte de su ejercicio a la medicina preventiva, curativa y rehabilitadora; siempre se enfatiza «el hacer» y en pocas ocasiones el «dejar de hacer», pero la atención al paciente terminal y agónico así lo requiere, a riesgo de caer en manejo fútil de la medicina. La ética médica obliga moralmente a implementar medidas terapéuticas cuando hay posibilidad de curación, sobrevida o calidad de vida de los pacientes, pero sus acciones no deberían prolongar la agonía ante la muerte inevitable. El presente trabajo hará referencia a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en adultos. La LET puede clasificarse como una decisión para la no instauración de determinadas maniobras o procedimientos asistenciales o como una maniobra de suspensión de lo ya instaurado, cuando estos ya no posean indicación médica e impidan la evolución natural de la enfermedad al convertirse en una desproporción entre fines y medios terapéuticos. Se proponen 10 puntos para aplicación de la LET. La LET siempre debería estar ligada al manejo de cuidados paliativos. Se presenta un cuadro explicativo entre esfuerzo terapéutico, expectativa de vida, LET y cuidados paliativos. Se presentan también 6 pasos para llevar a cabo el juicio de proporcionalidad

Correo electrónico: mcasas@up.edu.mx

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>

2395-938X/© 2017 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

terapéutica. Terapia curativa, esfuerzo terapéutico, LET, cuidados paliativos, deberían ser un continuo armónico y no una fuente de dilemas e interpretaciones confusas en su significado.

© 2017 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A.
Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Bioética; Limitación de esfuerzo terapéutico; Cuidados paliativos; Proporcionalidad terapéutica; Eutanasia

Abstract

The healthcare staff training process has been mainly focused on the preventive, healing, and rehabilitating medicine, constantly with an emphasis on the ‘to do’ and rarely on the ‘stop doing’, a necessary consideration for terminal or patients in agony, thus putting itself at risk of incurring the futile handling of medical care. Medical Ethics imposes the moral obligation to implement therapeutic measures when a possibility for healing, surviving or quality of life is available for the patients, but actions should not be taken to prolong the agony of a patient who is inevitably facing death. In this paper reference will be made to the limitation of therapeutic effort (LTE) in adults. The LTE may be categorised as a decision not to implement certain manoeuvres or care procedures, or as a technique to discontinue steps that had already been taken, when these are no longer medically prescribed, and prevent the natural evolution of the disease, thereby creating a disproportion between therapeutic goals and means. Ten items are proposed for the practice of LTE. The LTE shall at all times be bound to the management of palliative care. An explanatory chart is presented, comparing therapeutic effort, life expectancy, limitation of therapeutic effort and palliative care. Six steps are also presented to put therapeutic proportionality judgement into practice. Healing therapy, therapeutic effort, limitation of therapeutic effort and palliative care should be a harmonic ensemble, not a source of conflicts and confusing interpretations of their meaning.

© 2017 Centros Culturales de México, A.C. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Keywords: Bioethics; Limitation of therapeutic effort; Palliative care; Therapeutic proportionality; Euthanasia

Introducción

El proceso de formación del personal de salud ha dedicado gran parte de su ejercicio a la medicina preventiva, curativa y rehabilitadora; siempre se enfatiza «el hacer» y en pocas ocasiones el «dejar de hacer», pero la atención al paciente terminal y agónico así lo requiere, a riesgo de caer en manejo fútil de la medicina. Los currículos en el campo de la salud pocas páginas le dedican al manejo del paciente en el fin de su vida.

El hecho es que, el personal de salud se prepara siempre para recuperar al paciente y muy pocas veces se involucra en el proceso de muerte.

En la actualidad, gracias a los impactantes avances de la medicina, es posible mantener con vida pacientes que hace pocos años hubieran fallecido por la evolución natural de su enfermedad. Las posibilidades tecnológicas de aplicación en pacientes sumamente graves o terminales han ocasionado un exceso de prácticas que muchas veces solamente logran alargar el proceso de agonía. Es por esto que el término ensañamiento terapéutico fue, al principio de la creación de las unidades de cuidados intensivos, utilizado para designar esta grave situación muchas veces fuera del reconocimiento de los mismos médicos que la aplicaban ya que consideraban que solamente estaban cumpliendo su deber, el preservar la vida del paciente a toda costa con todos los medios posibles a su alcance.

Poco a poco la sociedad y la misma comunidad científica fueron reflexionando que alargar el proceso de muerte inevitable no solamente no era beneficioso, sino que se volvía francamente una mala práctica.

Ya en los años ochenta y noventa del siglo pasado los términos tratamientos ineficaces o tratamientos fútiles fueron introducidos en el ejercicio de la medicina y la reflexión se centró en el hecho de que no debería hacerse todo lo que técnicamente era posible en pacientes irrecuperables o terminales, sino que debería permitirse una evolución natural de la enfermedad, apoyando al paciente solamente en lo que se refería a un estado de confort premortem. En este contexto es donde el término de «limitación del esfuerzo terapéutico» (LET) tuvo una acogida importante, no solamente con respecto al ejercicio de la medicina sino también por parte de los promotores de la eutanasia.

En la actualidad existen varios puntos difíciles en la comprensión del manejo adecuado de los cuidados paliativos; uno de ellos es el de «sedación terminal», pero otro no menos controversial es el de LET.

El hecho es que ningún código pasado o presente autoriza la eutanasia, en cambio, obliga moralmente a implementar medidas terapéuticas cuando hay posibilidad de curación, sobrevida o calidad de vida de los pacientes, siempre y cuando sus acciones no prolonguen la agonía ante la muerte inevitable. Es por esto que existen diferencias entre los conceptos de manejo obligatorio, opcionales y fútiles o no indicados en la atención de pacientes en fin de vida, conceptos que, por su complejidad, requieren un análisis práctico y profundo.

Aunque el fin último de la medicina se mantiene en su sentido histórico como el compromiso de beneficio en la salud del paciente, la visión de beneficencia y salud poseen en la actualidad un sentido más amplio. Es así que para el Hasting Center, (Casas, 2008) bajo la dirección de Daniel Callahan, los nuevos fines de la medicina son:

1. La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
2. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
3. La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
4. Evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila.

La propuesta que vamos a presentar toma en cuenta las posibilidades tecnológicas actuales, ante el aumento del envejecimiento de la población y el auge de enfermedades crónicas degenerativas en las cuales es imperioso el manejo adecuado del dolor, el cuidado de los incurables y la búsqueda de una muerte tranquila, acciones que son ahora posibles gracias a los avances médicos que vivimos.

Actualmente las acciones en salud tienen su razón de ser en los actos preventivos, curativos, de alivio o consolación de los pacientes y cada una de estas prácticas tiene un énfasis diferente dependiendo de la etapa en que transite el propio paciente.

Frente a las enfermedades recuperables, el mayor acento se encuentra en la acción de curar, mientras que, en las terminales, la acción de mayor importancia se realiza en los actos de aliviar y consolar.

Esta es una real necesidad, que poco a poco toma fuerza en el acto médico cotidiano, pero que todavía posee puntos poco operativos.

Debido a la amplitud y complejidad del tema, el presente trabajo hará referencia a la LET en adultos, considerando que el caso pediátrico merece un manejo y consideraciones específicas.

Por el hecho de que la LET se circunscribe a las fases terminales de un paciente definiremos primeramente este concepto.

Enfermedad terminal

Definición de enfermedad terminal (SECPAL, 2015):

«En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

- 1 Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2 Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3 Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4 Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- 5 Pronóstico de vida inferior a 6 meses.»

Por *enfermedad causal de evolución progresiva* se entiende una enfermedad en la cual se han agotado las opciones terapéuticas sin logro de mejoría y en algunos casos se han ensayado procedimientos experimentales, tampoco benéficos para el paciente, evolucionando a insuficiencia orgánica grave, ya sea única o múltiple.

En esta definición hay que considerar que el diagnóstico de enfermedad terminal debería efectuarse de preferencia por un equipo médico. También existe otro problema, que es el relacionado con el pronóstico, la posible delimitación de tiempo de vida dentro de esos determinados 6 meses generales. La delimitación precisa de esperanza de vida de un paciente terminal, en la práctica, constituye un problema real, porque la mayoría de las escalas están diseñadas para pacientes con cáncer terminal o en terapia intensiva, siendo baja su validez y confiabilidad en otro tipo de situaciones clínicas. Cuando resulta clara la presentación clínica de agonía, el pronóstico en fases cercanas a la muerte, el pronóstico sí puede realizarse con mayor precisión, pero, dentro de lo que puede suceder en los 6 meses considerados en la definición de paciente terminal, existe una ventana muy amplia de posibilidades, haciendo difíciles las predicciones de fallecimiento de un paciente particular.

Uno de los problemas más frecuentes relacionados con la LET es el de la aplicación de medidas inútiles. Este criterio se refiere a los datos empíricos (medicina basada en evidencia) que muestran que las acciones emprendidas tienen menos de un 1% de posibilidad de ser beneficiosas para el paciente. Para esta evaluación existen escalas de predicción de supervivencia que pueden ser útiles en la consideración de medidas no necesarias para el paciente, como son la escala APACHE II (*Applied*

Physiology and Chronic Health Evaluation) y la EPEC I (Escala Pronostica del Enfermo Crítico), (Padrón, Puga, Peña, Bravo y Quiñónez, 2002), con las cuales sí se determina una probabilidad de mortalidad mayor del 95%. En caso de que algún paciente presentara estos índices, deberían considerarse, en términos generales, para el manejo de ese paciente, solamente medidas de soporte mínimo.

Knaus, Draper, Wagner y Zimmerman (1985) describieron cuatro ventajas de estos modelos de pronóstico y se exponen a continuación:

1. Permiten al médico concentrar los esfuerzos en aquellos pacientes cuya probabilidad de beneficio es mayor.
2. Ayudan a decidir si se debe limitar o suspender la terapéutica.
3. Facilitan la comparación del funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
4. Facilitan la evaluación de nuevas tecnologías y permiten un análisis comparativo con terapéuticas protocolizadas.

Aunque todas las escalas predictivas de uso en cuidados intensivos no son más que sistemas de valores numéricos para describir la posible evolución de la enfermedad del paciente, estas escalas son el resultado de cálculos matemáticos con base en los cuales se le asignan probabilidad de muerte inevitable; la utilidad de las mismas depende de su especificidad y confiabilidad para la variable a predecir.

En los estados vegetativos persistentes, reanimación cardiaca en prematuros o adultos, con un índice mayor del 95% en mortalidad, según las escalas mencionadas, podrían considerarse medidas innecesarias aquellas que fueran más allá del confort del paciente.

Con esta cifra no se pretende menospreciar el valor de cada vida humana en particular, por supuesto, cada persona merece el 100% de atención, aun con probabilidades bajas de sobrevivencia, y es cierto que existe un 1-5% de sobrevivencia en esas escalas, pero, el análisis estadístico traspolado a un paciente en particular, si es hecho en forma científicamente acuciosa, aunado a la experiencia profesional del médico, o mejor, del equipo médico, generalmente hace coincidencia positiva con este tipo de escalas. El índice predictivo no es tan exacto con las escalas que pretenden determinar calidad de vida. Estas escalas, que tienen un valor importante en el manejo clínico del paciente, no son solamente representativas de aspectos subjetivos, ya que están realizadas bajo criterios funcionalistas médicos que valoran aptitudes físicas.

Un ejemplo de esto es la escala de Karnovsky (Puiggròs, Lecha, Rodríguez, Pérez-Portabella y Planas, 2009), tan frecuentemente utilizada. Esta escala, efectivamente, nos da puntos de realidad funcional, pero no de situación personal. Las prioridades de los pacientes terminales, con frecuencia, son diferentes a las presentadas en esta escala. Pero, aunque existan lineamientos protocolizados, con bastante certidumbre, para la atención en el paciente terminal, el problema de la falta de aplicación de estos criterios, en parte radica en la idea exagerada que el médico tiene sobre las posibilidades de éxito de la medicina. En su formación profesional, al médico se le transmite que la medicina «científica» es casi infalible. Pero la realidad es otra, el hecho es que, por la gran cantidad de variables que se presentan en un acto médico, este nunca puede ser garantizado en su éxito, porque se trata de actos probabilísticos; aun aplicando la ciencia más exacta a un caso específico, no hay garantía de éxito, sino probabilidad de éxito. Sucede entonces que siempre existen situaciones de incertidumbre, en donde la forma racional de tomar decisiones finales termina siendo un juicio de prudencia. Por eso, a fin de cuentas, el hacer médico se convierte, no en ciencia exacta, sino en ciencia prudencial y con ello volvemos a señalar la necesidad del desarrollo de esta virtud y de la atención en equipo de estos tipos de pacientes.

En el caso de pacientes en fin de vida se trata de evitar los actos sin indicación médica precisa (ensañamiento terapéutico), pero también de evitar el abandono del paciente.

La dificultad del justo medio

No hay virtud, entre todas las virtudes humanas, más difícil de ejercer que la prudencia y precisamente esta acción prudencial es lo que se requiere en el manejo de pacientes terminales.

La prudencia, al incidir sobre todas las demás virtudes, es una virtud intelectual y también moral, porque perfecciona al hombre en forma integral.

Una propiedad típica de las virtudes es la de ser aptas para encontrar el medio adecuado entre dos extremos viciosos. Estos dos extremos, en el caso de pacientes terminales, son: el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente.

En el primer caso, se realizan acciones que no deberían realizarse; en el segundo, se dejan de realizar aquellas que sí deberían ser realizadas.

Pellegrino ([Pellegrino y Thomasma, 1993](#)) por varias décadas ha insistido en la importancia de la enseñanza de la ética de las virtudes en la formación y el ejercicio de la medicina y creo que, en el caso que nos convoca, esto es de lo más evidente.

¿Por qué se llega a estos extremos? Existen diversos factores que contribuyen a esta falta de balance en el manejo del paciente, pero creo que son dos los que más influyen en la práctica.

Uno de ellos está relacionado con la formación profesional. Por generaciones se había insistido en que el médico debía conservar la vida de sus pacientes a toda costa, pero en la práctica, esta recomendación se encontraba matizada por la misma realidad, ya que llegaba un momento en que los recursos terapéuticos y los esfuerzos médicos chocaban con el hecho contundente de la muerte; a fin de cuentas, la naturaleza o el destino seguía su curso y pocos eran los pacientes que continuaban con vida después de un paro cardiorrespiratorio. Había un equilibrio natural entre lo que el médico técnicamente podía hacer y sus resultados.

Al incorporarse a las unidades de terapia intensiva el uso del respirador artificial, el desfibrilador, así como otros apoyos medicamentosos, como los fármacos vasopresores, el panorama cambió y entonces los esfuerzos de reanimación fueron más efectivos. Pero, con estas maniobras, empezaron a incrementarse entidades nosológicas poco frecuentes, como el estado vegetativo persistente y las agonías prolongadas.

Sucedió entonces que coincidieron, en un momento histórico, avances tecnológicos de soporte, junto con una visión médica que consideraba ético preservar la vida a toda costa, siendo entonces que fue una práctica frecuente aplicar tratamientos considerados ahora inútiles a los pacientes, pues prolongaban su agonía.

En ese momento ese proceder no era considerado mala práctica, pues faltaba la experiencia del uso de estas poderosas herramientas terapéuticas y tampoco se tenían datos sobre las repercusiones que al pasar el tiempo se detectaron en el pronóstico de los pacientes. En ese momento histórico, para «lograr mantener la vida a toda costa, era necesario usar tecnología a toda costa».

Pero, en este planteamiento, existía un error, que consistía en que, dado que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el sufrimiento y, por fin, la muerte, la medicina habría de aceptar la finitud humana y aceptar que la muerte es parte natural de la vida. Por el beneficio del paciente, la medicina tiene que procurar

ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, y no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparabable.

Hay que recordar que, en el paciente terminal, ya no hay posibilidad de aplicar la obligación de curar, precisamente porque esa es una de las características del estado terminal, ya que se trata de pacientes con falla multisistémica, refractaria al tratamiento curativo.

Es necesario que se comprenda que a medida que la capacidad de curación de enfermedades antes incurables se hace mayor, es importante que nos convenzamos de que el poder de la medicina no es absoluto y debemos poner límites a las alternativas existentes, reconociendo el poder invencible de la naturaleza y utilizando estos nuevos recursos en forma racional.

Precisamente, en este concepto se centra la comprensión de la LET.

Limitación del esfuerzo terapéutico

El término LET tiene connotaciones polisémicas. Podría interpretarse como el retiro del soporte necesario a un paciente considerado irrecuperable ([Pellegriño y Thomasma, 1993](#)), y también como parte del abandono del paciente o, en otras ocasiones, como una eutanasia pasiva encubierta ([De la Torre, 2006](#); [De Santiago, 2007](#)).

Ninguna de estas acepciones es conforme al sentido exacto del término LET. Tomar la decisión de retirar o no continuar con un soporte no quiere decir que el esfuerzo médico haya finalizado, es decir, el esfuerzo pasa a otras áreas que son más beneficiosas para el paciente como son, de hecho, los cuidados paliativos.

La LET no debe ser nunca interpretada como la limitación de los cuidados, puesto que estos son irrenunciables, ni tampoco del tratamiento sintomático y menos de la carencia de acompañamiento del paciente y su familia. Durante el manejo de un paciente, ni este ni sus allegados nunca deberían percibir muestras de abandono.

La LET puede clasificarse como una decisión para no instaurar determinadas maniobras o procedimientos asistenciales o como una maniobra de suspensión de lo ya instaurado, cuando estos ya no posean indicación médica e impidan la evolución natural de la enfermedad al convertirse en una desproporción entre fines y medios terapéuticos.

Estas decisiones pueden incluir desde el no ingresar al paciente a cuidados intensivos, pues se trata de pacientes no recuperables, a la limitación o retiro de transfusiones, medicamentos, intubación, diálisis, cirugías y cualquier otra maniobra no beneficiosa de acuerdo a cada caso en que se considera esta medida.

Varios puntos se habrían de considerar en la aplicación de la LET:

1. Su aplicación deberá en preferencia emanar de un consenso por el equipo médico tratante.
2. Los cambios propuestos deberán considerar siempre el beneficio de confort del paciente.
3. Los cambios no pretenderán acelerar el fin de vida del paciente, la eutanasia, ni el suicidio asistido.
4. Los tratamientos retirados deben ser considerados inútiles por la «medicina basada en evidencias», después de un periodo razonable de aplicación en el cual se demuestre su ineficacia.
5. La LET y los cuidados paliativos no son excluyentes, sino complementarios. Los cambios de manejo propuestos deben considerar siempre la aplicación de cuidados paliativos.
6. Los tratamientos de soporte pueden volver a instalarse si las condiciones clínicas de dolor y sufrimiento del paciente así lo requieren.
7. Todas las decisiones de manejo, aceptación, suspensión, continuidad o rechazo deberán ser consignadas en el expediente médico.
8. El paciente, si sus condiciones lo permiten, deberá ser partícipe de las decisiones de su manejo.
9. En caso de que el paciente no sea competente, la familia deberá ser partícipe de las decisiones de manejo.
10. Después de una comunicación eficaz con el paciente, si su estado mental lo permite, o en caso de incompetencia, con sus familiares o tutores, los documentos de «decisiones anticipadas» deberán ser firmados.

La LET siempre debería estar ligada al manejo de cuidados paliativos ya que la misma Organización Mundial de la Salud ([Organización Mundial de la Salud, 2015](#)) establece que los pacientes diagnosticados con una enfermedad crónica o potencialmente mortal deberían desde ese momento recibir cuidados paliativos.

A fin de clarificar el concepto de LET se presenta en la [figura 1](#) los eventos a considerar en el manejo de pacientes no recuperables.

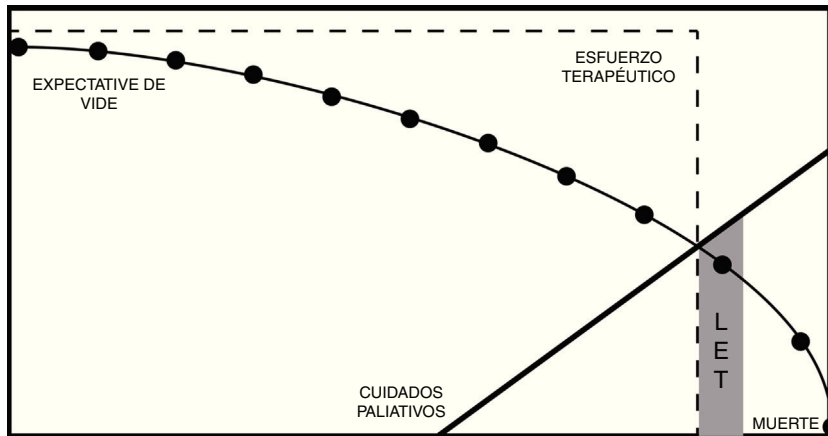


Figura 1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Como puede apreciarse en la [figura 1](#), el tratamiento curativo corresponde a la expectativa de vida de los pacientes. Cuando el paciente presenta características de agravamiento, las maniobras de tratamiento curativo pueden continuar con ellas por un breve periodo de tiempo. Si el paciente no muestra recuperación, sino datos de refractariedad al tratamiento y se determina un diagnóstico de paciente terminal, el esfuerzo terapéutico decae también. Por tanto, si el paciente no reacciona a las medidas de manejo presentadas, y su estado avanza a la falla orgánica o multiorgánica refractaria a los medios reconocidos por la «medicina basada en evidencia», deben empezarse a otorgar con mayor amplitud, cuidados paliativos. Cuando llega un momento de encrucijada en que nos encontramos con un manejo extremo del paciente (esfuerzo terapéutico), al cual el paciente no solamente no responde, sino que francamente los tratamientos se presentan como medidas ineficaces, continuar con ellos supondría un ensañamiento terapéutico o manejo fútil, por lo cual se deberán discontinuar. En estos casos, se incrementarán los cuidados paliativos, quedando estos solamente como único tratamiento de este tipo de pacientes, los cuales fallecerán en corto plazo.

Durante este periodo nunca se abandonó al paciente, ni se suspendió el manejo médico, solamente se fueron acoplando las medidas, de tratamiento curativo a paliativo.

La LET, por tanto, puede considerarse una parte del manejo ético del paciente desde el «principio de proporcionalidad terapéutica».

El principio de proporcionalidad terapéutica

Los juicios de proporcionalidad terapéutica incluyen aspectos cuantitativos y cualitativos, referentes a la intención, medios, fines y circunstancias. La evaluación del componente cuantitativo corresponde principalmente al médico, en virtud de sus conocimientos específicos, mientras que la evaluación cualitativa involucra al paciente y/o sus familiares, respetando el sentido de beneficencia y autonomía, que se perciben en forma personal y subjetiva (Casas y Portes, 2010).

La aplicación del principio requiere de actitudes morales fundamentales como son el respeto a la persona y la evidencia de riesgo/beneficio de las decisiones tomadas.

En este tipo de actos es importante considerar los siguientes aspectos (Gracia, 1991):

«La intención de beneficencia no es cuestionable y justifica el acto, si los demás elementos también son moralmente correctos». Respecto a los medios deben considerarse ciertos aspectos:

- a) *Seguridad de idoneidad científica.* Antes de emitir un juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada medida terapéutica, es necesario acceder a un grado razonable de certeza en el diagnóstico clínico. Se asume que el proceso diagnóstico es en beneficio de la salud y que, por ende, está respaldado por el principio de beneficencia y aunque parezca obvio, no lo es tanto. Pero ¿qué acción tomar en caso de duda diagnóstica? En primer lugar, hay que estar seguro de que a veces no puede haber certeza diagnóstica, aun aplicando los medios recomendados, pero esto no debe confundirse con dudar sobre la bondad de aplicación de una acción, ahí precisamente está el dilema. En el primer caso, la «medicina basada en evidencias» puede suponer una valiosa ayuda en la obtención de la información clínica éticamente relevante. En el segundo caso, la duda es de riesgo/beneficio y habrá de resolverse primero.
- b) *Que sea un medio proporcionado.* Existe un deber moral de implementar aquellas medidas terapéuticas que juzgamos necesarias o útiles. Se pueden considerar como inútiles aquellas medidas terapéuticas para las cuales los datos empíricos disponibles arrojan una probabilidad menor o igual al 1% de beneficiar al paciente. Sin embargo, este aspecto cuantitativo no es independiente del componente cualitativo, pues la definición de utilidad/inutilidad propuesta se basa en una distinción entre beneficios y efectos. Un tratamiento que solo tuviera efectos (orgánicos) y

que no ofreciera beneficios (psicológicos) al paciente debería considerarse inútil, especialmente porque se trata de pacientes al final de la vida en quienes el campo emotivo es de importancia primordial. Por tanto, hay acciones que podrían considerarse desproporcionadas frente a una baja probabilidad de éxito, en relación con los sufrimientos que puede ocasionar, a sus riesgos o costos, ya que el juicio moral no solamente debe ser objetivo, sino valorado integralmente como beneficioso por el paciente.

- c) *La decisión debe ser realista para las condiciones del paciente y su entorno.* Existen tratamientos que debido a su manejo posterior, costo o imposibilidad de acceder a centros de salud adecuados, clasifican una opción como inviable. Esta es una situación real en países en vías de desarrollo, donde los recursos médicos no siempre están ampliamente disponibles. Ello plantea dilemas morales muy complejos relacionados con la justicia social en la distribución de recursos en salud, que sobrepasan los objetivos de este artículo y en ocasiones de las decisiones que se harán en cada caso particular.
- d) *Evaluar riesgo/beneficio de diferentes alternativas.* La obligación moral de procurar la salud incluye el deber de asumir solo los riesgos proporcionados; por tanto, en relación con el uso de terapias nuevas, para las cuales los riesgos son aún elevados o no se conocen suficientemente, se acepta que su implementación puede ser moralmente aceptable, pero no obligatoria. Solamente en ausencia de otras terapias, sería lícito implementar medidas que aún estén en fase experimental y no exentas de riesgos.
- e) *Ponderación del costo a corto, mediano y largo plazo.* Por costo, se hace la referencia no solamente a lo económico, sino también a las cargas físicas, psicológicas o espirituales que un determinado tratamiento pueda llevar aparejado. Con respecto a los costos económicos asociados a las intervenciones médicas habría que agregar que, a pesar de que el principio de justicia establece el deber moral del médico de procurar una distribución justa de los recursos en salud, los juicios ante el paciente toman en cuenta las características propias del caso. Este aspecto de juicio de proporcionalidad pertenece al paciente, a su familia o a la sociedad en su conjunto».

Aunado a esta reflexión hay que tomar en cuenta que «el rechazo a la técnica es antropológicamente insostenible» (Marcos, 2016) y habrá que balancear siempre riesgos y beneficios.

Un punto a considerar es el hecho de que la terminología LET posee una carga emocional y semántica negativa, aunque en sí misma es necesaria y beneficiosa, pero

quizás debería ser sustituida por alguna otra forma más acorde a su sentido, como «terapia de transición».

Conclusión

Bajo el amparo de las nuevas tecnologías, el manejo de los pacientes en estado terminal se ha considerado desde diversos campos de abordaje al paciente, que, si bien surgieron separadamente, ahora requieren de ser armonizados.

Terapia curativa, esfuerzo terapéutico, LET, cuidados paliativos, deberían ser un continuo armónico y no una fuente de dilemas e interpretaciones confusas en su significado.

Quizás en algo se deba a que diferentes equipos de salud llevan a cabo las diferentes acciones en la etapa del desarrollo del proceso enfermedad-muerte de un paciente. Es por ello importante que se establezca un diálogo y una cooperación estrecha entre los diversos servicios que se otorgan a los pacientes a fin de que la calidad y la calidez de los mismos tengan continuidad, otorgando así a los pacientes, al equipo médico y a las familias la convicción de que todo lo que se podía haber hecho en favor de una persona, fue hecho.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Casas, M. L. (2008). *Bases bioéticas para la toma de decisiones en la práctica médica investigación en humanos y trasplantes*. México: Trillas.
- Casas, M. L. y Portes, M. A. (2010). Bioética y trasplantes electivos. El principio de proporcionalidad terapéutica. *Cirugía Plástica*, 20(1), 43–48.
- De la Torre, J. (2006). *La limitación del esfuerzo terapéutico*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.
- De Santiago, M. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico o eutanasia. *Nueva Revista de cultura, política y arte*, (110).
- Gracia, D. G. (1991). Procedimientos de decisión en ética clínica. *Eudema*, 144, 151–152.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. y Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818–829.
- Marcos, A. (2016). La bioética ante las nuevas antropotecnias. *Bioethics UPdate*, 2(2), 102–114.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Cuidados Paliativos. Nota descriptiva 402 [consultado 20 May 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587%3Apalliative-care&catid=1872%3Acancer&Itemid=42139&lang=es

- Padrón, A., Puga, M., Peña, R., Bravo, R. y Quiñónez, A. (2002). Validación de la Escala Pronóstica del enfermo crítico I (EPEC I) comparada con las predicciones de mortalidad del Apache II. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 1, 20–28.
- Pellegrino, E. y Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Puiggroß, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C. y Planas, M. (2009). El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 156–160.
- SECPAL. (2015). Guía de cuidados paliativos [consultado 20 May 2017]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>