



HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓ

Documento CBA 02/2008

# Limitación del Esfuerzo Terapéutico

Humanizando  
la asistencia sanitaria

## Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial (CBA) sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

<u>ÍNDICE</u>	Página
○ <b>Concepto de LET</b>	3
○ <b>Formas de LET</b>	3
○ <b>LET, ¿qué es y qué no es?</b>	4
○ <b>Fundamentación de las actitudes de LET</b>	4
○ <b>LET y los principios fundamentales de la bioética</b>	4
○ <b>Situaciones específicas</b>	5
○ <b>Toma de decisiones respecto a la LET</b>	5
○ <b>Consideraciones adicionales</b>	6

### ACRÓNIMOS

**CBA:** Comité de Bioética Asistencial

**LET:** Limitación del Esfuerzo Terapéutico

**LSV:** Limitación del Soporte Vital

**OMC:** Organización Médica Colegial

**DVA:** Documento de Voluntades Anticipadas

psico-motriz, falta de colaboración involuntaria, agresividad, etc.).

En estas circunstancias, debido al estado de debilitamiento del organismo, la existencia de procesos patológicos que lo provocan, y con frecuencia la edad muy avanzada de los pacientes (que no siendo factor de decisión sí lo es de acentuación de las consecuencias), se asiste a lo que se ha dado en llamar el "doble efecto", es decir la presencia de efectos secundarios conocidos, pero no deseados, de una determinada actitud asistencial. La piedra angular de la cuestión es el objetivo perseguido por la prescripción. Si esta fue controlar la sintomatología indeseada e indeseable, disminuir el padecimiento y el dolor, y conservar (en lo posible) la dignidad del paciente, la aparición de este efecto secundario, no por conocido, es punible.

Otra cosa fuera el encubrir, bajo el concepto de sedación terminal, una maniobra encaminada, voluntaria y tácitamente, a "acortar el proceso de muerte". Esta actitud, solapada, es a todas luces ilegal según nuestro ordenamiento jurídico y no debe ni tan siquiera ser considerada. En sentido estricto, esta actitud de acortamiento voluntario del proceso de muerte, como decisión médica, constituye una forma de homicidio y debe distinguirse claramente de la eutanasia propiamente dicha (que aunque igualmente ilegal se diferencia de ello tanto en planteamientos como en su puesta en práctica).

Volviendo al caso de la sedación terminal, como cualquier forma de tratamiento asumible y considerable, su realización debe estar amparada

por la existencia de recomendaciones y "guidelines" debidamente documentada y documentable, apropiadamente registrada y fehacientemente aclarada en la documentación clínica; y, desde su perspectiva de actitud terapéutica, debe ser informada a familiares y allegados (caso de que el paciente no se halle en situación capaz y competente), aunque, a falta de designación legal de representación, la actitud de estos familiares y allegados no es vinculante ni necesaria.

Como corolario final, es deseo explícito de este CBA dejar de manifiesto que, cualquier decisión encaminada a limitar las formas de terapia y asistencia a un paciente concreto, por razones científicas y éticas, debe estar adecuadamente recogida en la documentación clínica del paciente, y que esta obligación no puede ser soslayada en ninguna forma.

**CBA**  
**Departament de Salut 2-Castelló**



En una estructura sanitaria basada en el trabajo en equipo, y aún cuando pueda identificarse una voz profesional dominante (el médico "responsable"), ninguna decisión de este tipo debe ser considerada como urgente, no diferible, y no debe ser tomada en solitario. La indicación de la adecuación terapéutica (y su posible limitación) debe ser consecuencia de una consideración colectiva e interestamental, en la que se recojan los pros y contras, en la que se consideren las posibles voces discrepantes y sus argumentos, en la que se valoren las alternativas, en la que los representantes - delegados del paciente sean debida y adecuadamente informados y se solicite, no su complicidad, sino su reconocimiento de la situación a través de una información adecuada, constante, comprensible y fehaciente; y que en todo caso todo el personal involucrado (médicos, enfermería y personal auxiliar) tenga conocimiento de la decisión tomada que, debidamente argumentada, será recogida de forma apropiada en la documentación clínica del caso, de forma que pueda identificarse al responsable de la trascripción del acuerdo.

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

Dos consideraciones finales. La primera sobre el papel a desempeñar por el entorno del paciente (los allegados y familiares próximos al paciente cuando han sido debidamente identificados - designados por los usos y costumbres - y por las terceras partes con interés).

De no existir una delegación de representación debidamente otorgada (DVA), los familiares y allegados juegan un papel que se apoya en el

conocimiento personal (si lo tuvieran) de cuál hubiera sido la voluntad y deseos del paciente. Caso de que este conocimiento no exista o no sea unánimemente aceptado por todos los implicados, no puede admitirse más que la manifestación del acuerdo con las propuestas profesionales médicas que se planteen, ya que no cabe olvidar que, en ausencia de representación o delegación reconocida conforme a norma, es el médico el depositario, a través de su mejor saber y entender, del mayor bien para el paciente. Y, aún con este hecho en mente, pudiera atenderse una petición razonada y razonable por parte de los familiares y allegados, pero nunca si fuera en contra de ese mejor y mayor bien del paciente. Así, p. ej., no deberá atenderse ningún planteamiento de limitación mientras existan probabilidades razonables (que no posibilidades) de éxito.

La segunda consideración final recae sobre el concepto de la sedación terminal, que no es una forma de limitación de esfuerzo asistencial, pero sí un concepto en relación con las posibles formas del final de la vida. La sedación terminal es el nombre que recibe el resultado de la administración de un sedante, justificado por otra parte desde una perspectiva médica, pero que no es un objetivo "*a priori*" de una decisión terapéutica.

Cuando el paciente, habitualmente desprovisto de consciencia suficiente, aquejado de dolor o sufrimiento, o en situación de delirio, llega a una determinada situación biológica, es justo y aceptable plantear la administración de sedación - analgesia cuyo objetivo es, y debe ser, limitar y combatir el dolor, el sufrimiento físico o psíquico, la agitación y el delirio, y las manifestaciones controladas de los mismos (gritos, agitación

## CONCEPTO DE LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

La Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) constituye la forma de limitación de determinados esfuerzos asistenciales dirigidos a aquellos pacientes que no van a poder beneficiarse de los mismos, por su inadecuación, por su inoperancia o porque la situación del paciente va a impedir que sean efectivos.

La efectividad de cualquier medida asistencial debe ir encaminada a conseguir la recuperación del nivel de salud de los pacientes, previo a la situación de compromiso actual, y siempre que no sea posible restituir tal estado de salud *ad integrum*.

## FORMAS DE LET

En determinadas circunstancias, la LET puede adoptar formas de limitación del soporte vital (ventilación artificial, depuración extracorpórea, etc.) y en ese caso parece adecuado utilizar el acrónimo LSV. Sin embargo, en otras ocasiones, las maniobras restringidas no adquieren la característica de soporte vital, en el sentido en que su limitación puede no comprometer la vida de forma inmediata (transfusiones no urgentes, p. ej.) y, en esos casos, parece más adecuado mantener la denominación de LET. En cualquier caso, la discusión no hace sino incidir en distintos aspectos de un mismo problema: la capacidad de decidir cuando la utilización de un determinado recurso asistencial debe restringirse.

Por su forma, es habitual distinguir entre la **NO INSTAURACIÓN** (o restricción) de medidas asistenciales, y la **RETIRADA**, de aquellas medidas ya en uso. Desde una perspectiva ética, no existe más diferencia que la de la cuantificación de uno u otro procedimiento y la finalidad del mismo será la no prolongación de un proceso de muerte, entendiéndose como tal el del progresivo final de una vida destinada a la extinción.

Es, sin embargo, demasiado frecuente intentar establecer diferencias entre una y otra forma de limitación, siendo así que la diferencia es más estética que moral. Desde una perspectiva egoísta y de apariencias parece más drástico la retirada de una determinada medida asistencial (soporte ventilatorio) que la no instauración del mismo, aunque la consecuencia final sea la misma, el fallecimiento del paciente sin prolongaciones inútiles.

Otra cuestión es la del **ACORTAMIENTO DEL PROCESO DE MUERTE**, que debe ser interpretado como la aceleración súbita y provocada (altas dosis de sedantes, o de hipnóticos, cuando no de otras sustancias), con la intención clara de que la muerte se produzca de forma lo más rápida posible. Esta alternativa, no debe confundirse con la Sedación Terminal, próxima al principio del doble efecto, que aunque no será tratada aquí en profundidad por escaparse, en parte, al objetivo de este escrito sí será abordada al final del documento.

## LET, ¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES?

Ante todo, debe tenerse en cuenta que la LET es la consecuencia de un proceso intelectual médico por el que se decide limitar esfuerzos asistenciales cuyo posible efecto beneficioso está descartado. No es pues una forma de actitud que pueda ser considerada agresiva, sino, por el contrario, de una postura defendible con criterios científicos, al amparo del mejor saber y entender profesional, y cuyo sentido último es el de evitar la persistencia en esfuerzos inútiles.

## FUNDAMENTACIONES DE LAS ACTITUDES DE LIMITACIÓN DE ESFUERZO ASISTENCIAL

Existen distintas argumentaciones, en lo que se refiere a la fundamentación (base conceptual sobre la que se sustenta una decisión). Desde la perspectiva de la ética axiológica, las argumentaciones defienden el mayor bien del paciente (beneficencia) y respeto a su autonomía (caso de que existieran directrices avanzada conocidas al respecto) sin olvidar que, aunque no como argumento *princeps*, se procura una utilización adecuada de los recursos existentes (justicia) evitando su mal uso. Desde la perspectiva de la ética utilitarista, y al no existir en juego daños a terceros, se procura el mayor bien al paciente individual, evitando un encarnizamiento sin sentido. Incluso desde una perspectiva de ética mediterránea (búsqueda de la felicidad y práctica de la virtud) no pueden argumentarse inconvenientes a las decisiones de limitación de esfuerzo asistencial cuando éstas se adoptan de forma racional,

transparente y justificadamente. Una perspectiva deontologista (acorde con la Códigos éticos y deontológicos de la OMC) contempla la falta de obligación del médico de someter al paciente a intentos terapéuticos que no encuentren un adecuado respaldo en la *Lex Artis*, consagrada por el uso y la evidencia científica.

En cualquier caso, si la fundamentación ética se apoya en el derecho del receptor (paciente) o en el deber del actor (profesional - médico) la consecuencia asistencial es la misma.

## LET Y LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOÉTICA

Desde un punto de vista de **JUSTICIA**, no sólo se trata de garantizar el derecho de todos y cada uno a no ser sometidos a tratos vejatorios, sino que además busca la mejor utilización de los recursos disponibles, tratando de impedir su mal utilización y su desperdicio en esfuerzos inoperantes y fútiles.

Desde la perspectiva de la **NO MALEFICENCIA**, se busca no provocar el daño asociado a un encarnizamiento terapéutico reiterante y malévolo, y además trata de evitar el daño al interesado, sus allegados y a otros posibles beneficiarios de la monopolización de esfuerzos conservadores e inoperantes.

El respeto a la **AUTONOMÍA** del paciente pasa por la consideración de sus deseos y preferencias (si estas se conocen) ya sea porque ha quedado constancia de las mismas a través de un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), o

bien porque los familiares y allegados más próximos, y con mayor causa de conocimiento, son capaces de transmitirlos de forma adecuada.

Finalmente, la búsqueda de la **BENEFICENCIA** (el bien para el que lo recibe) obliga a evitar el ensañamiento y la pérdida de dignidad asociada al abuso del cuerpo ajeno al someterlo a técnicas, procedimientos y métodos sin beneficio demostrable.

Como se ha demostrado en distintos estudios clínicos y de opinión, el primer argumento a considerar es el del mejor bien para el paciente, y siendo así que el profesional médico debe erigirse en custodio y salvaguarda del mismo, dentro del respeto a las voluntades y preferencias del propio paciente (por conocimiento directo o delegado), la LET debe ser considerada como una decisión de base científico - técnica, no arbitraria, por la que se procura utilizar los recursos disponibles con el objetivo mas coherente y adecuado para el enfermo y para los demás.

Por estas mismas razones, la LET nunca debe .considerar aquellas medidas asistenciales que pudieran incluirse dentro del respeto más elemental a la dignidad del paciente (analgesia, sedación higiene, sondajes necesarios, y aquellas formas de asistencia como cambios posturales y otros encaminados a disminuir el disconfort y el padecimiento). Hay cuestiones que tampoco serán abordadas en este documento como la hidratación, la alimentación, la antibioterapia por infecciones presentes después del acuerdo de limitación, etc.

## SITUACIONES ESPECÍFICAS

Dos premisas deben tenerse en mente de forma prioritaria.

**a)** La no puesta en marcha de maniobras de reanimación cardiopulmonar, en presencia de una parada cardiorrespiratoria, dentro de las opciones de LSV, es una más de las formas posibles de LET y no la única a considerar (ni por sus repercusiones ni por su intensidad)

**b)** La decisión de limitar el acceso a determinadas prestaciones (p. ej. ingreso en una UCI) de determinados enfermos por su irreversibilidad prevista, o por su situación particular, es la más frecuente de las formas de LET que se pone habitualmente en práctica en nuestro medio.

Otros factores a tener en cuenta son los relacionados con la desincentivación y agotamiento emocional de los profesionales cuando, de forma reiterada, se ven obligados a mantener esfuerzos asistenciales en contra de su buen criterio profesional y desconocimiento de cuáles hubieran sido las preferencias de los pacientes.

## TOMA DE DECISIONES RESPECTO A LA LET

Para acabar, debe mencionarse que la piedra fundamental de la LET no recae sobre la decisión en sí misma, sino en cómo se toma la decisión y cómo se hace pública y transparente.