

Obstinación terapéutica

Dr. Jesús Humberto Del Real Sánchez

El término obstinación terapéutica fue utilizado por primera vez en lengua francesa como “*L`acharnement thérapeutique*” por Jean Robert Dubray al inicio de la segunda mitad del siglo XX coincidiendo con el nacimiento de las terapias intensivas, para referirse a “el comportamiento médico consistente en utilizar procedimientos terapéuticos cuyo efecto era más perjudicial que el beneficio esperado”. En español son equivalentes los vocablos *encarnizamiento terapéutico*, *ensañamiento terapéutico* y *limitación del esfuerzo terapéutico*, mientras que en inglés el más utilizado es *medical futility* (futilidad médica).

Otros autores han definido a la obstinación terapéutica como “cualquier intervención que no tenga una oportunidad real de proporcionar un efecto que el paciente perciba como un beneficio, por ejemplo, mantener las constantes fisiológicas (respiración y presión arterial) de un enfermo inconsciente que no tiene posibilidades reales de volver a vivir” (Schneiderman, L. *Defining medical futility and improving medical care*, Bioethics Inquiry 2011; 8: 123.131).

Obstinación terapéutica en los hospitales

A los médicos se nos enseñó a salvar vidas y luchar contra la muerte a ultranza sin reconocer que hay momentos en los que el proceso de la enfermedad es irreversible y la muerte es inevitable, por lo que ésta debe aceptarse como un hecho natural. Cuando uno pregunta a los médicos por la existencia de obstinación terapéutica en sus hospitales, inicialmente la niegan, pero finalmente la aceptan. Un estudio hecho en un hospital en Munich, Alemania, mostró la existencia de obstinación terapéutica en la mayoría de los encamados: el caso típico era el del paciente terminal con cáncer y metástasis cerebrales (Jox R.J. - Schaidler A. - Markman G. – Borosio J. D., *Medical futility at the end of life*, Journal of Medical Ethics 2012; 38: 540-545).

Los fines de la medicina son: 1. Promover una vida saludable y prevenir la enfermedad. 2. Alivio del dolor y del sufrimiento. 3. Curar a los que tengan curación y cuidar a los que no la tengan (cuidados paliativos) y finalmente 4. Evitar las muertes prematuras y permitir una muerte en paz (no a la obstinación terapéutica (Hanson M. - Callahan D., *The Goals of Medicine*, Georgetown University Press, Washington, D. C. 1999).

Opinión de los médicos y de las enfermeras

“Cuando el pediatra se enfrenta a un paciente cuya muerte es inevitable, la situación es muy difícil de aceptar y muchas veces se opta por una salida falsa, la obstinación terapéutica, que lejos de aliviar el sufrimiento sólo logra prolongar el dolor la agonía. Hay momentos en los que el “dejar de hacer” genera beneficios reales para el enfermo y su familia, les permite tomar decisiones, sentir que controlan sus vidas, lograr paz y tranquilidad tras el sufrimiento que han experimentado durante la enfermedad” (Medina-Sansón A. - Adame-Vivanco M.J. - Scherer-Ibarra A., *Obstinación terapéutica*, Boletín del Hospital Infantil de México 2006: 63: 287-290).

“Limitar el esfuerzo terapéutico es tratar de ayudar a la gente al bien morir, y el bien morir es eso, no seguir haciendo injurias, seguir atentando contra la vida de una persona, si en el fondo es un paciente que ya no tiene posibilidades de que su salud mejore. Existe el temor de que uno vaya a cometer una especie de eutanasia, como que uno deseara una intervención que acelere el proceso de la muerte, cuando lo que uno quiere es que se produzca la muerte en forma natural, pero cuesta un poco dejar de hacer o suspender una intervención que ya se ha realizado” (Paredes-Escobar M.C., *Limitación del esfuerzo terapéutico: Percepción de médicos y enfermeras*, Acta Bioethica 2012; 18: 163-167).

“Un tema muy delicado es el relativo a los criterios que el médico debe de emplear para indicar o suspender los métodos extraordinarios. Es una decisión que compete al médico; la decisión que adopte la debe dialogar con los familiares, pero la decisión última la debe asumir responsablemente el médico. No nos parece adecuado dejar en manos de la familia la decisión de indicar o suspender los métodos extraordinarios, ya que no posee la competencia técnica ni la experiencia para hacerlo, ni está en una situación emocional para juzgar que es lo que más le conviene al paciente” (Goic A.G., *El Fin de la Medicina*, Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000, pp 141).

Principio de proporcionalidad terapéutica

El principio de proporcionalidad terapéutica establece la no obligatoriedad moral de practicar todas aquellas intervenciones que no guarden una relación de la debida proporción entre los medios empleados y el fin perseguido. Para ello debe de tomarse en cuenta: a) Certeza de la condición clínica, b) Utilidad/futilidad del procedimiento, c) Pronóstico (cantidad y calidad de vida) y c) Costos físicos, psicológicos, morales, familiares, sociales y económicos (Diego Gracia, Universidad Complutense, Madrid).

Obstinación terapéutica y la ley en México y otros países

Ley de Cuidados Paliativos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Enero de 2009, señala: “Artículo 166 Bis 1. Se entenderá por; IV. Enfermo en situación terminal. Es la apersona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Artículo 166 Bis 2. Derechos del enfermo terminal.

VIII. Renunciar, abandonar y negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que él considere extraordinario”. La obstinación terapéutica no razonable es una expresión para designar una actividad que consiste en la persecución de cuidados curativos que, en lugar de mejorar, empeoran o dificultan la evolución de la enfermedad (*Le droit des malades en fin de vie: l'acharnement thérapeutique et l'arrêt des traitements*, La Loi du 22 Avril 2005).

Violando el código de deontología los médicos sometieron a una intervención quirúrgica a una paciente inoperable que sufría de una enfermedad cuyo pronóstico era de sólo unos cuantos días de vida (*Stop agli interventi inutili. La corte conferma la condanna a tre medici per omicidio colposo: avevano operato una malata terminale*, Corriere della Sera, Milano, 09 Aprile 2011).

Obstinación terapéutica y las creencias religiosas

Al final de la vida, muchos de los tratamientos agresivos se suministran por a la insistencia de los familiares basándose en principios religiosos. Estas son las cuatro razones más frecuentemente invocadas: 1) La esperanza de un milagro, 2) Rechazar la fe en el poder de Dios, 3) La convicción de que cada momento de vida es un regalo de Dios, y 4) La creencia de que el sufrimiento tiene un valor redentor. Entre las expresiones de los familiares a manera de ejemplo tenemos las siguientes: “Cada día de vida es un regalo de Dios”, “¿Quiénes somos nosotros para interferir con el plan de Dios?” y “Algunas veces Dios quiere que suframos” (Brett A.S. - Jersil P., *Inappropriate treatment near of the end of life: conflict religious convictions and clinical judgment*, Archives of Internal Medicine 2003; 163: 1645-1649).

Durante su pontificado Pío XII abordó el tema, fundándose en la razón natural y en la moral cristiana para indicar que el ser humano tiene el derecho y el deber de llevar a cabo los tratamientos necesarios para conservar la vida. Sin embargo, cuando los tratamientos son desproporcionados, es decir, cuando van más allá de lo ordinario, no podrá sostenerse que sea obligatorio, y en consecuencia, tampoco existe la obligación del médico de utilizarlos (Kottov M., *Introducción a la bioética*, Mediterráneo, Santiago de Chile, pp 210).

Los jefes de departamento y los Comité de ética clínica

Los jefes de departamento clínico de los hospitales, especialmente aquellos que manejan pacientes graves en estado terminal como terapia intensiva y cancerología, deberían de revisar sus guías de diagnóstico y tratamiento, así como establecer los mecanismos que aseguren su cumplimiento.

Ante la diferencia de opiniones entre el equipo médico y el paciente y/o los familiares para la utilización o suspensión de una determinada intervención, el caso debería ser turnado al comité de ética clínica del hospital para que éste -después de revisar y analizar el caso-, emita una recomendación que aunque estrictamente no tiene un valor legal, será tomada en cuenta por los jueces en el caso de una posible demanda.

Obstinación terapéutica y justicia distributiva

La utilización de recursos escasos en los hospitales públicos, como son las camas de terapia intensiva, en pacientes que no tienen posibilidades reales de recuperarse, podría estar quitándole la oportunidad de vivir a otros pacientes que sí tienen la posibilidad real de recuperación.

CONCLUSIONES

Debido a que tradicionalmente se ha enseñado a los médicos a luchar a ultranza contra la muerte y a no reconocer en qué momento de la evolución de la enfermedad el proceso es irreversible, y cualquier intervención que se haga sólo sirve para prolongar el dolor y la agonía, la obstinación terapéutica sigue siendo relativamente frecuente. La obstinación terapéutica también es ocasionada por motivos religiosos. Los creyentes deberíamos recordar que el milagro se puede dar también después de la muerte, para lo cual basta recordar el caso de Lázaro a quien Jesús resucitó después de varios días de muerto, pero, sobre todo, que la fe de los Cristianos se funda y culmina en la resurrección de los muertos.