



UNIVERSIDAD NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
MAESTRÍA BIODERECHO Y BIOÉTICA

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO. UNA MIRADA DESDE EL BIODERECHO

Antonio José Sánchez Serrano
Camila Andrea González Laverde
Andrés Miguel Sarmiento Lozano
Carlos Esteban Alvarado Niño
Sinay Arévalo-Leal

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se puede realizar un redireccionamiento terapéutico en un paciente críticamente enfermo sin opción de curación con el soporte médico, bioético y Biojurídico amparado en la legislación colombiana?

RESUMEN

En pacientes críticamente enfermos sin opción de curación y en los que cualquier medida destinada al manejo específico de su enfermedad no muestra beneficios, la opción a tomar por parte del médico tratante es la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) entendida como una práctica en la que el retiro o la no implementación de algunos manejos médicos específicos, maniobras de reanimación y medidas de soporte vital, así como la no realización de pruebas y exámenes; abriéndole espacio activo a las estrategias de los cuidados paliativos, al control y manejo de síntomas y dolor -entre otras- con el fin mayor de no prolongar el dolor, limitar el sufrimiento y proteger la dignidad del paciente.

Es así como, presentamos algunos elementos fundamentales que a manera de herramientas, le darán tanto al médico tratante, como a su equipo asistencial dedicado al cuidado del enfermo al final de la vida, unas pautas que le permitirán optimizar su toma de decisiones, disminuyendo las posibilidades de responsabilidad y error asistencial, aminorando la carga emocional que siempre se tiene y se tendrá en estas circunstancias, convirtiéndose además en el antípoda de la obstinación o encarnizamiento terapéutico, que transgrede la dignidad de los pacientes, afecta las emociones del equipo sanitario y dilapida recursos en salud.



PALABRAS CLAVES


Adecuación esfuerzo terapéutico, bioética, dignidad, calidad de vida, muerte digna, eutanasia, limitación, bioderecho, encarnizamiento, obstinación terapéutica.

ABSTRACT

In critically ill patients without the option of cure and in whom any measure aimed at the specific management of their disease does not show benefits, the option to be taken by the attending physician is the adequacy of the therapeutic effort (AET) understood as a practice in which the withdrawal or non-implementation of some specific medical management, resuscitation maneuvers and life support measures, as well as the non-performance of tests and examinations; opening active space to palliative care strategies, the control and management of symptoms and pain - among others- with the greater purpose of not prolonging pain, limiting suffering and protecting the dignity of the patient.

This is how, we present some fundamental elements that, as tools, will give both the attending physician and his care team dedicated to the care of the patient at the end of life, guidelines that will allow him to optimize his decision making, reducing the chances of responsibility and care error, reducing the emotional burden that is always had and will be had in these circumstances, also becoming the antipode of obstinacy or therapeutic bitterness, which transgresses the dignity of patients, affects the emotions of the health team and squanders health resources.

KEY WORDS

Adequacy therapeutic effort, bioethics, dignity, quality of life, dignified death, euthanasia, limitation, biolaw, cruelty, therapeutic obstinacy. 

JUSTIFICACION

En la práctica médica actual, gracias a los avances tecnológicos y farmacológicos se ha logrado preservar y mantener las funciones vitales que en muchos casos no muestran un fundamento clínico, un objetivo claro ni apuntan hacia el bienestar del paciente, lo que ha llevado a la introducción en la literatura médica de lo que se denomina obstinación terapéutica, entendida como la aplicación de medidas desproporcionadas y extraordinarias a pacientes que no tienen una opción terapéutica adecuada y como consecuencia puede llegar a constituirse en una mala praxis médica y posteriormente, generar daño en el paciente y su familia.



OBJETIVO GENERAL:

- Establecer los lineamientos éticos, clínicos y jurídicos para la realización del redireccionamiento terapéutico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el momento adecuado para la realización de la AET.
- Definir diferentes tipos de la AET.
- Contrastar las decisiones medicas en relación con la AET con la legislación colombiana.
- Identificar como los principios bioéticos están relacionados con la toma de decisiones clínicas en la AET.
- Desarrollar un modelo para toma de decisiones del tipo AET, cuando el paciente está en condiciones críticas en salud y sin posibilidad de curación.

GLOSARIO

- **Adecuación del esfuerzo terapéutico (AET):** Ajuste realizado por el médico tratante en los objetivos del cuidado del paciente que padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible y/o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés del paciente y no representan una vida digna para ésta.

Cabe resaltar que AET también se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, reorientación de los objetivos del cuidado o redireccionamiento terapéutico, optando nosotros por la AET en aras de englobar todas las estrategias tanto de retiro como de no inicio de acciones, así como la implementación de otras, evitando a toda costa el abandono o rechazo al paciente y su familia.

- **Cuidado paliativo:** Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.
- **Eutanasia:** Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.



- **Derecho fundamental a morir con dignidad:** Facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo y las acciones específicas relacionadas con las directrices anticipadas y la AET.
- **Suicidio medicamente asistido:** Es el paciente que causa su propia muerte por medio de dosis letales de un medicamento que le provee o formula también un médico. (1).
- **Consentimiento informado:** Proceso de decisión libre, voluntaria y consciente de la persona en pleno uso de sus facultades para que tenga lugar un acto asistencial. Para tal fin, la persona debe comprender la naturaleza de la decisión tras recibir información sobre los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.
- **Enfermedad terminal:** Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incurable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico - psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida limitado, acompañado de un gran impacto en paciente, familia y equipo terapéutico relacionado con la presencia de la muerte.
- **Enfermedad incurable avanzada:** Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.
- **Objeción conciencia:** La objeción de conciencia ha sido definida como la resistencia a obedecer un imperativo jurídico invocando la existencia de un dictamen de conciencia que impide sujetarse al comportamiento prescrito, por lo que la objeción de conciencia supone la presencia de una discrepancia entre la norma jurídica y alguna norma moral.
- **Dignidad humana:** La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones).
- **Médico tratante:** Es el médico idóneo para decidir si un paciente requiere algún servicio médico, pues es éste quien cuenta con criterios médico-científicos y conoce ampliamente el estado de salud de su paciente, así como los requerimientos especiales para el manejo de su enfermedad; es quien elabora y sigue el plan de cuidado, maneja el plan de comunicaciones y plan de seguimiento y/o egreso, evaluando a la vez los resultados clínicos.



- **Medico interconsultante:** El médico que posee conocimiento y experiencia en un área particular y por tanto brindará soporte diagnóstico, resolutivo y/o de segunda opinión. Debe tenerse en cuenta que tanto el médico tratante como el interconsultante deberán realizar su nota médica como constancia de su participación en el acto médico.
- **Orden de NO reanimación:** Orden médica o por voluntad anticipada del paciente que instruye al personal de salud a no realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si la respiración de un paciente deja de funcionar o su corazón deja de latir.
- **Indicaciones medicas:** Es una orden dada por un médico para la realización de una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica de acuerdo con el diagnóstico del paciente. Es el acápite particular de un plan de cuidado general que el médico tratante oferta a su paciente para que junto con este se consideren riesgos y beneficios y se proceda a actuar.
- **Preferencias del paciente:** Hacen referencia al conocer y concordar cómo el paciente elegiría ser informado sobre su enfermedad, opciones terapéuticas y toma de decisiones a futuro, promoviendo sus valores y respetando sus decisiones.
- **Calidad de vida:** Es la percepción objetiva y subjetiva de un conjunto de factores concernientes con la salud física y mental del individuo, su estado fisiológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, su esfera espiritual y la relación que él tiene con su entorno y que se relacionan directamente con su concepción de bienestar, desarrollo de sus potencialidades y entendimiento mismo de la vida y el sentido propio de la misma.
- **Escala de karnofsky (IK):** Se trata de una escala para predecir la evolución en pacientes oncológicos y geriátricos, constituida con descriptores que clasifican el estado funcional de 100 (Vida normal) a 0 (Defunción)
- **ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group):** Escala de medida de la repercusión funcional de la enfermedad oncológica en el paciente como criterio de progresión.
- **Índice Barthel:** Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.
- **PPS (Palliative Perfomance Scale):** Es una escala de medición de la capacidad funcional específicamente diseñada para pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos. Es un instrumento que permite medir o valorar el declinar progresivo de los pacientes paliativos, al detectar de forma



adecuada la transición hacia la muerte, graduando la condición general del paciente en 11 categorías descendentes desde 100% (situación de normalidad o salud) hasta 0% (muerte).

- **PPI (Índice Pronóstico Paliativo):** Predice la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado en unidades de cuidados paliativos. La puntuación PPI se calculó sumando las puntuaciones de cinco variables predictivas independientes: puntuaciones PPS, ingesta oral, edema, disnea en reposo y delirio.
- **Índice Charlson:** Es la medida de comorbilidad más utilizada por la facilidad en su empleo (puntuada con una variable continua): consta de 19 elementos correspondientes a afecciones médicas, que se ponderan para proporcionar una puntuación total de la suma de las diferentes patologías. Calcula la comorbilidad y mortalidad a 1 año.
- **Ley:** Es la norma jurídica, que establece obligaciones y/o deberes jurídicos y otorga derechos, el incumplimiento de una ley puede dar lugar a una sanción o castigo impuesto por la misma.
- **Resolución:** consiste en una orden escrita dictada por el jefe de un servicio público que tiene carácter general, obligatorio y permanente, y se refiere al ámbito de competencia del servicio. Se dictan para cumplir las funciones que la Ley encomienda a cada servicio público.
- **Decreto:** El Decreto es un acto administrativo promulgado por el poder ejecutivo con contenido normativo reglamentario sin necesidad de ser sometida al órgano legislativo.
- **Sentencia:**
 - **T - Tutela:** Es una garantía constitucional que tiene toda persona para recurrir ante las autoridades judiciales, con el objeto de obtener la protección inmediata de sus derechos fundamentales.
 - **SU - Unificación:** Son proferidas por el Consejo de Estado en los siguientes eventos: i) Importancia jurídica o trascendencia económica o social o necesidad de sentar o unificar jurisprudencia; ii) Recursos extraordinarios y iii) Relativas al mecanismo de revisión eventual.
 - **C – Constitucional:** Son los pronunciamientos que se realizan para decidir sobre asuntos de constitucionalidad, bien sea como resultado de una acción ciudadana o bien al trámite de control automático.



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
CASO CLÍNICO	9
CONTRASTACIÓN JURÍDICA	9
Legislación Colombiana	9
LEY 23 DE 1981:	9
RESOLUCIÓN 971 DE 2021:	11
Legislación internacional	11
ESCALAS MÉDICAS	11
Escalas asociadas a la funcionalidad:	12
Índice de Barthel	12
ECOG (<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>):	13
Índice de Karnofsky (IK)	14
PPS (<i>Palliative Performance Scale</i>)	14
PPI (Índice Pronóstico Paliativo)	16
Índice de Charlson	16
PASOS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET	17
PRIMER PASO: ¿A quién? Evaluación del caso	17
SEGUNDO PASO: Hay que tomar una buena decisión	18
TERCER PASO: ¿Cómo? Medidas	18
GUÍA PARA LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO	20
ALGORITMO ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO	21
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	21
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS	22



INTRODUCCIÓN

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) aparece en la medicina como un cambio de paradigma que intenta modular todo lo que se “puede hacer” con lo que se “debe hacer” ante un paciente padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal. Diciéndolo de otra manera, surge como una necesidad convertida en herramienta, que de implementarse en el momento justo y de la manera correcta por parte del médico tratante, limitaría y pondría una barrera ética y ajustada a la *Lex Artis*, ante el encarnizamiento u obstinación terapéuticos (OT); que, dicho sea de paso, vendría a ocasionar un daño irreversible al paciente, inclusive más allá de lo físico, verbigracia, sobre su dignidad.

Es así como, la OT implica el uso de medidas, acciones o intervenciones médicas extraordinarias sobre el paciente, sin una justificación de beneficio justificado, que en algunos casos puede acarrear responsabilidad por el hecho de salirse de los protocolos o recomendaciones exigidas por la *Lex Artis* médica. Medidas extraordinarias que podrían interferir, además, sobre los derechos constitucionales del paciente, en el sentido en que lo pueden llegar a someter a tratos crueles e injustos, al prolongar la vida y la enfermedad o a generar dolor y sufrimiento sin un objetivo sustentable.

Por otra parte, los médicos muchas veces ven en la muerte el fracaso de su entrenamiento, y no como parte del ciclo vital de vida. Es aquí donde los cuidados paliativos logran entender que es importante un buen trato, una buena vida y también una buena muerte, integrando el concepto de calidad de vida y un buen fin de vida con la atención a las necesidades y preferencias del paciente y su familia. Buscando concretar médicamente un equilibrio entre las preferencias de los pacientes, su condición clínica, los derechos civiles y los recursos disponibles. Así entonces el médico tratante, que es experto en el ámbito técnico científico y además conoce a su paciente, puede proceder ahora también en la elaboración ajustada de unos planes de cuidado ajustados para su paciente y un plan de comunicaciones pertinente y progresivo tanto para la familia y el equipo de cuidadores, como -en la medida de lo que la prudencia la determine- para el paciente, lejos de un heroísmo sin sentido o un abandono reprochable.

Así entonces, entendemos la AET, desde un sentido práctico, como la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico clínico del paciente, en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio del médico tratante, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

Existen dos posibilidades para la AET en la literatura anglosajona, suelen referirse a las siguientes acciones:

- *Withholding*: Dirigida a no iniciar determinadas medidas
- *Withdrawing*: Dirigida a Retirar un tratamiento previamente instaurado.



Desde un punto de vista ético, en general se tiende a ver las dos posibilidades como moralmente equivalentes, aunque psicológicamente, pareciera resultar más difícil retirar una medida que decidir no instaurarla.

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años que ingresa a urgencias de una institución de alta complejidad, por sospecha de urolitiasis izquierda, a quien dada su condición le solicitan ureterolitotomía endoscópica laser con colocación de un catéter doble J, procedimiento que se realiza 72 horas después de su ingreso.

Posteriormente y ya en la sala de recuperación, de manera súbita presenta desaturación, polipnea, tos y pico febril; por lo que se interconsulta al servicio de medicina interna y la realización de AngioTAC, descartando un evento trombótico pulmonar. Sin embargo, pero se encuentran imágenes descritas como “vidrio esmerilado” sospechando la presencia de COVID-19, por lo que realizan prueba de PCR para SARS COV 2 y se hospitaliza en la unidad de cuidado intensivo (UCI) por deterioro en la función respiratoria e inminencia de falla ventilatoria, que terminan en una posterior intubación orotraqueal.

Al tercer día de estar en UCI, la paciente presenta cuadro séptico de origen pulmonar y urinario con aumento de azoados, por lo que requirió terapia de reemplazo renal instaurada desde su 5 día de estancia. Al día 18 de internación se decide realizar traqueostomía por criterio de intubación prolongada.

Al cumplir 45 días en UCI con todas las medidas terapéuticas presenta deterioro clínico progresivo y no parece encontrarse respuesta satisfactoria a las medidas instauradas. Es aquí cuando surgen algunos interrogantes como: ¿debemos continuar con el plan establecido? ¿debemos detener las medidas establecidas? ¿en qué momento debemos realizar una AET en esta paciente? ¿Cómo podríamos tomar la decisión cuando de AET hablamos?

CONTRASTACIÓN JURÍDICA

Legislación Colombiana.

LEY 23 DE 1981:

Esta ley dicta las normas respecto a la ética médica, pues a través de esta disposición legal, al médico se le exige de manera imperativa ejercer y desplegar un comportamiento cuando se dé alcance a la relación médico-paciente.

Dentro de ellas encontramos de especial aplicabilidad los siguientes artículos:



- **Artículo 6.** El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieren el libre y correcto ejercicio de la profesión.¹
- **Artículo 10.** El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.
 - **Parágrafo:** El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen.
- **Artículo 13.** El médico usará los métodos y medicamentos a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad. Cuando exista diagnóstico de muerte cerebral, no es su obligación mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales.²

A través de la historia existieron algunas sentencias que marcaron el hito en la legislación moderna y que hoy en día tienen un antecedente jurídico importante. Estas sentencias son:

- **Sentencia T 200 de 1993:** El médico o la institución podrán negar el tratamiento cuando desde el principio no exista un pronóstico favorable de curación.
- **Sentencia T 339 de 1995:** Las personas que se encuentran en condición de debilidad manifiesta (enfermedad terminal) deben contar con la atención médica adecuada a su situación permitiendo al paciente gozar de la mejor calidad de vida posible hasta el momento de su deceso.
- **Sentencia C-239 de 1997:** Existe muerte digna cuando la interrupción de tratamientos artificiales o extremos es procedente si no existe opción de recuperación; pues se basa en tratamientos a la terminología de hoy en: obstinación terapéutica o diagnóstica
- **Sentencia T 514 de 2006:** Los cuidados paliativos logran mejorar la calidad de vida cuando las posibilidades médicas no logran un proceso curativo; sin embargo, en cada situación patológica concreta, el tratante determinará la ruta a terapéutica a seguir

¹ Cuando el legislador es contrario a la moral profesional médico de la obstinación terapéutica.

² El artículo 13 de la Ley 23 de 1981 es concordante con el “right to try” o “el derecho a que sea intentando”, pues la Corte Constitucional a través de la sentencia T -057 de 2015 adoptó este derecho innominado con la finalidad de permitir que las personas que padezcan de una enfermedad terminal puedan acceder a tratamientos o medicamentos experimentales a nivel nacional e internacional como última instancia para la preservación de su vida.



RESOLUCIÓN 971 DE 2021:

La presente resolución no se aplica en redireccionamiento terapéutico debido a que no es un derecho del paciente, si no una obligación médica donde se buscan diferentes medidas como:

- No prolongación de la vida por medios artificiales
- Suspensión o retiro de alguna terapéutica: antibióticos, reposición de electrolitos, terapias, etc.

En este orden de ideas, surge la siguiente pregunta: *¿la toma de decisión de redireccionamiento terapéutico debe ser ejercida por el paciente o por el profesional de la salud?*

Al respecto, el médico tratante es quien en la mayoría de los casos debe tomar la decisión de manera autónoma, pues el profesional por su experticia y conocimiento debe hacer un análisis certero de la condición del paciente y para ello debe tener en cuenta las siguientes características:

- Certeza de irrecuperabilidad
- Mal pronóstico vital
- Imposibilidad de rehabilitación
- Muerte no evitable dada por la situación médica.

A pesar de lo anterior se dan situaciones en las que el paciente participante de la planificación de su cuidado y por medio de una directriz anticipada participa activamente, tomando la decisión previamente del rumbo de su vida.

Legislación internacional

Por medio de la investigación, concluimos que las legislaciones internacionales que regulan los criterios para realizar el redireccionamiento terapéutico, son muy similares a las que ha adoptado el ordenamiento jurídico colombiano, verbigracia, la Ley BOE -A-2015-1022 de España (2), específicamente en la Comunidad Autónoma de Galicia, describe como principios básicos la protección de la dignidad de la persona en el proceso final de su vida, la autonomía y voluntad de la persona respetando sus deseos en el proceso final de su vida, entre otros.

Por otro lado, se incluyen dentro de los derechos del paciente como la información asistencial, la confidencialidad, consentimiento informado, trato digno, derecho al rechazo y a la retirada de una intervención, instrucciones previas, cuidados paliativos y acompañamiento.

ESCALAS MÉDICAS

Para una mayor facilidad pronostica; la ciencia médica a creado escalas de supervivencia las cuales tiene aplicabilidad al momento de conocer la sobrevida del



paciente y de esta manera partir de la decisión sobre el inicio o retiro de terapia medica dirigida según su pronóstico.

Escalas asociadas a la funcionalidad:

Índice de Barthel

Diseñado inicialmente para valoración de discapacidad física en pacientes geriátricos, ha demostrado su utilidad para predecir supervivencia en pacientes no oncológicos. Matzen et al. 2012 (3), realizaron un estudio entre 2005 y 2009 con 5087 pacientes oncológicos. Los pacientes fueron seguidos desde que ingresaron a hospitalización por primera vez en el Hospital de Odense (Dinamarca) hasta su fallecimiento o hasta el final del estudio (septiembre 2010). El Índice Barthel fue utilizado para evaluar las limitaciones en el desarrollo de actividades diarias. Los autores concluyeron que la calificación obtenida con el Índice Barthel es un fuerte predictor de la supervivencia de pacientes geriátricos.

COMIDA 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc.; pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
ASEO 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
VESTIDO 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
MICCIÓN 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
IR AL RETRETE 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
TRASLADO CAMA /SILLÓN



- 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
- 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
- 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- 10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
- 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión
- 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona
- 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
- 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor

La interpretación es la siguiente:

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual 60	Leve
100	Independiente

ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*):

Se desarrolló como una herramienta para determinar la posibilidad de administrar quimioterapia a pacientes con cáncer. Está compuesta por 5 categorías que van desde cero (paciente con actividad normal, sin limitaciones) hasta cinco (fallecimiento).

PUNTAJE	CRITERIOS
0	Asintomático, actividad normal
1	Sintomático, puede deambular
2	Encamado < 50 % día, asistencia mínima
3	Encamado > 50 % día, asistencia notable
4	Encamado todo el día, gravemente limitado
5	Fallecido

Kim et al 2011 estableció que los pacientes que obtuvieron puntajes con la escala ECOG entre 0 – 2 sobrevivieron en promedio 2,2 meses; con un puntaje de 3



sobrevivieron 1,8 meses en promedio y con un puntaje de 4 sobrevivieron 1 mes en promedio.

Índice de Karnofsky (IK)

Escala funcional desarrollada en oncología y ampliamente utilizada, que ha mostrado ser útil para predecir la evolución en pacientes oncológicos y geriátricos.

PUNTAJE	CRITERIO
100	Normal.
90	Síntomas mínimos
80	Síntomas moderados, actividad normal
70	Actividad disminuida, autocuidado normal
60	Ayuda ocasional para autocuidado
50	Ayuda constante, asistencia médica frecuente
40	Ayuda y Asistencia médica
30	Incapacidad grave, hospitalización habitual
20	Hospitalizado y con tratamiento de soporte
10	Premorten
0	Muerto

Maltoni et al. (4) desarrollaron un estudio de cohorte entre 1992 y 1993 la cual incluyo 100 pacientes con cáncer avanzado con el objetivo de encontrar la relación entre el puntaje obtenido con la escala Karnofsky y supervivencia. Los participantes tenían una edad promedio de 70 años (12 – 93 años) y 54% eran mujeres. La funcionalidad de los pacientes fue medida con la escala Karnofsky a su ingreso en el estudio y se llevaba registro hasta el momento de su fallecimiento. Se determino que quienes tuvieron un puntaje entre 10 – 20, sobrevivieron en promedio 2 semanas, quienes tuvieron entre 30 – 40 sobrevivieron 7 semanas y los que tenían puntajes ≥ 50 sobrevivieron en promedio 12 semanas.

PPS (*Palliative Performance Scale*)

La escala de valoración funcional (PPS) ha sido utilizada desde su publicación inicial en 1996 por Anderson et al. (5) Como herramienta para pronosticar la supervivencia de pacientes con enfermedad terminal, oncológica y no oncológica, atendidos en diferentes niveles asistenciales. Cada valor de la escala se ha asociado con una estimación de tiempo de supervivencia en días.

Puntaje	Deambulaci3n	Actividad evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	Actividad Normal Sin evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal



90	Completa	Actividad Normal Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Normal
80	Completa	Actividad Normal con esfuerzo Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Normal
70	Reducida	Incapaz de realizar actividad laboral Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Normal
60	Reducida	Incapaz de realizar tareas en el Hogar Enfermedad Significativa	Precisa Asistencia Ocasional	Normal o reducida	Normal o síndrome confusional
50	Vida principalmente de cama/sillón	Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo Enfermedad extensa	Precisa considerable Asistencia	Normal o reducida	Normal o síndrome confusional
40	Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo Enfermedad extensa	Precisa ayuda para casi todas las actividades	Normal o reducida	Normal o somnoliento o síndrome confusional
30	Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Reducida	Normal o somnoliento o síndrome confusional
20	Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo Enfermedad extensa	Totalmente dependiente	Capaz solo de beber a sorbos	Normal o somnoliento o síndrome confusional
10	Encamado	Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo	Totalmente dependiente	Solo cuidados de la boca	Somnoliento o coma



		Enfermedad extensa			
0	Muerte				

PUNTAJE	SUPERVIVENCIA EN DÍAS
Menor de 30%	12.8 días
40%	39.8 días
Mayor a 50%	53.5 días

PPI (Índice Pronóstico Paliativo)

Esta escala toma como base la valoración de la paciente obtenida con la escala PPS y adiciona otras variables como ingesta oral, edema, disnea y delirium.

VARIABLES	PUNTOS
PUNTUACION PPS	
10-20	4
30-50	2.5
>60	0
INGESTA ORAL	
Severamente reducida	2.5
Moderadamente reducida	1
Normal	0
EDEMA	
Presentes	3.5
Ausentes	0
DELIRIUM	
Presente	4
Ausente	0

PUNTUACIÓN	SUPERVIVENCIA
Mayor de 6	3 semanas (sensibilidad del 80% y especificidad del 85%)
Entre 4 y 6	6 semanas (sensibilidad del 80% y especificidad del 77%)
Menor de 4	Mayor de 6 semanas

Índice de Charlson

Es la medida de comorbilidad más utilizada por la facilidad en su empleo (puntuación con una variable continua): consta de 19 elementos correspondientes a afecciones médicas, que se ponderan para proporcionar una puntuación total de la suma de las diferentes patologías. Calcula la comorbilidad y mortalidad a 1 año.

Puntaje según comorbilidades

PUNTAJE	ENFERMEDADES
1 punto	Infarto de miocardio



1 punto	Insuficiencia cardíaca
1 punto	Enfermedad Vascular Periférica
1 punto	Demencia
1 punto	EPOC
1 punto	Úlcera gastrointestinal
1 punto	Diabetes Mellitus
1 punto	Accidente cerebrovascular
1 punto	Enfermedad de tejido conectivo
1 punto	Enfermedad hepática
2 punto	Hemiplejía
2 punto	Insuficiencia renal moderada o severa Diabetes con alguna afectación orgánica
2 punto	Cualquier tumor Leucemia Linfoma
3 punto	Enfermedad hepática moderada o severa
6 punto	VIH Tumor metastásico

Puntaje según la edad

EDAD	PUNTAJE
0-49	0
50-59	1
60-69	2
70-79	3
80-89	4
90-99	5

En el siguiente enlace se puede realizar el cálculo del índice de Charlson:

<https://www.mdcalc.com/calc/3917/charlson-comorbidity-index-cci>

Se considera:

- Ausencia de comorbilidad: 0-1 punto
- comorbilidad baja: 2 puntos
- Comorbilidad alta > 3 puntos

PASOS PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET

PRIMER PASO: ¿A quién? Evaluación del caso

- **Pronóstico (gravedad)**

La AET se establece en pacientes cuya situación clínica es grave, irreversible o terminal. El cálculo del pronóstico es la parte más compleja en el campo de la medicina; Para poderlo llevar a cabo es necesario tener la certeza diagnóstica. En este punto es importante calcular las posibilidades de éxito con las terapias



disponibles en el ámbito hospitalario y revisar si se han agotado las medidas terapéuticas; en el pronóstico se puede apoyar el tratante o el equipo médico en la aplicación de escalas o tablas como Índice de Karnofsky, PPS, PPI, índice de Barthel, ECOG entre otras.

- **Calidad de vida**

La calidad de vida ha sido vista por los médicos como un factor fundamental para la AET, tanto la previa como la futura. Por tratarse de un criterio específico del paciente, debe explorarse de forma continua, por lo que son el, sus representantes y su médico tratante quienes conocería y legitimarían, de acuerdo con la situación específica. Por ello se invita a evaluarla través de encuestas.

SEGUNDO PASO: Hay que tomar una buena decisión.

- **Deliberación participativa**

Al analizar el caso debe considerarse el enfermo en su conjunto. Su biografía, biología, valores, y entorno. Una decisión de AET es conveniente realizarla con todos los implicados: el médico tratante, los médicos interconsultantes o los colegas que han tratado al paciente; también puede hablarse con la familia o allegados. Este último logra demostrar y resaltar el nivel de compromiso y humanismo presente en la atención brindada al paciente. Para establecer el proceso deliberativo es fundamental tener bien desarrollada la habilidad de trabajar en equipo.

- **Establecer el fin de la intervención**

Con la deliberación dada por los profesionales de la salud se llegará posteriormente a la toma de decisión de la implementación de la AET, definir qué circunstancias medicas serán partidarias de manejo médico, cuales complicaciones o eventos no se manejarán y se establecerán los objetivos finales de la terapéutica a realizar.

TERCER PASO: ¿Cómo? Medidas

- **Orden de NO reanimación:** La decisión de no iniciar maniobras de RCP compete en exclusiva al responsable del equipo de reanimación en este caso al médico o en su defecto a quien disponga de la mayor capacitación y experiencia entre los miembros de dicho equipo; sin embargo, también hay que tener en cuenta que el paciente puede aportar un documento de voluntad anticipada el cual tendrá validez cuando este no logre manifestar por voluntad propia su decisión respecto al cuidado médico.

Desde una visión de los principios podríamos analizar los siguientes:

- **Autonomía:** el paciente mediante su voluntad la cual ejercerá de manera libre, voluntaria y sin coacción podrá definir sobre su futuro cuidado la realización de diferentes medidas terapéuticas, entre ellas la realización o no de maniobras de reanimación dejándolas



plasmadas en un documento de voluntad anticipada o en su defecto en una manifestación de disentimiento informado intrahospitalario

- **Beneficencia y no maleficencia:** las medidas de reanimación no son útiles en base al paciente que llega al momento de muerte debido a causa de una patología crónica, irreversible y en fase paliativa y terminal pues al realizar estas medidas no lograra revertir la enfermedad o mejorar la calidad de vida sino al contrario prolongar el sufrimiento y deterioro.
- **Justicia:** en este aspecto podemos inferir que las medidas de no reanimación podrían ser aplicadas o no a pacientes con una tasa mayor de supervivencia y menor grado de secularidad.
- **No iniciar/retirar:** Cuando el equipo médico decide realizar esta acción, no deben realizarse procedimientos que no tengan un objetivo benéfico para el paciente, para el control sintomático o que afecten su dignidad como persona y portador de derechos en salud. En este punto también pueden retirarse tratamientos ya instaurados pues hay certeza clínica y medica de que su continuación no mejorara el pronóstico ni la calidad de vida.
- **Consideraciones sobre el beneficio clínico: ¿cuándo consideramos que un procedimiento médico es o no beneficioso?**

El beneficio puede considerarse a nivel fisiológico y a nivel de la persona globalmente considerada Schneiderman et al. (6).

A nivel fisiológico el beneficio tiene que ver con la acción del tratamiento sobre la función biológica alterada, cosa que habitualmente puede determinarse con cierta objetividad, al ser una cuestión fundamentalmente técnica y basada en datos científicos. El profesional médico, que es el profesional socialmente acreditado para este cometido, se encarga habitualmente de determinarlo.

El beneficio para la persona considerada como un todo, depende fundamentalmente de la apreciación de la persona misma, es decir, de sus valores y preferencias, y por ello que sería el paciente quien, en condiciones usuales tendría el derecho a elegir entre las alternativas que se le ofrezcan. Sin embargo, es el médico tratante quien valora la proporcionalidad terapéutica buscando proteger la dignidad del paciente y no afectar su calidad de vida.

- **Distribución de recursos (Inversión racional)**

En procedimientos muy costosos, escasos o limitados, se ha de procurar que el reparto de los recursos se rija por el criterio de justicia distributiva. Deben destinarse los recursos a aquellos que los vayan a aprovechar más.

Anudando lo anterior, consideramos que para realizar una adecuada toma de decisiones al momento que se requiera hacer la AET de un paciente, la siguiente tabla y algoritmo sería la mejor herramienta de apoyo para el profesional de la salud en ejercicio de sus funciones.



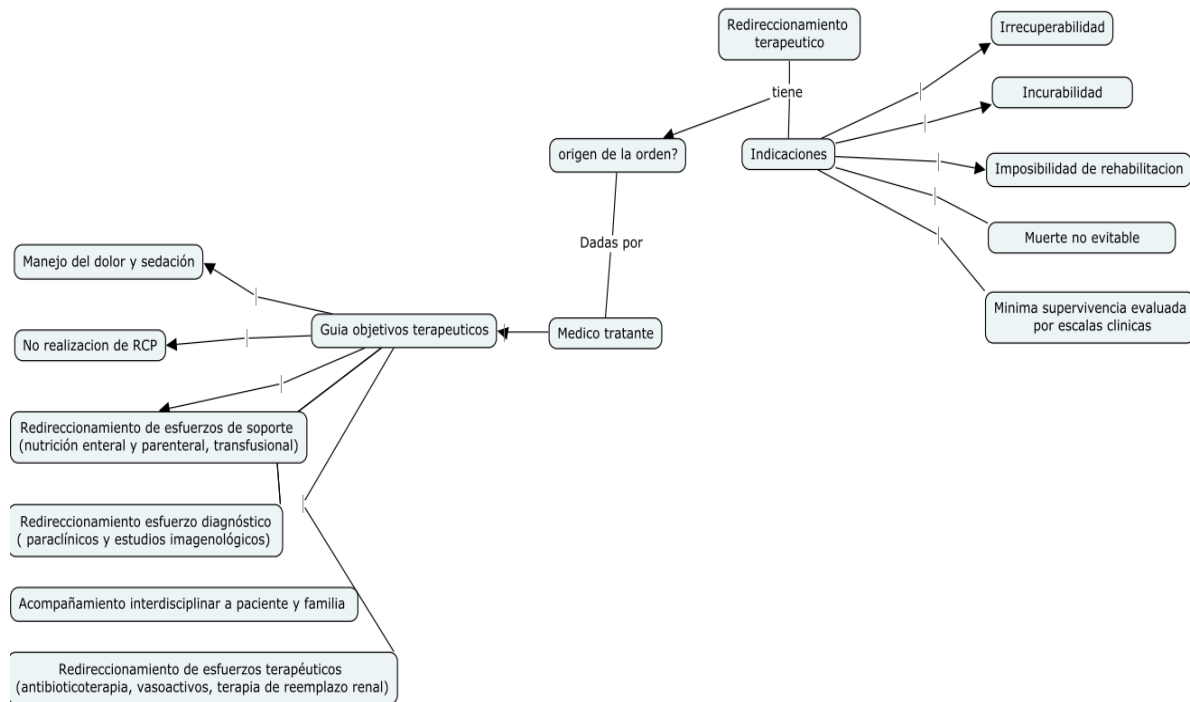
GUÍA PARA LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

CRITERIOS		CUMPLE		OBSERVACIONES
Identificación Del Caso		SI	NO	
1.	Situación crítica, irreversible, progresiva, sin capacidad de curación, rehabilitación			Definida por el servicio o médico tratante
Validación puntaje de escalas		SI	NO	
2.	Índice de Barthel			Menor de 35 puntos
3.	Índice de Karnofsky (IK)			Menor de 40 puntos
4.	ECOG (<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>)			Valor 4
5.	PPS (Escala de valoración funcional)			Menor de 40 puntos
6.	PPI (Índice Pronóstico Paliativo)			Mayor de 6 puntos
7.	Índice de Charlson			Mayor a tres puntos
Comunicación Con La Familia y equipo		SI	NO	
8.	¿Se comunico sobre el Estado Actual y el Pronóstico del Paciente?			
9.	¿Se da Soporte a las Decisiones Tomadas por el equipo médico en la historia clínica?			
10.	¿Se comunico sobre el Estado Actual y el Pronóstico con equipo de salud?			
Aseguramiento Del Buen Morir		SI	NO	
11.	¿se brinda acompañamiento por psicología y trabajo social a paciente y familia?			
12.	¿Recibe o recibirá la Familia Acompañamiento por Psicología posterior al Fallecimiento del Paciente?			
13.	¿Se brinda acompañamiento espiritual antes o después del Fallecimiento del Paciente?			
Ordenes de redireccionamiento terapéutico		SI	NO	
14.	En caso de paro cardiorrespiratorio NO iniciar medidas de Reanimación Cardiopulmonar			
15.	Manejo del dolor y sedación			
16.	Acompañamiento interdisciplinar a paciente y familia			
17.	Limitación esfuerzo diagnóstico (Paraclínicos y estudios imagenológicos)			
18.	Limitación de esfuerzos de soporte (Nutrición enteral y parenteral, transfusional)			
19.	Limitación de esfuerzos terapéuticos (Antibioticoterapia, vasoactivos, terapia de reemplazo renal)			

Table de autoría propia



ALGORITMO ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO



Algoritmo de autoría propia

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Respecto a el caso clínico expuesto anteriormente, en el cual el paciente presento un estado clínico de deterioro progresivo, imposibilidad de curación, rehabilitación, afectación de su calidad de vida y donde toda terapéutica medica fallo. Es un candidato ideal para realizar el protocolo de adecuación del esfuerzo terapéutico pues continuar brindando medidas de soporte en un paciente con nula capacidad de recuperación se transformaría en una situación fútil que llevara a aumentar el sufrimiento del paciente prolongando la existencia con afectación de la dignidad, el sufrimiento y calidad de vida.

CONCLUSIONES

La AET es una herramienta clínica de los médicos tratantes, que se entiende como la retirada o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos en pacientes con enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal



buscando garantizar una muerte digna para el paciente, y a su vez un adecuado manejo del equipo médico y los recursos en salud.

En este orden de ideas es importante que al momento de la toma de decisión de la instauración de una AET se tenga la certeza de las siguientes condiciones:

- Irrecuperabilidad clínica
- Mal pronóstico vital
- Deterioro clínico progresivo
- Afectación en la calidad de vida
- Imposibilidad de curación
- Muerte no evitable a causa de su condición médica de base o de las comorbilidades asociadas a esta.

Todo esto dando acompañamiento activo por parte del equipo de apoyo psicológico y espiritual, generando y manteniendo una comunicación permanente con la familia y el equipo de cuidado.

Para finalizar solo hay que agregar, aunque de suyo se entiende, que la AET es un acto médico legal y éticamente no solo permitido sino promovido y legítimo, que se enmarca dentro de la apropiación de derechos de los pacientes y de los ciudadanos, se alinea con los fines de la medicina y favorece una vida digna.

REFERENCIAS

1. Pérez Herrera A, García Hernández AM. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. Ene [Internet]. 2021 [citado el 30 de septiembre de 2022];15(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000200009&script=sci_arttext&lng=pt
2. Barilan YM. Rethinking the withholding/withdrawing distinction: the cultural construction of “life-support” and the framing of end-of-life decisions. Multidiscip Respir Med [Internet]. 2015;10(1):10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40248-015-0004-5>
3. Nabal M, Pascual A, Llombart A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Aten Primaria [Internet]. 2006;38(Supl.2):21–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13094772>
4. Scielosp.org. [citado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v71n2/barthel.pdf
5. Callizo JRA. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. Revista de la fundación de las ciencias de la salud. diciembre de 2013;25–39.
6. Kim YJ, Kim S-J, Lee JK, Choi W-S, Park JH, Kim HJ, et al. Prediction of survival in terminally ill cancer patients at the time of terminal cancer diagnosis. J Cancer Res Clin Oncol [Internet]. 2014;140(9):1567–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00432-014-1688-1>



7. BOE.es - BOE-A-2015-10200 Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales [Internet]. Boe.es. [citado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10200>
8. Secpal.com. [citado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://aecpal.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
9. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis [Internet]. 1987;40(5):373–83. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
10. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. J Clin Epidemiol [Internet]. 1994;47(11):1245–51. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90129-5](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(94)90129-5)
11. Arias JMV, Moreira JSM, Santelesforo SP, Alvarez EL, Muñoz MM, Gutierrez. JG. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. diciembre de 2012;133–8.
12. Ley 23/1981 de febrero 18 por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Diario Oficial No. 35.711 de 27-02-1981.
13. Corte Constitucional. [Internet] Sentencia C-233/2021 de junio 22. M.P. Fajardo, D. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm>
14. Corte Constitucional. [Internet] Sentencia SU-108/2016. M.P. Ríos, A. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/SU108-16.htm>
15. Corte Constitucional. [Internet] Sentencia T-291/2016. M.P. Ríos, A. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-291-16.htm>
16. Acción de tutela [Internet] Clínica Las Américas. [citado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://clinicalasamericas.lasamericas.com.co/Pacientes-y-visitantes/Participaci%C3%B3n-ciudadana/Acci%C3%B3n-de-tutela>
17. Consejo de Estado. [Internet] Sentencia 00367/2018. C.P. Suárez, R.F. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=88259>
18. Corte Constitucional. [Internet] Sentencia T-057/2015. M.P. SÁCHICA, M.V. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-057-15.htm>
19. Corte Constitucional. [Internet] Sentencia C-370/2019. M.P. Ortiz, G.S. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-370-19.htm>