

# ETICA

## LIMITACIÓN DEL ESFUERZO

### TERAPEUTICO

Dra. Susana Mendoza O.

En los últimos años, la medicina ha logrado un gran desarrollo, tanto científico como tecnológico; para el tratamiento de enfermedades o malformaciones que previamente no se hacían. La Neonatología, ha sido una de las ramas, que más se ha desarrollado, con la sobrevida de niños prematuros que hasta hace poco tiempo fallecían, o el manejo de enfermedades graves o malformaciones que en épocas pasadas, no se trataban.

Actualmente los Cuidados Intensivos Neonatales permiten la supervivencia de niños a partir de las 23 semanas de edad gestacional o con peso mayor 500 gramos; o niños con algunas malformaciones; niños que presentan problemas de salud graves y crónicos, muchos de ellos, con secuelas graves, lo que nos lleva a enfrentarnos a dilemas éticos, que requieren de reflexiones de tipo bioético, con la interconexión entre diferentes factores: científicos, médicos, jurídicos, filosóficos, educacionales, psicológicos, sociales y humanísticos.

De esta forma, nace la Bioética; disciplina nueva, que permite; explicar las relaciones entre los hombres y su entorno, reflexionar sobre nuestra evolución y los valores. Es llamada "puente" entre las ciencias de la vida y la ética o filosofía de los valores. La bioética, nos permite tomar decisiones ante una diversidad de conflictos morales. Lo que nos lleva a plantear soluciones a los dilemas en salud, manteniendo un equilibrio en lo individual y lo colectivo, la prevención y preservación de la salud, lograr la sobrevida a corto o largo plazo, ofreciendo una razonable calidad de vida; aliviar el dolor y sufrimiento, sin olvidar los valores, los derechos y expectativas de los neonatos y sus familias.

Entonces surge el término: Limitación del Esfuerzo Terapéutico, (LET). Existen múltiples definiciones de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, pero todos coinciden en la acción de retirar (withdraw) o no iniciar (withhold) un determinado tratamiento o medidas terapéuticas de soporte vital, que no generen beneficio al paciente, en situaciones en las que él puede o no puede decidir por sí mismo. Dicho de otra forma, el equipo de salud es quién llega a la conclusión, razonada, fundamentada y en lo posible consensuada, sobre la inutilidad de las acciones terapéuticas, que en opinión del mismo equipo, solo están retardando artificialmente una muerte inevitable. La LET "permite" la muerte del enfermo y no la acción del profesional.

**La LET, se basa en los siguientes principios éticos:**

1. No maleficencia: evitar o mantener o iniciar un tratamiento cuando es desproporcionado y no abandonar al paciente ni a la familia en proceso de muerte.
2. Beneficencia: ajustarse al conocimiento de la medicina basada en la evidencia, asegurar los cuidados imprescindibles y someterse al consenso del equipo asistencial.
3. Autonomía: decisión de los padres o representantes legales tras ser informados por el médico responsable, con el uso del consentimiento informado como garantía del proceso del consenso; en caso de no existir acuerdo se debe consultar al Comité de Ética Asistencial, de cada Hospital.
4. Justicia: uso eficiente de los recursos disponibles, reevaluación de los tratamientos y registro de la historia clínica para el conocimiento de todo el equipo de salud que atiende a este paciente.

A pesar que la LET es una práctica frecuente, no existe un consenso explícito en la forma de tomar las decisiones, cuál es su fundamento, en relación a: bases éticas, legales, técnicas, quiénes participan en las decisiones, grado de información y participación del paciente o familiar y cómo se lleva a la práctica. Lo que si queda claro es que, una vez tomada la decisión de LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y aplicar los cuidados paliativos que sean necesarios.

Pues bien, existen algunas recomendaciones, de las que se pueden resumir los siguientes criterios:

1. La neonatología se fundamenta en la defensa y promoción de la salud de los neonatos, tomando como base los conocimientos médicos y con el reconocimiento de la dignidad humana de todo recién nacido; quién debe ser atendido, independiente de la edad gestacional o estado clínico.
2. El equipo médico, debe ser responsable al considerar las posibles terapias, evitando la obstinación terapéutica y por otro lado negarse a un tratamiento para no asumir las secuelas posteriores.
3. Se considera un acto moral y legítimo desde el punto de vista ético, cuestionarse el inicio o el mantenimiento de un tratamiento en aquellos casos en los que la acción médica sea desproporcionada en relación al resultado, que se pueda obtener en bien del paciente.
4. Los criterios para plantear la LET, se basan en defender los mejores intereses del niño, en función de su calidad de vida futura, (considerando especialmente la capacidad de vida cognitiva y la capacidad de comunicación). Mientras no se tenga clara, esta situación, hay que actuar en favor del niño con todos los medios disponibles.
5. Al hablar del recién nacido de riesgo, no nos referimos a una vida con déficit y una vida normal, sino a una vida con déficit y la ausencia de vida. Es decir la posibilidad de una vida "feliz" a pesar de cierto grado de déficit. La prematuridad incluye algún riesgo de secuelas, lo que no constituye un criterio para no iniciar una terapia determinada.
6. Al tomar una decisión de este tipo, en el período neonatal, es necesario establecer un pronóstico, para lo que se usarán dos criterios: a) Un criterio estadístico, en base a los resultados de morbilidad del propio centro, (en relación especialmente a la prematuridad) y b) Un criterio individualizado, (para los demás casos o en los casos

dudosos en relación a edad gestacional), basado en la opinión del equipo neonatal del servicio con la colaboración de otros especialistas relacionados con el caso.

7. En relación a la decisión de interrumpir una terapia iniciada, resulta más conflictiva que la de no iniciarla, pero las dos opciones son éticamente correctas. En los casos que existe alguna duda, es siempre preferible instaurar el tratamiento, hasta tener más antecedentes e información, para junto con la familia tomar una decisión.
8. En forma general, se considera a los padres, como las más idóneos para tomar decisiones en nombre de sus hijos. Sin embargo, su incapacidad para entender o analizar el pronóstico, la inestabilidad emocional, o la existencia de intereses en conflicto; muchas veces puede llevar a que la decisión recaiga sobre el equipo médico.
9. El equipo de enfermería, será el que proporcione los cuidados básicos del RN y su familia, independiente de la decisión que se tome. De igual forma, este equipo debe tener una participación activa en la toma de las decisiones.
10. Se intentará de todas las formas que la decisión que se adopte sea en común acuerdo entre padres y equipo médico, evitando a los padres, la sensación de responsabilidad, culpabilidad o de imposición de una decisión. Para lo cual el equipo médico y asistencial, debe proporcionar toda la información y el tiempo necesario para explicar a los padres y aclarar sus dudas, en un ambiente de respeto, honestidad, comprensión e incluso afecto; evitando posturas de superioridad o paternalismo. Sólo así se podrá alcanzar el grado de confianza suficiente.
11. En caso de no llegar a un acuerdo entre el equipo médico y los padres, debe recurrirse a solicitar la opinión del Comité de Ética del propio hospital. Opinión que debe quedar registrada en la ficha clínica del RN, en forma clara, para conocimiento de todo el personal médico y sanitario que atenderá a este paciente.
12. En los casos de discrepancia irresoluble entre la opinión del equipo médico y los padres, especialmente cuando se vulnera los intereses del recién nacido, es el equipo médico quién debe actuar como defensor de los mismos e iniciar los recursos disponibles a su alcance para defenderlos.
13. En el caso de que decida la abstención terapéutica, el equipo asistencial debe seguir atendiendo a este recién nacido y su familia. Evitar todo sufrimiento físico mediante analgesia y sedación adecuadas, brindar apoyo psicológico y humano a la familia, con la ayuda del Equipo de Chile Crece; facilitar el contacto de la familia con su hijo y permitir una muerte digna.
14. En los casos de abstención terapéutica, es factible replantearse la decisión adoptada, en caso de que la evolución no sea la esperada; siempre con la comunicación e información adecuada y en acuerdo con la familia. Se puede revertir la decisión.

## Bibliografía:

1. Canteros, J, et al... (2007). Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Revista Chilena de Medicina Intensiva, 22, 93-96.
2. Valenzuela, O. et al. (2013). Cuidados paliativos y limitación Del esfuerzo terapéutico en recién nacidos de extremadamente bajo peso. Boletín SPAQ, 7, 18-28.
3. Ameneros, E. et al. (2008). Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones. Medicina Paliativa, 13, 174-177.
4. R. Jiménez González, V. Molina Morales. Asesores: F. Abel y C. Tejedor. (2008). Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Bases éticas en Neonatología , 54, 519-521.
5. Hernando, P, et al. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o también enfermos. Aan. Sist. Sanit navar, 30, 129-135