



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Limitación del esfuerzo terapeutico en pacientes ingresados en UCC



Dra Raquel Dura Navarro
Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 13 de Marzo de 2012

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

“La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en la retirada (withdraw) o no inicio (withhold) de las terapias de soporte vital, cuando parece claro que son inútiles o fútiles, porque lo único que hacen es mantener la vida biológica, pero sin posibilidad de recuperación funcional del paciente con una calidad de vida mínima. Retirar o no iniciar tales medidas permite a la enfermedad concluir su victoria sobre la vida del enfermo. Por lo tanto es la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional.”



La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en Cuidados Críticos supone **la aceptación de:**

- **Irreversibilidad del cuadro**
- **Abandonar todas las terapias con fin curativo**
- **Administrar todas las precisas para garantizar el máximo bienestar posible al enfermo**





**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

Principales problemas éticos de la LET

- **LET no indicada: EQUIPO**
- **Obstinación profesional:** es una obligación ética, legal y deontológica realizar LET en los pacientes que cumplan criterios
- **Negación de los allegados a una LET indicada**



Código penal

17.ª EDICIÓN ACTUALIZADA
SEPTIEMBRE DE 2011

Incluye la reforma del Código Penal por la LO 3/2011,
de 28 de enero, y la LO 4/2011, de 30 de junio,
de represión del contrabando

tecnos



- **Artículo 143.**
- **1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.**
- **2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.**
- **3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.**
- **4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo**

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

¿Cómo y cuándo decidir limitación de esfuerzo terapéutico? ¿A quién?

Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico

J.L. MONZÓN MARÍN^a, I. SARALEGUI RETA^b, R. ABIZANDA I CAMPOS^c, L. CABRÉ PERICAS^d, S. IRIBARREN DIARASARRI^e, M.C. MARTÍN DELGADO^f, K. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA^g Y GRUPO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC*

Recomendaciones de Grupos de trabajo de la SEMICYUC

Med Intensiva. 2008;32(3):121-33



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?

R. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, F. BAIGORRI GONZÁLEZ Y A. ARTIGAS RAVENTOS

Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Limitación del esfuerzo terapéutico

B. Herreros^{a,c,*}, G. Palacios^{a,c} y E. Pacho^{b,c}

Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?”

Limitation of therapeutic effort: A “question for professionals or for patients as well?”

P. Hernando¹, G. Diestre², F. Baigorri³



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE PRÁCTICA MÉDICA ÉTICA

- 1- Principio de beneficencia**
- 2- Principio de no-maleficiencia**
- 3- Principio de autonomía**
- 4- Principio de justicia**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

Recomendaciones para la toma de decisiones

- **Decisión basada en el conocimiento actual de la medicina: MBE**
- **¿¿¿Dudas???? : Tratamiento intensivo
Decisión condicional a la evolución**
- **Decisión colectiva y por consenso**



Recomendaciones para la toma de decisiones

- **Decisión colectiva y por consenso**
- **Dudas individuales: Libertad de conciencia de los profesionales. Reconsideración**
- **Valorar apartar de la toma de decisiones**



Recomendaciones para la toma de decisiones

- Informar y consultar a los familiares y/o representantes legales.
- En ningún caso se debe responsabilizar a la familia por la toma de decisiones.



Recomendaciones para la toma de decisiones

- **NO HAY ACUERDO: COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL**
- **Respetar su decisión que deberá constar en historia clínica**



Recomendaciones para la toma de decisiones

- Una vez tomada la decisión: Obligación médica de no abandonar al paciente durante el proceso de morir.
- Garantizar una muerte digna.
- CUIDADOS PALIATIVOS.



Recomendaciones para la toma de decisiones

- Las decisiones de omisión o retirada de terapias de soporte vital deben constar en historia clínica.
- Formulario específico



Profesional sanitario

- Decisión de LET:
INCERTIDUMBRE
- "Imperativos tecnológicos"- "Obstinación profesional"
- No iniciar o retirar las ya instauradas: **LEGITIMIDAD ÉTICA.**



Actuaciones o medidas de soporte vital

- **Cualquier intervención médica realizada en un paciente con el objetivo de retrasar su proceso de morir, con independencia de que dicha intervención se efectúe en relación con la patología de base o con el proceso biológico causal.**
 - *RCP*
 - *VM*
 - *Terapias de sustitución renal*
 - *Hemoderivados*
 - *Antibióticos?*
 - *Nutrición e hidratación enteral o parenteral*



INUTILIDAD (FUTILIDAD) DE ACTUACIONES MEDICAS

- Clinicamente ineficaces**
- No mejoran el pronóstico, los síntomas o las enfermedades interrecurrentes**
- Con toda probabilidad su aplicación ocasionaría perjuicios personales, familiares, económicos o sociales desproporcionados con el beneficio que se persigue**



FORMAS DE LET EN UCC

- ✓ **Limitar el ingreso**
- ✓ **No iniciar tratamiento**
- ✓ **Retirar tratamiento**



FORMAS DE LET EN UCC: LIMITAR EL INGRESO

- Criterio de autonomía:
Paciente/ Familiares
Voluntades anticipadas
- Criterio de justicia: equidad en la distribución de recursos
- Criterio de beneficencia: insuficiencia orgánica con riesgo vital **POTENCIALMENTE REVERSIBLE**



FORMAS DE LET EN UCC: LIMITAR EL INGRESO

- **Criterio de no maleficiencia: el cuidado del paciente en la UCC va a reportar más beneficios que el cuidado fuera.**
- **No deberían ingresar en UCC pacientes con:**
 - **Afectación neurológica grave e irreversible**
 - **Fallo multiorgánico irreversible (tres o más órganos durante 5 o más días)**
 - **Neoplasia metastásica o enfermedad hematológica sin respuesta a QT o RT**
 - **Estado vegetativo persistente**
 - **Patologías orgánicas muy evolucionadas y complicadas o en fase terminal**
 - **Edad *per se*: no es un factor limitante. Calidad de vida**



FORMAS DE LET EN UCC:

No iniciar tratamiento

Retirar tratamiento

- No comenzar nuevas medidas o no reiniciar alguna medida ya retirada
- Retirar tratamientos fútiles ya instaurados
- Consideraciones:
 - Edad y patología de base previa
 - Quien ha decidido el ingreso en UCC
 - Evolución en UCC

DIFERENCIA EMOCIONAL



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

ARTÍCULOS ESPECIALES

Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico

Albert Royes

Profesor de Ética Médica. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Barcelona. España.

Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico

J.L. MONZÓN MARÍN^a, I. SARALEGUI RETA^b, R. ABIZANDA I CAMPOS^c, L. CABRÉ PERICAS^d, S. IRIBARREN DIARASARRI^e, M.C. MARTÍN DELGADO^f, K. MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA^g Y GRUPO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC*

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Limitación del esfuerzo terapéutico

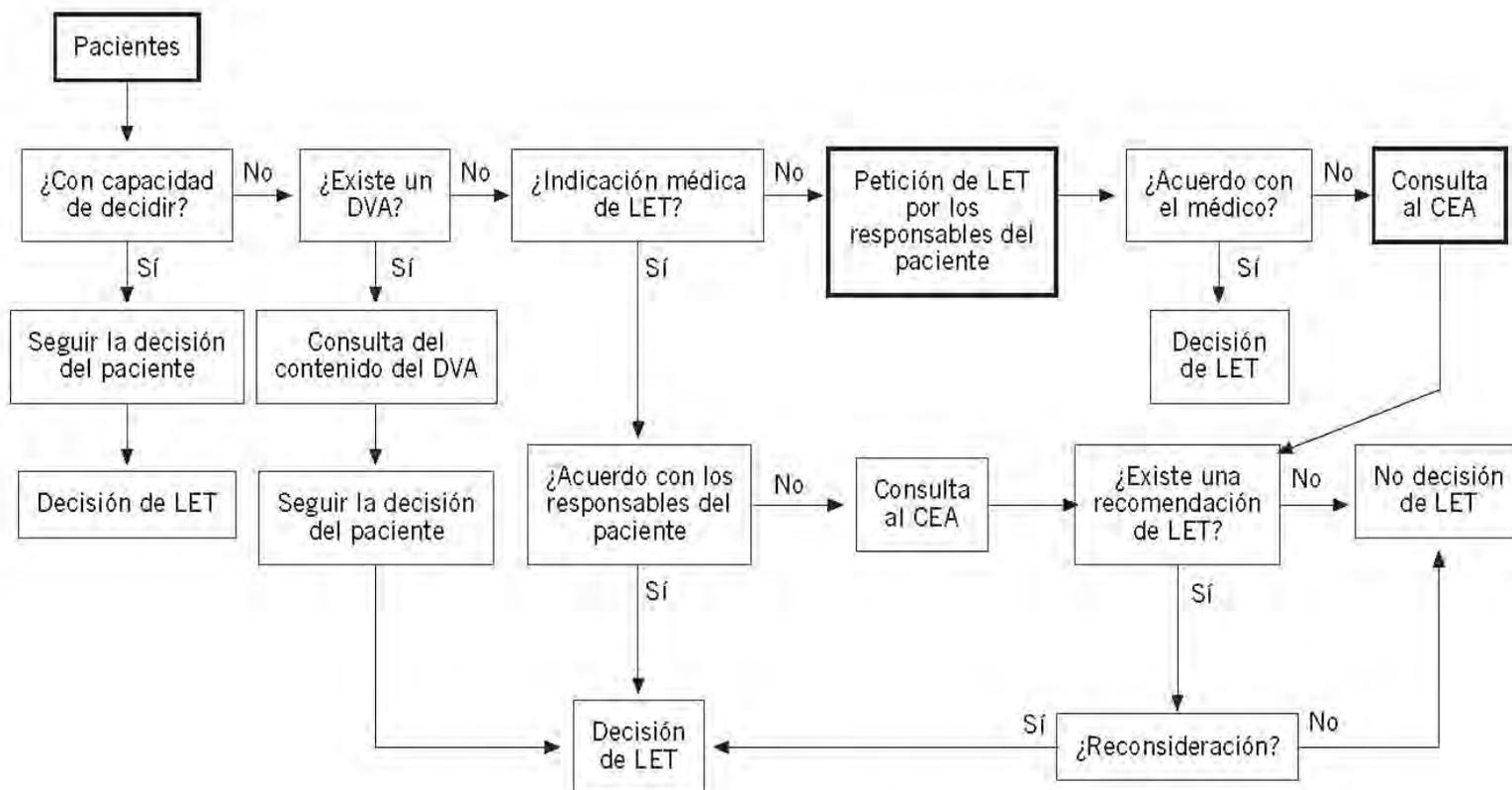
B. Herreros^{a,c,*}, G. Palacios^{a,c} y E. Pacho^{b,c}

ARTICLE IN PRESS



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

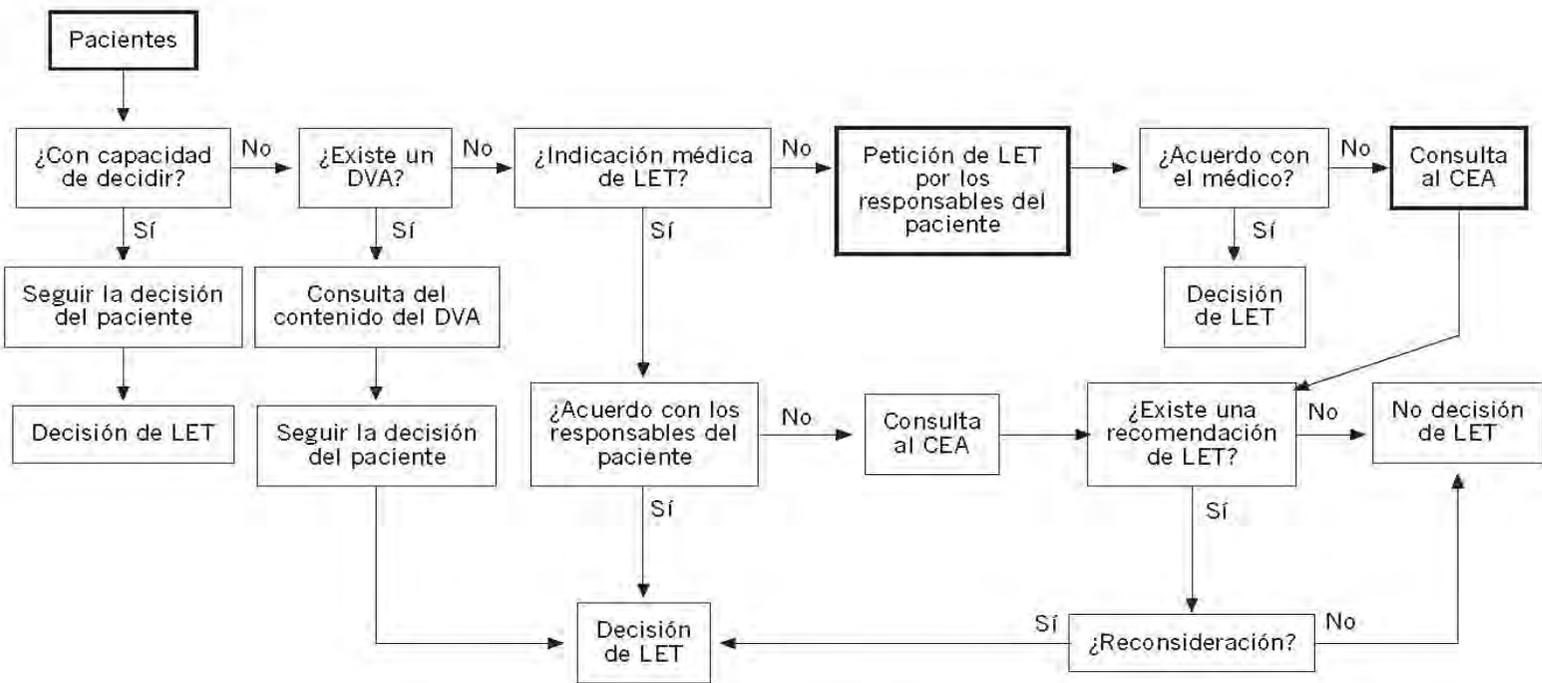


DVA: documento de voluntades anticipadas; LET: limitación del esfuerzo terapéutico; CEA: comité de ética asistencial.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

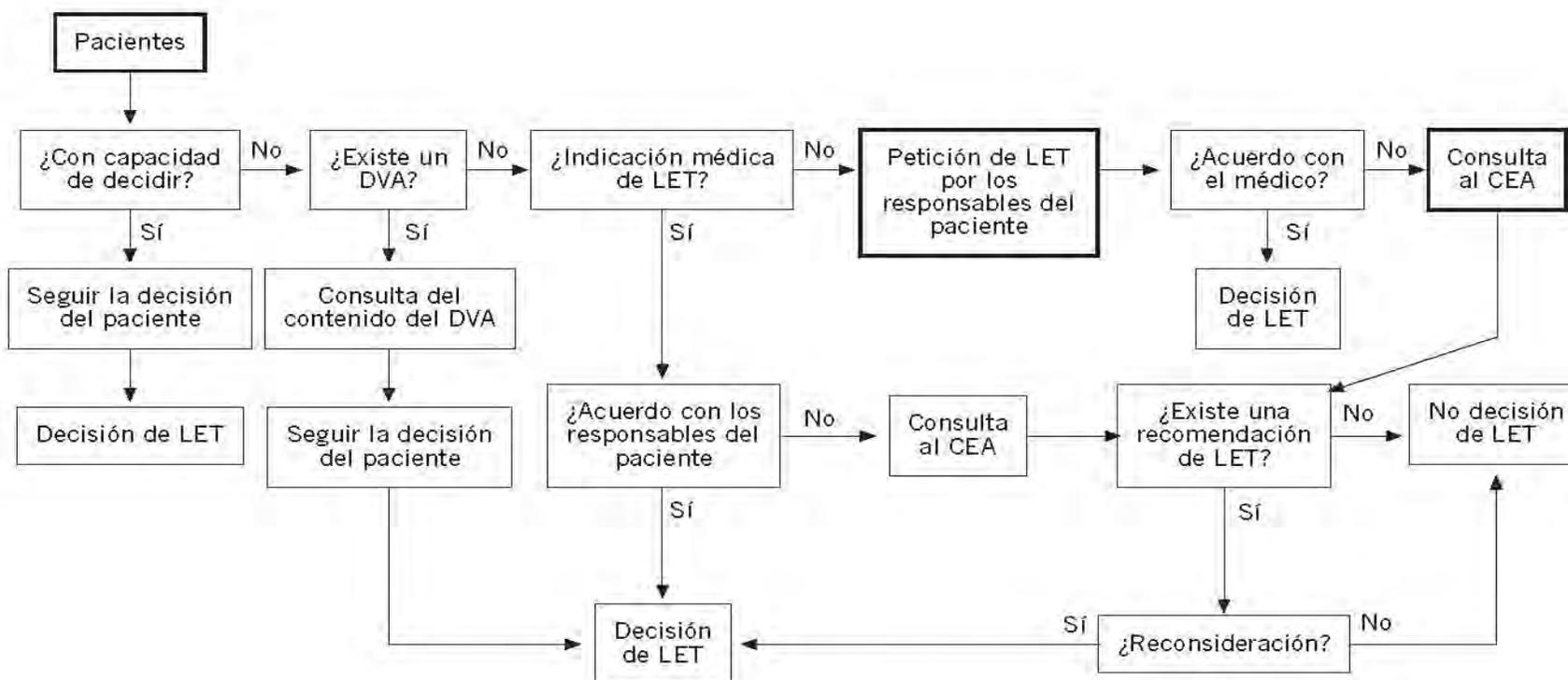


DVA: documento de voluntades anticipadas; LET: limitación del esfuerzo terapéutico; CEA: comité de ética asistencial.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

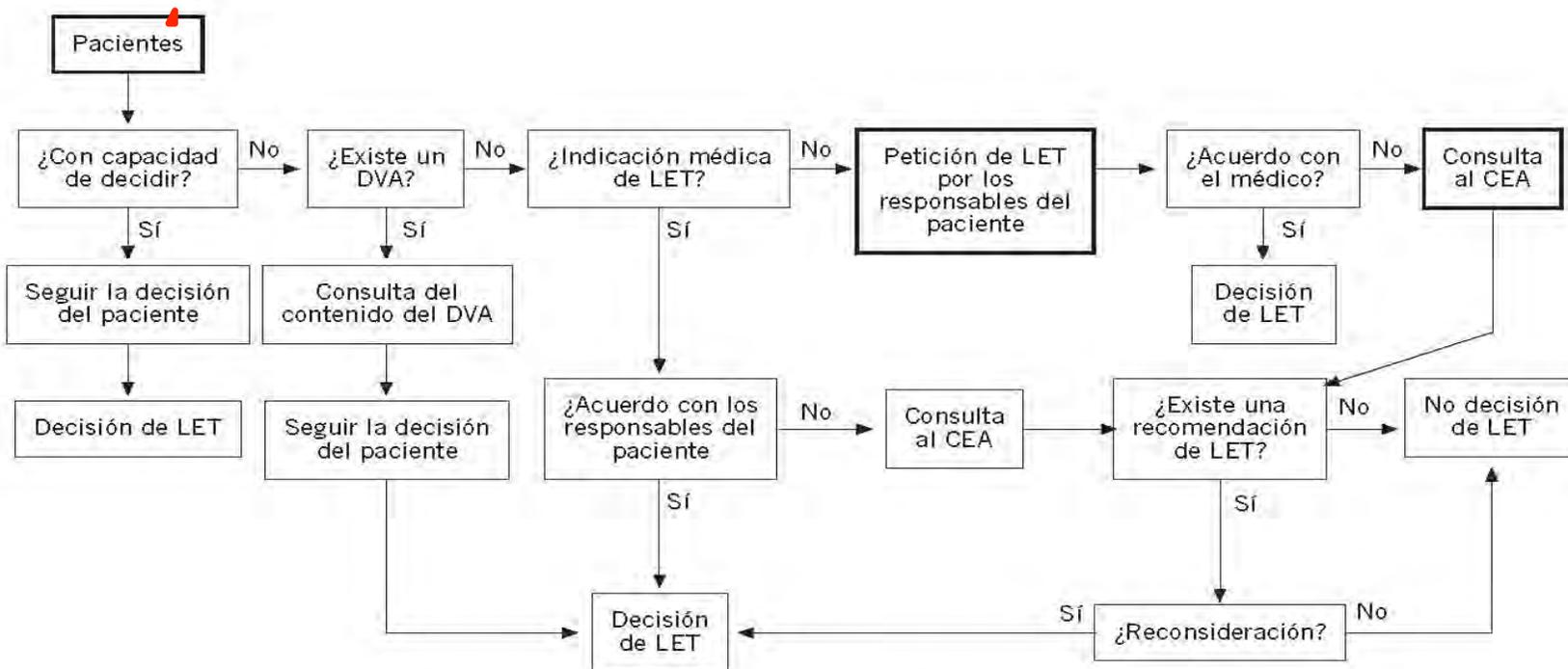


DVA: documento de voluntades anticipadas; LET: limitación del esfuerzo terapéutico; CEA: comité de ética asistencial.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET



DVA: documento de voluntades anticipadas; LET: limitación del esfuerzo terapéutico; CEA: comité de ética asistencial.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

ARTÍCULOS ESPECIALES

Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico

Albert Royes

Profesor de Ética Médica. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona. Miembro del Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona. Barcelona. España.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

- **Paciente NO autónomo:**
 - demencia
 - fracaso multiorgánico
 - estado vegetativo permanente
- **DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**



DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Los principios vitales o criterios que deben orientar la decisión sanitaria, así como las opciones personales según su jerarquía de valores. Esto incluye el lugar donde se desea recibir los cuidados en el final de la vida, la donación de órganos o la asistencia religiosa

Las situaciones concretas en que se quiere que se tengan en cuenta la aceptación o rechazo de determinados tratamientos o cuidados

Instrucciones y límites referidos a las actuaciones médicas ante las situaciones previstas. Solicitar que no sean aplicados, o se retiren si ya se han aplicado, los TSV (resucitación cardiopulmonar, diálisis, conexión a un respirador, transfusión de hemoderivados, nutrición e hidratación artificial, etc.)

La designación de un representante. Debe conocer la voluntad de su representado, no puede contradecir el contenido del documento y debe actuar siguiendo los criterios y las instrucciones expresadas en él



INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

ACTUALIZACIÓN 2011



INDICADOR N°: 98

Nombre del indicador	
INCORPORACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES PREVIAS EN LA TOMA DE DECISIONES	
Dimensión	Adecuación y satisfacción
Justificación	<p>Los documentos de "Instrucciones previas" (DIP), facilitan el respeto a la autonomía de los enfermos incompetentes.</p> <p>La legislación actual establece y regula la obligación de incorporar las instrucciones previas en la toma de decisiones.</p> <p>Es deber de los médicos explorar la existencia de DIP en el proceso de toma de decisiones, en aquellos enfermos que no pueden expresar sus preferencias.</p>
Fórmula	$\frac{\text{nº de enfermos incompetentes en los que hay constancia de exploración de la existencia de DIP}}{\text{nº de enfermos incompetentes}} \times 100$
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Enfermo incompetente</u>: enfermo incapacitado para la toma de decisiones. • <u>Instrucciones previas</u>: Implica la exploración de DIP que cumplen los requisitos legales de validez. • Se deberán tener en cuenta otro tipo de instrucciones previas no reguladas legalmente (orales, documentos escritos, etc.)
Población	Todos los enfermos del SMI incompetentes, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	<u>Documentación clínica</u> : en ella debe figurar explícitamente por parte del médico responsable, que se ha explorado la existencia o no de DIP, antes de tomar decisiones en un enfermo incompetente
Estándar	100%
Comentarios	<p>Referencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 41 /2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (noviembre 2002). BOE 15 noviembre 2002 • Saralegui Reta J, Monzón Marín JL, Martín MC. Instrucciones previas en Medicina Intensiva. Med Intensiva 2004;28:256-261 • Whetstone LM. Advanced directives and treatment decisions in the intensive care unit. Crit Care. 2007;11(4):150. • Tillyard AR. Ethics review: 'Living wills' and intensive care--an overview of the American experience. Crit Care. 2007;11(4):219. • Lautrette A, Peigne V, Watts J, Souweine B, Azoulay E. Surrogate decision makers for incompetent ICU patients: a European perspective. Curr Opin Crit Care. 2008 Dec;14(6):714-9 • Silveira M.J, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med. 2010 Apr 1;362(13):1211-8

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

Propuesta de una guía para la toma de decisiones de LET

- **Paciente NO autónomo**
- **DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS**
- **DECISIONES POR SUSTITUCION: FAMILIARES / RESPONSABLES DEL PACIENTE**



INDICACION DE LET

- **INDICACION MEDICA DE LET:
FUTILIDAD**
- **CONSENSO DE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS**
- **CONSENSO CON LOS
RESPONSABLES DEL PACIENTE**
- **COMITÉ DE ETICA ASISTENCIAL**



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012

LET

- 1. Incrementar las medidas de confort y soporte familiar**
 - Pautar y/o incrementar las dosis de sedación y analgesia aunque ello suponga una mayor inestabilidad del paciente.**
 - Objetivo: bienestar del paciente. No existe limitación de dosis**
 - Continuar con los cuidados básicos del paciente: aspecto general... mantener la dignidad del paciente**
 - Soporte familiar: facilitar el acompañamiento de los familiares, respetar las creencias religiosas**



LET

- 2. Retirar drogas vasoactivas**
- 3. Modificar soporte ventilatorio: destete terminal:**
 - **FiO2 21%**
 - **PEEP 0**
 - **SIMV/PS: Fr 5 rpm, PS 4 cm H2O. O2 en T?**
 - **VMNI?**
- 4. Retirar tratamiento "invasivos" o de sustitución**
- 5. Retirada de hidratación y nutrición enteral/parenteral**



LET

- **Preveer posibilidades:**
 - **No vaticinar el momento de la muerte**
 - **Agonía prolongada**
 - **Supervivencia del paciente**



INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO

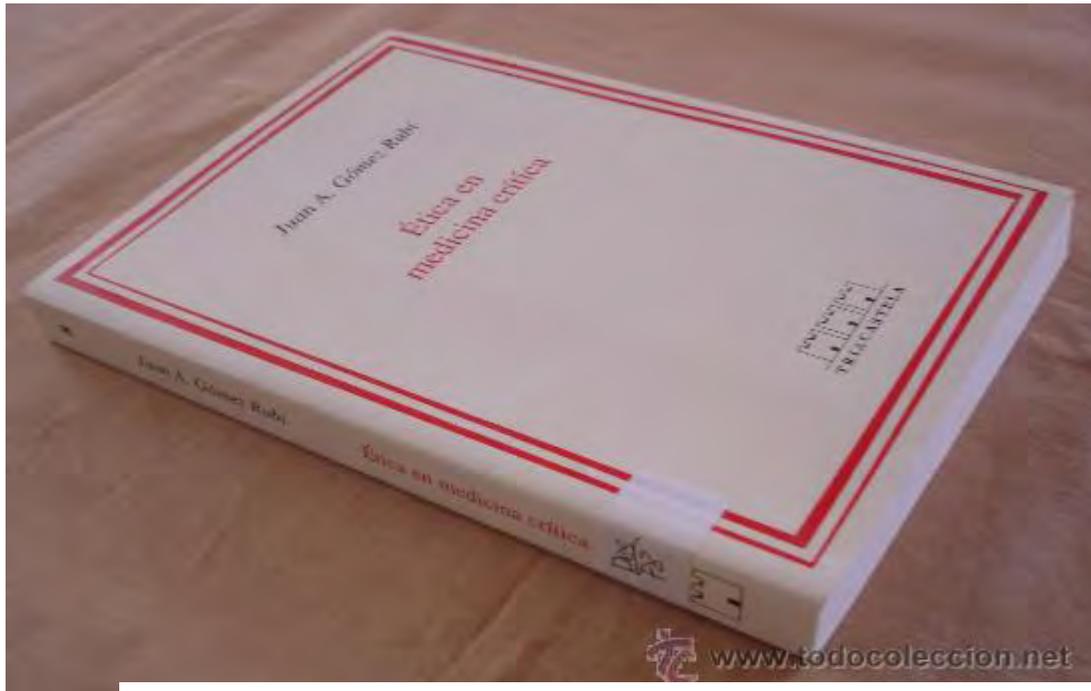
ACTUALIZACIÓN 2011



INDICADOR Nº: 100 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del Indicador	LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)
Dimensión	Adecuación y satisfacción.
Justificación	El objetivo de la LTSV es evitar el encamizamiento terapéutico. La LTSV se estableció en un porcentaje importante de enfermos en los SMI. La decisión de LTSV nunca debe tomarse de forma individual, sino que deberá cumplir unos requisitos imprescindibles, tanto científicos como de consenso.
Fórmula	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de indicaciones de LTSV que cumplen los requisitos}}{\text{N}^\circ \text{ de indicaciones de LTSV totales}} \times 100$
Explicación de términos	<p>Se considerará como LTSV, tanto la retirada de medidas terapéuticas como el no iniciarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se consideran requisitos para la indicación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundarse en la mejor evidencia científica disponible ✓ Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de "instrucciones previas" ✓ Tomarse por consenso del equipo asistencial. ✓ Informar y consultar a los familiares <p>En la documentación clínica deberá quedar constancia de todos los anteriores: decisión de LTSV, su fundamentación clínica, si se ha tomado por consenso, si se ha comunicado a la familia y si se han tenido en cuenta las instrucciones previas.</p>
Población	<p>Todos los enfermos ingresados en el SMI, a los que se les aplique LTSV, durante el periodo de estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Criterio de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Decisión de no ingresar a un enfermo en el SMI, ya que en general, ésta no puede ir precedida de deliberación del equipo ✓ La LTSV excepcionalmente podrá tomarse de forma individual
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%
Comentarios	<p>En caso de discrepancias en la toma de decisiones entre profesionales o familiares es recomendable consultar con el Comité de Ética Asistencial.</p> <p>Referencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alla I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miró G, Fernández Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Baierl B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. <i>Intensive Care Med.</i> 2001 Nov;27(11):1744-9 Cabrè L, Solsona JF y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. <i>Med Intensiva.</i> 2002;26: 304-311. Cabrè L, Mancebo J, Solsona J, Saura P, Gich I, Blanch L, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. <i>Intensive Care Med.</i> 2005 Jul;31(7):927-33. <i>Intensive Care Med.</i> 2005;31:927-33.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012



Muchos de los catalogados como enfermos críticos acaban falleciendo (...). El objetivo de la medicina intensiva no es sólo curar o mantener la vida para dar la oportunidad a la curación, sino procurar una muerte en paz, entendiendo por tal aquella que se produce sin dolor ni sufrimiento.

Juan A. Gómez Rubí

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 13 de Marzo de 2012**

