

Invest. Medicoquir 2021 13(1) ISSN:

1995-9427, RNPS: 2162

EDITORIAL

Ensañamiento terapéutico. ¿Hicimos todo lo que se pudo o lo hicimos sufrir todo lo que se pudo?

Therapeutic cruelty. Did we do everything that we could or did we make him suffer everything that we could?

Carlos Gutiérrez Gutiérrez

Beatriz Torres Rodríguez

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

Debido a la afinidad de los autores por el tema y a sus años de experiencia asistencial, se les solicitan sus criterios por diferentes profesionales que han tenido un familiar o un paciente en la etapa final de su vida, muchos de ellos de avanzada edad, con una enfermedad maligna u otra enfermedad crónica irreductible, porque se encuentran indecisos en relación con la conducta a seguir. En estos casos, los estadios finales generalmente no son eventos transversales, sino más bien todo un proceso de desarrollo a veces lento, que por lo tanto brinda el tiempo suficiente para prever y planificar todas las acciones que se desarrollarán e ir preparando las bases materiales y psicológicas de todos los imbricados. Trabajar con objetivos bien precisos y que sean del dominio de la familia y del paciente siempre que se pueda, formulándonos la interrogante: ¿qué persigo con determinada conducta? A tiempo debe decidirse si se va a reanimar o no, por

ejemplo, después que el paciente está acoplado a un ventilador artificial, resulta más difícil tomar la decisión de interrumpir este proceder y que termine la vida.

El médico éticamente bien formado, se debate continuamente entre hacer, dejar de hacer, hacer menos e incluso ir haciendo cada vez menos, proceso en el cual también participa la familia y en muchas ocasiones el paciente, para adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones y el pronóstico a corto plazo del enfermo, evitar el ensañamiento, pero tampoco cometer eutanasia. Hay que destacar que en ocasiones la línea de la frontera entre estas conductas es muy fina. Un experimentado profesor les comentó a los autores que él consideraba que el ensañamiento terapéutico era incluso más inhumano que la condenable eutanasia. Sin embargo, otro profesional consideraba que había que hacer todo lo posible en vida del enfermo independientemente de lo que sufriera, porque "después de la tumba no hay más nada". En los estadios finales se pueden producir manifestaciones de violencia, más o menos evidentes, en primer lugar, contra el enfermo, pero también contra la familia, los trabajadores de la salud y la sociedad por los gastos innecesarios que de las acciones superfluas se derivan. La insuficiente aplicación del método clínico y el abuso de los análisis complementarios, también son manifestaciones de ensañamiento terapéutico.

Resulta oportuno recordar los criterios de enfermedad terminal:

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 el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Ningún profesional está obligado a realizar medidas fútiles, es decir que sepa que no tienen un fundamento ni tampoco un resultado favorable. No es ético hacerlas para

satisfacer un criterio erróneo que pueda tener la familia ni mucho menos "por cuidarse las espaldas". Es su deber explicar todo lo necesario para lograr un consentimiento educado, que es mucho más que informado. No hay recetas, cada conducta debe discutirse con profundidad y adecuarse a cada enfermo. Citamos un ejemplo reciente de una paciente con una neoplasia maligna activa, si se decide, sin un fundamento científico, no administrar quimioterapia y radiaciones, teniendo criterio para ello, constituye una mala práctica, una conducta pasiva, por omisión, que sin dudas llevará a la muerte, pero si esta paciente sufre una neoplasia incontrolable pese a los tratamientos, hace una insuficiencia renal obstructiva y recibe tratamiento dialítico o se coloca una sonda de nefrostomía para derivar la orina, pudiera estar recibiendo un ensañamiento terapéutico. A este ejemplo retornaremos más adelante.

La necesidad de tomar una decisión médica difícil se presentará con una frecuencia cada vez mayor en los pacientes con enfermedades que anteriormente tenían una mortalidad precoz o eran consideradas terminales y ahora, con los advenimientos del desarrollo ya no sucede así, se trataría de pacientes afortunadamente "rescatados" que conllevan una complejidad creciente. Los enfermos con cáncer y los adultos mayores constituyen dos ejemplos de esta nueva situación. Los autores propusieron en el libro "La vida en Ética", que está en fase de distribución por la editorial, una metodología sencilla para el proceso de tomar una decisión difícil, esta sería:

1. Tener definiciones conceptuales lo más precisas posibles ante cada situación, que incluye un diagnóstico y un pronóstico lo más científico y certero posible.
2. Lograr un consentimiento educado del paciente y su familia.
3. Arribar a un consenso colegiado donde deben participar todos los imbricados sin excluir al personal de enfermería, donde se planifiquen todas las acciones inmediatas, mediatas y futuras, incluyendo la adecuación del tratamiento.

Hace poco se nos solicitaron opiniones sobre dos pacientes con masas tumorales pélvicas que obstruían los sistemas excretores de ambos riñones, ambos con gran toma del estado general. En uno de ellos sugerimos tratamiento médico conservador, llamado

también por otros, paliativo y no realizar la nefrostomía. En el otro paciente aconsejamos realizarla. En el primer caso estaba diagnosticada una neoplasia de próstata que se había tornado resistente a todos los tratamientos y con múltiples metástasis, pero el segundo paciente, si bien en los estudios se observaban imágenes tumorales diseminadas y su estado general era precario, no cumplía el primer punto de la metodología, es decir no tenía un diagnóstico histológico preciso.

El ensañamiento terapéutico contribuye a prolongar la agonía, produce falsas esperanzas sin un fundamento científico y económicamente se malgastan valiosos recursos, que pudieran ser utilizados en otros pacientes con posibilidades de recuperación. En resumen, recomendamos la metodología antes señalada, que le ha resultado de utilidad a los autores pero que, a su vez reconocen que puede ser perfectible. Ante cada paciente que conlleve una decisión difícil hacernos dos preguntas siempre: ¿Hacemos todo lo que se pueda a cualquier costo, independientemente de la futilidad y del sufrimiento a que someteremos al paciente o adecuamos el esfuerzo terapéutico? ¿Hicimos todo lo que se pudo o lo hicimos sufrir todo lo que se pudo?