

Obstinarse en tratar

El paciente no deberá ser nunca un rehén del poder tecnocientífico ni una víctima de las decisiones ajenas a sus deseos o a sus valores.

Carlos Gherardi

MARÍA MARTHA CÚNEO

Resumen

La obstinación terapéutica es una posible actitud viciosa de aparición en la era de la medicina tecnológica. Estar atentos a su real presencia, durante el curso de terapias sobre pacientes de riesgo, es la única manera de diagnosticarla a tiempo o de evitar caer o perseverar en ella.

Abstract

The overzealous treatment is a possible defect attitude of which appears in the technological medicine age. Attending in its real presence, during the therapy course on risk patients, is the only way to diagnose it early and avoid falling into it or avoid persevere.

Cuando el arte nos hace pensar...

Los artistas, además de captar en su sensibilidad lo que otros no son capaces de ver con significativa nitidez, tienen una exquisita capacidad de decirlo y expresarlo de una manera tal que sería imposible para el común de la gente. Este es el caso del cortometraje de animación español *La dama y la muerte*, producido en 2009 y dirigido por Javier Recio.¹ Este corto trata sobre el morir con dignidad en el marco de una medicina altamente tecnificada y la relación que muchas veces establece el médico con la muerte. El film cuenta con humor la historia de una anciana que vive sola y cuyo marido ya ha fallecido. Ella está en la espera de su momento para recorrer el mismo camino y así reencontrarse con él. La muerte viene a buscarla una noche y la anciana la recibe con tranquilidad, entendiendo que por medio de ella alcanzará su deseo.

En forma abrupta se interrumpe el proceso. Un médico engreído y presuntuoso ejecuta un procedimiento de reanimación, para luego iniciar, aplaudido y admirado por su entorno, un real encarnizamiento terapéutico que nada tiene que ver con el querer de la anciana. La muerte se convierte entonces para el médico y su equipo en el enemigo a combatir encarnidamente para vencerla a toda costa y a cualquier precio. La presentación animada en un fino humor y cruel realismo, critica la actual posibilidad que tiene la medicina de ensañarse en mantener la vida física en ciertos casos donde habría también que discernir desde otros criterios. El encarnizamiento terapéutico es un vicio posible de la medicina de hoy frente al cual debemos tener la conciencia suficiente que nos permita estar alertas y vigilantes para no caer en él.

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de este posible vicio de la práctica, que a similitud de ciertas patologías, si no se piensa su posibilidad de antemano, se la puede inadvertidamente pasar por alto.

Concepto y denominación

Clásicamente se ha entendido por encarnizamiento o ensañamiento terapéutico^a a la insistencia en la aplicación de recursos médico-quirúrgicos que no solo no van a mejorar en modo significativo la condición del enfermo, sino que además empeoran la calidad de vida o prolongan una existencia penosa sin esperanza de curación.² Se insiste marcadamente en algo inútil y gravoso.^b

Los términos encarnizamiento y ensañamiento intentan traducir el vocablo clásico de la bioética: *distanasia*, palabra griega que significaría “una muerte mal hecha”,³ o una muerte difícil y angustiada. Tanto un término como el otro, tienen un matiz implícito onero-

a. Médica. Dra. en Ética con especialización en Bioética Miembro del CBC HNRG.

so, una carga ético-moral sobre la conducta médica. Autores como Francisco Abel y Jordi Sans han señalado este aspecto y han remarcado que la intencionalidad que estos términos implican, no se corresponde con la realidad de los médicos, ni les hace justicia. Por esto, propusieron reemplazarlo por el vocablo “obstinación terapéutica”, que supera la intencionalidad maliciosa de causar un daño por parte del médico.⁴

La obstinación terapéutica es una actitud viciosa en el ejercicio de la medicina en la era de la medicina tecnológica. Podríamos decir que es una tendencia ética patológica y como tal tiene una población vulnerable, etiología, factores predisponentes, evolución y prevención.

¿Cuál es la población más vulnerable?

Los primeros potenciales destinatarios de las actitudes y conductas de la obstinación terapéutica son los enfermos terminales. Pero debemos remarcar un matiz. Todos los terminales son incurables pero no todos los incurables son terminales. Tanto en los pacientes terminales como en los incurables se puede llegar a cometer obstinación terapéutica.

¿Cuáles son los pacientes sobre los cuales se tiende a cometer este error?⁴

- 1) Pacientes con mal pronóstico ingresados a UTI.
- 2) Niños extremadamente prematuros (menos de 26 semanas y menores de 650gr).
- 3) Pacientes crónicos graves cuando entran en procesos irreversibles.
- 4) Pacientes terminales, en especial oncológicos y pacientes con SIDA.
- 5) Pacientes tetraplégicos, que necesiten respiración asistida, nutrición artificial enteral o parenteral.
- 6) Pacientes con gran deterioro neurológico y psíquico.
- 7) Pacientes en estado vegetativo permanente.

A veces pasa que el paciente presenta una evolución que no es la esperada por el médico, situación que expone a éste a actuar en forma obstinada terapéuticamente hablando.

¿Cuáles son sus causas? (etiología)

Señalaremos algunos elementos que se comportan como causa.

1) La dinámica tecnológica y su consecuencia: ¿Cuál es el efecto de la técnica en el médico y en la relación médico-paciente? La técnica es una maravilla. Impresiona. Y ese encantamiento puede causar el compulsivo uso y abuso de los aparatos. Asombra ver en acción un nuevo instrumento, y cuando se conoce la existencia de la última versión, se anhela tenerlo y utilizarlo tan pronto como sea posible. La tecnología está enraizada y enraza en lo inmediato.^c Una de las ventajas de lo inmediato es que provee información. El problema es que las interpretaciones más relevantes requieren razonamientos profundos que incumben al médico como persona. La racionalidad del panorama global que no lo puede dar una computadora.

La tecnología habla de valores certeros y exactos. Avanza en sofisticación para ganar en certeza.

La medicina debe sustentarse en datos ciertos. La incertidumbre es incompatible con la mentalidad tecnológica.

Sin embargo no llega a evitarla totalmente y debe ser integrada. Es más cierto el síntoma incierto que no se registra en ningún examen que el dato anormal de un análisis que no causa un estado patológico. La tecnología sobrevalúa la preservación de la estructura sobre la preservación de la función, el cuerpo sobre la persona, la supervivencia sobre la máxima función y la vida biológica sobre la calidad de vida. La tecnología sale al encuentro del médico para disminuir la angustia que le genera la incertidumbre. Se puede decir al paciente que el dolor que genera la consulta, no es causado por ninguno de los órganos estudiados con los métodos diagnósticos. Pero el dolor sigue. A veces las cuestiones que genera un tipo de tecnología sólo pueden ser respondidas, aparentemente, por otra tecnología aún más sofisticada. La tecnología se perpetúa a sí misma, llamando a más tecnología. Cada medio diagnóstico y cada terapia es una demostración de eficacia y por lo tanto de poder. La tecnología le confiere poder a la profesión médica. Y es la que termi-

na confirmando la credibilidad o no del paciente. Si el dolor que refiere el paciente no se justifica por una anomalía registrada en algún medio diagnóstico, el síntoma puede quedar directamente invalidado.

La tecnología entró en la medicina haciendo milagros. El problema no es la tecnología, sino el médico que la usa, que deberá mantenerla bajo control, dirigiéndola al bien de la persona enferma, como el objetivo último de toda medicina. La mentalidad tecnológica, a pesar de las críticas, todavía goza en el ámbito práctico un prestigio que aún no ha sido contrastado.⁵ La limitación del esfuerzo terapéutico es la expresión de esta toma de conciencia y de posición frente a la técnica. Se constata la urgente necesidad de un límite. El patrón en el uso de la tecnología hasta hace poco fue lo que podría denominarse el "imperativo tecnológico".⁶ Puesto que existe la posibilidad técnica de mantener la vida, esto se debe realizar de forma imperativa y categórica siempre y en toda situación. Hay razones que indican que esta actitud no es la correcta. En primer lugar porque en medicina las decisiones en el uso de los medios técnicos siempre se hace en medio de la incertidumbre. Como médicos podemos pensar que la certeza es la condición necesaria para actuar cuando está en juego la vida de las personas y eso es un error lógico con numerosas consecuencias éticas. Las decisiones médicas son siempre probables. El imperativo tecnológico supone una certeza que en realidad no existe y esperándola se cae en la obstinación terapéutica. La técnica es buena, pero no en sí misma, sino en cuanto medio. Si se afirma que el soporte vital es bueno en sí mismo se está entendiendo la vida biológica como absoluta. Pero la vida biológica o física no tiene valor en sí misma. Ella es el soporte de lo humano, es un bien relativo que se subordina al bien de toda la persona. La técnica, que hace posible el soporte vital, no es intrínsecamente "buena", sólo posee la posibilidad de ser dirigida al bien.^d La técnica será buena en cuanto

medio para conseguir un fin bueno.

La medicina es el «lugar» de la experiencia técnica.⁷ Es la tecnología la que debe asumir, como servidora inserta, los fines de la ciencia médica.

Cuando recién aparecieron los automóviles no existía la velocidad máxima. Esta fue necesaria cuando los mismos se perfeccionaron y además se crearon excelentes caminos y autopistas.

Lo mismo pasa hoy con la técnica en la medicina. Hace treinta años no existía la posibilidad de prolongar la vida de manera irracional. Hoy hay que marcarle una velocidad máxima en orden a la dignidad de la persona.⁸

- 2) Otra causa es concebir la vida biológica como un bien por el que se debe luchar sin otras consideraciones.⁴ Se termina sobrevalorando la vida biológica por sobre la calidad de vida que le brindamos al paciente. Y la suma algebraica de las funciones vitales no siempre es la vida que debemos necesariamente defender⁹.
- 3) La pérdida de la idea directriz del tratamiento del paciente. Detrás de la información diaria que se obtiene de cada paciente y detrás de los acontecimientos del día, se corre el peligro que la persona del paciente se pierda detrás de la búsqueda de alcanzar resultados ideales en la función de cada órgano aisladamente considerados. Eso lleva inevitablemente a la pérdida de la idea directriz del tratamiento impidiendo que se tenga un objetivo principal y prioritario en la conducción clínica del paciente.

La idea directriz podrá ser cambiada si los acontecimientos de reconstrucción de la historia clínica indican que la primera fue equivocada, pero lo que nunca debe ocurrir es que se carezca de ella o que simplemente un nuevo proceso o acontecer la reemplacen sin mediar previamente una adecuada justificación.¹⁰

- 4) Existen otras causas más difíciles de manejar, como la angustia del médico ante el fracaso terapéutico. La imperiosa necesidad de actuar siempre y constantemente haciendo algo nuevo y hasta opuesto a lo anterior ocurre a ve-

ces por la intolerancia en aceptar que no podemos lograr un buen resultado y que debemos admitir que la situación es irreversible.¹⁰ Otras causas pueden ser la dificultad en estimar un pronóstico, o la inexperiencia, o las circunstancias del paciente, tales como juventud, responsabilidad familiar o social, etc.

¿Cuáles son los factores que la predisponen?

Los factores que facilitan actitudes y conductas de obsesión terapéutica son:

- 1) La falta de comunicación entre el equipo tratante y la familia, y la postergación de asumir el caso y una decisión adecuada.⁴
- 2) La exigencia por parte de los familiares para que se haga todo lo posible y lo imposible para salvar la vida del paciente.
- 3) La existencia de una “medicina defensiva”, que ante el temor de un juicio, cae en prolongar tecnológicamente situaciones irreversibles y terapias desproporcionadas.¹¹

Evolución

Es muy fácil evaluar que hubo obstinación terapéutica luego que todo pasó. El pasaje de la insistencia terapéutica a la obstinación suele ser evidente cuando se reconsidera o evalúa una situación a posteriori. La pregunta es ¿cómo no se visualiza el momento en que se traspasa la línea de la racionalidad y se entra en el espiral de la desproporcionalidad progresiva?¹² Sucede que se entra en la dinámica de pensar o de intuir que cada nueva complicación será la última y que finalmente podrá ser frenada con el tratamiento que se instaura. Tiene que ver con la compulsividad que genera la tecnología. Ésta es muy difícil de contener y que es consecuencia del poder, la autonomía, la imperatividad, la inmediatez que conlleva la tecnología en medicina.

A pronósticos inciertos, más difícil es definir una conducta como inútil o desproporcionada en el camino.

Las consecuencias de este tipo de actitudes y conductas de obstinación terapéutica son el dolor y el sufrimiento causado innecesariamente e indebidamente en los pacientes y familiares. Estos tienden luego a buscar una legislación que los proteja. Una segunda

consecuencia es la pérdida de la confianza al médico por parte del paciente.

¿Cómo tratar de prevenir estas conductas?

- 1) Uno de los elementos importantes para prevenir las conductas obsesivas terapéuticas es la presencia de una legislación protectora para el médico como para las decisiones tomadas por los pacientes. Es de público conocimiento que anteriormente a la existencia de la ley de muerte digna muchos servicios no se animaban a tomar la decisión de retirar un aparato por el solo hecho de sentirse legalmente desprotegidos frente a las reacciones que pudieran desatarse de parte de los familiares o del paciente, aunque haya mediado previamente un consentimiento formal.
- 2) Un buen proceso de cercanía, claridad y comunicación con el paciente y su familia.
- 3) La formación humana del médico, el entrenamiento para pensar, trabajar y decidir en equipo y la creación de marcos de contención y confrontación de las decisiones que se tomen.

En orden a evitar la obstinación terapéutica, el documento de la Real Academia de Medicina de Cataluña propone una serie de principios para tener en cuenta.

Nombraremos algunos de ellos:

- 1) Un tratamiento, por el solo hecho de prolongar la vida biológica, no quiere decir que haga un bien al paciente.
- 2) La persona, en toda su totalidad es el objetivo central de toda búsqueda terapéutica.
- 3) Cuando un tratamiento ya no tenga sentido de acuerdo a los criterios médicos más aceptados, debe interrumpirse o directamente no debe iniciarse.
- 4) Se debe poner especial atención en la redacción y elaboración cuidadosa, veraz, clara y correcta de la historia clínica del paciente.
- 5) Cuando sea necesario tener prontitud para readecuar el tratamiento de un enfermo terminal, reorientándolo a cuidados paliativos de calidad, aplicados por profesionales competentes.

Obstinación terapéutica en pediatría

Si la obstinación terapéutica es un vicio de la práctica en el cual se puede caer inadvertidamente, mucho más aún pareciera ser en el ámbito de la pediatría.

Si la medicina tecnológica nos impele a tener siempre algo más que hacer, es en el ámbito de la medicina pediátrica donde parece haber mayor número de razones que justifiquen no limitar la terapia en el niño.

La esperanza por la vida que recién comienza o que está en pleno desarrollo pareciera exigir apuestas extremas en el tratamiento y consecuentes razones implacables e igualmente extremas para poner límite. Es más difícil decir basta. Estas condiciones hacen que sea necesario vigilar doblemente sobre cada conducta, para que favorezca realmente el mayor beneficio del paciente pediátrico y no el mantener la vida, aún admitiendo que esto puede que no sea lo mejor para el niño enfermo.¹³ Es a través del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico que se cuida al niño de una medicina sofisticada dispuesta a desarrollar todos los medios para prolongar la vida biológica interpretada como valor absoluto. La limitación del esfuerzo terapéutico es buena praxis y el antídoto de toda obstinación terapéutica.

Conclusión

Es éticamente inaceptable la administración de tratamientos evaluados como fútiles que no tienen otro beneficio que el prolongar la vida biológica.

Pero debemos reconocer que no es tan difícil determinar si hubo obstinación terapéutica en la evaluación con perspectiva de las conductas pasadas cuando todo terminó. No podemos decir lo mismo durante la marcha de un tratamiento. La única posibilidad de detectar el hecho de caer en este vicio es siendo conscientes del peligro de caer en él, estando alertas para que las conductas que se tomen sean en el real e integral beneficio de la persona del paciente.

Los científicos del tercer milenio buscan una ciencia con conciencia. Una tecnología al servicio de la humanización de la medicina. Nuestro verdadero enemigo no es la muerte sino el ejercicio de una medicina deshumanizada y el uso de aquel tipo de tecnología que nos haga perder de vista al paciente como persona.

No sea que por ser tan apasionados en tratar, nos estemos equivocando de enemigo.

Notas

- Estas palabras castellanas, encarnizamiento/ ensañamiento se corresponden al italiano, *accanimento*, al francés *acharnement* o al inglés *overzealous treatment*. En el caso del inglés va de la mano con el término *futile*.
- Molesto, pesado y a veces intolerable. Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición, en <http://lema.rae.es/drae/?val=gravoso> 18.4.2013.
- Frente a un paciente agonizante cuyo dolor es difícil controlar, los médicos raramente discuten acerca de cómo ayudar al paciente o sus familiares. Suelen concentrarse en leer sus análisis y resultados, totalmente irrelevantes en ese momento, pero mucho más simple y más inmediato. Las imágenes diagnósticas inmediatas en la pantalla de una computadora son mucho menos comprometedoras que revisar al paciente y captar sus deseos, sus sentimientos, sus incertidumbres. Al palpar a un paciente el médico siente que está ante una realidad que no puede ver y que debe responsablemente abordar desde lo que sus manos captan y significan. La computadora toma los datos mejor. Los expresa directa y autónomamente. Dice lo que significa en términos inmediatos. El médico termina identificando lo que la técnica informa con la realidad misma. Cf: Cassel E. "The Sorcerer's Broom. Medicine's Rampant Technology". *Hastings Center Report* 23(1993)6:32-39.
- Que la técnica no es intrínsecamente buena es claro en el paradigma clásico griego. No se continúa esta concepción en la edad moderna. La técnica se convierte en la mediación indispensable de cualquier verdad científica y toda la realidad pierde aparentemente el valor intrínseco en favor de lo técnico instrumental. El ser humano queda reducido a un objeto, un material de empleo. El dominador pasa a ser el dominado, consciente de la fragilidad que lo caracteriza. Actualmente, el ser humano es llamado a hacerse cargo de la propia vulnerabilidad y de su necesidad estructuralmente determinada, evidenciada en su experiencia con la tecnología. Sólo asumiendo e integrando esa vulnerabilidad como categoría antropológica inserta en la reflexión bioética, es posible que podamos convertir a la tecnología omnipotente y autoreferencial en medio para el cuidado de la persona humana. Cf: Del Missier G. "Dignitas Personae. Logica della tecnologia e logica della persona". *Studia Moralia* 47(2009) 2: 361-385.

Referencias

- Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=mkoOUCGo_EY. Aconsejamos ver el video antes de seguir leyendo el artículo, por su real fuerza inspiradora y comprensiva. Cf: <http://www.filmaffinity.com/es/film417386.html> 29.1.15; <http://es.wikipedia.org/wiki/La>

- dama y la Muerte 28.1.15; <http://medtempus.com/archives/la-dama-y-la-muerte-una-reflexion-sobre-el-encarnizamiento-terapeutico/> 24.2.15
2. Faggioni M. La vita nelle nostril mani. Manuale de Bioética Teologica. Editorial Camiliane, Torino 2009;2:303-305.
 3. Gafo J. Desclée de Brouwer. Cf: Bioética Teológica, Universidad Pontificia Comillas, Bilbao 2003, 258.
 4. Sans J., Abel F. Cf: Real Academia de Medicina de Catalunya, <s/pdf/GdTBio/201027.pdf> 20.1.15.
 5. Cf: Bizzotto M. Qualità della vita e qualità della salute. Quale medicina nella Unione Europea? Camilianum 6 (2002) 448-494.
 6. Cf: Couceiro Vidal A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? Anales de Pediatría 57;(2002) 6: 505-507.
 7. CF: Fonti D. Morir en la era de la técnica, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba 2004, 118-124.
 8. Cf: Couceiro Vidal A. Médicos, padres y jueces ante la limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Jano 68(2005)1553:536-537.
 9. Cf: Gherardi C. Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones. Editorial Biblos, Buenos Aires 2007, 43.
 10. Cf: Gherardi C. Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones. Editorial Biblos, Buenos Aires 2007, 41.
 11. Cf: Masiá J. Cuidar la vida. Debates bioéticos, Herder, Madrid 2012, 146.
 12. Gherardi C. Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones. Editorial Biblos, Buenos Aires 2007, 62-63.
 13. Cambra Lasaossa F, Segura Matule S. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Pediatría. Muerte cerebral. En: De los Reyes López M, Sánchez Jacob M. Bioética y Pediatría, Proyectos de Vida Plena. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla, La Mancha 2010:501-509.