

Adecuación del esfuerzo terapéutico en varón de 83 años que acude por hematuria

Luis Inglada-Galiana¹, Claudio Navarro-Cañadas², Pablo Cubero-Moráis¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 10/03/2020

En línea: 30/04/2020

Citar como: Inglada-Galiana L, Navarro-Cañadas C, Cubero-Moráis P. Adecuación del esfuerzo terapéutico en varón de 83 años que acude por hematuria. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 3-5. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a2.

Cite this as: Inglada-Galiana L, Navarro-Cañadas C, Cubero-Moráis P. Adequacy of the therapeutic effort in 83-year-old male who comes from haematuria. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Abr); 5(1): 3-5. doi: 10.32818/reccmi.a5n1a2.

Autor para correspondencia: Luis Inglada-Galiana. ingladagaliana0@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Adecuación del esfuerzo terapéutico
- ▷ Limitación del esfuerzo terapéutico
- ▷ Prudencia
- ▷ Deliberación

Keywords

- ▷ Adequacy of therapeutic effort
- ▷ Limitation of therapeutic effort
- ▷ Prudence
- ▷ Deliberation

Resumen

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es un término médico que no está exento de polémica. Algunos autores defienden que la limitación es una expresión que podría considerarse peyorativa y creen que sería más apropiado hablar de "ajuste", para evitar connotaciones "negativas" con respecto a la atención al paciente. No se trata de "dejar de actuar", sino de adoptar una actitud proactiva que incluye agregar o modificar medidas de acuerdo con los objetivos terapéuticos del momento. Hoy en día, el término LET está totalmente aceptado. Su uso es muy frecuente en el campo de la Medicina Interna y se considera un estándar de calidad.

Abstract

Limitation of therapeutic effort (LET) is a medical term that is not without controversy. Some authors argue that the limitation is an expression that could be considered pejorative and they believe that it would be more appropriate to talk about "adjustment", in order to avoid "negative" connotations regarding patient care. It is not a matter of "stop acting", but adopting a proactive attitude that includes adding or modifying measures according to the therapeutic objectives of the moment. LET as a concept is today fully accepted. Its use is very frequent in the field of Internal Medicine and it is considered a quality standard.

Puntos destacados

- ▷ La adecuación del esfuerzo terapéutico es un problema moral porque en ella hay uno o varios conflictos de valor. Uno de los valores en juego es siempre la vida. Este valor puede entrar en conflicto con otros, que, a su vez, generarán distintos tipos de conflictos.

Historia clínica

Varón de 83 años que ingresó en Medicina Interna por hematuria, en seguimiento por la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Antecedentes de enfermedad renal crónica, creatinina basal 2,5 mg/dl y aclaramiento de creatinina 20 ml/min, hiperuricemia, gastritis crónica antral, accidente cerebrovascular hace 4 años de arteria cerebral media derecha, adenocarcinoma de próstata Gleason 7 con prostatectomía en 2005 y radioterapia, carcinoma vesical localmente avanzado T4bN0M0, nefroureterectomía izquierda y RTU vesical en varias ocasiones, la última en febrero de 2019, radioterapia paliativa en la misma fecha, portador de sonda vesical permanente con lavados

continuos, embolización parcial de arteria vesical en octubre de 2019. Barthel 60, Karnofsky 70. Buen apetito, vivía con su familia en domicilio y caminaba por casa. Ceguera ojo izquierdo.

Acudió a Urgencias por disuria y hematuria de 4 días de evolución con coágulos y oligoanuria a pesar de correcta hidratación, febrícula (37,3 °C), no dolor torácico ni palpaciones u otra clínica. En la exploración física: tensión arterial 90/60 mmHg, 37,3 °C, SatO₂ 91%. Consciente, orientado, colaborador, mantenía una conversación, no ingurgitación yugular, tonos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, rítmico a 94 lpm, abdomen blando depresible y no dolor a la palpación profunda ni signos de irritación peritoneal, sonda vesical permeable con orina hematuria, discretos edemas maleolares y no signos de trombosis venosa profunda. Leucocitos 8.600, PMN 84,2%, hemoglobina 9,4 g/dl, plaquetas 278.000/mm³, coagulación normal, iones normales, creatinina 3,53 g/dl (hacia 1 mes, 2,78 g/dl).

Ingresó con el diagnóstico de enfermedad renal crónica reagudizada en paciente monorro en seguimiento por UCA, tumor vesical, hematuria franca recurrente.

Evolución

Se iniciaron lavados vesicales. Al día siguiente, mostraba hemoglobina 7,8 g/dl y se decidió transfusión de dos concentrados de hematíes, oxiбутинина por presentar espasmos vesicales, malestar intenso y sensación de sufrimiento; se pautó analgesia con mórficos y se detuvo la realización de embolectomía arterial.

La situación clínica y hemodinámica del paciente era oscilante, lo que hizo posponer la ligadura de arteria hipogástrica para frenar la hematuria. Los opioides le ocasionaron vómitos, por lo que se pautaron benzodiazepinas; alcanzó 4,8 g/dl de hemoglobina, y se transfundieron dos concentrados de hematíes. En ulteriores determinaciones, presentó potasio 7,3 mmol/l y creatinina 4,52 mg/dl. En la ecografía, se apreciaba nefrectomía izquierda con riñón derecho de tamaño dentro de límites y aneurisma ilíaca común de 3 centímetros.

Durante todo el proceso, se mantuvo informada a la hija, y se acordó con ella y con el paciente la adecuación del esfuerzo terapéutico, no sonda nasogástrica (SNG), no transfusión, no tratamiento intensivo de la insuficiencia renal aguda, no tratamientos quirúrgicos (ligadura de arterias vesicales) y control estricto de los síntomas que mejoraran su calidad de vida, ya que se encontraba en situación de final de la misma. Progresivamente se fue deteriorando, con disminución del nivel de consciencia, comienzo de fiebre (no se pautaron antibióticos pero sí medidas físicas) y pausas de apnea con respiración tipo *gasping*. Se colocó una bomba de midazolam con morfina, medidas de confort y soporte emocional para él y la familia. Fue *exitus*.

Discusión y conclusiones

Durante el quehacer médico, se presentan situaciones en las que el tratamiento que se indica a un paciente no hace más que alargar su agonía y sufrimiento, en vez de ayudar a su recuperación. Es aquí donde aparece la disyuntiva de seguir o no seguir tratando.

La peculiaridad de este caso es que es bastante frecuente en los servicios de Medicina Interna, y no así en Cuidados Intensivos. Engloba varios aspectos, como la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el no encarnizamiento terapéutico y la evitación de tratamientos fútiles. Todo ello se encuadra en el término que mejor describe la conducta que hay que seguir: adecuación del esfuerzo terapéutico. El término LET no es del todo apropiado, porque la "limitación" también abarca, con frecuencia, procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos. Algunos autores han propuesto "adecuación de medidas", por las connotaciones negativas que puede tener la terminología "limitación del esfuerzo".

Tomando los cuatro principios fundamentales de la Bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), la LET se justifica de manera completa. La no maleficencia establece que únicamente aquellos tratamientos con una relación riesgo/beneficio positiva se deberían aplicar, por lo que la terminación o no aplicación de tratamientos que sólo alargan la vida artificialmente, sin mayores beneficios, apoyan este principio. La beneficencia aboga por algo similar a lo anterior, pero de una forma activa. La autonomía indica que si la decisión de la LET nace del paciente, debe tomarse en consideración en todo momento para hacer valer la calidad del individuo que tiene cada paciente. La justicia, tradicionalmente no considerada en el momento de justificar la LET, señala que los recursos deben ser bien distribuidos y las acciones

médicas han de ser eficientes (gastar personal y dinero en personas que no se van a beneficiar le quita la oportunidad de tratamiento a una persona que realmente lo necesita)¹.

El debate sobre la LET deriva de una cuestión: "todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente aceptable?". No se trata de un debate técnico. Existen valores en conflicto. De ahí que en lo que sigue tengamos que hacer más una historia de valores que una historia de la evolución de las técnicas de soporte vital. Prolongar la vida, que es un valor en sí mismo, puede colisionar con otros valores, como el respeto a las decisiones del paciente, el cuidado de la calidad de vida o la atención a otras personas cuando los recursos son limitados. Existen criterios en la aplicación del LET¹.

El modo de articular todos estos elementos se llama "deliberación", y el objetivo o término es la "prudencia" o la "responsabilidad". Se trata de tomar una decisión responsable o prudente, o varias, ya que no está dicho que todo el mundo tenga que tomar la misma decisión. El problema no está en que sean una o varias, sino en que sean prudentes o imprudentes. Varias decisiones distintas entre sí pueden ser prudentes, y también todas pueden ser imprudentes. La prudencia no se identifica con la unanimidad, ni la imprudencia con la variabilidad². La deliberación es un procedimiento muy clásico (se remonta a Aristóteles), pero conviene no confundir la deliberación actual con la clásica. La deliberación clásica fue siempre aristocrática, elitista: únicamente ciertos sujetos especialmente cualificados tenían la capacidad de deliberar. Sin embargo, la deliberación ha de tener en cuenta a todas las partes interesadas. Y cuando la cuestión es importante, conviene que, además, se haga de forma colectiva, como sucede en los comités de ética. Tal es la fórmula para resolver los problemas morales, y también los relativos a la LET³.

Llamamos adecuación del esfuerzo terapéutico a la retirada o no instauración de tratamientos, o a cualquier otra medida que, a juicio de los profesionales, constituya algo fútil, pues, dado el mal pronóstico de la persona en cantidad de tiempo o calidad de vida, sólo va a contribuir a prolongar en el tiempo una situación en la que no se prevé mejoría. Este proceso no significa abandonar/limitar, ni hacer "menos esfuerzo", sino reorientar este esfuerzo, incluso haciendo más "intensivo" el control sintomático, por lo que nos parece más acertado hablar de "adecuación".

Este proceso es, en la práctica clínica, complejo, y para ello es recomendable seguir una serie de etapas que mejoren la calidad de las decisiones:

1. Informar y acordar con el paciente y los familiares⁴⁻⁶:
 - Buscar con insistencia el asentimiento/acuerdo de los familiares.
 - El "arte" en la información y el respeto/escucha, poniendo siempre como centro la autonomía del paciente, aunque sus voluntades sean delegadas, favorece enormemente poder alcanzar estos consensos benéficos.
2. Informar al personal sanitario de la decisión y de los nuevos objetivos terapéuticos y de cuidados.
3. Registrar en la historia clínica la situación, los documentos pertinentes, los motivos y las concreciones de esta decisión.
4. Revisar con frecuencia, a diario, esta decisión.
5. Plantear protocolos de sedoanalgesia si es necesario con el objetivo de mantener el confort del paciente, incluso, en ocasiones, de forma anticipada si se prevé tras la limitación una escalada sintomática.
6. Ubicar al paciente, si es posible, en una habitación individual.
7. Llevar a cabo lo que en las plantas de hospitalización se denomina "aislamiento paliativo", respetando el acompañamiento familiar, flexibilizando el régimen de visitas y ofreciendo acompañamiento psicológico y espiritual^{7,8}.

Bibliografía

1. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp.* 2012 Mar; 212(3): 134-140. doi: 10.1016/j.rce.2011.04.016.
2. Gracia D. Salir de la vida. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética.* Gracia D (editor). Madrid. Triacastela, 2004.
3. Gracia D. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. *Deliberación moral: el método de la Ética. Med Clin (Barc).* 2001 Jun 9; 117(1): 18-23.
4. Sulmasy DP, Hughes MT, Thompson RE, Astrow AB, Terry PB, Kub J, et al. How would terminally ill patients have others make decisions for them in the event of decisional incapacity? A longitudinal study. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(12): 1981-1988. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01473.x.
5. Karlawish JH, Quill T, Meier DE. A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. *ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med.* 1999; 130(10): 835-840. doi: 10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00018.
6. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration, fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med.* 2005; 353(24): 2607-2612. doi: 10.1056/NEJMs052907.
7. Sabatino CP. Survey of state EMS-DNR laws and protocols. *J Law Med Ethics.* 1999; 27(4): 297-315. doi: 10.1111/j.1748-720x.1999.tb01465.x.
8. Snyder Sulmasy L, Mueller PS; Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians. Ethics and the legalization of physician-assisted suicide: an American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med.* 2017; 167(8): 576-578. doi: 10.7326/M17-0938.