

# Ensañamiento terapéutico

*Humberto Arenas-Márquez, Jorge Jiménez-Tornero, Diego Arenas-Moya, Ana Luisa Díaz Moreno, Itamar Baltazar Sánchez*

## ¿Qué significa?

El ensañamiento terapéutico es sinónimo de encarnizamiento, empecinamiento y obstinación terapéutica.

Se considera una práctica médica basada en la aplicación de métodos extraordinarios y desproporcionados de soporte vital en enfermos terminales de las que, por el grado de deterioro órgano funcional no suministran beneficio alguno a los pacientes y simplemente prolongan innecesariamente su agonía.<sup>1,2</sup>

Por otro lado la aplicación de medidas extraordinarias en estos enfermos no están exentas de riesgos, pueden producir molestias, dolor y sufrimiento; por tanto dan lugar a daño físico, psicológico y social, motivo por el cual no son aceptables desde el punto de vista ético.

De ahí el término de "Medicina Fútil" entendida como la intervención sin un propósito útil para el enfermo o totalmente ineffectiva; lo cual incrementa dramáticamente los costos de atención. En estos casos debemos preguntarnos: ¿es la meta alcanzable?; si es alcanzable, ¿a qué precio? y finalmente, ¿cuál es el beneficio esperado?

Sin embargo no debemos confundir futilidad con racionamiento. En la futilidad basada en un juicio clínico, la intervención es fútil a pesar de abundancia o escasos recursos, sin embargo el racionamiento es la intervención negada a alguien que puede beneficiarse de ella.<sup>3</sup>

Aunque diversos códigos médicos en nuestro medio enfatizan que el médico no puede utilizar al ser humano como medio para lograr un objetivo, sin duda la práctica del ensañamiento es realizada desde hace mucho tiempo<sup>4</sup> y su prevalencia constante a través del tiempo constituye uno de los más graves problemas que enfrentan los sistemas de atención para la salud.<sup>5</sup> Sin duda son los médicos carentes de profesionalismo y de valores éticos, quienes susceptibles a la tentación por la ambición del dinero, ven al paciente como un cliente al cual quieren vender su producto (¿servicio?) utilizando mercancías (productos) de cuya práctica salen beneficiados fundamentalmente ellos mismos y los hospitales donde se lleva a cabo la atención.<sup>6-8</sup>

En términos epidemiológicos, podríamos decir que la fracción de la población médica que podría ser susceptible a la tentación es proporcional al potencial de la recompensa financiera. Estos incentivos financieros son los que distorsionan el juicio de los médicos.<sup>9</sup> Por tanto, sin tener datos estadísticos al respecto en nuestro país, podríamos suponer que la práctica del ensañamiento fundamentalmente se da en la práctica de la medicina privada, sin embargo también podrían darse incentivos perversos para la práctica del ensañamiento en sistemas de salud cuyos gastos son absorbidos por los gobiernos.

Como ha sido señalado<sup>10</sup> el afán de lucro es uno de los 11 pecados de los médicos. Sin embargo, las distintas formas de explotar económicamente al enfermo no son falta de ética médica, sino de honestidad; son manifestaciones de la corrupción generalizada que caracteriza a cierto sector de la sociedad mexicana y no sólo a la medicina.

Es importante resaltar que el alto costo de los servicios de salud existente prácticamente en todo el mundo, se incrementa aún más en forma significativa por indicaciones de los médicos de terapias innecesarias o no probadas; y aunque todos parecen estar preocupados por los costos de atención, nadie está seriamente preocupado por saber qué servicios se están comprando con el dinero que invierten los pagadores de dichos servicios.<sup>11,12</sup>

Desde el siglo pasado se ha manifestado que una de las más altas responsabilidades que tenemos los médicos es definir qué es lo que trabaja y que es lo que no trabaja en medicina.<sup>13</sup> Sin embargo los médicos siempre nos hemos resistido a practicarlo.

Estudios sobre pronósticos y preferencias para resultados y riesgos de tratamientos han demostrado que frecuentemente los pacientes terminales mueren solos en los hospitales, innecesariamente atados a máquinas que les proporcionan vida superficial y 2 de cada 3 de este tipo de pacientes que los doctores recibieron para su "atención", ni siquiera fueron vistos. De ahí la propuesta de que la cantidad de atención recibida al final de la vida tendrá que ser medida rutinariamente a través del impacto que tuvo en objetivos fundamentales de prolongar

Departamento de Cirugía, Clínica del Dolor, Nutrición Clínica, Psicología y Enfermería de SANVITE en Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Humberto Arenas Márquez.

Rubén Darío Núm. 812. Col. Lomas de Guevara 44657

Teléfono (5233) 13774646; Celular (33) 36626593

E-mail: arenas50@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

la vida, aliviar la angustia, restaurar la función y prevenir la discapacidad. En otras palabras, el resultado de tratar al paciente y no a la enfermedad.<sup>13,14</sup>

Por otro lado, también debemos subrayar el papel de la familia en la toma decisiones para el ensañamiento terapéutico, en la cual finalmente se delega el aprobar o negar su práctica. La comunicación y la asesoría del médico resultan fundamentales para orientar a la familia en la toma de decisiones para negar o retirar el soporte vital.<sup>15</sup> Sin embargo la decisión de la familia no deberá ser sesgada por el médico y siempre deberá perseguir la meta de apoyar una muerte digna de los pacientes. Un estudio sobre la resolución de conflictos alrededor de la atención al final de la vida señala que el 61% de las familias cuyos pacientes estaban en la unidad de cuidados intensivos aceptaron inmediatamente la recomendación del médico de suspender el tratamiento y 27% lo aceptaron en un plazo de 48 horas.<sup>16</sup> Esto enfatiza el papel de las competencias del profesionalismo y de la comunicación efectiva del médico para evitar la práctica del ensañamiento terapéutico.

Como ha sido reconocido, la meta de la medicina no necesariamente es sostener la vida a pesar de todos los costos. Sin duda avances tecnológicos en resucitación, ventilación mecánica, hemodiálisis, terapia nutricional, entre otros representan avances o tecnología que pueden resultar maravillosos para salvar la vida en ciertos casos, como lo demostraremos más adelante con el caso clínico presentado, pero también en escenarios terminales pueden llevar a prolongar la muerte, como se demuestra en el mismo caso clínico.

Sin duda la competencia de la comunicación humana deberá ser mejorada por los médicos a fin de saber expresar malas noticias siguiendo guías recomendadas por expertos,<sup>17</sup> a través de la cual finalmente se establezca el respeto del médico por la autonomía del paciente, proporcionando información que permita al paciente y/o a la familia tomar su decisión acerca de su propio bienestar, dejando muy claro que el médico en su plan de manejo debe discutir toda la información relevante en todas las etapas de atención del paciente y hablar de la muerte cuando esto sea apropiado, desmitificándola y hablando de ella como un proceso natural de la vida, pero sobre todo permitiendo al paciente la oportunidad de realizar cuestionamientos durante todo el proceso de la enfermedad.<sup>17,18</sup>

La deshumanización de la medicina se ha vuelto cotidiana, por ello es importante subrayar 4 conceptos básicos en su práctica:<sup>19</sup>

1. Considerar a cada paciente como un miembro más de nuestra propia familia y tratarlo como quisiera que fuese tratado alguien de nuestra familia.
2. Demostrar a los pacientes y a sus familias que a éstos se les trata con dignidad y respeto, sin importar su condición social o sus antecedentes.
3. Ser gentil y honesto, mejorando la comunicación con el paciente y los familiares.
4. Considerar siempre cuál de las 3 metas es posible obtener con el tratamiento: el curar la enfermedad,

consolar si no hay curación posible o ayudar al paciente a morir dignamente.

Aunque hoy la mayoría de las decisiones en la medicina y especialmente en la etapa terminal deben ser consensadas, los cambios en el comportamiento moral son hechos por individuos.<sup>20-22</sup>

Sin duda debe apoyarse la integración de grupos de trabajo multidisciplinarios (médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadoras sociales, psicólogos, ministros religiosos, familiares y amigos) para apoyar en el manejo del enfermo terminal (ortotanásia); y en casos de enfermedad incurable y terminal, la atención debe limitarse a terapias paliativas que permitan aliviar dolor y angustia, mejorar la calidad de vida del enfermo, aplicando medidas como cambios de posición, aseo, aspiración de secreciones, alimentación, hidratación, analgésicos y sedantes, pero sobre todo apoyo moral y psicológico, respetando siempre la dignidad de una vida humana que se extingue.<sup>23</sup>

En los casos en los que los recursos hospitalarios no sean requeridos, es preferible que el paciente concluya su existencia en el domicilio, en el seno del ambiente familiar.

### Caso clínico

Masculino de la 5ta década de la vida derecho-habiente de una institución privada de seguros de gastos médicos mayores, a través de la cual, médicos de convenio realizan el diagnóstico de cáncer de colon izquierdo con metástasis a segmento lateral izquierdo del hígado. Es intervenido por ellos en forma electiva realizándose sólo una resección limitada a la zona de afectación del tumor en sigmoides con una anastomosis primaria.

Es sometido a las 2 semanas de postoperatorio a quimioterapia, y el paciente inicia con fiebre, distensión y dolor abdominal. Se le realiza una tomografía que revela la presencia de absceso intra-abdominal perianastomótico. Es reintervenido por el mismo grupo de cirujanos quienes drenan el absceso y resuturan el sitio de la fuga. Días más tarde el paciente presenta datos de sepsis abdominal siendo por tercera vez reintervenido para practicar colostomía terminal izquierda y cierre en Hartmann del muñón rectal. En esta ocasión durante la intervención se lesionan asas de intestino delgado a nivel de ileón terminal las cuales son suturadas. El paciente continúa séptico y se reopera nuevamente por fuga para practicar ileostomía terminal en lado derecho y cierre del ileón distal en Hartmann. A pesar de dichas intervenciones el paciente continúa con sepsis severa dependiendo de aminas, con falla respiratoria que requiere intubación y ventilación mecánica, sometido a Nutrición Parenteral Central en la Unidad de Cuidados Intensivos. En estas condiciones se le comunica a la familia que el paciente está en etapa terminal y no se les ofrece ninguna alternativa de manejo.

La familia solicita una 2da opinión. Se encuentra a la valoración al paciente en UCI, con soporte ventilatorio y hemodinámico. Nutrición Parenteral por supuesta fistula de intestino delgado. El abdomen se encuentra distendi-

do y cerrado con puntos de contención. Por uno de los 2 tubos de drenaje cerrado que presentaba se aprecia salida de material de características de intestino delgado (**Figuras 1 y 2**).

Los colegas a su cargo comentan que la salida del líquido intestinal proviene de la porción distal excluida. Con esos datos comentamos a la familia que la fuente de la infección no estaba controlada y que una perforación en intestino delgado proximal a la ileostomía era su causa y que a pesar del alto riesgo, la única opción era reintervenir al paciente para intentar rescatarlo. Se propone su cambio en ambulancia a otra unidad hospitalaria que cuenta con mejor infraestructura y procesos para el manejo de este tipo de pacientes.

La compañía aseguradora no autoriza el traslado ni los gastos para la atención del paciente si éstos son realizados fuera del contexto de la unidad hospitalaria donde se encontraba y por otro grupo de médicos. A pe-

sar de ello la familia acepta el plan de manejo sugerido y el paciente es trasladado y reintervenido, encontrándose un abdomen hostil y una perforación proximal al sitio de la ileostomía. Esta porción es reseca, exteriorizando una nueva ileostomía y dejando un cierre temporal abdominal utilizando el parche de Wittmann para el manejo del síndrome compartimental, así como una gastrostomía (**Figuras 1-4**). El paciente después de su rescate es egresado a su domicilio para su recuperación con nutrición parenteral domiciliaria hasta que logra cubrir sus requerimientos por vía enteral y oral.

Cinco meses más tarde es reintervenido para reinsertar el tránsito intestinal mediante una ileo-ileo anastomosis y se realiza una hemicolectomía izquierda con colo-recto anastomosis. Se encuentran metástasis en ambos lóbulos hepáticos (**Figuras 5 y 6**).

En el seguimiento postoperatorio la institución de seguros refiere al paciente para su control nuevamen-



**Fig. 1. Salida de material de características de intestino delgado.**



**Fig. 2. Salida de material de características de intestino delgado.**



**Fig. 3. Cierre temporal abdominal utilizando el parche de Wittmann para el manejo del síndrome compartimental.**



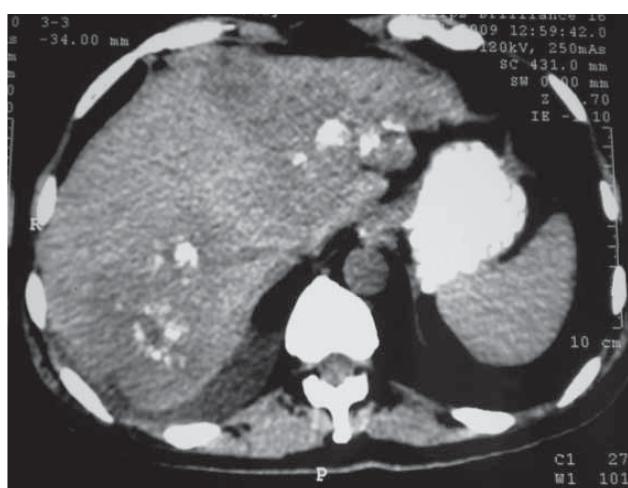
**Fig. 4. Gastrostomía.**

te a sus médicos de convenio. 20 meses después el paciente es valorado por nuestro equipo encontrando datos clínicos de actividad metastásica en hígado lo cual es corroborado mediante una tomografía (**Figura 6**). Se comunica al paciente los hallazgos y las opciones terapéuticas adyuvantes. Sin embargo, el paciente enterrado que presentaba metástasis en el hígado desde su primera intervención y ante las múltiples metástasis que ahora presenta en todo el hígado decide y comunica a su familia en la consulta que no acepta ser sometido a ningún otro tratamiento ya que se siente muy satisfecho con los resultados obtenidos respecto la sobrevida y la calidad de vida que tiene cuando 2 años previos estaba en supuesta etapa terminal por una complicación quirúrgica con estoma de intestino delgado y de grueso. Enfatiza que cuando llegue su hora lo que desea es morir con dignidad.

El paciente inicia con deterioro de su peso y es enviado por su institución de seguros a una nueva evaluación



**Fig. 5. Re-intervención final.**



**Fig. 6. Metástasis en ambos lóbulos hepáticos.**

por médicos de convenio, quienes lo hospitalizan para su manejo nutricional. La familia nos solicita por su parte una evaluación encontrándose al paciente hospitalizado en piso, con Nutrición Parenteral, presentando incoherencias al hablar e incontinencia fecal y urinaria. Ante esa evolución y siguiendo las instrucciones del paciente cuando estaba en condiciones de decidir, se propone manejo paliativo en su domicilio.

Quince días después la familia nos solicita una nueva evaluación. En esta ocasión encontramos al paciente aislado de la familia en la unidad de cuidados intensivos, donde había recibido reanimación cardio-pulmonar después de 2 paros cardio-respiratorios. Éste se encontraba en el momento de la evaluación con datos de muerte cerebral, dependiente de aminas, con ventilador, nutrición parenteral y transfusiones sanguíneas. También se le practicaba un eco-cardiograma.

Nos comunicamos con la familia y comentamos que lo que se estaba realizando con el paciente era un ensañamiento terapéutico, lo cual era totalmente contrario a los deseos expresados por el paciente cuando éste era capaz de tomar decisiones; que ahora eran ellos los que debían exigir se respetara su voluntad. Sin embargo, ninguna acción fue tomada, ni por la familia, ni por los médicos. El paciente fallece casi un mes después aislado de su familia.

Este caso nos debe hacer reflexionar sobre la ineeficiencia y la inefectividad de la atención que reciben nuestros pacientes (cirugía y manejo inicial) y por otro lado es un ejemplo típico de racionamiento en su etapa de rescate y ensañamiento terapéutico en la etapa terminal.

### Reflexiones

¿Por qué cuando el paciente podía ser rescatado de una complicación quirúrgica, los médicos tratantes lo habían condenado a morir simplemente por no reconocer sus limitaciones en el manejo de este tipo de pacientes?

¿Por qué cuando se ofrece un plan de manejo diferente que obviamente dejó un resultado positivo en el paciente, la institución de seguros no acepta responsabilizarse de los gastos ocasionados por diversos tipos de errores cometidos por sus médicos de convenio?

¿Por qué respaldar el manejo de sus médicos de convenio, aunque éste no fuera el óptimo?

¿Por qué cuando inicialmente estaba complicado y podía ser rescatado, no fue apoyado por su compañía de seguros? ¿Era más barato simplemente esperar su muerte?

¿Por qué en la etapa terminal a pesar de la futilidad de los tratamientos a que fue sometido, la compañía de seguros sí autorizó todos los gastos en su última hospitalización? ¿Sólo por tratarse de médicos de convenio?

¿Dónde queda la libertad de los pacientes y sus familias para elegir en quién confiar y con quién tratarse?

Sin duda este caso ejemplifica cómo los únicos ganadores en estas situaciones son los médicos y los hospitales.

### Conclusiones

El reto de los médicos en el siglo XXI será: Promover la aplicación de innovaciones que han demostrado ser

efectivas; retardar la diseminación de aquellas que no han demostrado ser efectivas; y, responder y prevenir el uso de innovaciones inefectivas, así como en el caso del enfermo terminal, respetar sus derechos:<sup>24</sup>

1. Ser tratado como un ser humano vivo.
2. Recibir atención médica óptima sin que esto implique aumentar el sufrimiento inútilmente (en lo posible sin dolor y consciente).
3. Conocer la verdad (diagnóstico, procedimientos, pronóstico).
4. Derecho a un diálogo confiable.
5. Participación en las decisiones relacionadas consigo mismo y no ser juzgado por ellas.
6. Poder expresar sus sentimientos y abrigar esperanza.
7. Recibir apoyo para lograr sus últimos anhelos.
8. Ser escuchado y respetado en su silencio.
9. Permanecer en compañía de sus seres queridos.
10. Que se respeten sus creencias religiosas.
11. No morir solo.
12. Morir con paz y con dignidad.

## Referencias.

1. Vargas DA, Cervantes P, García PE, Ize LL, Pérez GR. Código de Ética: *Academia Mexicana de Cirugía*; 2010.
2. Gutiérrez SC, Arrubarena AVM, Sandoval OF: Código de Ética, 3era edn: *Asociación Mexicana de Cirugía General*; 2009.
3. Angelos P. End-of-life issues. In: *Ethical issues in Clinical Surgery*. Edited by McGrath MH, Risucci D, Schuab A: American College of Surgeons; 2007: 107-132.
4. Vicker R. Medical Merchants: Doctors Treat More Patients Faster; some levels fee schedules. In: *Wall Street Journal*. vol. June 15th; 1956.
5. Fischer JE. Surgeons: employees or professionals? *Am J Surg* 2005; 190: 1-3.
6. Gawande A. The cost conundrum. Available at: [http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa\\_fact\\_gawande](http://www.newyorker.com/reporting/2009/06/01/090601fa_fact_gawande). In: The New Yorker. 2011.
7. Buchwald H. Search for Ethics and Profesionalism in the Surgical Profession. In: *Profesionalism & Ethics in a surgical practice*. Edited by Frezza EE. Canada: Cine-Med, Inc; 2008: 27-28.
8. Echeverri S. La Medicina como Institución: entre la voracidad y el suicidio, 1ra edn. Bogotá, Colombia: Academia Nacional de Medicina; 2004.
9. Hillman AL. Health maintenance organizations, financial incentives, and physicians' judgments. *Ann Intern Med* 1990; 112: 891-893.
10. Perez-Tamayo R. Algunos pseudoproblemas de ética médica. In: *Ética Médica Laica*. México: El Colegio Nacional y Fondo de Cultura Económica 2002.
11. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995; 345: 840-842.
12. Fry DE, Pine M, Jones BL, Meimban RJ. The impact of ineffective and inefficient care on the excess costs of elective surgical procedures. *J Am Coll Surg* 2011; 212: 779-786.
13. Thier SO. Health care reform: who will lead? *Ann Intern Med* 1991; 115: 54-58.
14. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA* 1995; 274: 1591-1598.
15. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, Claessens MT, Wenger N, Kreling B, Connors AF, Jr. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med* 1997; 126: 97-106.
16. Sandrick K. Principles that improve coded physician-patient communication. *Bull Am Coll Surg* 1998; 83: 7-13.
17. Billings JA, Krakauer EL. On patient autonomy and physician responsibility in end-of-life care. *Arch Intern Med* 2011; 171: 849-853.
18. Machare-Delgado E, Callahan A, Paganelli G, Reville B, Parks SM, Marik PE. Multidisciplinary family meetings in the ICU facilitate end-of-life decision making. *Am J Hosp Palliat Care* 2009; 26: 295-302.
19. Arenas-Márquez H. El Cirujano General en la Medicina Actual, Ser y Quehacer. In: *La Cirugía y el Cirujano*. Edited by Vega MJ. Querétaro, México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2011: 421-442.
20. Arenas-Márquez H. Hacia una ética médica quirúrgica, ¿es posible? *Cir Gen* 1992; 14: 43-44.
21. Souba C. Perspective: The language of leadership. *Acad Med* 2010; 85: 1609-1618.
22. Carrillo-Esper R. [Education in the intensive care unit]. *Cir Cir* 2011; 79: 83-89.
23. Statement of principles of palliative care. *Bull Am Coll Surg* 2005; 90: 34.
24. Gómez VL, Gómez ELN. *Introducción a la Tanatología*. In: Bioética. Edited by Serrano MT, Jiménez HBL. México, D.F.: FES Iztacala, UNAM; 2007: 240-259.