

Intervención de enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos

Autor: Alvarez Garcia, Cristina (Graduada en Enfermería, Enfermera).

Público: Profesionales de la Salud. **Materia:** Salud. **Idioma:** Español.

Título: Intervención de enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Resumen

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) consiste en la no aplicación de medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica en pacientes con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida consiguiendo bienestar cuando se conoce que la no implantación o la retirada de terapéuticas no conllevarán beneficios. Las situaciones en las que se prolonga la vida con tratamientos no inocuos que producen daños mayores al beneficio, producen conflictos éticos para los profesionales sanitarios. Conocer los criterios determinantes de pacientes susceptibles de LET y las variables influyentes en la toma de decisiones tendrá aplicabilidad asistencial repercutiendo en la calidad de los cuidados.

Palabras clave: Limitación del esfuerzo terapéutico, LET, Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería, Bioética.

Title: Nursing intervention in the limitation of therapeutic effort in Intensive Care Units.

Abstract

The limitation of therapeutic effort (LTE) consist in the no application of disproportionate measures for therapeutic purposes in patients with bad life prognosis and/or low life quality getting well-being when to no initiate or to withdraw therapeutics will bring no benefits is known. Those situations where life is sustained with not safe treatments that cause damages bigger than benefits, provided ethical conflicts to the health professionals. To know the determining factors of patients susceptible of LTE and the most influential variables in the decision making process will have assistance applicability with care quality impact.

Keywords: Limitation of therapeutic effort, LTE, Intensive Care Unit, Nursing, Bioethics.

Recibido 2018-07-04; Aceptado 2018-07-10; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098024

1. INTRODUCCIÓN

La medicina ha avanzado tanto a lo largo del tiempo, especialmente en las últimas décadas, que hace que tengamos la sensación de que todo es posible. Incluso se investiga la posibilidad de revertir el envejecimiento.

Esta sensación de que todo se puede conseguir a nivel de salud, se da cada vez con más frecuencia, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que cuentan con unas tecnologías y unos medios que propician la supervivencia de pacientes en unas condiciones de vida cuestionables ¹

Esto plantea en ocasiones situaciones que ponen en conflicto los principios éticos y los valores morales de los profesionales ya que se da una prolongación de la vida con tratamientos que no son inocuos y producen daños que a veces superan el beneficio y que van en contra de los principios fundamentales de la bioética. (principalmente beneficencia y no maleficencia) ²

Es por ello que surge el término de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET).

Ya en 1976 se dio el caso de Karen Quinlan ³, la primera sentencia acerca de la legalidad de la suspensión del tratamiento en un paciente adulto en estado vegetativo persistente.

1.1 MARCO TEÓRICO

Debemos primeramente definir el concepto de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y consiste en la no aplicación de medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal

pronóstico vital y/o mala calidad de vida. En este concepto, se dan algunos autores que difieren del mismo ya que, una vez se toma la decisión de limitar algún soporte vital esto no implica que el esfuerzo finalice.

Existen varias formas de LET:

- 1) Limitación del ingreso en UCI
- 2) Limitación de inicio de determinadas medidas
- 3) Retirada de medidas una vez están instauradas.

Consiste fundamentalmente en aplicar medidas para conseguir el bienestar y alivio cuando no se puede curar, una vez se conoce que la no implantación o la retirada de terapéuticas médicas no conllevarán ningún beneficio para el paciente.

En esta decisión desempeña un papel importante las actividades éticas.

a) Futilidad y Obstinación Terapéutica.

Son dos términos muy relacionados entre sí.

No todo lo técnicamente posible es éticamente correcto. Es aquí donde subyacen otros conceptos como la "*obstinación terapéutica*", entendiéndose como tal a la situación en la que a una persona, que se encuentra en situación de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia susceptibles de limitación.

En algunos estudios se utiliza el término de "*encarnizamiento terapéutico*", aunque debemos evitarlo por su connotación maliciosa y usar en su lugar el de "*obstinación terapéutica*".

Las causas de esta obstinación, según Pardo⁴ en su estudio, puede deberse a:

- Médicos novatos que por inexperiencia toman decisiones para evitar problemas en el futuro.
- Por presiones de la familia y así evitarse problemas legales.
- Sobreutilización de pruebas diagnósticas realizadas por falta de juicio clínico.

Añadamos más en estos dos conceptos de "*futilidad*" y de "*obstinación terapéutica*".

El primero se define según la RAE como: "poca o ninguna importancia de algo. Cosa inútil o de poca importancia."

Sólo los profesionales de la salud, como médicos y de enfermería, puede decidir en base a sus conocimientos y experiencia, si un procedimiento o técnica es fútil o no.

Siempre hay que tener en cuenta la opinión del paciente, concepto que se recoge en el *Principio de Autonomía* (capacidad de deliberar sobre cuestiones vitales habiendo recibido la información de forma comprensible y adecuada para la toma de decisiones) y respetando la dignidad de la persona.

Todo esto queda protegido legalmente y es un principio de obligado cumplimiento⁵.

La LET trata de evitar estos dos términos. Se pone más en práctica en las UCIs, ya que es ahí donde se realizan los mayores esfuerzos para mantener el soporte vital en una situación crítica.

b) Eutanasia vs. LET

No debemos confundir estas dos ideas, ya que el primero busca provocar la muerte mientras que la LET únicamente deja seguir el transcurso de la enfermedad limitando tratamientos que sólo alargan la vida inutilmente aunque da cabida a los cuidados paliativos.

Se define la Eutanasia como toda conducta del personal sanitario que produce de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable y que causa sufrimiento y provocará su fallecimiento.

Es solicitada por el paciente voluntariamente y se lleva a cabo para liberarle de ese padecimiento respetando su voluntad basándose en el derecho a la dignidad y el derecho a la disponibilidad de la propia vida reconocida.

Aunque los conceptos de LET y Eutanasia tienen algunos puntos en común como lo son:

- La situación clínica irreversible.
- Un tratamiento ineficiente.
- La muerte próxima.

Existe una gran diferencia entre ambos, y es la intención. En la LET, se trata de evitar la futilidad ya definida previamente, y no obstinarse en mantener dicho tratamiento futil; mientras que en la Eutanasia, la intención es la muerte inmediata del paciente.

A pesar de que el resultado es el mismo, hay una gran diferencia en intencionalidad. Además de esto, hay más disimilitudes entre ambos términos:

- La actuación médica: en el caso de la LET es no iniciar/retirar un tratamiento ineficiente, mientras que en la Eutanasia es producir la muerte directamente.

- La opinión así como la petición expresa: en el caso de la LET es del personal sanitario y no se requiere petición expresa por parte del paciente, mientras que en la Eutanasia responde al paciente de manera imprescindible.

Desde un punto de vista legal: la LET está recogida como una actuación, mientras que la Eutanasia es un delito según el Código Penal Español, a pesar de que otros países como Bélgica y Holanda, esto no sea así, y está despenalizada⁶.

1.2 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Desde el marco asistencial, se distinguen dos tipos de actuación en la decisión de LET:

- 1) No poner/ no iniciar
- 2) Retirar o suspender.

Se dan dos corrientes de opinión al respecto, una que se da principalmente en el mundo anglosajón⁷ donde se considera lo mismo éticamente tanto no poner como retirar medidas.

Por otra parte, otra corriente⁸ que estima que son dos tipos de actuación excluyentes por lo que en caso de duda sobre la irreversibilidad de la situación, se inicia el soporte vital reevaluando la situación posteriormente, mientras que si se da una certeza razonable de carácter probabilístico de irreversibilidad; no debe iniciarse dicho soporte.

Desde el punto de vista legal, no existe diferencia entre "retirada" y la "no instauración" de medidas. Tampoco desde el punto de vista ético.

Únicamente desde el punto de vista emocional existirían más dificultades para la retirada que para la "no aplicación".

La LET incluye además de las medidas de soporte vital, a todas aquellas intervenciones que se puedan etiquetar como "fútiles", entendiendo como tales aquellas que tienen una baja probabilidad real de lograr un beneficio terapéutico significativo para el paciente en términos de curación o mejoría sintomática.

Cuando se considere una intervención como futil, entonces deberemos retirarla o no iniciarla, limitaremos su uso; haremos por tanto LET.

Se distinguen tres tipos de futilidad:

- 1) *Fisiológica*: si no hay posibilidad alguna de que el tratamiento consiga la respuesta fisiológica pretendida.
- 2) *Cuantitativa o probabilística*: si las actuaciones o intervenciones tienen una alta probabilidad de fracaso basándonos en datos empíricos en ensayos y estudios clínicos fiables.
- 3) *Cualitativa*: si se estima que la actuación tiene escasas probabilidades de alcanzar una recuperación funcional y de calidad de vida basándose en la propia experiencia y estudios previos. Es una valoración subjetiva del evaluador.

Es necesario destacar, que en la decisión para realizar la LET o no, tiene un papel muy importante la actitud ética.

De los cuatro principios de la *Bioética moderna*, los juicios de LET se basan en el de *No-Maleficencia*, que obliga al profesional a proteger del daño a sus pacientes realizando únicamente las intervenciones adecuadamente indicadas, basadas en evidencias suficientes y seguras⁹.

Si una intervención no es una buena práctica clínica, no sólo no debemos no instaurarla, sino que tampoco estamos obligados a iniciarla a pesar incluso del *Principio de Autonomía*¹⁰.

El incumplimiento del *Principio de No-Maleficencia* tiene un efecto ético derivado; el quebrantamiento del *Principio de Justicia*, ya que se hace un uso ineficiente de los recursos sanitarios repercutiendo en la equidad del sistema de salud.

Cabe destacar que la justificación de la LET se basa principalmente en la evaluación de *No-Maleficencia* y no en el de *Justicia*. Se trata de limitar "lo inefectivo", no de limitar "lo caro".

1.3. JUSTIFICACIÓN

Debemos diferenciar entre LET y otros términos con los que se puede confundir su concepto, como son la eutanasia o el suicidio asistido.

Existe una gran controversia en cuanto a dichos conceptos. Diversos estudios constatan este hecho^{11,12,13}

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la práctica clínica de la limitación del esfuerzo terapéutico desde la perspectiva de los profesionales sanitarios en las Unidades de Cuidados Intensivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la limitación del esfuerzo terapéutico en UCI y las variables consideradas en la toma de decisiones.
- Identificar los criterios que se determinan en el paciente para ser candidato a limitación del esfuerzo terapéutico.
- Especificar los factores influyentes en la toma de decisiones para la limitación del esfuerzo terapéutico.

3. METODOLOGÍA

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales

También se realizó una búsqueda en Internet en el buscador "google académico".

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los aspectos relacionados con la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y sobre bioética del final de la vida.

Lectura crítica de literatura médica con búsqueda en bases de datos bibliográficos como Medline o plataformas electrónicas Elsevier, así como en revistas científicas como Revista Clínica

Española mediante palabras clave como: LET, bioética y toma de decisiones.

Se obtuvieron publicaciones adicionales a través de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

Los idiomas seleccionados fueron inglés y castellano. Los criterios de inclusión fueron la relación con el tema objeto de estudio excluyendo aquellos publicados con anterioridad al año 1990.

Se dieron prioridad a los artículos con participación enfermera.

3.1. RESULTADOS

De la búsqueda inicial se obtuvieron un total de 20 artículos de los cuales se seleccionaron 14 por sus referencias a la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) diferenciando conceptos entre sí como futilidad y obstinación terapéutica.

La mayoría son revisiones del tema y algún estudio de tipo descriptivo u observacional.

Como se explica en adelante, se dan algunas dificultades y limitaciones dada la ausencia de consenso en la conceptualización y en los criterios de inclusión/exclusión.

La mayoría de trabajos han sido realizados en latino América y EEUU. Sólo se ha encontrado una referencia en España de un estudio sobre este tema en cuestión.

Es a partir del año 2002 cuando se dan mayor cantidad de investigaciones a este respecto.

Se puede concluir por tanto que la sensibilización con este tema va en aumento dándoles más relevancia a los cuidados al final de la vida.

4. DIFICULTADES Y LIMITACIONES.

No existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan, ya sean bases legales, éticas, técnicas, grado de participación del paciente (su autonomía) o familia.

En la bibliografía apenas hay artículos al respecto, por lo que se da una amplia variabilidad debido a la falta de estándares evidentes.

Además, en los estudios realizados para cifrar la LET que se han consultado en esta revisión

bibliográfica, los porcentajes obtenidos por países era muy dispar ya que por ejemplo, en EEUU se toma la LET como la no reanimación cardiopulmonar, mientras que en estudios españoles no se tuvo en cuenta esto lo que motivó un porcentaje más bajo (de en torno al 34%¹⁴ frente al casi 90% americano¹⁵)

5. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Conocer los criterios que determinan a los pacientes susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico así como de las variables que influyen en la toma de decisiones tiene una aplicabilidad a nivel asistencial ya que repercute en la ejecución de la actividad laboral de los profesionales y en la calidad de la asistencia que éstos proporcionan a los pacientes.

Tiene también aplicabilidad en la investigación y docencia, pues es importante conocer estos criterios y variables para desarrollar una labor unificada y de calidad garantizando a todos los receptores una sanidad equal.

Bibliografía

1. Herreros, B. Palacios, G; Pancho, E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Clin Esp 2012; 212: 134-410 - Vol. 212 Num 3. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/limitación-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/50014256511003122/>
2. Luisa Valencia, María; Blanca Casas, Siara; Moynelo, Haymara: Principios básicos de la bioética. Revista Cubana de Enfermería (12(1), 11-12), 1996. Recuperado el 20 Agosto 2017. [Http://goo.gl/bxDYg2](http://goo.gl/bxDYg2)
3. Iceta, M. El concepto de futilidad y su aplicación clínica [tesis doctoral]. Pamplona: Departamento de Bioética. Universidad de Navarra; 1995 [consultado 6/7/2017]. Disponible en: <http://www.unav.es>
4. Pardo, A. Obstinación Terapéutica. Bioética y Ciencias de la Salud. Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra. 2001; 4(4).
5. España. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm.274, 15 de Noviembre de 2002.
6. Trueba, J. Los marcos asistenciales en la LET. In: De la Torre, J. editor. Limitación del esfuerzo terapéutico. Madrid: Universidad Pontificia. Comillas; 2006. p.73.
7. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical principles in intensive care. Ethical guidelines. Intens Crit Care Diges 1992; 11:40.
8. Bouza-Alvarez, C. Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo. Medicina Intensiva 2004; 28
9. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. Ann Intern Med, 115 (1991), pp. 478-485. Medline.
10. Amaro Cano, M^a del Carmen. Marreno Lemus, A. Luisa Valencia, M. Blanca Casas, S. Moynelo, Haymara. Principios básicos de la bioética. Revista Cubana de Enfermería (12(1),11-12), 1996. Recuperado el 28 de Julio de 2017. Disponible en: <https://goo.gl/bxDYg2>
11. Hernandez, A. Hermana, M.T. Hernandez, R. et al. Encuesta ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. An Esp. Pediatr. 2006; 24:542-9.
12. Borquez, E.G. Anguita, M.V. Bernier, L.V. El prematuro en cuidados intensivos neonatales; cuándo es el momento de decir no más: Reflexión bioética en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Chil Pediatr. 2004; 75:181.7.
13. Morales Valdés, G. Alvarado Romero, T. Zuleta Castro, R. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. Rev. Chil. Pediatr.. [Internet] 2016 Abril, vol 87 n2 [citado 2017 Julio 06]; 87 (2): 116-120
14. Prendergast, TJ. Luce, JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 15-20.
15. Esteban, A. Gordo, F. Solsona, JF. Alia, I. et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit, a spanish prospective multi-centre observational study. Intens Care Med. 2001; 27:1744-9.