

Limitación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo y sus problemas actuales

Limitation of therapeutic effort as a positive sign movement and its current problems

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt¹

- I. Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Unidad de Cuidados Intermedios, Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700.
bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

La limitación del esfuerzo terapéutico es considerada por los profesionales de la salud como una buena práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia. La misma es el resultado de condicionantes que favorecieron su aparición en el mundo moderno, pero no está exenta de presentar serios problemas actuales, no sólo en Cuba sino también en otros países. Dichos problemas requieren la búsqueda de soluciones rápidas. Esta reflexión realiza un análisis crítico del surgimiento y el desarrollo histórico, como movimiento de signo positivo, de esta práctica médica hasta llegar a su estado actual.

Palabras clave ÉTICA CLÍNICA; INUTILIDAD MÉDICA; DISCUSIONES BIOÉTICAS.

ABSTRACT

The therapeutic effort limitation is considered by health professionals as a good clinical practice at both intensive and emergency care units. Resulting from circumstances that favored its materialization in modern world, it currently presents serious problems, not only in Cuba, but in other countries as well. Such problem demand prompt solutions. This paper critically analyzes the emergence and historical development, as a positive sign move, of this medical practice, up to its current state.

Keywords: ETHICS, CLINIC; MEDICAL FUTILITY; BIOETHICAL ISSUES.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo vertiginoso de la Bioética en las Ciencias Médicas de las últimas tres décadas ha puesto en discusión temas de vital importancia en relación a los derechos y deberes de los pacientes. La limitación del esfuerzo terapéutico es uno de los más importantes y polémicos a nivel mundial, pues trata aspectos de primer orden: la vida del paciente, el dilema familiar y la toma de decisiones por el médico especialista.

La práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico es un tema novedoso que se aborda en la actualidad a nivel mundial. Recientemente se han comenzado a publicar estudios realizados en diferentes países, que tratan el polémico tema sobre la vida y la muerte, en el cual están involucrados aspectos religiosos, éticos, culturales, etc. lo cual pone de manifiesto mayor preocupación y necesidad de reflexión.

Los profesionales de la salud y la sociedad en conjunto deben resolver problemas acerca del debate actual sobre dilemas éticos, relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves, críticos y terminales, una vez que se ha emitido el pronóstico de muerte.

Es un tema que merece reflexión por tratar aspectos muy sensibles, muchas veces de difícil solución para el personal involucrado en el proceso de la toma de decisiones, en

relación a la limitación del soporte vital de los pacientes. Por tanto, genera más dilemas éticos actualmente. A nivel mundial, mucho se discute sobre esta práctica médica; Cuba no ha podido permanecer al margen de su análisis teórico y aplicación práctica.

DESARROLLO

La limitación del esfuerzo terapéutico es definida como: “la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán a un beneficio significativo al paciente.”¹

Como dice el filósofo y bioeticista Daniel Callahan: “Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte vital [...] En el caso de la retirada del respirador, es razonable decir que dado que la vida se mantiene artificialmente y que esta medida es necesaria debido a la existencia de una enfermedad incapacitante, dicha enfermedad es la responsable directa de la muerte del paciente.”²

La opinión del autor de este artículo coincide con la de los doctores Beca JP, Ortiz PA y Solar PS, quienes reconocen que: “La limitación del esfuerzo terapéutico no es una decisión única que se toma o se rechaza en bloque, sino un conjunto de decisiones dinámicas y evolutivas que se deben tomar para lograr una muerte digna, cada una de las cuales debe fundamentarse razonablemente.”³

“Una muerte digna para el moribundo es aquella en la que él mismo asume y decide cómo quiere que ocurra, que le permite planear con libertad, como toda su vida anterior, sus últimos días y horas. Una muerte digna para una sociedad es aquella a la que se le ha proporcionado los medios materiales, humanos y espirituales necesarios para que el tránsito hasta la muerte se haya realizado sin sufrimiento y con el apoyo necesario. Todo encaminado a modificar el cómo, pero no el cuándo.”⁴ “El derecho a morir con dignidad

debería entenderse como el derecho a recibir cuidados adecuados y proporcionados.”³

El surgimiento y el desarrollo de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos fue el resultado de la confluencia de condicionantes que se gestaron desde la modernidad, las cuales prepararon el camino para la aparición de esta práctica clínica como movimiento de signo positivo, con marcado carácter humano, que debe prevalecer en la atención médica, en respuesta al amplio desarrollo científico-técnico introducido en la misma.

Con el desarrollo de la Revolución Científico-Técnica, “[...] el hospital del siglo XX había dejado de ser una institución mal dotada. Su impacto en la Medicina se manifestaría en la creación de las unidades de terapia intensiva a fines de la década del 50, convirtiéndose así en el escenario de lo más avanzado del desarrollo tecnológico y como consecuencia en los centros de la atención médica más calificada, dotada de los recursos disponibles más modernos y sofisticados de la época.”⁵ El complejo equipamiento técnico de las unidades de cuidados intensivos, dado por la introducción de los más modernos equipos de monitorización continua de los parámetros vitales, permiten la vigilancia hemodinámica de los pacientes en estado crítico, así como la monitorización de los parámetros para el uso de la ventilación mecánica artificial. Estos son ejemplos del desarrollo científico-tecnológico alcanzado en la medicina y constituyen el sistema básico de vigilancia de las funciones indispensables en los pacientes.

La introducción de los equipos de ventilación mecánica artificial destinados al soporte de la función respiratoria, el surgimiento de los desfibriladores, el empleo de marcapasos cardíacos en situaciones emergentes, las bombas de infusión para la administración de fluidos intravenosos y de medicamentos vasoactivos e inotrópicos que permiten apoyar las funciones indispensables para la vida, logran en su conjunto prolongar la vida de los enfermos en estado crítico y terminal.

El descubrimiento y la aplicación de nuevos conocimientos científico-técnicos en el terreno de la medicina, especialmente en los temas de resucitación cardiopulmonar, los nuevos avances logrados en los métodos de asistencia respiratoria, el progreso alcanzado en el conocimiento de la fisiología cardíaca y respiratoria, así como su aplicación para el

monitoreo y el tratamiento de situaciones como el infarto agudo del miocardio, cirugía cardiovascular, el estado de choque, los traumatismos, los primeros pasos de la transplantología, fueron peldaños que condujeron a la generalización de una nueva modalidad de atención médica, donde el sostén de las funciones vitales permite intervenir en los procesos de la vida y la muerte.

Toda esta expansión de poderío, al propio tiempo engendró la necesidad de que las escuelas de medicina reformaran sus planes de estudios, con el fin de responder a las nuevas exigencias planteadas al profesional.⁶ La complejidad de la medicina moderna hace que sea imposible para una sola persona adquirir competencia en todos sus aspectos. La figura del especialista y las especializaciones son un producto de la modernidad. Surge la Medicina Intensiva y de Emergencia como especialidad médica, de una dinámica y complejidad muy grande, destinada a la formación de médicos especialistas en la atención al paciente gravemente enfermo, con una preparación académica y práctica muy amplia y sólida.

“La Revolución Cubana ha sido un proceso creador y renovador de muchos conceptos. No pocas de las grandes conquistas alcanzadas son autóctonas, la prioridad absoluta concedida a la salud del pueblo, unido a los esfuerzos del Estado cubano para incorporar tempranamente las tecnologías de punta, es sólo un ejemplo de cómo Cuba ha llegado a alcanzar niveles de salud comparables en muchos casos a los de países desarrollados.”⁶

No existe prácticamente ninguna tecnología aún las más sofisticadas a las que no acceda la organización de la Salud Pública cubana, y por tanto, toda la población. Estas tecnologías de punta se emplean muy a menudo en las unidades de cuidados intensivos de una forma excesiva e indiscriminada, violando principios bioéticos como el de la autonomía y el derecho a tener una muerte digna cuando este final sea el resultado esperado de la enfermedad subyacente.

“En la práctica cotidiana de salud se presta muchas veces, más atención al ‘hacer’ que al ‘ser’ profesional. Este último solo ocupa primeros planos en situaciones conflictivas de tipo moral, legal u otras.”⁷ Las razones de abuso tecnológico pueden variar, desde un noble deseo de ayudar al paciente hasta un posible afán de lucro, (especialmente, en el

contexto de los países capitalistas) pasando por la reafirmación del prestigio del facultativo en su entorno académico y hospitalario o el placer de aplicar un nuevo procedimiento.⁶

Como resultado de lo anterior surgió el axioma de que la medicina prolonga la vida hasta límites incompatibles con la propia existencia. De hecho, debido al gran desarrollo científico-tecnológico en la medicina, es cierto que se traspasan esos límites pues, en ocasiones, se prolongan estados irreversibles más allá de la propia razón del ser. La instauración y el mantenimiento de medidas extraordinarias o desproporcionadas de soporte vital en sujetos con enfermedades crónicas terminales o en situaciones con escasa esperanza de vida, es una realidad cada vez más cotidiana en las unidades de cuidados intensivos, y pueden prolongar la vida de forma inadecuada.⁸

Esa gran explosión de actividad y desarrollo científico-tecnológico que la medicina ha experimentado en las últimas décadas dio origen al surgimiento de la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, pues se hizo evidente que los nuevos avances tecnológicos usados inapropiadamente pueden transformar la muerte en un prolongado, miserable e indigno proceso, tal como señalan algunos autores en sus trabajos,ⁱ lo que se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, resultado del abuso tecnológico. “Los procesos de deshumanización presentes en la medicina contemporánea constituyen una amenaza latente contra la cual aún no estamos suficientemente protegidos. Todo ello repercute en la eficiencia de los servicios, limita su incidencia real en la solución de los problemas de salud y genera en ocasiones determinado grado de insatisfacción de los usuarios.”⁷

En muchas ocasiones existe un empleo inadecuado de los novedosos logros de la ciencia y la técnica contra el propio hombre. Sin embargo, los investigadores comprenden que la cuestión no está en la propia ciencia, sino en aquellas condiciones sociales en que se desarrolla. Los profesionales de la salud conocen los grandes beneficios que la ciencia y los avances tecnológicos le han brindado a la humanidad. Ellos están conscientes de que el desarrollo científico-técnico alcanzado en la Medicina no es el responsable de la distanasia o el encarnizamiento terapéutico. Lo son únicamente aquellos profesionales

que aplican mal sus conquistas y logros, en este caso específico el intensivista.

La práctica de la Medicina siempre ha tenido en cuenta a los aspectos éticos que implica su ejercicio, reflejados en los códigos deontológicos y declaraciones internacionales sobre ética médica. Aparecen entre los profesionales de la salud preocupaciones éticas en relación con los riesgos potenciales que entrañaría para la humanidad la posibilidad de manipulación de las funciones vitales. La limitación del esfuerzo terapéutico surge así como una moderna expresión del ejercicio profesional, ante la necesidad de resolver los problemas que se plantean en el quehacer diario, cuando se sabe con exactitud, que el tratamiento dado al paciente no favorece para nada su recuperación y sólo logra retrasar su fallecimiento.

En el desarrollo de esta perspectiva de la atención médica ha tenido un papel preponderante, el surgimiento de la bioética a raíz de los años setenta. No es de extrañar que exista una coincidencia temporal y no casual entre el reconocimiento de la Medicina Intensiva como especialidad y el surgimiento de la bioética, disciplina científica que va a proporcionar el espacio de reflexión necesario para abordar sistemática y críticamente a la luz de los principios y valores morales, todos los dilemas que la tecnociencia genera en la medicina y en las ciencias biológicas en general.⁹

“Asimismo, los cambios ocurridos en la atención de salud, en la relación médico-paciente, institucionalización creciente de la profesión, movimiento a favor de los derechos de los pacientes, el reconocimiento cada vez mayor del carácter moral del acto médico, etc., están conduciendo a una verdadera revolución axiológica en los marcos de la atención de salud y el desarrollo de las ciencias de la vida, que de modo muy diverso buscan una fundamentación ética, dada la incompetencia de la ética tradicional.”¹⁰

“El que empezamos hablar públicamente de la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico; ¿quiere decir que es ahora cuando empezamos a ser conscientes del problema? Evidentemente, que no. Hace ya mucho tiempo que los médicos intensivistas somos muy celosos de limitar aquellas actitudes asistenciales, en las que no vemos posibilidades de ofrecer al paciente grave, reales posibilidades de mejoría o supervivencia. Sencillamente lo que sucedía, es que no lo decíamos. O lo ocultábamos

(lamentablemente) o nos los callábamos. Pero el tiempo no pasa en balde y esta actitud ha cambiado en los profesionales. Ya, no sólo lo comentamos, sino que lo informamos y también lo publicamos.”¹¹

Existen entonces sobradas razones para replantear el problema de la legitimidad moral del uso de tratamientos fútiles o del ensañamiento o encarnizamiento terapéutico en las unidades de atención al paciente grave en las instituciones hospitalarias.

En la bibliografía consultada, tanto nacional como extranjera, se evidencia que la limitación del esfuerzo terapéutico no es una práctica nueva entre los profesionales de la salud que laboran en las unidades de atención al paciente grave; por el contrario, es muy frecuente desde hace ya algún tiempo. Cada vez se realiza más a menudo con los pacientes ingresados; sin embargo, la misma no está exenta de presentar serios problemas actuales, lo cual obliga a una mayor reflexión sobre tan importante tema.

A pesar de que la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, no es una actitud nueva entre los profesionales de la salud que laboran en las unidades de cuidados intensivos, donde los médicos especialistas se ven obligados en su quehacer diario a tomar decisiones clínicas, sobre la no instauración o la retirada de determinados procedimientos terapéuticos de soporte vital, no existe un consenso explícito y uniforme en la manera en que esta se lleva a la práctica.

Al examinar la literatura actual acerca de la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico tanto nacional como extranjera, se constata que la publicación por las editoriales sigue siendo escasa y muy dispersa, y prácticamente todas las obras, tratándose de un artículo, de un grueso volumen o de una investigación teórica, enfocan el problema de la gran variabilidad que existe a nivel mundial en cuanto a criterios y opiniones con que se lleva a cabo en las unidades de cuidados intensivos. No existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan estas decisiones: bases éticas, legales, prácticas. Existe una enorme variabilidad en la práctica por falta de estándares evidentes. La variabilidad entre países e incluso entre centros del mismo país es evidente.

En Cuba no existen guías de buena práctica clínica, normas o protocolos de actuación,

que tracen pautas de conductas a seguir, dirigidas a los especialistas en Medicina Intensiva y de Emergencia, en relación a la limitación del esfuerzo terapéutico, que se adapten al contexto nacional, para lograr una uniformidad ético-médica generalizada en su aplicación, mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica en los pacientes que irremediablemente han de fallecer, que permita disminuir los riesgos de errores en la toma de decisiones.

“El intensivismo cubano está ávido de tener nuestros propios consensos apoyados en estudios multicéntricos y en la experiencia acumulada de los 35 años de cuidados intensivos de nuestro país. Ya es hora de unificar criterios, estandarizar conductas, pactar recomendaciones, establecer guías de buenas prácticas clínicas basadas en la experiencia diaria de nuestras unidades a lo largo de todo el país y en las mejores evidencias disponibles.”¹² Este problema es reportado también por la inmensa mayoría de los países, según la literatura revisada.ⁱⁱ

Las importantes variaciones en el patrón de su práctica actual, sobre lo adecuado o no de determinados tratamientos de soporte para la vida y las grandes diferencias en el modo de aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos ponen de manifiesto la necesidad de un debate reflexivo sobre el tema, en busca de un consenso uniforme sobre las decisiones a tomar y las actuaciones del facultativo ante el final de la vida. “Las guías de práctica clínica y las conferencias de consenso, tienen la misión de reducir la variabilidad clínica, mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica y reducir costes”¹³, afirma el Dr. Vicente Gómez Tello en su artículo.

Los dilemas éticos que se generan: Las unidades de cuidados intensivos son consideradas como un entorno de fuerte estrés psicológico pues el cuidado del paciente grave está a menudo relacionado con las emergencias, las decisiones difíciles con riesgos elevados, los frecuentes fallecimientos y las situaciones contrapuestas que se introducen en el terreno de la ética médica, con auténticas dificultades de solución.¹⁴

Otro de los problemas actuales relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico son precisamente los grandes dilemas éticos que surgen en el momento de la toma de decisiones acerca de la limitación de alguna medida terapéutica. La literatura

muestra trabajos relacionados con esta problemática.ⁱⁱⁱ

El Dr. Díaz Alersi señala que: “Cuando un paciente es tratado por un equipo y su tratamiento es complejo, agresivo y con pronóstico malo, es frecuente que se produzcan desacuerdos sobre la conveniencia de las medidas usadas.”¹⁵ En otras ocasiones ocurre lo contrario, “cuando un médico sigue los parámetros de acción que le dicta la ciencia clínica, puede encontrarse con negativas ante la utilización de medios diagnósticos o maniobras terapéuticas, motivadas por formas de ver la vida de los pacientes que responden a valores y valoraciones, que en este caso, se oponen a la lógica de la ciencia y la tecnología que guía al galeno”, reconoce la Dra. Irene Barrios Osuna, quien agrega, además: “Ciencia constituida, hechos científicos, leyes, se enfrentan a la opinión personal de un paciente que decide de forma distinta al médico al enfrentar su problema de salud desde otra perspectiva.”¹⁶

El problema de mayor relevancia radica en quién debe definir la futilidad terapéutica. La falta de evidencias y de acuerdo entre profesionales es obvia. Para algunos, las decisiones relativas al tratamiento incumben principalmente al médico por ser el experto, y en este caso al médico intensivista. Esta idea ha recibido críticas importantes por parte de los autonomistas más acérrimos, en el sentido de que aunque el médico tenga el conocimiento, juegan una serie de valores y no tiene por qué ser solo el médico el valuarte de dichos valores.¹²

En la mayor parte de la literatura acerca de la posición a adoptar por el médico, en relación con la futilidad terapéutica, se defiende la postura de retirar tratamientos inútiles, que tal vez en su momento no lo fueron, con el consenso correspondiente de los profesionales del servicio de Medicina Intensiva (médicos y enfermeras), así como con los familiares o allegados. Si desde el primer momento ha existido una buena relación del equipo de salud con el paciente, la familia o allegados, no tiene por qué haber problemas.¹²

Frente a situaciones difíciles, una de las tareas importantes del equipo de salud sería acercarse de un modo paciente, comprensivo y abierto en un intento de resolver estos casos. Cualquier texto sobre relación médico-paciente explica cómo las habilidades de

comunicación efectiva son esenciales para llegar a un entendimiento mutuo y un acuerdo acerca de la conducta a seguir.¹⁷ En esta era de alta tecnología, cualquier decisión a tomar no puede basarse únicamente en la mejor opción científica, sino que debe integrar los valores del paciente en la toma de decisiones moralmente justificables.¹⁸

El autor del presente artículo considera que para discutir sobre ciencia y tecnología, para juzgar sus posibilidades y límites hay que instalarse en una perspectiva social, y por ello concuerda con el comentario del Dr. Brito Espinosa, quien destaca que: “[...] la profundización de los aspectos éticos en un colectivo que atiende a pacientes graves es esencial, especialmente su cumplimiento en la práctica. Descuidar estos aspectos sería trabajar de manera mecánica, y no respetar al sujeto y objeto de nuestra labor: el hombre.”¹⁹

Una de las tareas más difíciles de la actuación médica es el establecimiento de un pronóstico, por lo que a tal efecto se han desarrollado sistemas de valoración pronóstica y escalas evaluadoras, que persiguen reflejar el riesgo de fallecimiento de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Así se han elaborado diferentes tipos de sistemas de valoración pronóstica y escalas evaluadoras del estado de gravedad del paciente, aplicados en las unidades de cuidados intensivos, tanto en el ámbito nacional como internacional, pueden citarse: el TISS [Therapeutic Intervention Scoring System], el SAPS [Simplified Acute Physiologic Score] y, el más notable de todos, el sistema APACHE [Acute Physiology and Chronic Health Evaluation], entre otros. Estos índices clásicos de gravedad son útiles para el cálculo de la mortalidad estandarizada, es decir, la relación entre la mortalidad observada y la esperada. Se calculan al ingreso del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva, pero no son de utilidad para la evolución durante su estancia en el servicio.

En los últimos años se han desarrollado otros índices como el SOFA [Sequential Organ Failure Assessment], el MODS [Multiple Organ Dysfunction] y el LODS [Logistic Organ Dysfunction], para cuantificar la gravedad del Síndrome de Fracaso Multiorgánico. Es oportuno recordar que ni el APACHE ni ningún otro sistema de valoración pronóstica se estableció para determinar pronósticos individuales de mortalidad, sino de grupos. Estos

solo han demostrado su utilidad en series de pacientes, no en casos individuales. Aunque muchos de ellos son altamente predictivos, la información obtenible es aplicable a poblaciones y no tanto a individuos, por lo que no deben ser utilizados para pronósticos individuales, ni tampoco constituyen una solución para la toma de decisiones terapéuticas.^{iv}

“Los paradigmas, como modos de pensar de una determinada comunidad científica, orientan la conducta de esta. En ellos inciden tanto el pensamiento científico como los factores sociales.”²⁰ “Las comunidades científicas se aferran a un paradigma científico o a un sistema de conocimientos relativamente estable, que aceptan como válidos durante un tiempo generalmente largo y que en muchas ocasiones se resisten a modificar. [...] Este es un fenómeno que se observa en el mundo entero y nuestro país no está libre de él,”⁶ de ahí que sea tan difícil limitar las medidas de soporte vital, sobre todo cuando se trata de retirar una medida ya iniciada.

El lado oscuro de este paradigma lo constituye, sin duda, la prolongación de la agonía y el sufrimiento del paciente y de sus familiares en aquellos casos en que el tratamiento es fútil y genera una forma de iatrogenia, que ha recibido diferentes nombres en la literatura tales como: encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico. A los profesionales de la salud les cuesta mucho trabajo cambiar de paradigma, en ocasiones se le teme a lo nuevo, se le teme al fracaso y a veces también al trabajo que representa el cambio de esquemas mentales y de métodos establecidos durante años. “El cambio de paradigmas tiene grandes implicaciones, es un proceso complejo que abarca a toda la sociedad, no solo a la comunidad científica. Requiere de un replanteo de las concepciones que fundamentan el pensamiento y la práctica médica.”²⁰

“El mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por un incremento del número de tecnologías que permiten intervenir en casos que en el pasado no daban lugar a luchar contra el sufrimiento o la enfermedad. En el mundo moderno, los cambios tecnológicos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales.”⁶ Con la introducción de la práctica de la limitación del

esfuerzo terapéutico, como movimiento de signo positivo, se está en presencia pues, de un cambio de paradigma en esta esfera del conocimiento médico.

En la bibliografía revisada no existe hasta el momento actual nada legislado jurídicamente sobre la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en el sistema de salud. No existen por tanto normas de regulación jurídica de obligatorio cumplimiento con relación al tema, que establezca los límites en la actuación terapéutica de los facultativos, salvo en lo que concierne a la muerte encefálica. En Cuba se considera que una persona en estado de muerte encefálica está muerta, el planteamiento del diagnóstico de muerte encefálica tiene su fundamentación en el Decreto No.139, Reglamento de la Ley de Salud, de la Asamblea Nacional del Poder Popular, publicado en la edición ordinaria No. 12 de la Gaceta Oficial de la República de Cuba.

El Estado, a través de leyes y normas, protege los derechos individuales de los ciudadanos, como son el derecho a la vida y a la salud [Artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba]. El propio desarrollo de la Medicina lleva implícito un vínculo cada vez mayor con la esfera del derecho. La Ley de Salud Pública, o Ley No. 41, aprobada el 13 de julio de 1983, dispone en su artículo 4 que la organización de la Salud Pública y la prestación de servicios que a ella corresponde en la sociedad se basa en: “La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales.”²¹

En la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, es cierto que existe a veces temor a que la toma de una decisión de este tipo pueda involucrar al médico en un proceso penal. Pero, cuando la misma es fruto de una discusión colegiada sobre bases objetivas, tomadas sobre el principio de qué es lo mejor para el paciente y que a la vez sea explicada y bien comprendida por los familiares o representante legal –en esto influye mucho una adecuada relación médico-paciente-familiar, no deben existir problemas de ninguna índole.

“En el actuar médico se asume no sólo una elevada responsabilidad moral y social, sino también una insoslayable responsabilidad jurídica de gran trascendencia en el campo del derecho penal y también del derecho civil [...] Si bien en Cuba la eutanasia es considerada como un delito de homicidio, debe también evitarse el otro extremo, la

distanasia, con la aplicación de exageradas medidas que excedan a las necesarias de sostén del paciente.”²²

CONCLUSIONES

El surgimiento de la limitación del esfuerzo terapéutico fue el resultado de la confluencia de toda una serie de condiciones que se fueron gestando desde el aparición del mundo moderno, a partir de la Revolución Científico-Técnica, condiciones que prepararían el camino para la aparición de esta buena práctica clínica como respuesta a toda una serie de avances y descubrimientos científico-tecnológicos y la imperiosa necesidad de un fundamento ético.

La limitación del esfuerzo terapéutico no está exenta de presentar serios problemas actuales, no sólo en Cuba, sino también en el resto de los países, los cuales evidentemente requieren de la elaboración de nuevos caminos, hacia la búsqueda de rápidas soluciones.

Se recomienda fomentar las discusiones en temas de Bioética, en todas y cada una de las Unidades de Cuidados Intensivos del país, estimulando a las sociedades científicas a desarrollar trabajos de investigación y estudios multicéntricos sobre determinados problemas bioéticos actuales, relacionados con la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en el contexto sociocultural cubano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Fernández R, Balgorri González F, Artigas Ravento A. Limitación del Esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Medicina Intensiva [Internet]. 2005 [citado 12 Ago 2008]; 29 (6). Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=201.220.215.11&articuloid=13078000&revistaid=64

2. Canteros J, Lefeure O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* [Internet]. 2007 [citado 12 Ago 2008]; 22 (2). Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47464&id_seccion=2878&id_ejemplar=4810&id_revista=161
3. Beca JP, Ortiz PA, Solar PS. Derecho a morir: un debate actual. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. May 2005 [citado 12 Ago 2008]; 133 (5). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Cerdá Olmedo G. Al filo de la muerte: cuidados paliativos vs. eutanasia. En: Tomás Garrido GM. *Manual de Bioética*. Barcelona: Editorial Ariel Ciencia; 2001. p. 445-61.
5. Pérez Cárdenas ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo C, Paredes Rodríguez G. Ética médica y bioética: Perspectiva filosófica. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: *Ecimed*; 2005. p. 140 -164.
6. Cruz Oñoz E. La Revolución Científico-Técnica: su impacto en la esfera de la salud. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: *Ecimed*; 2005. p. 63–78.
7. Pérez Cárdenas M. Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: *Ecimed*; 2005. p. 261-73.
8. Abizanda Campos R. Cuidados intensivos y cuidados paliativos: más próximos que lejanos. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. Mar 2005 [citado 12 Ago 2008]; 5(3). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/03/REMI028.htm>
9. Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [Internet]. 2003 [citado 12 Ago 2008]; 2(1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm
10. Macías Llanes ME, Saavedra Roche R, Prieto Ramírez D, Aguirre del Busto R. El estilo de pensamiento y las revoluciones científicas en la medicina. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*. La Habana: *Ecimed*; 2005. p. 282-96.
11. González Alfonso O. Monitorización Hemodinámica avanzada del paciente en estado

- crítico. Urgencias cardiovasculares. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. Tomo II. La Habana: *Ecimed*; 2008. p. 691-707.
12. Cabré Pericas LI. Síndrome de fracaso multiorgánico y limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva. REMI* [Internet]. Dic 2004 [citado 12 Ago 2008]; 4(12). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2004/12/REMIC33.htm>
 13. Gómez Tello V. Calidad de las guías y conferencias de consenso: más calidad para mejorar la autoridad. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva.* [Internet]. 2008 [citado 12 Ago 2008]; 8(6). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2008/06/REMI1255.html>
 14. Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. May 2001 [citado 12 Ago 2008];16(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495214/>
 15. Díaz Alersi R. Efectos de la consulta ética sobre el tratamiento de soporte vital no beneficioso en pacientes críticos. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. Sep 2003 [citado 12 Ago 2008]; 3(9). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003/09/REMI0657.htm>
 16. Barrios Osuna I. Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad.* La Habana *Ecimed*; 2005. p. 165-74.
 17. Albornoz P, Corona V. Futilidad en Medicina: ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *Deformatorio* [Internet]. Mar 2007 [citado 12 Ago 2008]; Disponible en: <http://deformatorio.blogspot.com/2007/10/futilidad-en-medicina-es-tico-limitar.html>
 18. Martínez Ques AA. Comprensión de los documentos de consentimiento informado. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. May 2005 [citado 12 Ago 2008]; 5 (5). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/05/REMI0859.htm>
 19. Espinosa Brito A. Particularidades del enfermo grave. En: Caballero López A. *Terapia Intensiva.* Tomo I. La Habana: *Ecimed*; 2006. p. 11-8.
 20. Labrada Ortey M, Cruz Oñoz E, Ojeda Guerra C. La ideologización en las concepciones y la práctica médica. En: Colectivo de autores. *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad.* La Habana: *Ecimed*; 2005. p. 111- 27.

21. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley No. 41. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 15 Ago 1983;(61).
22. Ponce Zerquera F, Suárez Mella R. Estado actual y perspectivas de la nueva deontología médica cubana. En: Acosta Sariago JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Valera; 1997. p. 192-6.

Recibido: 11/12/2010

Aprobado: 15/03/2011

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Unidad de Cuidados Intermedios, Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

NOTAS

ⁱ Consultar a: Woord KA, Marik PE. ICU. Care at the end of life. CHEST [Internet]. 2004;126(5). Disponible en: <http://www.chestjournal.org> y Hughes CM, Marik PE, Wook KA. Striving for excellent end of life care. CHEST [Internet]. 2005 [citado 12 Ago 2008];128(1). Disponible en: <http://www.chestjournal.org>

ⁱⁱ Consultar a: Garcia Jimenez A. Limitación de medidas terapéuticas en UCI. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. Revista Electronica de Medicina Intensiva [Internet]. Oct. 2005 [citado 12 Ago 2008]; 5(10). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/10/REMI0901.htm>; Palacios Rubio V, Rodriguez

Zarallo A. Principios básicos en bioética clínica. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. May. 2008 [citado 12 Ago 2008]; 8(5). Disponible en: <http://intensivos.uninet.edu/03/0301.html>; Solsona JF, Díaz I, Iglesias LM, Gracia MP, Pérez A, Vázquez A. La adjudicación de recursos en los pacientes con mal pronóstico: la necesidad de un debate. *Medicina Intensiva* [Internet]. Mar 2007 [citado 12 Ago 2008]; 31(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ⁱⁱⁱ Consultar a: Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulskey JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. May 2001 [citado 12 Ago 2008]; 16(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495214/>; Teno Joan M. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* [Internet]. Ene 2004 [citado 12 Ago 2008]; 291(1). Disponible en: <http://cat.inist.fr> y Abizanda Campos R. Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. Ago-Sep 2007 [citado 12 Ago 2008]; 31(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

^{iv} Consultar a: Larramendi Morales R, Escalona Velásquez NA. Sistema de valoración pronóstica y escalas evaluadoras en Medicina Intensiva. En: Caballero López A. *Terapia intensiva*. Tomo I. La Habana: *Ecimed*; 2006. p. 48-71; Abizanda Campos R. Sobre las puntuaciones de gravedad. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. Ago 2005 [citado 12 Ago 2008]; 5(8). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/08/REMIED54.htm>; y Palencia Herrejón E. Disfunción multiorgánica, futilidad y LET. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]. 2005;5(10). Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2005/10/REMI0905.htm>