

# ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

**DIEGO SEVERICHE HERNÁNDEZ**

Médico Neumólogo  
Profesor Universidad de La Sabana

Los recientes progresos de la ciencia repercuten de manera creciente en la práctica médica, en particular en lo que se refiere al cuidado de los enfermos graves y moribundos. Las técnicas de reanimación permiten que muchos se recuperen prodigiosa y totalmente, pero también con frecuencia condenan a otros tratamientos, que más que la vida, lo que prolongan es la agonía.

El tema que les voy a comentar a continuación está basado en una recopilación de la literatura ética y médica del momento; los conceptos emitidos se basan en las opiniones y recomendaciones de autores muy respetados en el ámbito mundial. Me parece de suma importancia, antes de entrar de lleno al tema que nos ocupa, hacer una recapitulación sobre dos aspectos que están íntimamente ligados: el concepto de persona y la muerte. Porque cualquier accionar médico debe tener como base el hecho de que a quien atendemos es un ser humano, una persona, y que como tal, por ley divina, un día tiene que enfrentar la muerte.

Todo ser humano es persona. Persona significa el ser único y sin igual de cada hombre concreto. Decir persona es nombrar a un individuo exclusivo, a alguien característico, sin doble en toda la historia, alguien peculiar y típico. Más poéticamente, podría decirse que la persona es cada hombre, ese ser irrepetible surcando el mar de la vida, en calma o con tempestades, hasta un puerto inalcanzable: la perfección de sí mismo.

El ser humano es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio. En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto. Así, la dignidad personal se refiere a la propiedad de un

ser que es fin en sí mismo por antonomasia, es decir, que el valor de la persona no es relativo al sujeto que la valora; en consecuencia, el profesional sanitario debe tener la sensibilidad suficiente para ver en el paciente algo sagrado, inviolable y respetable en todo, aun por quienes tienen posiciones morales diferentes.

Así, el enfermo agonizante en su lecho, que necesita cuidado sin ofrecer nada a cambio, que necesita consuelo en el trance de muerte, es persona, y es la razón de nuestro ejercicio profesional.

Muchos de nosotros aún cerramos los ojos ante la realidad de morir, y optamos por ser inmortales. Así vivimos y con frecuencia así morimos, con los ojos cerrados, inconscientes de la realidad de la muerte, siendo la nuestra una cultura negadora de la muerte. Y es que saberse capaz de experimentar dolor, aceptarse y quererse en los malos momentos, abre una puerta a la esperanza, a la reparación, a la posibilidad que tenemos los humanos de reconstruirnos después de la catástrofe.

Tratar de excluir las experiencias dolorosas de nuestro vivir, equivaldría a tener días eternos, inacabables, sin el contraste y el valor que les da la noche y la oscuridad. Así como existen momentos propicios para amar, disfrutar, sentir regocijo, compartir, luchar, reír y gozar, también los hay para vivir el silencio, la tristeza y la soledad.

Aceptar nuestra condición de mortales y vivir de conformidad con ello implica, entonces, reconocer como inevitables estos momentos de la vida, y admitir como propios también los sentimientos profundos de despojo y de pérdida, es aceptar la vulnerabilidad inherente al ser humano.

El término de la vida no es solo un proceso biológico, que acontece al organismo que el hombre es, sino algo respecto de lo cual el hombre adopta una postura y desarrolla una conducta. Morir como hombre significa agotar totalmente en la última fase de la vida las posibilidades de desarrollo que a cada uno nos ofrece la vida. La vida humana no puede ser vivida a espaldas de la muerte, pues hay una conexión real entre ellas, ya que la existencia humana es justamente una existencia mortal. Hay que aprender a desarrollar una actitud en la cual uno ama la vida y enfrenta la muerte.

En una encuesta reciente, el colombiano promedio no piensa en el tema de la muerte, ni le dedica tiempo, por lo cual sus opiniones y actitudes al

respecto son contradictorias, inconsistentes y superficiales. La mayoría de las personas ignoran sus derechos y deberes en lo tocante al morir, así como las características y circunstancias de un morir natural y digno, es decir, informado, en casa o en el lugar elegido, con familiares que lo cuiden con dedicación, sin dolor, y con asistencia emocional y espiritual.

Hoy las cosas son diferentes, y la muerte no ocurre cuando naturalmente debiera. La ciencia dispone de recursos médicos que pueden dilatarla meses o años, manteniendo al paciente vivo biológicamente, pero sin capacidad de vivir a plenitud. Cada organismo o sistema que falle puede ser reemplazado para no dejar morir a la persona.

Es cierto que los médicos no son responsables de la muerte, pero sí de las circunstancias a través de las cuales ella se presenta. Es importante que, como médicos, adquiramos conciencia de nuestra propia muerte, para poder ayudar a morir de una forma más humana. Si defendemos la calidad de la vida, también con la misma fuerza y orientación defenderemos la calidad humana de la muerte. Así, pues, de la misma manera como la necesidad de autonomía de los seres humanos nos lleva a hacernos cargo de nuestra vida, deberíamos hacernos cargo de nuestra muerte, y más precisamente de nuestro morir.

Habría entonces dos maneras de evitar la hora de la muerte: una consistente en intentar retrasarla más o menos obstinadamente, otra en resignarse y adelantarla. Por lo tanto, el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia constituyen dos soluciones simétricas, pero igualmente excesivas, siendo dos maneras de expropiar a alguien de su propia muerte.

Respetar la verdad de la persona en el momento de la vida naciente, quiere decir respetar a Dios, que crea, y a la persona humana tal como Él la crea; y respetar al hombre en su fase final, quiere decir respetar el encuentro del hombre con Dios, su regreso al creador, excluyendo cualquier poder por parte del hombre, tanto de anticipar esta muerte (eutanasia), como el poder de impedir este encuentro con una forma de tiranía biológica (encarnizamiento terapéutico).

La medicina es una profesión curativa. Lo médicos deben descubrir la enfermedad, tratarla y eliminarla; así que, por definición, sus esfuerzos están

orientados a ayudar a las personas a vivir más y a funcionar mejor. Este enfoque de la práctica médica es casi una visión de túnel a favor de curar a cualquier costo, de luchar sin cuartel por la vida, sin importar sus circunstancias ni su calidad. Sin proponérselo, ha ido dejando a un lado un enfoque más claro y amplio, que incluya la atención médica y humana adecuada para el paciente en trance de morir. Cuando el propósito de la medicina se define solamente en términos de curar y prolongar la vida, no hay directrices para asistir al moribundo.

En nuestra época, la muerte ya no se considera un proceso natural e inevitable, sino que debe combatirse con todas las armas de la biotecnología. De hecho, en la formación médica universitaria, el morir es el tema más olvidado. Durante la carrera, el estudiante de medicina va orientado precisamente a erradicar, a vencer la muerte como un enemigo. Dejar morir en paz cuando el momento ha llegado se considera la peor de las derrotas. Aun la muerte inevitable de un paciente representa una amenaza y un fracaso, y el deseo de impedirlo lleva al médico, en muchas ocasiones, a recomendar al paciente y a su familia nuevos procedimientos, sabiendo que son inútiles para el caso. Todo esto para encubrir su incapacidad de admitir la derrota, de aceptar la muerte, y de cambiar con humanidad y humildad el rumbo de sus intervenciones, para pasar de curar al paciente a aliviarlo, y preparar a la familia para el final.

En mi opinión, los conceptos de terapia fútil y encarnizamiento terapéutico son similares, en el sentido de que ambos llevan implícito un accionar médico equívoco, donde el objetivo es luchar contra la muerte. Por esta razón, en esta disertación se tratarán en conjunto.

En la práctica médica son innumerables los casos en donde se han realizado esfuerzos inútiles, no justificados, con altos costos económicos, físicos y emocionales para el paciente y su familia, tan solo para postergar la muerte un día o unas horas más, sin tener en cuenta su calidad.

Una acción que no pueda cumplir su objetivo final es fútil. Sin embargo, una acción puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside en el análisis del objetivo, más que en las características de su propia naturaleza. El estudio de la futilidad médica se plantea en este tiempo

por la incorporación masiva de innumerables recursos tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos, y por el desconocimiento pleno del principio de autonomía, que confiere al paciente la decisión de su aplicabilidad en cada caso.

Interesa primordialmente encuadrar el concepto de futilidad médica en el marco del principio de beneficencia, donde los actos médicos siempre estuvieron destinados a lograr el bienestar del paciente. En la actualidad, la beneficencia comprende, además y fundamentalmente, aquello que la persona o el paciente cree que es lo mejor para él mismo. En igual sentido, el efecto de una acción médica se refiere exclusivamente a los resultados que se limitan al órgano o la función que se pretende restaurar o reemplazar, y el beneficio implicaría las consecuencias de la misma respecto al conjunto del organismo evaluado como un todo.

Los aspectos probabilísticos sobre el efecto y beneficio de una determinada acción médica inducen a una valoración cuantitativa de la futilidad, que implica conocer aproximadamente su porcentaje de éxito posible. El promedio de resultados por encima o debajo del cual se considera pertinente una acción, dependerá de si los objetivos se plantean por el médico, el paciente, el administrador, el economista o la política sanitaria. La llamada futilidad cualitativa reconoce implícitamente aceptar una valoración subjetiva única y propia de cada uno respecto a la calidad de vida deseable. De tal manera que el concepto de futilidad implicaría siempre una consideración valorativa global de una acción, respecto del objetivo final del tratamiento y no de su acción puntual.

Siempre resultará posible efectuar un acto médico más en el transcurso de una enfermedad, cualquiera que sea su evolución o pronóstico. Que un acto médico sea posible no significa que sea deseable, y mucho menos razonable. La posibilidad indica solo que es factible; en cambio, la razonabilidad implica la consideración de su racionalidad y su condición de no excesivo. El concepto de razonabilidad integra el significado preciso del término futilidad y no lo sustituye. Un acto médico será fútil si, aunque posible, no se considera razonable su aplicación en un caso particular.

Así, pues, la toma de decisiones puede corresponder básicamente a dos situaciones. Cuánto tiempo debe continuar un tratamiento que no de-

muestra la efectividad esperada, a pesar de su correcta ejecución en un paciente crítico (futilidad en proceso), y cuándo no debiera comenzar una acción que en circunstancias similares no ha demostrado eficacia (futilidad según pronóstico). Una tercera situación sería en la que la realización de una acción debe atender a los resultados, cuando a pesar de ser técnicamente correcta, existen dudas sobre el tipo de vida resultante.

El debate también puede darse del modo como se conceptúe la actividad clínica del médico. Por un lado, el pensamiento determinista considera que la etiología es siempre una causa específica, y que precisamente porque está dotada de especificidad produce un cuadro morboso también específico; y del mismo modo, una terapia es también específica cuando anula la citada causa y, por lo tanto, restaura específicamente el estado de salud. Por desgracia, muchos médicos hoy en día siguen pensando así, y esto tiene consecuencias éticas.

Una primera y fundamental, en todos los temas relacionados con el final de la vida y con la muerte, es que consideran que las decisiones sobre la vida y la muerte han de ser tomadas en condiciones de certeza, y cualquier cosa menor que ella resulta inasumible, por inmoral. Cuando está en juego la vida de las personas, la certeza ha de ser condición irrenunciable. Por lo tanto, hay que seguir por la vida hasta que se produzca la certidumbre de la muerte. Pero esto parte de un error lógico. El determinismo es imposible en el orden de las realidades empíricas. Nuestro conocimiento de la realidad empírica es siempre y por necesidad aproximativo, probable, en el mejor de los casos asintótico con la realidad, pero nada más. Esto no es un problema de ignorancia vencible, sino la condición inherente al conocimiento humano. Todo conocimiento humano de base empírica es así, y el conocimiento clínico también.

A pesar de que el clínico trate con vidas humanas, y que por ello en sus manos esté lo más preciado que poseen las personas, ni puede manejar certezas, ni se le puede pedir ese grado de seguridad en sus decisiones. Las decisiones médicas son siempre por necesidad probables, nunca ciertas. La pregunta que surge es: ¿cuál ha de ser el índice de error, o cuál debe ser la probabilidad exigible a una decisión en que se halle en juego la vida de una persona?

Se trata entonces de una cuestión prudencial, es decir, la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. La prudencia exige redu-

cir la probabilidad de error a límites ínfimos, cuando está en juego la vida de las personas, pero no anular completamente esta probabilidad, ya que ello llevaría a una búsqueda obsesiva de la certeza, que además de imposible retrasaría la toma de decisiones, haciéndola por ello imprudente.

La incertidumbre, pues, debe reducirse a un mínimo, en el caso de decisiones en que está en juego la vida, pero a un mínimo prudencial, no absoluto. El problema de muchos médicos es que siguen empeñados en tomar decisiones en condiciones de absoluta certeza, o de mínimos absolutos, con lo cual difieren indefinidamente la toma de decisiones y, en consecuencia, actúan de manera imprudente. Esto es lo que se conoce en la literatura con los nombres de encarnizamiento terapéutico, terapia fútil, etc. El problema está en determinar el límite prudencial en las decisiones que ponen en juego la vida de las personas.

El examen del tema adquiere su real dimensión cuando se analiza desde el paciente, a quien se reconoce actualmente como el que debe decidir si es fútil o no una acción médica determinada, en el ejercicio pleno del principio de autonomía. El derecho de preferencia del paciente lo lleva a examinar el problema de calidad de vida resultante desde la enfermedad (el paciente) y no desde la salud (el médico o terceros). El problema que realmente se plantea en este punto es si el paciente está en condiciones de decidir por su situación personal (competencia), y si la eventualidad médica ha dado tiempo para la toma de decisiones (enfermedad aguda o crónica).

Es claro que los responsables de la decisión médica son, a títulos diversos, el médico, el paciente y su familia. Cuando entre estos tres actores no existe discrepancia, el problema no se plantea. Sin embargo, debe recordarse que los deberes del médico se dirigen primariamente hacia el paciente y no hacia la familia. La experiencia clínica también sugiere que la familia solicita tratamientos agresivos, por sentimientos de temor y angustia, y muy frecuentemente por sentimientos de culpabilidad.

En la toma de decisiones se deben tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales, que son: los principios de autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia. Así, toda decisión debe orientarse a hacer el bien al paciente. Permitir, no procurar, la muerte a quien lo desea o a quien padece inevita-

bles dolores y sufrimiento, es hacer el bien y es éticamente correcto. Aquellos cuya vida está disminuida o debilitada, tienen derecho a un respeto especial. La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados, puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el encamizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte, se acepta meramente no poder impedirla. El empleo indiscriminado de las opciones, en aquellos casos en que de antemano se sabe que no se podrá obtener ningún beneficio, es censurable e incorrecto éticamente.

Las decisiones rara vez están entre blanco y negro. Generalmente se ubican en algún punto de una extensa gama de grises, y para acertar se requiere inteligencia, conocimiento, tacto, empatía, respeto por la dignidad humana y por la autonomía del enfermo y del médico, además de una buena dosis de compasión y sensibilidad.

No abandonar a un paciente debería ser el compromiso ético más importante de un médico. Consiste en acompañarlo en el trayecto de su enfermedad. La esperanza del paciente es contar al final de su vida con un médico amigo, con un profesional humano, que consciente de nuestra condición de seres mortales, nos permita morir en su compañía, con los síntomas aliviados y respetando nuestra autonomía.

Ante la inminencia de una muerte inevitable y a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que solo generan una prolongación precaria y penosa de la existencia. Por esto el médico no debe tener motivos de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro. Hoy en día hay que proteger la dignidad humana en el momento de la muerte contra el tecnicismo, que corre el riesgo de ser abusivo.

Importancia especial merece el tema de las relaciones entre el concepto de eutanasia y el de futilidad. Existe la tendencia a mezclar ambos, con la idea de que todo procedimiento que interrumpe medidas de soporte vital es, sin más, eutanásico. Pero esto no es cierto. Por eutanasia se entiende hoy la actuación en el cuerpo de un paciente, a petición expresa de este, sus familiares o por iniciativa del médico, con intención de poner fin a su vida. En la eutanasia se quitan o ponen procedimientos útiles, en tanto que la futilidad versa sobre la cuestión de tratamientos inútiles.

## Bibliografía

- Arenas López, A. y colaboradores. *¿Se deshumaniza la muerte en el hospital?* Cuadernos de Bioética, 1998.
- Balfour, Lynn I. Futility and death in pediatric medical intensive care. *J. of Medical Ethics*, 22: 279-281, 1996.
- Bone, R. et al. Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. *Chest*, 97, 4, 1990.
- Campbell, A. G. Prolonging life and allowing death: infants. *J. of Medical Ethics*, 21: 339-344, 1995.
- Delia Medina, Carmen y colaboradores. *La vejez y la dignidad de la muerte*. Cuadernos de Bioética, 1994.
- Fonnegra de Jaramillo, Isa. *De cara a la muerte*. Intermedio Editores, Santafé de Bogotá. 1999.
- Gillon, R. Withholding and withdrawing life –prolonging treatment– moral implications of a thought experiment. *J. of Medical Ethics* 20: 203 -204, 1994.
- Gillon, R. ¿Futility, too ambiguous and pejorative a term? *J. of Medical Ethics*, 23: 339-340, 1997.
- Gherardi, C. *Reflexiones sobre la futilidad médica*. Perspectivas Bioéticas de las Américas, número 6, 1998.
- Gutiérrez Martí, M. *Problemas éticos en unidades de cuidados intensivos. ¿Cuál es el precio de la alta tecnología?* Cuadernos de Bioética, 1994.
- Iceta G., Mario. *Las exigencias de la medicina paliativa*. Cuadernos de Bioética, 1998.
- Koch, K. *The language of death: Euthanatos et mors*. Critical Care Clinics, vol. 12, núm. 1, 1996.

DIEGO SEVERICHE HERNÁNDEZ

- Lavados, M. y Serani, A. *Regulación ética de la acción médica y limitación de tratamiento. Ética clínica. Fundamentos y aplicaciones.* Edit. Universidad Católica de Chile, 1993.
- Malherbe, J. F. *Hacia una ética de la medicina.* Edit. San Pablo, 1993.
- Pérez Melero, A. *Mantenimiento de las técnicas de soporte vital en cuidados intensivos. ¿Deben ponerse límites?* Cuadernos de Bioética, 1998.
- Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética general.* Edit. Rialp, Madrid, 1997.
- Salvo Callen, L. y colaboradores. *El papel del médico ante el moribundo.* Cuadernos de Bioética, 1994.
- Sgreccia, E. *Manual de Bioética.* Edit. Diana, México, 1996.
- Vega, J. y colaboradores. *Sentido de la muerte y atención al paciente terminal.* Cuadernos de Bioética, 1994.
- Edward, J. et al. Initiating and withdrawing life support. Principles and practice in adult medicine. *The N. England J.*, vol. 318: 25-30, 1988.
- Vidal, Marciano. *Cuestiones actuales de Bioética.* Edit. Eidos, Costa Rica, 1998.
- Youngner, S. *Medical futility.* Critical Care Clinics, vol. 12, núm. 1, 1996.