

La Adecuación de Medidas Terapéuticas

Emilio José Ibeas¹

Resumen

La Adecuación de Medidas Terapéuticas (AMT) supone la toma de decisiones ante una situación muy desfavorable o terminal del paciente. Se podría resumir en “dejar de hacer” o “retirar lo ya hecho”, refiriéndonos a no utilizar nuevas técnicas o a retirar las ya empleadas. No se debe enlazar erróneamente los conceptos de abandono del paciente con la AMT, ya que no son sinónimos ni van unidos. Cuando se decide adecuar las medidas terapéuticas, continuarán todas aquellas que supongan acompañamiento del paciente y atención de calidad al mismo.

La AMT es una decisión tomada por el equipo médico, por el propio paciente y por sus familiares cuando él no puede decidirlo por su estado.

Palabras clave:

Adecuación de medidas terapéuticas, Bioética, Futilidad, Paciente terminal.

Cómo citar este artículo: José-Ibeas E. La Adecuación de Medidas Terapéuticas. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2021; 18(1): 46-55

1 Presidente de la Asociación para el Fomento de la Docencia de la Bioética - España

The Adequacy of Therapeutic Measures

Abstract

The Adequacy of Therapeutic Measures (AMT) implies making decisions that are made in a very unfavorable or terminal situation of the patient. It could be summarized as “stop doing” or “withdraw what has already been done”, referring to not using new techniques or removing those already used.

Concepts of patient abandonment should not be erroneously linked to the AMT, since they are not synonymous or linked. When it is decided to implement AMT, all the measures to accompany the patient and provide quality care will continue.

AMT is a decision made by the medical team, by the patient himself and by his relatives when he cannot decide due to his condition.

Keywords: Adequacy of Therapeutic Measures, Bioethics, Futility, Terminal patient.

Introducción

La adecuación de medidas terapéuticas (AMT) se puede considerar como el ajuste de los tratamientos al estado clínico del paciente. Es una expresión de buena práctica que exige adaptar la atención médica -diagnóstica, terapéutica o preventiva- a la realidad clínica y biográfica del paciente. En la actualidad es necesario dar un enfoque asistencial personalizado: “no existen enfermedades, sino enfermos”. Se pone así el acento en el enfermo, en una persona concreta con sus valores y circunstancias. El ajuste o la adaptación de la asistencia, en algunas situaciones muy desfavorables o terminales del paciente, puede suponer iniciar unos procedimientos o adecuar otros -retirándolos, ajustándolos o no instaurándolos- en función de las expectativas de beneficio terapéutico. La AMT es el resultado de un proceso de valoración clínica ponderada. No es en ningún caso una práctica contraria a la bioética, sino que es buena práctica clínica y un criterio de calidad asistencial.

La AMT implica una idea de proactividad y adaptación a cada situación evolutiva de la enfermedad. La AMT supone ajustar la intensidad de cuidados y de atención a la situación del paciente. La AMT se debe llevar a cabo con criterios clínicos de evidencia científica y conocimiento del perfil del enfermo. La incertidumbre intrínseca a la medicina se puede minimizar cuando se trabaja sobre datos objetivos. La toma de decisiones debe hacerse disminuyendo las dudas e incertidumbre. Las actitudes extremas y las inercias intervencionistas raramente

aportan beneficio al paciente. Todos estos hechos se acompañan de valores, por lo tanto la AMT es un problema clínico con una carga bioética importante. Los criterios y las indicaciones que justificaron en su momento un tratamiento o un estudio diagnóstico pueden variar en función de la evolución de la enfermedad. En el ámbito de la AMT es preciso superar las posturas vitalistas a ultranza igual que hay que evitar la obstinación terapéutica con medidas asistenciales que dejan de tener sentido y que lo único que hacen es prolongar el proceso de morir. También hay que superar la obstinación diagnóstica, que lleva a realizar pruebas innecesarias. La AMT requiere una valoración de la situación particular y de la evolución en el contexto global del paciente. En este escenario se valoran las expectativas y las alternativas razonables, así como sus posibles consecuencias. Esta visión integral es esencial en la valoración bioética de la AMT.

En la toma de decisiones es preciso superar el binomio problema-tratamiento para poder contextualizar la situación global del paciente. La AMT conlleva, de ordinario, una gran carga emocional, tanto para el enfermo y/o sus cuidadores como para los profesionales, sobre todo en situaciones al final de la vida. Es preciso distinguir el componente emocional y el bioético. Hacer lo indicado, no administrar lo que no se debe administrar o suspender lo que se muestra ineficaz, es realizar una buena práctica clínica. Sin embargo, la carga emocional suele ser menor al poner un tratamiento que al retirarlo, aun cuando ambas situaciones tengan una justificación clínica y bioética. La toma de

decisiones en AMT suele requerir una cierta flexibilidad para poder aplicarla de manera personalizada. Se debe escoger el camino que permita aportar lo más adecuado para el paciente a la vez que con ello se minimiza el componente emocional y la ansiedad de su entorno.

Fundamentación bioética

La atención al enfermo tiene un componente clínico y otro bioético en el que entran en juego los valores. No iniciar o retirar un procedimiento y, con ello, permitir el curso de la enfermedad –más aún cuando puede estar en riesgo la vida- plantea un problema bioético. No todos los deberes son iguales, ni un mismo deber obliga igualmente en todas las circunstancias. En función de los principios y valores, la aplicación de la AMT se plantea en escenarios diferentes:

No maleficencia: La relación riesgo/beneficio o perjuicio/beneficio indica la eficacia de un procedimiento y, con ello, su indicación o contraindicación. Los procedimientos en los que se presume un daño severo o que someten al paciente a un riesgo elevado y aportan un beneficio muy limitado (o ninguno) se consideran contraindicados. La indicación o contraindicación es un juicio técnico que corresponde a los profesionales, que en ningún caso deben aplicar medidas contraindicadas, por más que el enfermo o su representante se lo puedan pedir. Al evitar estas medidas lo que se busca es no hacer daño al paciente, en virtud del principio de no maleficencia.

Beneficencia: Procedimiento fútil es aquel que, a pesar de no estar contraindicado, no es efectivo o ha dejado de ser efectivo en ese caso concreto o lo es con unos costes (económicos y/o emocionales) excesivos. Al suspenderlo se le evita al enfermo una medida de escaso o nulo beneficio real en esa situación concreta, conforme al principio de beneficencia. La futilidad tiene un aspecto cualitativo (de mejora parcial pero no integral) y uno cuantitativo (de probabilidad de beneficio). En todo caso, la futilidad lo es siempre en una persona concreta y en una situación determinada. Es el resultado de un juicio del profesional que se debe compartir y argumentar con el paciente o sus representantes.

Justicia: La relación coste/beneficio determina la eficiencia o ineficiencia de un tratamiento. El más eficiente será el que aporte el máximo beneficio al menor coste. Los procedimientos ineficientes se consideran desproporcionados y se oponen al principio de justicia. En el sector público de la salud, la calificación de proporcionado o desproporcionado viene marcada por los recursos disponibles y las necesidades. Corresponde al gestor y al profesional estimar esa relación coste/beneficio. Los gestores deben emplear los recursos económicos, que son siempre limitados, de manera eficiente y facilitar los medios necesarios a los profesionales que son los que tomarán decisiones en cada caso. En situaciones donde beneficios pequeños exigen grandes gastos, (como sucede en ocasiones al final de la vida), puede surgir la pregunta sobre si existe realmente

un compromiso ético de actuar sin mirar el coste.

Autonomía: Cuando el enfermo (o su representante) decide rechazar o renunciar a un procedimiento que se va a iniciar o que ya está instaurado, el principio bioético a considerar es el de la autonomía. La denegación del consentimiento a un procedimiento (diagnóstico o terapéutico) por parte de un paciente debidamente informado, libre y competente para tomar esa decisión, es aceptable desde un punto de vista bioético y legal, y se basa en el respeto debido a su autonomía. Todo paciente, competente y debidamente informado, debería participar en la decisión sobre cualquier tratamiento, incluidos los que suponen no iniciar o retirar medidas de soporte vital, salvo que no quiera o no pueda hacerlo.

En el ámbito de la autonomía tienen importancia dos aspectos: la evaluación de la competencia del paciente y, en su caso, la consulta sobre la existencia de un Documento de Instrucciones Previas (Voluntades Anticipadas/Testamento Vital) o de una Planificación Anticipada de la Asistencia Médica. La competencia incluye comprender el diagnóstico, el estado actual de la enfermedad y su pronóstico para poder elegir libremente y sin coacción sobre las opciones de tratamiento, de acuerdo con sus valores, y manifestar su decisión. Si el paciente no tiene la competencia adecuada, es preciso determinar si ha designado un representante, si tiene un tutor o representante legal y si existe un Documento de Instrucciones Previas. Si no se dispone de este documento,

se suele aconsejar indagar sobre los deseos y los valores que el enfermo pudiera haber manifestado con anterioridad. La Planificación Anticipada de la Asistencia Médica pretende que en la relación clínica se aborden los problemas actuales del paciente y que se puedan prever y planificarlos futuros. Hay que tener en cuenta que los factores emocionales, en lo relacionado con la salud y la vida, inducen sesgos en las previsiones de futuro. Estos sesgos disminuyen cuando se reconocen y cuando la relación clínica se entiende como un proceso de deliberación.

Práctica clínica y AMT

De manera tradicional, la AMT se plantea como una cuestión del final de la vida. Sin embargo, la AMT es un componente esencial de la buena práctica clínica, independiente del pronóstico del paciente. En muchos ámbitos de la salud no siempre se cumple la máxima de más es mejor. La corriente actual de no hacer, es decir, de evitar tomar medidas o pautar tratamientos que no han mostrado eficacia real, ayuda a recordarlo. También se deben evitar técnicas diagnósticas, a veces complejas o agresivas, que no van a modificar previsiblemente la actitud terapéutica. Realizar una buena práctica clínica es evitar técnicas o tratamientos cuando menos molestos, si no dañinos, que no aportan beneficio. Cualquier profesional se ha visto en la tesitura de cambiar un tratamiento, de suspender una medicación, de no llegar a comenzarla o de plantear unas medidas menos agresivas o menos intervencionistas sabiendo que no va a haber un impacto negativo a largo plazo.

AMT al final de la vida

En el ámbito de la bioética, la AMT se suele aplicar por defecto a situaciones en que hay un compromiso vital del paciente, lo que suele englobar, a grandes rasgos, tres perfiles de enfermos:

• **Enfermos con enfermedad avanzada en situación compleja**

En ocasiones no es fácil determinar qué pacientes con este perfil (enfermedades neurológicas, cardíacas, renales...) son realmente enfermos en situación terminal no oncológica. Las posibilidades de tratamientos en estos enfermos avanzados, muchos de ellos pluripatológicos, hay que ponderarlas en cada paciente en relación con la situación general, las expectativas y la experiencia previa. Los objetivos de prevención de posibles complicaciones a medio o largo plazo pueden no ser eficaces en enfermos con pronóstico limitado.

• **Enfermos oncológicos en situación terminal**

El problema suele centrarse en cuándo suspender los tratamientos oncológicos y cuáles son las medidas intervencionistas que resultan proporcionadas. Es conocido que los tratamientos oncológicos administrados en los últimos meses de vida de un enfermo oncológico avanzado normalmente no mejoran el pronóstico.

• **Enfermos críticos**

En estos casos, la AMT se suele concretar en una adecuación de las medidas de soporte vital, es decir, de las intervenciones o de los procedimientos dirigidos a mantener las funciones vitales de una persona cuya vida está en peligro. Dentro de ese concepto se pueden incluir, por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, hemodiálisis, antibioterapia, empleo de hemo-derivados, nutrición e hidratación enteral o parenteral, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas (muchas de ellas intervencionistas) y admisión en unidades de medicina intensiva y crítica. Algunas medidas, como la nutrición parenteral, se entienden como un “puente”, es decir, tienen sentido como soporte en una fase crítica pero previsiblemente transitoria.

Al final de la vida, el profesional tiene que actuar con proporcionalidad y evitar la parálisis que produce la incertidumbre de los pronósticos. Es aconsejable que las estimaciones de riesgos, beneficios, complicaciones, expectativas... se planteen de manera objetiva y, en la medida de lo posible, cuantificada. Generalmente el pronóstico es incierto, pero no es aleatorio sino predecible, con un margen de error razonable, cuando se estima en intervalos de tiempo, de probabilidades de supervivencia a determinado plazo o de superar una nueva complicación.

Las estimaciones porcentuales son una herramienta útil a la hora de dar información

y de tomar decisiones: es más objetivo emplear porcentajes que valoraciones meramente cualitativas (“mucha gravedad”, “poco probable”). La experiencia clínica y el empleo de escalas o scores validados ayudan a que la estimación pronostica sea, de esta manera, más acertada. Hay que distinguir la AMT de otros procesos en los que se precisa actuar para producir voluntariamente la muerte del enfermo, como son la eutanasia y el suicidio medicamente asistido o el homicidio por compasión. La AMT es también diferente de la suspensión de la atención médica en situación de muerte encefálica. En este escenario, no iniciar o retirar las medidas de soporte vital no produce ni permite la muerte del paciente, porque esta ya ha sucedido. No existe, por tanto, conflicto bioético ni jurídico. Si el fallecido fuese candidato a ser donante de órganos, antes de proceder a la desconexión final se realizarían las intervenciones destinadas a posibilitar su conservación y extracción.

Proceso práctico de AMT

La práctica clínica es una mezcla de técnica, intuición, experiencia, conocimiento y rigor científico basado en la evidencia y de la aplicación individualizada -personalización- de las decisiones. Una buena asistencia exige revisar periódicamente la conveniencia, la eficacia y los efectos secundarios de las medidas que se han tomado. Lo que pudo ser útil o eficaz o, al menos, se recomendó con ese motivo puede haber perdido eficacia o no haber alcanzado ningún efecto.

Este criterio es válido tanto en una Consulta de Atención Primaria como en una UCI. La falta de eficacia de cualquier medida no es un problema bioético específico, sino una situación clínica que puede ser difícil de manejar. En la práctica el proceso de AMT debe llevarse a cabo de manera prudente lo que, de ordinario, exige cumplir una serie de pasos.

• Pensar en ello

Al iniciar un tratamiento se debería tener conciencia e informar de que su continuidad depende de la evolución del enfermo. Una manera de reducir el impacto emocional es que los familiares hayan podido imaginar desde el principio diferentes escenarios. De hecho, sería aconsejable tener el hábito de valorar de manera crítica –no solo al inicio, sino a lo largo del proceso- la indicación, la eficacia y la proporcionalidad de los procedimientos que se piensan aplicar o que se vienen aplicando.

• Obtener los datos necesarios

Conocer la situación del paciente y de su proceso tanto en los aspectos clínicos (situación basal, comorbilidad, calidad de vida cotidiana, índice de gravedad, evolución probable con y sin tratamiento...) como personales y del entorno (valores, Documento de Instrucciones Previas...) permite encuadrar mejor tanto el pronóstico como la adecuación de las opciones de tratamiento.

• Informar

Desde el inicio, la información al paciente y a los familiares sobre la situación real y las expectativas de evolución debe ser comprensible, realista, clara y, en la medida de lo posible, empática y personalizada. Personalizar es algo más que individualizar. Al individualizar se toman en las características que hacen al individuo diferente del resto. Al personalizar se tiene en cuenta su valor intrínseco. El proceso de esta información le corresponde al médico (al equipo) responsable del paciente. La información diaria debe ser dada por el mismo profesional, siempre que sea posible, lo que evita entrar en contradicciones y proporciona mayor satisfacción a la familia. En situaciones agudas sería bueno que se pudiese conocer cómo ha sido el proceso de información para que sirva también de apoyo en la toma de decisiones.

• Manejar las emociones

El proceso clínico, las complicaciones o la falta de respuesta al tratamiento..., en resumen “las malas noticias”, se viven como un choque emocional mantenido que precisa tiempo y trato para poder ser asimilado. Es lógico que se recuerde que el objetivo siempre es ayudar y apoyar al enfermo, pero también lo es que esta ayuda y este apoyo se deben adaptar al pronóstico, la evolución y las necesidades, incluso cuando se percibe que no se dispone de medios eficaces y/o los que se emplean se muestran fútiles. Para evitar que los pacientes se culpabilicen

no se les debe cargar con responsabilidades y decisiones que no les corresponden o que no son capaces de afrontar. En ocasiones de especial conflictividad emocional, puede ser adecuado actuar con flexibilidad y mantener de manera transitoria, dejándolo anotado en la historia clínica, algún procedimiento aparentemente fútil pero no especialmente lesivo si con ello se contribuye a minimizar la angustia en el enfermo y/o sus familiares. También es importante que los profesionales sean capaces de distinguir entre lo que es la reflexión técnica y bioética acerca de la mejor conducta a seguir y lo que son las emociones que surgen al afrontar una toma de decisiones complicada.

• Decidir la AMT

La AMT no se debería afrontar como una situación urgente sino como un proceso de diálogo abierto, con el paciente y/o sus familiares. Muchas veces la AMT se planteará como una evidencia compartida ante la situación o la evolución de la enfermedad. En otras ocasiones la decisión no será tan clara y la carga emocional será mayor. En estos casos, es prudente que la decisión sea participada y que esté abierta a un proceso de duda y de maduración. Un proceso de decisión adecuado lleva a que la conclusión se ajuste a los principios bioéticos y legales y a las normas de buena práctica clínica. Ante una negativa del enfermo y/o la familia a cualquier restricción terapéutica debe imperar el diálogo que ayude a buscar el entendimiento. A veces hace falta tiempo para pasar de la negación, la ira, la negociación (la lucha) o la depresión a la aceptación.

Pero si la negativa persiste y hay evidencia constatada de contraindicación de los medios posibles, éstos se deberán suspender o no comenzar, igual que si hay evidencia de futilidad de los medios presentes o futuros. El componente bioético de la decisión puede aconsejar que se solicite el asesoramiento del Comité de Ética Asistencial. El asunto solo se deberá judicializar en última instancia.

• Realización de la AMT progresiva y escalonada

Hay que insistir en que la AMT no es un abandono del enfermo. Es coherente recomendar que se lleve a cabo de manera progresiva. Lo ideal sería que en la misma medida en que se reducen las medidas intervencionistas se implementen los cuidados y los tratamientos sintomáticos y paliativos. De manera práctica se podría sugerir esta línea de intervención:

- Valorar de manera muy crítica el ingreso en unidades de medicina intensiva y críticos.
- Continuar el tratamiento, pero sin nuevas actuaciones terapéuticas y condicionado a obtener respuesta en un plazo determinado.
- Retirar algún tratamiento ya iniciado. Puede ser prudente, por criterio práctico, comenzar por los más incómodos, por los más intervencionistas o por aquellos que parezcan más complejos (sueros, bombas de perfusión, vías, necesidad de contro-

les...). Sin embargo, si alguno de ellos es percibido por la familia como esencial para el soporte del paciente, pudiera ser mejor mantenerlo.

- Retirar todo tratamiento. En esta fase, debe permitirse que los familiares acompañen de manera activa al paciente y ofrecerles ayuda. Deben mantenerse los cuidados integrales paliativos que alivien el sufrimiento físico, psíquico y espiritual, y que ayuden a mantener el máximo de confort posible tanto del paciente como de la familia.

En definitiva, la AMT no disminuye el esfuerzo en la atención al paciente, sino que cambia los objetivos terapéuticos, centrándose en los cuidados. Nunca hay motivo para dejar de cuidar. En principio, siempre se deberían mantener las atenciones básicas que, en líneas generales, coinciden con los cuidados que se podrían recibir en el domicilio: higiene, confort, nutrición y/o hidratación y control de síntomas. La AMT en ningún caso produce la muerte o la causa. Es la enfermedad la que lo hace, y no la actuación del profesional.

Bibliografía

Cid, V. E. (2019). Palliative care at the end of life. Clinical and ethical aspects. *Arbor*, 195(792). <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2005>

Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., Gonzá-

- lez Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. A. C., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39–50.
<https://doi.org/10.4321/s1135-76062002000400004>
- Gómez Sancho, M., Altisent Trota, R., Bátiz, J., Ciprés Casanovas, L., Gándara del Castillo, A., Herranz Martínez, J., ... Rodríguez Sendín, J. (2015). Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gaceta Médica de Bilbao: Revista Oficial de La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*, 112(4), 6.
- Paliativos, S. D. C. (2002). Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. Secpal, 1–52.
<http://www.secpal.com/\\Documentos\\Paginas\\guiacp.pdf>
- Patricio Martínez Jiménez, Miguel Ángel García Pérez, Víctor Expósito Duque, & José M. Rodríguez Vicente. (2017). La Relación Médico Paciente Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad, 64.
https://www.cgcom.es/sites/default/files/re-lacion_medico_paciente//files/assets/common/downloads/publication.pdf
- Sánchez, J. R. L., & Rivera-Largacha, S. (2018). History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. *Revista Ciencias de La Salud*, 16 (2), 340–356.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6773>
- Universidad de Navarra, C. (n.d.). ¿Qué es comunicación terapéutica?
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/comunicacion-terapeutica>
- Wilkinson, D., & Savulescu, J. (2014). A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics*, 28(3), 127–137. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2012.01981.x>