



Escuela de Verano
Medicina Interna

Ronda, Málaga
Palacio de Congresos
Convento de Santo Domingo
29Junio/2Julio_2011

Limitación del Esfuerzo Terapéutico

(Grupo de Bioética y Profesionalidad)



Limitación Esfuerzo Terapéutico

Eloy Pacho Jiménez

Coordinador Grupo Trabajo

Bioética y Profesionalidad





Escuela de Verano
Medicina Interna



Final de la Vida





Desarrollo científico-técnico

- Diálisis (1960)
- RCP y UVI (1962)
- Tx Cardíaco (1967)





Cambio socio-sanitario



- Envejecimiento de la población (> 65 a. en 2040)
 - >1/3 de la población mundial
 - 45% en España
- Enfermedades crónicas, progresivas e irreversibles
 - 90% de la mortalidad
 - 70% de los fallecimientos en hospital y 20% en UCI



Tabú de la muerte



Muerte tradicional



Muerte escamoteada



Fines de la Medicina

Hastings Center (1996)

- Prevención
- Curación
- **Alivio del dolor y el sufrimiento**
- **Procurar una muerte tranquila**





Tipos de Muerte

- Ni acortar la vida -> EUTANASIA
- Ni prolongar la muerte -> DISTANASIA
(obstinación o encarnizamiento terapéutico)

ORTOTANASIA -> “MUERTE NORMAL”

(ni adelantada ni retrasada)

- CUIDADOS PALIATIVOS (CP)
- LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)





Ética del Cuidado



- Nuevo enfoque diagnóstico y terapéutico
 - Geriatría
 - Cuidados Paliativos
- Distintas pero no distantes
 - Reino Unido
 - Enfermería



Diagnóstico

- Diagnóstico y pronóstico precisos
- Enfermedades asociadas - pluripatología
- Evitar estudios invasivos innecesarios
- Valoración Global (“tecnología punta”)



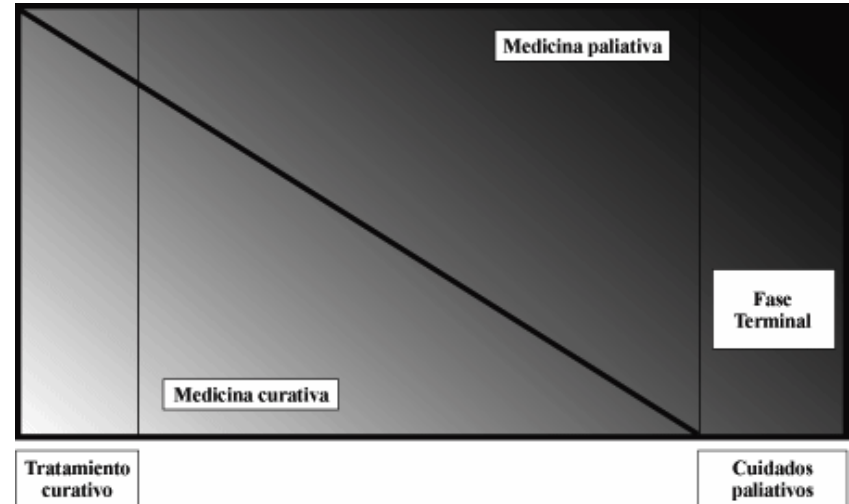
- Médica
- Funcional
- Mental
- Social





Tratamiento

- Objetivos realistas
 - curativo/paliativo
- Control de síntomas
 - Dolor, disnea, ansiedad, ...
- Tratamiento individualizado
 - Fármacos / Otras medidas
- Cuidado “total”
 - físico
 - psíquico
 - social
 - espiritual





Calidad de vida

- ¡Dar vida a lo que queda de vida!
- Cuidados de confort
- Importancia del ambiente
- Muerte tranquila





Paciente y familia



- “Unidad a tratar”
- ¡Cuidar al cuidador!
- Claudicación familiar



Equipo interdisciplinar

- Médicos
- Enfermeras
- Auxiliares
- Trabajador social
- Psicólogo
- Asistente espiritual



“Les mauvais medecins” J. Ensor



Organización

- Actitud positiva
- Revisar, revisar y revisar
- Flexibilidad normativa
- Coordinación asistencial
- Atención domiciliaria





Hospitales “inhospitos”

- Alta tecnología
- Diagnosticar y “curar”
- Fragmentación y deshumanización
- Deterioro de la relación clínica
- Insatisfacción y descontento





Valoración de centros hospitalarios*

- Interés por su problema de salud.....32%
- Trato humano del médico..... 27%
- Trato humano del resto del personal..... 23%
- Competencia del médico..... 12%
- Equipamiento e instalaciones..... 6%



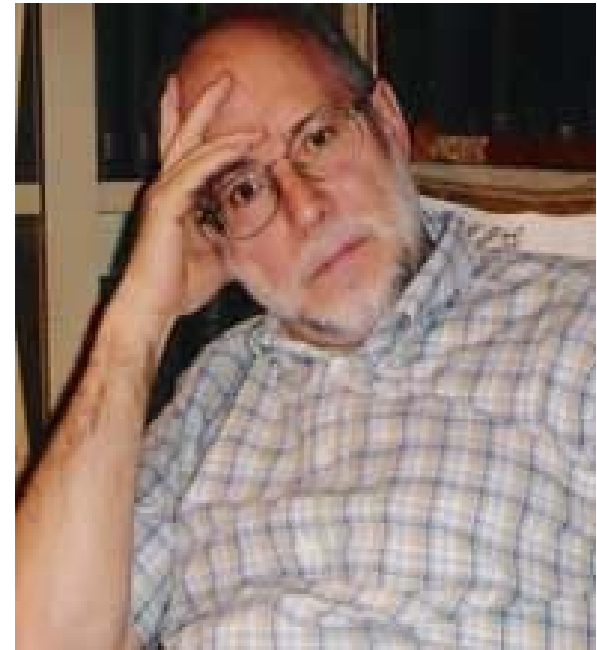
*por los usuarios





Bioética

“inclusión de los valores en la toma de decisiones clínicas para mejorar la calidad asistencial”



Diego Gracia Guillén



Jerarquía de Principios

PRINCIPIOS BIOETICOS

AUTONOMIA
JUSTICIA
BENEFICENCIA
NO MALEFICENCIA

- Nivel I: ámbito público
JUSTICIA
NO MALEFICENCIA
mínimos, de obligado cumplimiento
- Nivel II: ámbito privado
AUTONOMÍA
BENEFICENCIA
máximos, negociables



Derechos de los pacientes

- Código de Nuremberg (1947)
- Declaración de los Derechos Humanos (1948)
- Declaración de Helsinki (1964)
- Informe Belmont (1978)

- Constitución Española (1978)
- Ley General de Sanidad (1986)
- Ley Básica de Autonomía de los Pacientes (2002)





Orígenes de los Principios

- Autonomía Derecho
- Beneficencia Medicina y Derecho
- No Maleficencia Medicina y Política
- Justicia Política





Autonomía del paciente

“El CI no ha entrado en la mentalidad del médico”
(Francesc Abel–Inst. Borja Bioética)

“El médico está desorientado ante las instrucciones previas”
(Jaime Sanz–C. Paliativos)



“The wise judges” *J. Ensor*



Relación clínica

- Paternalismo tradicional

Diagnóstico->Indicación->Decisión

- Autonomismo actual

Diagnóstico->Indicación->Decisión?

- Consentimiento informado
- Instrucciones previas



*El paciente decide,
dentro del marco de no maleficencia y justicia.*



Principios básicos

- Respeto a la dignidad de la persona, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
- Promoción de la autonomía y la voluntad del paciente, de acuerdo con sus preferencias, creencias y valores.
- Ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios.
- Derecho a cuidados paliativos y tratamiento del dolor.
- Posibilidad de rechazo o interrupción de un tratamiento por voluntad del paciente.



Toma de decisiones

- Revisar los aspectos clínicos
- Considerar la opinión del paciente
- Identificar los problemas éticos
- Deliberar
- Conocer la legislación vigente
- Consultar la opinión de expertos
- Tomar la decisión más adecuada





Indicaciones médicas

¿Se puede beneficiar el paciente de la atención médica y de enfermería sin causarle daño?

- Diagnóstico y pronóstico
 - Enfermedad
 - Situación clínica
- Tratamiento
 - Objetivos y probabilidad de éxito
 - Alternativas

- Principios de Beneficencia y No maleficencia -



Situaciones clínicas

- *Crítica*: situación aguda, inestable y potencialmente reversible con tratamiento intensivo.
- *Terminal*: enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a corto plazo (semanas o meses).
- *Agonía*: Fase que precede a la muerte caracterizada por deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad para la ingesta, y pronóstico vital de pocos días.



Niveles de tratamiento

- Soporte vital avanzado (RCP)
- Ventilación mecánica (VM)
- Atención en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Atención en hospital de agudos, pero sin que se le apliquen RCP, VM o atención en UCI
- Atención en unidad de larga estancia, con tratamiento específico cuando esté indicado.
- Cuidados paliativos, con hidratación y nutrición.
- Cuidados paliativos, sin hidratación ni nutrición.



Tratamiento inapropiado

- Si es inútil (fútil) porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- Si es innecesario, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.



Valoración del tratamiento

- *Medidas de soporte vital*: Intervenciones destinadas a mantener las constantes vitales, independientemente de que actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base.
- *Obstinación terapéutica*: Situación en la que a una persona en situación terminal o de agonía, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo susceptibles de limitación.



Valoración del tratamiento

- Limitación del esfuerzo terapéutico: Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico del paciente, constituye algo fútil, que solo contribuye a prolongar una situación clínica carente de expectativas razonables.
- Cuidados paliativos: Conjunto de intervenciones dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida del paciente con enfermedad terminal y sus familia, mediante el control de síntomas y el apoyo psicológico.



Preferencias del paciente

¿Se está respetando el derecho a decidir del paciente?

- Consentimiento informado (CI)
 - Información adecuada - comprensión
 - Capacidad de decisión – libre y voluntaria
- Instrucciones previas (Testamento vital)
 - Continuación lógica del CI
cuando el paciente no es capaz de decidir

- Principio de Autonomía -



DOCUMENTO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo, _____, con DNI ¹ _____,
nacido el día _____ de _____ de 19____ y, por lo tanto, mayor de edad, varón / mujer, y Tarjeta Sanitaria
código² _____, con domicilio en _____,
_____, Localidad _____,
Provincia _____, C. Postal _____, Nacionalidad _____,
Teléfono 1: _____, Teléfono 2: _____.

MANIFIESTO:

Que tengo CAPACIDAD DE OBRAR Y QUE ACTÚO LIBREMENTE, que he recibido suficiente información y que, tras haber reflexionado serena y cuidadosamente, tomo la decisión de expresar, a través de este *Documento*, las siguientes instrucciones previas que manifiestan MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo a la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente y normativa concordante.

Deseo que las siguientes instrucciones previas sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si me llegara a encontrar EN SITUACIÓN DE NO PODER EXPRESAR MI VOLUNTAD por mi grave deterioro físico o psíquico, para lo cual



DECLARO:

QUE QUIERO SE TENGAN EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

(Señale los que se correspondan con su proyecto vital)

La capacidad de comunicarme y de relacionarme con otras personas.

No padecer dolor físico o psíquico o angustia intensa e invalidante.

La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita realizar las actividades propias de la vida diaria.

Preferencia por no prolongar la vida por sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.

Preferencia por permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.

En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, no deseo ser informado sobre mi diagnóstico fatal.

SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE DESEO SE CONSIDERE ESTE DOCUMENTO

(Señale las que desea se tengan en cuenta)

Enfermedad incurable avanzada (Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo).

Enfermedad terminal (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de la autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).

Situación de agonía (La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida de días u horas).



INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA

(Señale las que desea)

Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.

Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.

Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale las que desea)

Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.

Deseo donar mis órganos para la investigación.

Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo.

Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.

Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.

OTRAS INSTRUCCIONES



Situación de incapacidad

- Situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.
- Representante: Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante instrucciones previas o, de no existir ésta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.



Limitación del esfuerzo terapéutico

- Limitación o reorientación
 - COT (cambio orientación terapéutica)
- Withhold (no iniciar) / Withdraw (retirar)
 - Éticamente igual, pero ...
- Medidas negativas y también positivas
 - Cuidados paliativos (incluyendo sedación)
- Situaciones especiales
 - No RCP
 - Hidratación / Nutrición



No RCP (ONR)

- Indicada en PCR (súbita e inesperada)
 - no indicada en muerte esperada
 - Enfermedad terminal (oncológica / no oncológica)
 - Coma sin mejoría en 48h.
 - Fracaso multiorgánico sin respuesta en 3 d.
 - RCP extrahospitalaria que no restaura pulso.
- 4 R: racional, rentable, respetuosa y reflejada en la HC
- No supone suspensión de otros ttos.



Hidratación / Nutrición

- SNG, gastrostomía, vía central, ...
 - No cuidados básicos
 - Tratamientos médicos
- No aumentan supervivencia
 - demencia avanzada
- No aumenta el confort
 - problemas, dificultades y efectos secundarios
- Medidas paliativas para disminuir sed.



LET en UCIs españolas

Tipo de LET empleado	Porcentaje
Órdenes de no reanimación	54,2%
Diálisis extrarrenal	36,1%
Fármacos vasoactivos	30,4%
FiO2 altas	27,5%
Ventilación mecánica	18,5%
No reanimación Cardiopulmonar	14,9%
Nutrición artificial	13,3%
Total (algún tipo de limitación)	70,6%

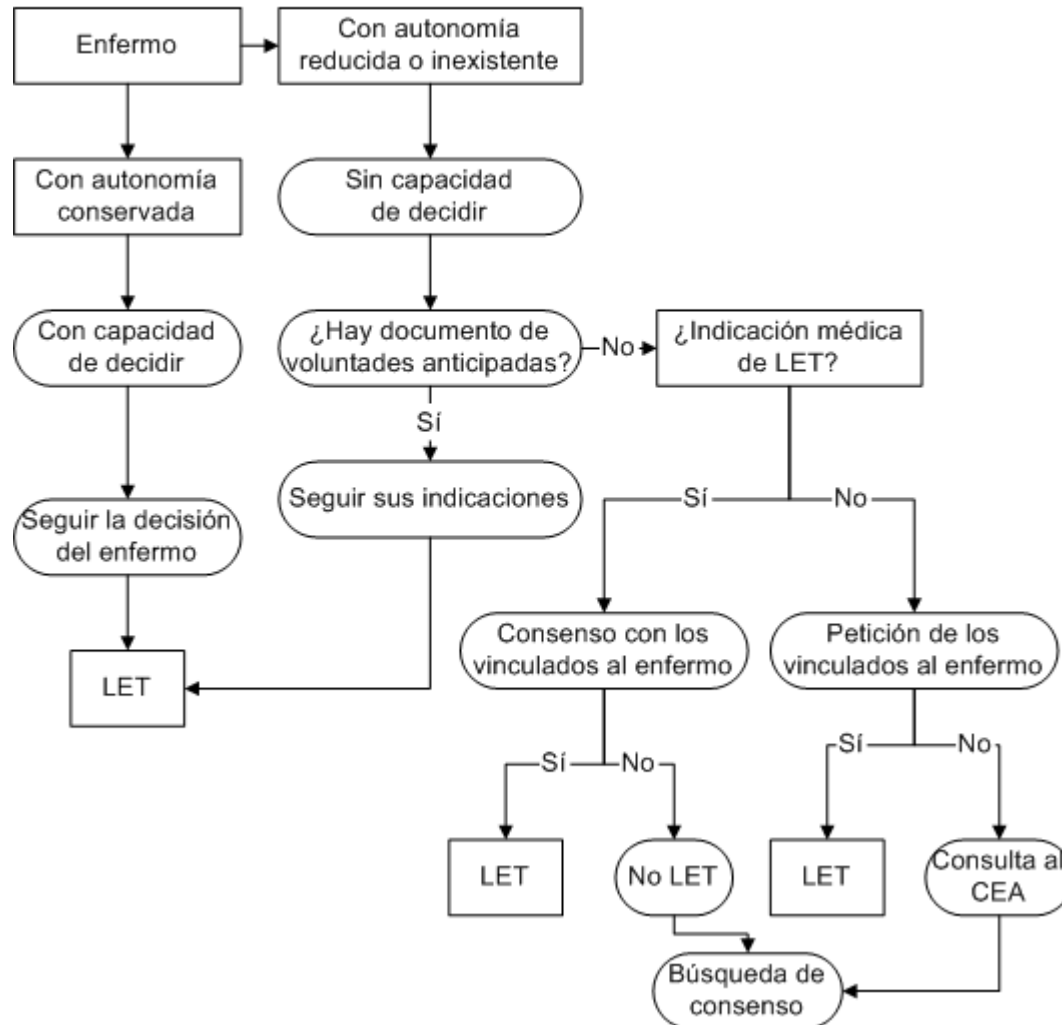


Consideraciones médico-legales

- El médico no debe iniciar ni mantener procedimientos o tratamientos rechazados por el paciente o su representante.
- El médico no debe indicar tratamientos fútiles. En este caso, aunque deseable, no es necesario contar con la voluntad de la familia.
- En caso de conflicto entre el médico que establece la contraindicación por futilidad y el paciente o familia partidarios de un esfuerzo terapéutico “ilimitado”:
 - Persuasión racional
 - Apoyo del Servicio
 - CEA
 - Dirección Médica



Toma de decisiones de LET





Limitación del esfuerzo terapéutico

- El esfuerzo terapéutico debe ser proporcionado al beneficio esperable.
- Es una buena práctica clínica.
- No es ninguna forma de eutanasia.

Frases prohibidas:

“Mientras hay vida hay esperanza”

“Hay que hacer todo lo humanamente posible”

¡Hacer todo lo que se debe, No todo lo que se puede!



Referencias Bibliográficas:

1. Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ed Ariel 2005.
2. Ética en la práctica clínica. Gracia D, Júdez J. Ed Triacastela 2004.

Revista Clínica Española

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Limitación del esfuerzo terapéutico

B. Herreros, G. Palacios y E. Pacho

Grupo de trabajo de Bioética, Sociedad Española de Medicina Interna

Recibido el 11 de abril de 2011; aceptado el 20 de abril de 2011