

La futilidad como criterio médico y la prudencia como virtud del médico para la toma de decisiones en la atención de pacientes al final de la vida

Futility as a medical criterion and prudence as a physician's virtue for taking of decisions in the care of patients at the end of life

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.625>

Juan Bernardo Hoyos Gutiérrez¹

Resumen

La futilidad como concepto técnico en medicina se conoce de forma extendida en la literatura científica como futilidad médica, y se refiere a la determinación desde una mirada científica de la evidencia disponible en lo cuantitativo y cualitativo de que intervenciones médicas asistenciales están indicadas o contraindicadas frente al posible curso del final de la vida de los pacientes, y que tiene base en los conocidos principios de beneficencia, no maleficencia, además de la aplicación de los principios de proporcionalidad terapéutica y justicia en la distribución de los recursos disponibles. La definición del momento en que se aplica el concepto de futilidad en el ambiente clínico, puede llevar a disensos y desacuerdos entre el equipo médico tratante, entre los propios médicos y agentes de salud que componen este equipo y también con el paciente y familia que son objetivo de tratamiento, se propone en este ensayo, revisar

algunos conceptos de futilidad disponibles en la literatura y como tesis central, defender el uso del término futilidad en medicina, pero resaltar la necesaria relación con el valor de la prudencia, desde un enfoque que evite injusticias y equilibre la atención médica al final de la vida (evitando la inacción pero con precaución en lo desproporcionado) y fortalecer la calidad de atención en cuidados paliativos de la enfermedad con criterios de terminalidad. La importancia de este escrito es brindar un espacio de reflexión sobre la futilidad médica en el ámbito de atención de enfermedades crónicas, progresivas e incurables donde algunos tratamientos podrían generar más daño que beneficios y se requiere de una deliberación desde la ética del profesional para que el tratamiento esté más cerca de los objetivos de vida desde lo biológico, pero sobre todo desde la calidad de vida del paciente y su familia.

¹ juanber0316@gmail.com

Citar como: Hoyos, J. (2022). La futilidad como criterio médico y la prudencia como virtud del médico para la toma de decisiones en la atención de pacientes al final de la vida. *Meridiano. Revista Colombiana de Salud Mental*, 1(2), 2-12.

Introducción

Desde 1980 se ha comenzado a hablar de futilidad diagnóstica y terapéutica dado el avance de la medicina en todas sus dimensiones y sobre todo desde las áreas terapéuticas de soporte vital, en especialidades médicas tal como cuidados intensivos, terapia de reemplazo renal, trasplantes de órganos, ECMO (son las siglas en inglés para la "oxigenación por membrana extracorpórea) entre otros, y que llevan a que se realice un discernimiento desde los conceptos de las especialidades médicas de hasta donde se deben aplicar estas técnicas para mantener la vida de los pacientes. La futilidad es un criterio médico técnico y está relacionado con la ética médica de forma muy estrecha porque implica decisiones que se toman con criterios científicos, está llena de desacuerdos y miradas diversas que nutren este debate y que obligan a que debamos dar un abordaje desde la bioética, dado que está relación que se construye entre médico tratante y paciente y su familia está cargada de emociones, valores en juego y el alto riesgo de injusticia epistémica por la asimétrica relación que existe entre quien tiene el criterio científico y quien tiene ausencia del conocimiento de este criterio. La bioética principialista ilumina en la práctica deliberativa en la toma decisiones del profesional de la salud, por lo que el principio de no maleficencia toma especial relevancia, además de vincular la proporcionalidad terapéutica también como principio, de acuerdo a su condición clínico-biológica, pero a su vez entran a participar cuestiones cualitativas desde las variopintas dimensiones del ser humano, que hacen que el médico y equipo de salud que están participando en esta relación, deban tener suficientes elementos desde las dimensiones de humanización (resaltando la prudencia) del profesional de la salud para co-construir una atención médica centrada en el paciente y adaptada a cada caso particular, donde lo científico y lo humano (desde su vulnerabilidad y fragilidad) se equilibren lo más cercano a lo ideal y se lleguen a consensos que hablen de una excelente búsqueda de la justicia en la atención en salud.

La futilidad médica

El término futilidad entra en la literatura médica en el año 1980, de la mano de un artículo de Bernard Lo y Albert R. Jonsen, futilidad se refiere a todas prácticas que tengan carácter de extraordinario o desproporcionado, siendo un término técnico para designar aquello que aplicado a un paciente no le produce un beneficio sino un perjuicio (Lo & Jonsen, 1980) Futil es en latín lo contrario de futilis, y por tanto lo fútil se identifica con lo inútil (Gracia, 1998).

La futilidad médica se reduce a la pregunta: "¿Vale la pena?", esta es una cuestión de proporcionalidad: carga versus beneficio. Al decidir sobre una intervención probablemente inútil, se debe comparar la carga de la intervención con el beneficio potencial que se puede lograr. El beneficio potencial para el paciente a menudo se convierte en un cálculo de valor que es difícil de cuantificar (Myers & Weir, 2022) sobre esto la American Thoracic Society, por ejemplo, recomienda el uso del término 'fútil' solo cuando un tratamiento no puede alcanzar el objetivo fisiológico deseado. (Bosslet *et al.*, 2015).

En la resolución 971 de 2021 del Ministerio de salud y protección social en Colombia en su artículo 9, Parágrafo se habla de que "la razonabilidad de los tratamientos depende de los principios de proporcionalidad, doble efecto y consecuencias de estos para la persona y lo que considera calidad de vida y dignidad en su condición clínica". La identificación de alternativas razonables debe tener en cuenta la posibilidad del rechazo terapéutico y la posible futilidad de medios, procedimientos o tratamientos (Quintero-Cusguen, 2021).

En la ley de decisiones sobre atención de la salud, (1993) de Estados Unidos se aclara aún más que la atención médica "médicamente ineficaz" significa "tratamiento que no ofrecería al paciente ningún beneficio significativo" (Uniform Health-Care Decisions Act (Byrnes, 1993).

Algunas políticas de futilidad de hospitales en los Estados Unidos están de acuerdo hoy que los médicos no están obligados a continuar con el tratamiento de soporte vital de los pacientes que han sido confiablemente determinados a estar permanentemente inconscientes. Si bien, este estándar es reconocido como un estándar “mayoritario”, es necesario reconocer que hay una “minoría” respetable de los hospitales no han adoptado una política tan explícita (Schneiderman & Capron, 2000).

Infortunadamente, tratar de formular definiciones más holísticas de futilidad introduce todo tipo de juicios de valor subjetivos en la toma de decisiones. Los médicos hacen suposiciones acerca de la calidad de vida del paciente, y esto los vuelve susceptibles de presentar 'valores disfrazados de hechos' al proponer un tratamiento médico (Vivas & Carpenter, 2021), un tratamiento que sólo preservara la inconsciencia permanente, o que no permite terminar con la dependencia de la unidad de cuidados intensivos, debe ser considerado como fútil (Schneiderman et al., 1990).

Diego gracia escribe sobre la futilidad y se plantea interrogantes como, ¿cuál será la forma de definir lo útil en medicina?, ¿se deben incluir los principios éticos para definir la utilidad? y se plantea también sobre el carácter deontológico o teleológico de la futilidad (Gracia, 1998).

Algunos críticos de las definiciones mencionadas de futilidad han definido la inutilidad médica como el fracaso de un tratamiento médico particular para mantener la fisiología de una parte del cuerpo que sustenta la vida (Truog et al., 1992), e incluso se ha dicho que los juicios de inutilidad están tan cargados de ambigüedad, complejidad y potencial agravación que probablemente sea mejor evitarlos por completo, al menos en los casos en que el paciente o los apoderados del paciente probablemente no estén de acuerdo con los juicios médicos de futilidad. (Gillon, 1997).

Los valores y creencias juegan un papel central en la definición de futilidad desde mirada del profesional, pero debido a su subjetividad y variabilidad, son una base pobre para políticas y

lineamientos clínicos o de política pública que no se pueden generalizar. Por esta razón, a menudo se prefiere la definición fisiológica más estricta de futilidad (Pellegrino, 2005) y que está en relación con el mantenimiento o no de funciones vitales.

La futilidad médica no es un problema nuevo. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas se enfrentarán algún día a la abrumadora probabilidad de que se acerca el momento de morir. La pregunta para los médicos y equipos de salud es decidir si se debe seguir adelante con una intervención adicional o extraordinaria cuando se duda de su éxito. (Myers & Weir, 2022).

Para la sociedad o el público general una presunción 'a favor de la vida' puede ser propicia para mantener el sentido de continuar la lucha contra la muerte. (Vivas & Carpenter, 2021) y se puede ver, por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar (RCP) como justificada y necesaria en cualquier caso; a pesar de este posible valor personal y social de la RCP, sigue pareciendo antitético ofrecer la reanimación en pacientes con un pronóstico vital empobrecido por una enfermedad crónica incurable, junto con el sufrimiento físico impuesto al paciente y los costos para los recursos de atención médica de la comunidad, cuestiones de interés superior en el tema de justicia distributiva (Landry et al., 2019).

La inutilidad es difícil de definir en general, especialmente cuando se trata de RCP y otras medidas extraordinarias de soporte vital (Vivas & Carpenter, 2021) dado que muchos pacientes sobreviven a la RCP pero no en las mejores condiciones físicas o mentales, y predecir el éxito de una reanimación se basa en un equilibrio de probabilidades más que en una certeza objetiva.

Algunos podrían decir que hay beneficios de los esfuerzos de reanimación, independientemente de la eficacia del tratamiento y no consideran que ni siquiera la RCP fallida sea 'fútil' en absoluto. Incluso si hubiera certeza de que la RCP fallaría, este intento fallido aún podría actuar como una especie de "ritual de muerte" contemporáneo en el entorno médico moderno (Gordon, 2015).

Los seres humanos siempre han tenido rituales de muerte conectados con creencias religiosas y valores sociales más amplios. En nuestra sociedad de avances tecnológicos, incluso la reanimación 'fisiológicamente fútil' puede tener un valor significativo como ritual social para personas al final de la vida y sus seres queridos (Mohammed & Peter, 2009).

Para muchos pacientes, la RCP brinda la esperanza de un retraso en la muerte que podría darles más tiempo para experimentar cualquier aspecto en la vida que les parezca valioso. Para las familias, posibilitar este retraso puede ser una forma de alentar y acompañar a los pacientes al final de la vida en su última lucha. Para la sociedad, una presunción 'a favor de la vida' puede ser propicia para mantener el sentido de continuar la lucha contra la muerte (Pellegrino, 2005).

Muchos médicos en cuidados intensivos tienen poca oportunidad de seguir a los pacientes después de que salen de la UCI y, por lo tanto, poca oportunidad de refinar sus capacidades de pronóstico con respecto a los resultados a largo plazo. (Carson et al., 2012) la RCP sería en muchos casos inútil porque podría ser poco probable que tenga éxito, y que la calidad de vida después de la RCP cambie a un nivel tan bajo que sea una carga mayor que el beneficio obtenido con la prolongación de la vida. (McMillan, 2021).

Todas estas miradas y argumentos con algunos ejemplos de algunos tratamientos médicos nos dan una idea de las muchas ramificaciones del problema de la futilidad. Como afirma Pellegrino, "el debate acerca de la futilidad es útil porque expone la necesidad de aclarar cuidadosamente los límites de la autonomía del médico y del paciente, el significado explícito de la participación del paciente en las decisiones clínicas y el peso moral de las determinaciones médicas objetivas y los valores subjetivos de las personas (Pellegrino, 2005).

Entre las razones que hacen necesario un estudio profundo del concepto de futilidad, cabe destacar las siguientes expresadas en la tesis doctoral: (Gavicagoeascoa, 1996).

1. El creciente interés por este concepto en el campo de la medicina.
2. La disparidad de criterios a la hora de definir la futilidad.
3. El concepto de futilidad ha de englobar una realidad muy compleja, en la que convergen factores muy variados.
4. Suele estar comprometida la supervivencia del paciente.
5. En las cuestiones de futilidad suelen entrar en conflicto los intereses y valores del médico frente a los del paciente y familia.
6. El concepto de futilidad tiene importantes implicaciones clínicas, éticas y sociales que idealmente exigen la unificación de criterios a la hora de definirlo y de aplicarlo en la práctica clínica.

El racionamiento frente al tema de la futilidad reconoce específicamente que un tratamiento ofrece un beneficio, y el problema frente a la justicia de cómo distribuir equitativamente los recursos beneficiosos pero limitados. Para aclarar aún más la distinción: las decisiones de inutilidad se toman al lado de la cama de un paciente específico, mientras que las decisiones de racionamiento, que involucran categorías de pacientes o tratamientos o circunstancias, inevitablemente deben tomarse a nivel de políticas para asegurar una distribución justa de los recursos. (Schneiderman & De Ridder, 2013), pero se debe separar la futilidad de los problemas económicos. Las cuestiones de futilidad preceden a las decisiones sobre la racionalización del gasto médico, la distribución de los recursos sanitarios o la contención de costos, y sobre el argumento de la futilidad de podría justificar la no atención (inacción) de muchos pacientes con oportunidad de algunos tratamientos que potencialmente podrían mejorar su calidad de vida y que si tendrían indicación médica de realizarse pero que dan en el contexto de una enfermedad avanzada o terminal.

En el debate sobre la futilidad, no solo en las decisiones de tratamiento del médico al lado de la cama cuentan, sino que también entran en juego las discusiones públicas o mediáticas: "la obligación del médico de salvar la vida", la atención a los pacientes y familiares que exigen que "se haga

todo” y en caso de que esto no ocurra podría ser interpretado como: “abandono del médico”, sin embargo, las intervenciones fútiles no son buenas formas de promover el cuidado, al sustituir la comunicación y el tacto humanos por procedimientos duros e invasivos, lo que lleva a aumentar la incomodidad del paciente en las etapas finales de la enfermedad y estos hechos, son muchas veces difíciles de comprender de parte de quien exige que se de o mantenga un tratamiento médico fútil.

Hoy se mantienen con vida pacientes que no pueden experimentar, y mucho menos participar, en las más mínimas actividades humanas. Otra nueva realidad sobre la medicina actual es que ya no es un asunto privado que involucra solo al pequeño círculo de paciente, familia y médico, puede ser incluso un tema mediático en redes sociales; pero la pregunta real en este contexto es: ¿cuáles son los objetivos de la medicina? Ineludiblemente unidas a esta pregunta hay otras preguntas. ¿Podemos estar de acuerdo como sociedad cuando el tratamiento no logra los objetivos de la medicina?

McMillan en 2021 plantea una pregunta que nos centra en la discusión de la futilidad: "¿Cómo definimos la inutilidad del tratamiento cuando un tratamiento es a menudo efectivo en el sentido fisiológico estricto (restauración de la vida) mientras que es casi completamente ineficaz en el sentido holístico más amplio, es decir, no deja que llegue la muerte, simplemente la retrasa y la prolonga?" (McMillan, 2021).

Hoy en día se podría pensar que los instrumentos de la tecnología son el centro de atención más que el paciente.(Schneiderman & De Ridder, 2013) y que estos avances médicos, que han traído grandes beneficios a la medicina, lamentablemente, estos mismos avances han provocado que los médicos fragmenten su percepción de los objetivos de la medicina, desviando su atención del paciente y la forma como el ve su vida y las decisiones que tomaría en el tránsito de una enfermedad terminal.

Casi siempre, como profesionales de la salud, debemos permitir que el valor de un resultado sea definido por los objetivos de vida de nuestros pacientes en lugar de nuestros propios objetivos percibidos o lo que indique la tecnología. Idealmente, la evaluación de los objetivos en la vida de un paciente debe establecerse antes de que se fuerce una decisión difícil. Es mejor que estos debates sobre objetivos de vida los lleven a cabo médicos o profesionales de atención clínica que hayan tenido una relación a largo plazo con el paciente, por lo que se resalta la importancia de la continuidad en la atención médica.

Cuando se debe tomar una decisión sobre una intervención potencialmente inútil, todas las partes interesadas en esa decisión pueden referirse a estas discusiones establecidas como base para el diálogo y se tomará en cuenta en gran medida las voluntades anticipadas que el paciente haya logrado construir como legado en su relación con el equipo de salud tratante, en muchos casos el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos.

Es importante que los médicos permanezcan visiblemente abiertos a la posibilidad de existan desacuerdos al manejo médico y juicios contrarios por parte de la familia en nombre del paciente, a la posibilidad, por ejemplo, de que la familia se aferre a un tratamiento médico que tiene muy baja probabilidad de funcionar, pero es que es visto como el mayor esfuerzo que se puede hacer para tratar de recuperar al paciente (Curtis & Burt, 2010).

En lugar de depender de las decisiones legales o de las autoridades del hospital para resolver las disputas por inutilidad médica que puedan surgir, el potencial conflicto se maneja mejor dentro de una relación entre los que toman las decisiones. “Sin una relación terapéutica de confianza, la toma de decisiones en colaboración (negociación), que es de vital importancia, especialmente al final de la vida, no es posible (Knowlton & Fins, 2018).

Es importante animar a los pacientes y sus familias a hablar más libremente para expresar sus miedos y preocupaciones. Si la comunicación parece generar desconfianza, entonces puede ser mejor pedirle a la familia que invite a alguien en quien confíen plenamente a la conversación. Todos los médicos deben examinar sus propias vidas para asegurarse de que no haya prejuicios implícitos de ningún tipo que puedan alterar su juicio o comunicación con cualquier paciente. Es importante comunicar a los pacientes que se les valora y que el equipo hará todo lo posible para cuidarlos y respetarlos como si fueran miembros de su propia familia (Myers & Weir, 2022).

Por el contrario, si un objetivo terapéutico no se puede lograr de manera realista, o si el paciente carece de autonomía o de la capacidad de relacionarse a la realidad, el paciente no puede ser incluido como un socio igualitario en la toma de decisiones sobre el tratamiento, y la decisión de limitar el tratamiento está justificada, o incluso es necesaria sin el consentimiento del paciente (Winkler, 2010). La necesidad de desplazar el centro de gravedad de los debates sobre futilidad es muy importante: “hay que abandonar la problemática de prolongar la vida, para plantearse la consecución del máximo confort y dignidad de los pacientes, principalmente de los incurables”. (Gavicagoasca, 1996).

Las decisiones de limitar el acceso a la atención considerada inútil no deben recaer en un solo profesional médico únicamente y existe la posibilidad de la participación de otros profesionales médicos a través de juntas interdisciplinarias e incluso los comités de ética hospitalaria (Veatch & Spicer, 1992), aunque ya se ha expresado que la futilidad es un concepto médico y se anota que “en la circunstancia de que un tratamiento específico deseado por un paciente o su familia sea médicamente ineficaz y potencialmente dañino, el médico no está éticamente obligado a proporcionar dicho tratamiento.” (Sulmasy & Bledsoe, 2019).

La alternativa de la futilidad no es la abstención terapéutica o el abandono del paciente, cuando se estima que no se puede hacer nada para curar una

enfermedad, la alternativa es la medicina paliativa, que cuida óptimamente del paciente hasta el momento de la muerte, los tratamientos médicos en cuidados paliativos se basan en dos fundamentos: la indicación médica y el consentimiento del paciente para el tratamiento, excepto en casos de emergencia cuando el paciente no puede dar su consentimiento; por parte de los médicos, se debe poner un nuevo énfasis en los mandatos y objetivos de la medicina. Desde la antigüedad, la medicina incluye no solo los medios y técnicas para preservar la vida y preservar o restaurar la salud, sino también el arte de vivir con lo inevitable de la enfermedad y la muerte. Además de esta finalidad curativa de la medicina existe una finalidad paliativa que es éticamente deseable.

Cuando la medicina curativa no puede lograr sus objetivos, especialmente en la mayoría de las enfermedades graves (que amenazan la vida), para las cuales el tratamiento agresivo no está respaldado por indicaciones médicas ni por la voluntad del paciente, entonces los objetivos terapéuticos deben cambiar inevitablemente a una estrategia paliativa con paliación integral de síntomas.

El cambio de objetivos terapéuticos hacia la paliación requiere una comunicación intensiva entre médico, paciente y familia del paciente, basada en la empatía y el conocimiento de los cuidados paliativos. Esta es la clave para decisiones de tratamiento apropiadas que sean razonables, significativas y no fútiles. Pero debido a que a menudo falta este tipo de comunicación, los pacientes con enfermedades terminales y sus familiares no pocas veces, pero de manera inapropiada solicitan tratamientos desproporcionados o exagerados, y los médicos ofrecen terapias que carecen de un objetivo significativo. Retrospectivamente, muchos tratamientos de pacientes terminales resultan desastrosos. Desafortunadamente, en tales casos, la medicina resulta en inhumanidad.

El cuidado paliativo cuya intención es aliviar el sufrimiento y brindar comodidad y dignidad al paciente puede incluir analgésicos opioides y otros medicamentos, medidas locales de enfermería y el enfoque interdisciplinario por los equipos de cuidados paliativos, incluido el asesoramiento psicológico y espiritual. Debe enfatizarse que aunque un

tratamiento en particular puede ser inútil, los cuidados paliativos o de comodidad nunca son inútiles. (Schneiderman & De Ridder, 2013).

Presentados todos estos argumentos hasta el momento, el médico y equipo de salud que se encuentran ante una posible situación clínica de futilidad están en la tarea de equilibrar la situación entre los posibles escenarios en los que se desenvuelve la futilidad teniendo en cuenta los factores médicos y biológicos pero sobre todo, aquellos como la voluntad del paciente, su juicio de dignidad, sus objetivos de vida, su comprensión de la enfermedad, la capacidad de tomar decisiones, entre muchos otros factores, por lo que mediar en esta situación puede llevar a situaciones de injusticia por no proporcionar adecuadamente cada situación particular y la prudencia como valor ético en la toma de decisiones puede iluminar el proceder minimizando el riesgo de injusticia.

Diego Gracia resalta el valor de la prudencia, y la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre, “reducir la probabilidad de error a límites ínfimos cuando está en juego la vida de las personas, pero no anular completamente la posibilidad de error”; esto llevaría a una búsqueda obsesiva de la certeza que además de imposible, retrasaría la toma de decisiones que sería imprudente; tomar decisiones en absoluta certeza (lo cual no es posible) llevaría a un encarnizamiento terapéutico (Gracia, 1998).

Establecer el límite prudencial que no lleve a situaciones de injusticia y la maleficencia que viene de aplicar tratamientos que no están indicados o son desproporcionados y propone que un enfoque de futilidad desde lo cuantitativo: considerarse fútiles todas las medidas de soporte vital realizadas en pacientes que con los sistemas de predicción de supervivencia (APACHE, SAPS, etc) tienen un riesgo de mortalidad superior al 95%, cuando la probabilidad de éxito es muy baja, la toma de decisiones ante enfermos concretos es posible (Gracia, 1998).

La medicina tiene grandes avances, pero no avances ilimitados, cada paciente representa un nuevo desafío que llevan a que se establezcan preguntas de resultados clínicos como: ¿Funcionarán el fármaco y la dosis en particular en este paciente, en esta circunstancia particular?, funcionará la RCP o el tratamiento de soporte vital en unidad de cuidados intensivos?; la incertidumbre acecha a la sombra de cada decisión médica, pero además de la probabilidad de que el tratamiento tenga un efecto que pueda apreciarse como un beneficio, también debe ser lo suficientemente beneficioso como para permitir que el paciente persiga sus metas en la vida, o el juicio de dignidad que se ha hecho de sí mismo.

Hoy debemos preguntarnos: ¿Es un objetivo apropiado de la medicina mantener vivo a un paciente? pero permanentemente inconsciente o confinado en cama y dependiente de intervenciones médicas de soporte vital para que él o ella no pueda lograr otras metas de vida? Algunos han argumentado más bien que un tratamiento debe considerarse inútil si no puede lograr la supervivencia del paciente en el mundo exterior en lugar de depender completamente para la supervivencia de los tratamientos disponibles solo en el entorno hospitalario agudo (Schneiderman & Jecker, 2011).

Llama la atención que los médicos comienzan a reevaluar no sólo sus deberes y obligaciones sino también sus límites. Este es un paso muy importante. Pero, en última instancia, la sociedad en general tendrá que expresar su acuerdo claramente: los fines de la medicina no se encuentran en la mera supervivencia biológica ni en el paciente aprisionado dentro de máquinas y tubos. En conjunto, los estándares cuantitativos y cualitativos que se proponen para la futilidad médica proporcionan algunos elementos en las prácticas deliberativas de esta cuestión bioética.

El "éxito" en los avances de la medicina es ampliamente compartido y exaltado en publicaciones científicas, lo que lleva a que se espere del público general, excelentes resultados desde la

medicina como ciencia, pero también se debería propiciar, a través de debates y publicaciones, la medicina como ciencia limitada, y que preserva la vida pero con ciertas restricciones, dejando claridad sobre las obligaciones profesionales cuando el tratamiento no produce los resultados que la mayoría de los pacientes considerarían beneficiosos y coherentes con los objetivos. de la medicina (Schneiderman & Jecker, 2011).

Hoy en día muchos médicos practican la “medicina defensiva”, temiendo que cualquier omisión, o suspensión de tratamientos agresivos fútiles los puede hacer legalmente vulnerable, esto refleja la tragedia de la medicina impulsada por el progreso, que no puede aceptar sus límites, especialmente al final de la vida, y no puede distinguir entre una prolongación significativa de la vida y una dolorosa prolongación de la muerte. Esto representa una mala gestión médica en su peor momento. (Schneiderman & De Ridder, 2013).

El médico no debe abandonar al paciente, las cargas derivadas de los juicios de futilidad deben sopesarse frente a los beneficios del tratamiento, y dado que ambos tienen un componente subjetivo significativo, obtener una determinación clara de utilidad o futilidad determinando los límites racionales de las intervenciones. Puede darse el caso de que pacientes o familias en capacidad de pago para mantener un tratamiento soliciten insistentemente que se mantenga o administre un tratamiento bajo la responsabilidad y presupuesto económico del paciente y familia, pero estas medidas de soporte vital o terapéuticas sólo estarán justificadas si hay una indicación médica basada en un razonamiento científico (con variables cuantitativas y cualitativas) a conciencia de la verdadera utilidad de este tratamiento, de lo contrario mediaría un conflicto de intereses muy desde la esfera económica.

Sobre la *phronēsis* o prudencia como sabiduría práctica, se han pronunciado varios autores: Aristóteles, Gadamer, Alasdair MacIntyre, Comte-Sponville y Paul Ricoeur, todos ellos coinciden en que la prudencia es el acto por el cual se concretan las elecciones prácticas frente a las

cuales se moviliza el potencial humano susceptible de iluminar una decisión; Según el pensamiento de Ricoeur la prudencia nutre lo trágico de la acción, motiva la formación de máximas de sabiduría en circunstancias de incertidumbre y urgencia (Tapia, 2015).

Aristóteles utiliza la palabra *phronēsis* para referirse a la virtud intelectual del razonamiento práctico, es decir, la disposición racional para deliberar y juzgar correctamente y tomar buenas decisiones en diferentes situaciones. Este concepto pasó al latín como *prudentia*, que fue el término utilizado por Tomás de Aquino y otros filósofos medievales y del cual se deriva el término inglés moderno “*prudence*”. Sin embargo, el término prudencia en el uso común del español ha adquirido la connotación de una persona cautelosa, alguien que no está dispuesto a correr riesgos innecesarios, y ha perdido gran parte de la riqueza original del término aristotélico.

El término aristotélico sitúa la prudencia como la virtud que guía las acciones humanas encaminadas a conseguir un bien supremo, la *phronēsis* griega proviene sobre todo de Aristóteles y los estoicos, quienes la consideraban “la ciencia de las cosas que deben hacerse y de las que no deben hacerse”(Comte-Sponville et al., 1996), reinterpretada por Gadamer como virtud del riesgo y de la decisión sensata.

Según la virtud aristotélica descrita: “parece propio del hombre prudente el ser capaz de deliberar rectamente sobre lo que es bueno y conveniente para sí mismo, no en un sentido parcial, sino para vivir bien en general” (Araujo & Castelló, 1993).

La virtud de la prudencia o *phronēsis* en su formulación clásica se muestra indispensable, ya que una decisión compartida verdaderamente correcta y moralmente buena no es sólo una cuestión de conocimiento médico sino que debe representar la fusión de las virtudes intelectuales (con la verdad como fin) y las virtudes morales (con el bien como fin), y esta es la función de la *phronēsis* (Gatens-Robinson, 1986).

La toma de decisiones compartida es un modelo ampliamente aceptado de relación médico-paciente que proporciona un entorno ético en el que se respeta la beneficencia del médico y la autonomía del paciente. Reconoce la responsabilidad moral del médico y el paciente al promover una colaboración deliberativa en la que se enfatiza su experiencia individual, de naturaleza complementaria, de igual importancia, y se respetan los valores y preferencias personales. (Kioko & Requena Meana, 2021).

Perfeccionando la capacidad intelectual para aprehender la complejidad de las situaciones clínicas, y perfeccionando la aplicación de los primeros principios de la razón práctica, la prudencia es capaz de orientar hacia la justa y buena decisión médica compartida. Por lo tanto, una decisión médica compartida prudente está siempre en consonancia con el tipo de persona que el médico y el paciente han elegido ser. (Kioko & Requena Meana, 2021) y se argumenta que argumentaremos que la virtud de la prudencia es la guía por medio de los cuales un médico y un paciente que participen en la toma de decisiones compartida pueden elegir la acción terapéutica que sea tanto técnicamente correcta como moralmente buena dentro de los límites de su encuentro clínico particular. (Pellegrino & Thomasma, 1993).

La prudencia es un elemento indispensable para el ejercicio correcto de los actos ordinarios en que interviene el hombre en cuanto ser racional, más aún en lo que concierne a su parte ética (Tapia, 2015) y se vuelve central, según la tesis de este ensayo, dado que implica el ejercicio de la atenta escucha, del reconocimiento del otro y de la empatía para ver desde el médico en el otro, una persona que sufre una enfermedad y exige del profesional la práctica ética deliberativa basada en la virtud o valor de la prudencia, sólo a partir del uso de ella desde el profesional de salud, habrá garantía de que la decisión de futilidad se ha tomado en una búsqueda del bien mayor o perfecto.

Conclusiones

La futilidad médica es un término de relativa reciente aparición en la literatura, y está aceptado en la literatura científica internacional para referirse al criterio médico sobre los procedimientos de práctica clínica que están indicados o contraindicados, de acuerdo a un juicio de proporcionalidad y justicia, enmarcado en la no maleficencia y procurando el bienestar de quien se está cuidando, en este caso el paciente y su familia, quienes en esta relación casi siempre están atravesando el final de la vida por una determinada enfermedad. Evaluar la futilidad médica como concepto científico lleva inherente la deliberación bioética por las diversas dimensiones del ser humano que van más allá de lo biológico o de las probabilidades numéricas de éxito o de fracaso de un tratamiento, la práctica bioética deliberativa en esta situación obliga del profesional de la salud actuar con la mayor sabiduría, prudencia y reconocimiento del otro vulnerable, ya que se está cuidando de la vida de personas que sufren y que necesitan de quienes ejercen el cuidado la excelencia científica y humana para ofrecer este cuidado, incluso hasta los últimos instantes de la vida.

El concepto aristotélico de *phronēsis* es esa disposición inteligente estable por la cual el médico virtuoso puede tomar la decisión correcta compartida con un paciente sobre qué hacer en cada encuentro clínico particular basándose en principios racionales generales: las virtudes morales. La prudencia es, pues, la virtud que perfecciona la elección de la acción terapéutica. La perfección, sin embargo, no está sólo en lo que hay que hacer, sino también en el cómo de hacerlo. En esto, la prudencia es la garantía de que el fin no justifica los medios, sino que el fin determina los medios.

Referencias

- Araujo, M., & Castelló, S. F. (1993). *Ética a Nicómaco* (Vol. 9). Universitat de València.
- Bosslet, G. T., Pope, T. M., Rubenfeld, G. D., Lo, B., Truog, R. D., Rushton, C. H., . . . White, D. B. (2015). An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med*, 191(11), 1318-1330. <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0924ST>
- Byrnes, J. C. (1993). The Health Care Decisions Act of 1993. *U. Balt. L. Rev.*, 23, 1.
- Carson, S. S., Kahn, J. M., Hough, C. L., Seeley, E. J., White, D. B., Douglas, I. S., . . . Rubenfeld, G. D. (2012). A multicenter mortality prediction model for patients receiving prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*, 40(4), 1171-1176. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182387d43>
- Comte-Sponville, A., Corral, B., & Corral, M. (1996). *Pequeño tratado de las grandes virtudes*. Espasa Calpe.
- Curtis, J. R., & Burt, R. A. (2010). Futility in the intensive care unit: hard cases make bad law. *In Crit Care Med* (Vol. 38, pp. 1742-1743). <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e8783c>
- Gatens-Robinson, E. (1986). Clinical judgment and the rationality of the human sciences. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 11(2), 167-178.
- Gavicagogeascoa, M. I. (1996). *El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica* [Universidad de Navarra].
- Gillon, R. (1997). "Futility"—too ambiguous and pejorative a term? *J Med Ethics*, 23(6), 339-340. <https://doi.org/10.1136/jme.23.6.339>
- Gordon, M. (2015). Rituals in death and dying: modern medical technologies enter the fray. *Rambam Maimonides Med J*, 6(1), e0007. <https://doi.org/10.5041/rmmj.10182>
- Gracia, D. (1998). *Ética de los confines de la vida*. Editorial El Búho.
- Kioko, P. M., & Requena Meana, P. (2021). Prudence in Shared Decision-Making: The Missing Link between the "Technically Correct" and the "Morally Good" in Medical Decision-Making. *J Med Philos*, 46(1), 17-36. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa032>
- Knowlton, S. F., & Fins, J. J. (2018). Mediative Fluency and Futility Disputes. *Perspect Biol Med*, 60(3), 373-382. <https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0011>
- Landry, J. T., Patel, R., Neilipovitz, D., Kyeremanteng, K., & D'Egidio, G. (2019). Ethical failings of CPSO policy and the health care consent act: case review. (1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0357-y>
- Lo, B., & Jonsen, A. R. (1980). Clinical decisions to limit treatment. *Ann Intern Med*, 93(5), 764-768. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-93-5-764>
- McMillan, J. (2021). Futility: a perennial issue for medical ethics. *J Med Ethics*, 47(10), 649. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107866>
- Mohammed, S., & Peter, E. (2009). Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nurs Ethics*, 16(3), 292-302. <https://doi.org/10.1177/0969733009102691>
- Myers, R. K., & Weir, A. (2022). Medical Futility: Choosing the Next Intervention. *South Med J*, 115(2), 136-138. <https://doi.org/10.14423/smj.0000000000001351>
- Pellegrino, E. D. (2005). Decisions at the end of life—the abuse of the concept of futility. *Practical Bioethics*, 1(3).

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Quintero-Cusguen, P. (2021). El derecho a una muerte digna en Colombia nos concierne a todos. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(4), 219-223.

Schneiderman, L. J., & Capron, A. M. (2000). How can hospital futility policies contribute to establishing standards of practice? *Camb Q Healthc Ethics*, 9(4), 524-531.

<https://doi.org/10.1017/s0963180100904110>

Schneiderman, L. J., & De Ridder, M. (2013). Medical futility. *Handb Clin Neurol*, 118, 167-179.

<https://doi.org/10.1016/b978-0-444-53501-6.00014-7>

Schneiderman, L. J., & Jecker, N. S. (2011). *Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment*. JHU Press.

Sulmasy, L. S., & Bledsoe, T. A. (2019). American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition. *Ann Intern Med*, 170(2_Suppl), S1-s32. <https://doi.org/10.7326/m18-2160>

Tapia, M. G. S. (2015). La prudencia como sabiduría práctica bajo la perspectiva de Paul Ricoeur. *La Colmena: Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México*(85), 55-67.

Truog, R. D., Brett, A. S., & Frader, J. (1992). The problem with futility. *N Engl J Med*, 326(23), 1560-1564.

<https://doi.org/10.1056/nejm199206043262310>

Veatch, R. M., & Spicer, C. M. (1992). Medically futile care: the role of the physician in setting limits. *Am J Law Med*, 18(1-2), 15-36.

Vivas, L., & Carpenter, T. (2021). Meaningful futility: requests for resuscitation against medical recommendation. *J Med Ethics*, 47(10), 654-656.

<https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106232>

Winkler, E. C. (2010). Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? *Ethik in der Medizin*, 22(2), 89-102.