

LIMITES EN EL ESFUERZO TERAPEÚTICO. CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE LOS SCORES DE GRAVEDAD. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Félix José Martín Gallardo

UCI. Hospital Regional "Carlos Haya". Málaga.

Los Cuidados Intensivos, en forma de unidades estructurales, comenzaron a aparecer hace unos 30 años, en el momento que la sustitución de funciones vitales empezó a ser realidad, y por ende, un supuesto control sobre el proceso de morir. El concepto de "muerte natural" se sustituyó por el de "muerte intervenida", dando origen a numerosas cuestiones relacionadas con la toma de decisiones y actuaciones a realizar en pacientes ingresados y con riesgo vital elevado, que la aparición de la Bioética, término apadrinado por Van Rensselaer Potter en 1971, ha pretendido responder o dar explicación (1), objetivo que se ha perpetuado desde entonces.

Para Diego Gracia los principales problemas éticos en la Medicina Intensiva pasan por las consideraciones reflejadas en los trabajos de dos intensivistas (Abizanda y Villar), recogidas en forma de binomios o ejes decisionales: selección - elección y racionalización - racionamiento (2,3). Al primero lo considera fundamental y lo denomina "binomio privado", sería garante del respeto a la autonomía individual; al segundo lo define como "binomio público" y lo relaciona con los principios éticos de no maleficencia y justicia distributiva. La racionalización estricta-

mente médica se denomina indicación, que al ejecutarse sería incompatible con lo contraindicado. El racionamiento tendría la dimensión del valor impuesto por recursos limitados, de cuya financiación estaría excluido lo inefectivo lo inútil o lo fútil (4).

Hoy día nadie discute la necesidad de limitar esfuerzos terapéuticos y de que se realice con criterios claros. El problema radica en definirlos, y esta tarea se soporta en los conceptos de los principios bioéticos por todos conocidos. Tras estimar estos en el ámbito del paciente de UCI, el desarrollo intelectual nos llevará a la tradicional pregunta de que si es lo mismo no poner que quitar una técnica de soporte vital. Los que han pensado este extremo suelen decir que moralmente es idéntico, que se indica para preservar la vida y no para prolongar la muerte, aunque cuesta trabajo admitirlo psicológicamente, como demuestran algunos autores (mediterráneos y norteamericanos) que, ante limitación de recursos, el principio de justicia juega escaso valor a la hora de decidir los pacientes que han de ser tratados en determinadas situaciones, y que solo razones de autonomía pueden hacer cambiar este tipo de decisiones (5,6). Aún así, el intensivista tiende a emprender un procedimiento cuando lo vé indicado, y lo retira cuando lo considera claramente contraindicado. Y si atiende al ámbito donde trabaja, al considerar los principios bioéticos, le cabe la posibilidad de hacer lo no indicado si el paciente lo considera beneficioso (si el paciente se lo puede procurar). Sea cual sea el medio laboral, no aceptará opciones contraindicadas.

Hemos hablado del racionamiento de recursos basados en su finitud. Y a esta altura cabe pensar ¿habrá alguien que considere

antiética la intrusión de la economía en la práctica médica?, es decir, ¿todo a cualquier coste?. Coste significa recursos soportados por otros en su detrimento, ¿es eso ético?. Creemos que es tan maleficiente como contraindicado, contraviniendo el principio de justicia distributiva (7). Por consiguiente, la preservación de la vida es el objetivo médico fundamental, pero no constituye un valor absoluto que deba ser mantenido a ultranza en todas las situaciones, pudiendo la lucha por prolongarla entrar en una esteril dinámica contrapuesta a toda ética.

Existe una interesante reflexión sobre justicia distributiva y escasez de recursos en UCI realizada por Swenson (8) y basada en la teoría de la justicia de Rawls, que a partir de una visión kantiana establece una tesis intermedia entre el liberalismo absoluto y el igualitarismo puro, que denomina "la justicia como equidad". Salvando el argumento teórico, su aplicación clínica trata de conjugar tres distintas posibilidades:

a) El enfermo ingresado conserva la prioridad de recibir medidas aún con posibilidades de recuperación escasas.

b) Con recursos agotados, estos serán aprovechados al máximo. Para esto Teres (9) propone una estrategia similar al tratamiento de la insuficiencia cardiaca. En efecto, para ello se deberá, disminuir el flujo de pacientes a UCI (precarga) manteniendo a pacientes con alto riesgo en otras unidades especiales (recuperación de anestesia o en Urgencias, postponer traslados de otras UCIs, aplazar procedimientos quirúrgicos de alto riesgo programados, etc); mejorar el funcionamiento de los recursos existentes (inotropismo) disminuyendo la carga asistencial por paciente (prescindir de monitoreo, pruebas

complementarias o procesos diagnósticos sin relevancia inmediata) y acelerar los procesos de alta de la unidad (postcarga) procurando solventar pasos intermedios eludibles (espera de cama en planta, destete postoperatorio precoz, derivación de transeuntes). Estas medidas constituyen una forma de aplicar el concepto utilitarista de lograr mayor beneficio para mayor número de personas.

c) Si a pesar de todas estas medidas queda fuera de la UCI algún paciente crítico, estaría justificada la decisión de triage definido en múltiples protocolos (8,10,11).

La breve historia de los distintos modelos de gravedad que clasifican a pacientes con criterios de ingreso en UCI tiene su punto de origen en 1981 con la publicación del APACHE (12). Desde este, hasta nuestros días, no solo han sido varios los aparecidos, sino que en cada uno ha existido progresiva adaptación y desarrollo para llegar, en algunos, a terceras generaciones. Aún así, si estos hacen un intento de clasificación integral, también han surgido scores especializados, capaces de mensurar parámetros bien definidos en distintas patologías. Si comendamos los resultados obtenidos por todos ellos puede comprobarse que en UCI existe un resultado fácilmente definido que es la muerte, que se da, de forma general, en el 20% de los ingresos, y que son las UCIs, por sus peculiaridades, las que aportan mayores argumentos en el uso de la teoría de la probabilidad como herramienta pronóstica en la toma de decisiones. Algunos proponen la elaboración de guías o recomendaciones útiles para pacientes con patologías de frecuente ingreso, que cumpliría con el deber a informar a pacientes competentes de las posibilidades terapéuticas, a la vez que recogerían información adecuada del proceso evolutivo (2)

A nadie se escapa que la Ética pretende argumentar, sostener y definir la bondad de la conducta, con una estructura que en nuestra cultura es relativamente consistente, pero con sustanciales variaciones en el momento de no solo interpretaciones, sino expresión y aplicaciones personales. Quizá en las unidades, en cierta medida originado en el consumo desmedido de recursos, existe la permanente inquietud de saber que es más o menos correcto. Sin embargo, en la práctica diaria, los médicos no somos conscientes de que los recursos gastados en un paciente se pueden originar a expensas de otros (13). De este modo se abre un aspecto reflexivo en las limitaciones de los sistemas de puntuación de gravedad, basados en teoría de probabilidad, con preguntas referidas a la validez de los mismos para decidir quien recibe el cuidado en un ambiente de recursos limitados, o que sistema, basado en imperativos éticos, proporciona mejor servicio a los pacientes. Los modelos de gravedad, como instrumentos estadísticos, no son perfectos, al no poder incluir los deseos de morir o vivir del paciente, la idiosincrasia de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, la calidad del cuidado, ni las comorbilidades (14). Por esto los médicos debemos integrar toda información posible en la toma de decisiones de importancia vital, modo de asegurar el consentimiento verdaderamente informado del paciente o sus allegados y de adaptar los requerimientos asistenciales (15). Algunos consideran que indicaciones y contraindicaciones se fundamentan en las prioridades hospitalarias, diagnósticos individuales y apoyo en métodos de gravedad (16).

Como vemos en las UCIs se toman decisiones, en un proceso continuo, sobre quién

ingresa (los que más se beneficien), duración de estancia óptima, grados de cuidados y final de la vida. Se ha considerado que los modelos de gravedad podían definir criterios de ingreso y sosten de medidas. Esto se alcanzaría si respondieran a preguntas como: ¿quién ingresa en la última cama?, ¿quien se beneficia más?, ¿existen diagnósticos excluyentes?. A la primera pregunta se describe el "ritual de la última cama" (9), con una posible elección estimada en puntuación objetiva. Sin embargo, el problema fundamental es la falta de adecuación, ya que ningún modelo basado en datos fisiológicos sustenta otros factores determinantes, antes descritos. Sería interesante compartir experiencias en este sentido. La segunda pregunta pasa por amplios estudios que consideraran criterios de ingreso en distintos hospitales, utilizando modelos para ajustar la gravedad, para de este modo desarrollar directrices específicas en la admisión o rechazo de pacientes. En la tercera pregunta, justificar el consumo de recursos se fundamentaría en un indicador de gravedad basado en el estado, adaptado a la enfermedad, en el contexto de un amplio examen evaluativo (17). Las decisiones al final de la vida son los retos antepuestos al inicio o no de medidas extraordinarias ante pacientes con escasas o inexistentes expectativas. La misma, por su trascendencia se fundamenta en la información integral. Testamentos vitales, directrices previas o cualquier otra forma de comunicación fiduciaria deben ser empleadas junto a sistemas de gravedad para dar indicación a paciente o familiares de probabilidad no solo vital, sino de riesgo manifiesto y añadidos a los procedimientos. Priorizar decisiones no es un recurso administrativo sino una herramienta

de trabajo. El ingreso de un paciente en UCI pasa por la indicación realizada por un médico entorno a criterios médicos y extramédicos, que es aceptada por un responsable de la unidad al considerar unas prioridades (terapia exclusiva de UCI, con requerimiento de monitorización y con clínica susceptible de deterioro). Los determinantes del resultado final dependerán en igualdad de términos del paciente (edad, sexo, salud previa) y de la clínica (tratamiento posible, índice de gravedad, diagnóstico y procedencia del ingreso). Lo último permite predefinir las necesidades terapéuticas reales en UCI. La selección actual de ingreso debe dejar paso a la elección, lo que se logra con la evidencia suficiente de la cualidad real de resultados de asistencia (estudio de los reingresos)(2). El proceso en la toma de decisiones ha de hacerse, pues, de forma individualizada, lo que no dispensa de seguir un método de aplicación. Este debe contemplar recogida de información (diagnóstico, pronóstico, consentimiento), identificación de opciones, evaluación de las mismas, consulta a órganos capacitados, ejecución de decisión y evaluación crítica de consecuencias y resultados (22).

Con el paciente ingresado en UCI y considerando limitados los recursos terapéuticos ¿hasta donde se puede prolongar la asistencia? Consideremos el término de futilidad con referente de actuación. La primera dificultad surge en la definición, aunque a pocos escapa su comprensión como medida que nunca logrará el objetivo inicial de beneficio. Una vez considerada futil, se estima que la actitud limitativa de medidas deberá estar asentada en determinadas consideraciones. Muchos autores han profundizado en las mismas, concluyendo en la mayoría que los

factores de índole sociológico en los que el médico desarrolla su actividad, formador de su idiosincrasia, son el mayor condicionante de las actitudes bioéticas adoptadas, a lo que se suma en ámbitos más judicializados, el temor a complicaciones legales (18). A Esteban le sugiere que el estudio de este tipo de decisiones no solo ha de fundamentarse en lo que se haría, sino en lo que se hace (19), y que los cuatro objetivos al limitar el esfuerzo terapéutico serían incrementar la disponibilidad de recursos físicos, limitar el gasto en recursos empleados para prolongar la agonía, evitar la carga familiar pluridimensional y evitar la pérdida de dignidad y de proporciones no solo al paciente, sino al profesional sanitario, orientando todos los esfuerzos a causas posibles. Las líneas de actuación que pueden proponerse en la adopción de medidas terapéuticas limitadas son tantas como profesionales con capacidad de tomarlas. Decidir de forma colegiada y unánime, comunicación permanente con la familia, estudio de casos concretos en órganos consultivos y continuo registro de contingencias que hagan dinámica la decisión son las recomendaciones.

Si profundizamos en lo ya añadido al principio, referido a retirada o no inicio de soporte vital, entendiendo como tal las prácticas para sustituir una función fisiológica mientras que la carencia de la misma lo haga incompatible con la vida, al pretender cumplir el axioma, se demuestra que son fútiles en pacientes terminales o irreversibles. Y la primera aproximación debe distinguir que vida estamos manteniendo. Esta tiene un componente fisiológico añadido al humano, para el que se orienta el sentido de la proporcionalidad entre beneficio y carga de la asistencia; en suma, futilidad fisiológica en

futilidad de proporcionalidad. Younger (20) considera que el soporte vital ha de cumplir un objetivo fisiológico, prolongar la vida, influir en la calidad de esta y lograrlo en el mínimo tiempo. Para Brody (21) la categorización del soporte vital se realiza en cuatro niveles de actuación: fisiológica, pérdida de función para obtener un beneficio general, consecuencias adversas inadmisibles para obtener beneficio, futilidad terapéutica que el paciente reclama. Lo razonable es iniciar soporte cuando la situación suponga duda, reconsiderar en forma y momento oportunos medidas y pronóstico, y saber siempre que nuestra actuación se dirige al beneficio de un ser autónomo y con capacidad de decisión, que jamás admitirá prolongar el acto de morir. La decisión en paciente privado de autonomía tendrá carácter subrogado.

El verdadero límite de la terapia médica lo constituye el momento del fallecimiento. Hasta ese instante puede adecuarse la intensidad de medidas a las condiciones de la enfermedad, considerando la dignidad de su persona y el ánimo de sus familiares. Cuando la adecuación se extingue logramos el dintel de la distanasia. Creemos que los criterios objetivos del juicio de proporcionalidad se recogen en determinar la eficacia científico-técnica y evitar un perjuicio físico, moral y psicológico. Nuestra labor pasa por adecuar el entorno para facilitar primariamente un alivio y posterior curación si es posible. La necesaria adecuación llevaría a distinguir con mayor propiedad entre medidas proporcionadas y no proporcionadas (a fuer del desideratum ordinario-extraordinario) que siempre se verán refrendadas en criterios pronósticos, clínicos y paraclínicos, accesibles en el estado actual de la ciencia, descri-

tos por la bibliografía más reciente. Heidegger (23) considera que la vida biológica no es jamás sinónimo de vida humana, pues aquí priman la consciencia del yo y un conocimiento certero de lo que se tiene por delante. Un paciente considerado terminal tiene derecho a hacer valer su autonomía (por cualquier medio), a consentir respecto a procedimientos de toda índole y sobre todo a ver respetada su dignidad humana. La aplicación de medidas no proporcionadas (extraordinarias) con el argumento de que si no así el paciente morirá es una actitud paternalista consecvente a no aceptar la muerte como un final o solución medicamente aceptable. El valor de la vida de un individuo no es infinito, ya que de ser así, justificaría cualquier gasto. Villar (3) argumenta que "debemos aprender a dejar de perseguir la inmortalidad, ya que ofertarlo todo en toda ocasión es ética y económicamente inaceptable a las vez que esta derritiendo las alas de muchos intensivistas".

Para concluir añadiría una serie de reflexiones. Se ha descrito la ausencia de marcadores pronósticos para casos individualizados en la toma de decisiones, las cuales en ocasiones no estamos convencidos a tomar. En ocasiones la autonomía del paciente puede llevar a contravenir lo decidido, con lo que la escala de valores presenta un motivo más de quebranto. Y más aún, existe la duda en muchos que la economía deba ser incluida en el debate ético. Como indica Manzano (18) el problema radica en quien decide que nivel de atención. Este no solo se basará en argumentos científicos, también lo hará en sociológicos y humanos, contando con la consideración informada del paciente. El desacuerdo del paciente indica una mala planificación de

objetivos, que solo deberán litigarse cuando todas las posibilidades se extingan, salvando siempre la integridad moral de paciente y médico que podrá rechazar la atención cuando esta sea depositada en otro médico. El concepto de justicia distributiva y reparto equitativo de recursos fundamentan la bioética.

Bibliografía consultada

- 1.- LOPEZ MORENO A. Bioética para Juristas. Cuadernos de Bioética. 1995; 22, 2: 211-222.
- 2.- ABIZANDA R. Selección frente a elección. Política de ingresos y altas en Unidades de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva 1991; 15: 322-328.
- 3.- VILLAR J. ¿Por qué deben racionalizarse los cuidados intensivos?. Medicina Intensiva 1993; 17: 5-8
- 4.- WILLIAMS A. Health economics: the end of clinical freedom ?. British Medical Journal 1988; 297(6657): 1183-1186.
- 5.- SANMARTÍN - MONZO JL. Limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos: las fronteras de la ventilación mecánica. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1995.
- 6.- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. Crit Care Med 1994; 22: 358-362.
- 7.- WILLIAMS A. Cost - effectiveness analysis: is it ethical?. Journal of Medical Ethics 1992; 18(1): 7-11.
- 8.- SWENSON MD. Scarcity in the Intensive Care Unit: principles of justice for rationing ICU beds. Am J Med 1992; 92: 551-555.
- 9.- TERES D. Civilian triage in the intensive care unit: the ritual of the last bed. Crit care Med 1993; 21: 598-606.
- 10.- TAGGE GF, ALDER D, BRYAN - BROWN EW et al. Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. Crit Care Med 1974; 2: 61-63.
- 11.- GRENVIC A, POWNER DJ, SNYDER JV et al. Cessation of therapy in terminal illness and brain death. Crit Care Med 1978; 6: 284-291.
- 12.- KNAUS WA, ZIMMERMAN JE, WAGNER DP, DRAPER EA, LAWRENCE DE. APACHE - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation: a physiologically based classification system. Crit Care Med 1981; 9: 591-597.
- 13.- MARRARO G. Choices that have to be made by a doctor. Int J of Clin Monit & Computing. 1993; 10(3): 163-166.
- 14.- TERES D, LEMESHOW D. Why severity models should be used with caution. Crit Care Clinics. 1994; 10(1): 93-110.
- 15.- MURRAY L, TEASDALE G, MURRAY G et al. Does prediction of outcome alter patient management ?. The Lancet 1993; 341: 1487-1491.
- 16.- NIKKI P. Indicaciones y contraindicaciones de los Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva 1991; 15: 309-312.
- 17.- Le GALL JR, LEMESHOW S, LELEU G et al. Customized probability models for early severe sepsis in adult intensive care patients. JAMA 1995; 273: 644-650.
- 18.- MANZANO JL. Limitación de tratamiento a pacientes críticos. Med Clin (Barc) 1994; 102: 540-542.
- 19.- CABALLERO J, ESTEBAN A. Limitación de esfuerzo terapéutico. Ética y costes en Medicina Intensiva. Springer. Barcelona. 1996.
- 20.- YOUNGER SJ. Who defines futility ? JAMA 1988; 260: 2094-2095.
- 21.- BRODY H. The Appleton International Conference: developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. J Med Ethics 1992; 18 (S): 3-22.
- 22.- ABIZANDA CAMPOS R, MIRAVET SILVESTRE V, HERAS JAVIERRE A y col. Ética y soporte nutricional. Med Intensiva 1994; 18: 460-464.
- 23.- HEIDEGGER M. El ser y el tiempo. México, FCE, 1951.