

LIMITACION DE TRATAMIENTOS DE  
SOPORTE VITAL y  
TRATAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA

Marina Pérez Redondo (adjunto F.E.A.)

Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

Enero 2012

<b>ÍNDICE</b>	<b>pág.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. LEGISLACIÓN SOBRE TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA</b>	<b>4</b>
<b>3. DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS</b>	<b>5</b>
<b>4. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES</b>	<b>6</b>
<b>5. ESTRATEGIA DE ACTUACION EN LTSV</b>	<b>7</b>
<b>6. SEDACION EN LA LTSV</b>	<b>9</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>10</b>
<b>8. Anexo 1</b>	<b>11</b>
<b>9. Anexo 2</b>	<b>12</b>

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por tratamiento de soporte vital según el Hastings Center «toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal». Para Gómez Rubí serían los procedimientos para prolongar la vida artificialmente y «ganar tiempo» para que con otras medidas terapéuticas (cirugía, antibióticos, etc.) o la evolución espontánea, se consiga resolver la situación.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se entiende que la resucitación cardiopulmonar (RCP), la ventilación mecánica, los sistemas de depuración extrarrenal, los fármacos vasoactivos, la nutrición artificial, los hemoderivados, etc., son tratamientos de soporte vital. No ingresar a un paciente en UCI puede ser una forma de omisión de tratamiento. Es nuestra obligación como intensivistas transmitir al paciente, familiares y equipo médico responsable cuándo y por qué la instauración de estos tratamientos en ocasiones no aportan mejoría en la evolución de la enfermedad sino que pueden convertirse en maniobras artificiales de retrasar el momento de la muerte. Cuando nos enfrentamos a un enfermo en fase terminal debe primar el aportar calidad de vida sobre cantidad de vida. El hecho de no ingresar a un paciente en UCI no significa el abandono del mismo, pudiendo igualmente instaurar de forma correcta un tratamiento al final de la vida.

La Limitación de tratamientos de Soporte Vital (LTSV) se fundamenta en el respeto a la persona (autonomía y libertad) y en los principios de no maleficencia y justicia. El concepto moderno de dignidad humana se basa en la idea de que todo ser humano, por el mero hecho de nacer, tiene un derecho innato que es la libertad y esto es lo que le confiere dignidad. Es precisamente en este derecho innato en el que se basa el respeto a la autonomía, que junto con los otros principios en los que se basa la teoría deontológica forman el marco para la toma de decisiones en casos complejos, como el retirar o no iniciar TSV. Todo paciente tiene la libertad de rechazar cualquier tipo de TSV aunque de ello se pueda derivar incluso su muerte. Este derecho de autonomía se puede ejercer tanto de forma verbal como escrita a través de un documento de Instrucciones Previas. El segundo concepto se basa en el principio de no maleficencia y justicia. El médico no tiene la obligación de realizar o mantener tratamientos que son fútiles, entendiendo como tales aquellos tratamientos que no consiguen el objetivo que se esperaba de ellos. En este sentido, mantener tratamientos fútiles se considera mala práctica clínica por ir en contra de la dignidad humana; por otro lado, consumir recursos sanitarios inútiles va en contra del principio de justicia distributiva.

En nuestro país no hay ninguna ley que regule la limitación de tratamiento, pero disponemos de recomendaciones sobre dicho tema avaladas por la sociedad científica correspondiente, en este caso por la SEMICYUC, así como de recientes trabajos de investigación y recomendaciones internacionales.

Moralmente es lo mismo omitir que retirar un TSV. Hace más de diez años que el eticista americano Daniel Callahan decía: *«Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es*

*moralmente tan aceptable como decir previamente que la enfermedad no puede ser controlada eficazmente y no iniciar medidas de soporte...».*

## **LEGISLACIÓN SOBRE TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA**

- Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio de Oviedo, firmado el 4 de abril de 1997, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica El capítulo I, «Principios generales/principios básicos», hace referencia a la dignidad de la persona humana, el respeto a su autonomía, el derecho a decidir libremente y el requerimiento de Consentimiento previo.
- El capítulo II, «Derecho a la información sanitaria», repasa el derecho a la información asistencial y el titular del derecho.
- El capítulo IV, «El respeto a la autonomía del paciente», concreta la teoría del Consentimiento Informado: la necesidad de consentimiento libre y voluntario, la forma de establecerlo, el derecho de revocación, así como los límites del consentimiento y el consentimiento por representación. Especial interés tiene dentro de este capítulo el artículo 11, que hace referencia a las «Instrucciones previas».
- Leyes autonómicas que regulan las Instrucciones Previas.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

## DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

El objetivo de los documentos de instrucciones previas (DIP) es la protección del derecho a la autonomía, constituyendo una extensión del proceso del consentimiento informado en aquellas situaciones en las que se ha perdido la capacidad de otorgarlo. Además mejora el proceso de toma de decisiones sanitarias, el bienestar del enfermo y alivia las cargas para sus seres queridos.

El DIP es un documento escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de edad, capaz, de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. En él se puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí mismo.

Un DIP será válido cuando cumpla los requisitos previos y debe estar formalizado por escrito según la legislación vigente. El DIP se puede modificar, renovar o revocar en cualquier momento; para ello se exigen los mismos requisitos formales que para su otorgamiento inicial. La existencia de un DIP comporta la obligación de tenerlo en cuenta en la toma de decisiones. En caso de no seguir las preferencias expresadas en el DIP, el médico responsable deberá razonar por escrito en la historia clínica los motivos de la decisión.

Los límites que la ley señala respecto a la aplicación de los DIP son:

- a) que la voluntad expresada implique una acción contra el ordenamiento jurídico vigente;
- b) que sean contrarias a la buena práctica clínica, la ética profesional o la mejor evidencia científica disponible, y
- c) que la situación clínica no sea la prevista y no se corresponda con los supuestos previstos al firmar el documento.

El médico responsable del paciente deberá consultar al Registro de Instrucciones Previas, siempre y cuando esté autorizado, para saber si existen Instrucciones Previas registradas de dicho paciente.

La dirección de acceso al Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid es:

[https://instrucciones\\_previas.salud.madrid.org:4443](https://instrucciones_previas.salud.madrid.org:4443)

## RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES

Las recomendaciones actuales para la toma de decisiones sobre la omisión o retirada de TSV son (Anexo 1):

1. La decisión de LTSV se debe ajustar al conocimiento actual de la medicina, a poder ser basada en la evidencia científica. En ocasiones, cuando hay dudas razonables, es recomendable la práctica de tratamiento intensivo condicional, según la evolución.
2. La decisión se debe discutir colectivamente (médicos y enfermeras) y tomarse por consenso. La presencia de dudas en algún miembro del equipo hace que esta decisión se reconsidere, o se debe apartar a dicho profesional de la toma de decisiones, respetando la libertad de conciencia como uno de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Española. En casos puntuales la decisión de LTSV tendrá que ser tomada de forma individual, pero es recomendable que sea discutida *a posteriori* en el seno del equipo. Ante la duda se aconseja iniciar o continuar el TSV.
3. Siempre se debe informar y consultar con los familiares o representantes legales, intentando alcanzar un acuerdo con ellos en el sentido de respetar las preferencias del paciente. En ningún caso se debe responsabilizar a la familia por la toma de decisiones. Normalmente el médico es el que toma la iniciativa de LTSV y en menos ocasiones es el paciente o la familia. El apoyo psicológico adecuado y oportuno para disminuir el trauma y angustia de la familia, allegados y profesionales, debiera ser la norma.
4. En caso de falta de acuerdo entre las partes implicadas (los profesionales sanitarios y/o la familia o representante legal), es muy conveniente tener en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial del centro, las cuales constarán en la historia clínica.
5. Una vez tomada la decisión de omitir o retirar el TSV, es obligación médica no abandonar al paciente durante el proceso de morir, y garantizarle una muerte digna con los cuidados paliativos que precise.
6. Las decisiones de omisión o retirada del TSV se han de hacer constar en la historia clínica de acuerdo a los apartados anteriores.
7. Una excepción sería el mantenimiento del individuo en muerte encefálica cuya finalidad sea la obtención de órganos para trasplante.
8. Una vez decidida la LTSV, se deberá avisar a la Coordinación de Trasplantes para valorar al paciente como posible DONANTE DE ÓRGANOS (tipo Maastricht III). En ningún momento la Coordinación de Trasplantes debe participar en esta decisión, que debe ser consultada con la familia y en ningún caso se planteará la posibilidad de la donación antes de la LTSV. Debería consultarse el Protocolo de Donación tras la Muerte Cardíaca Controlada del H. U. Puerta de Hierro Majadahonda.

## ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN EN LTSV

Una vez se ha tomado la decisión de LTSV, teniendo en cuenta los principios éticos discutidos anteriormente, el procedimiento real de instauración es probablemente lo menos importante. Sin embargo, retirar el tratamiento debería hacerse siempre respetando la dignidad del paciente y teniendo en cuenta las necesidades de los familiares. Se deben evitar la retirada precipitada del tratamiento y la muerte dolorosa para el paciente. Son factores muy importantes el apoyo constante y la explicación del proceso de la muerte a la familia, sin ser por ello intrusivos.

Al llegar a este punto es necesario que la familia no se sienta responsable de la decisión de LTSV, sino que adopte una postura en esa línea con nuestro total apoyo viéndolo como la mejor opción posible en bien del paciente. En cuidados intensivos es importante clarificar sobre todo a la familia, que limitar el soporte vital supone mantener o iniciar todas las medidas necesarias para asegurar el bienestar del paciente y que jamás supone el abandono del enfermo.

Al diseñar las medidas a seguir es necesario analizar la situación y adoptar la estrategia de forma individualizada. Resulta más complejo para el médico y la enfermera el hecho de retirar medidas a no instaurarlas, aunque desde el punto de vista ético es indiferente. La decisión de retirar el soporte vital implica suprimir o no iniciar aquellos medios que consideramos como desproporcionados para la situación clínica del paciente.

Después de tener en cuenta los comentarios anteriores y una vez decidido que el paciente no se considera donante de órganos, se podrá realizar una retirada más o menos gradual de todo el tratamiento en función del deseo familiar y buscando el confort del paciente, de acuerdo con los siguientes puntos (Anexo 2):

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 para el paciente.
  - Continuar con los cuidados básicos del paciente: aspecto general, mantener la dignidad del paciente (medidas de higiene, cambio de sábanas si es necesario...), etc.
  - Soporte familiar: facilitar el acompañamiento de los familiares, respetar las creencias religiosas.
2. Retirar tratamiento pautado que no esté destinado al confort del paciente. No se retirarán medidas de nutrición ni hidratación para evitar el sufrimiento y la muerte derivados de la inanición y la deshidratación.
3. Retirar tratamientos “invasivos” o de sustitución: hemodiálisis, hemofiltración, balón de contrapulsación, etc.
4. Retirar drogas vasoactivas. Intentaremos prever la respuesta a dicha medida dependiendo de las dosis recibidas; una supresión brusca de las mismas puede desencadenar la parada cardíaca en pocos minutos en casos de inestabilidad hemodinámica importante.
5. Retirar o modificar el soporte ventilatorio: disminución del aporte de FIO<sub>2</sub>, Vt y FR. En ocasiones se optará por la extubación directamente (habiendo incrementado previamente las medidas de confort para evitar episodios de disnea o conciencia de muerte), en otros

casos modificaremos el soporte ventilatorio, disminuyendo FiO2 hasta 21% y/o Vt y FR provocando hipoventilación. Es importante explicar a los familiares (sobre todo si están presentes) la medida a adoptar, recalcaremos que los movimientos involuntarios o “gasping” no reflejan sufrimiento si el paciente está correctamente sedado.

Cuando el paciente es valorado por la coordinación de trasplantes y se considera que no tiene contraindicaciones a la donación, esta solicitará los órganos a la familia procurando que quede perfectamente separada la decisión de LTSV de la donación de órganos. Si se concede esta, la retirada del soporte vital será diferente y esto debe ser comentado con la familia y aceptado por esta.

Los pasos a seguir serían (Anexo 2):

- 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 para el paciente.
  - Continuar con los cuidados básicos del paciente: aspecto general, mantener la dignidad del paciente (medidas de higiene, cambio de sábanas si es necesario...), etc.
  - Soporte familiar: facilitar el acompañamiento de los familiares, respetar las creencias religiosas.
- 2 Retirar todo el tratamiento pautado.
- 3 Retirar tratamientos “invasivos” o de sustitución: hemodiálisis, hemofiltración, balón de contrapulsación, etc.
- 4 Retirar drogas vasoactivas.
- 5 Retirar el soporte ventilatorio mediante la extubación terminal. Es importante explicar a los familiares (sobre todo si están presentes) la medida a adoptar, recalcaremos que los movimientos involuntarios o “gasping” no reflejan sufrimiento si el paciente está correctamente sedado.



## SEDACIÓN EN LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

El objetivo de la sedación en el contexto de la LTSV es el alivio del sufrimiento del paciente y no pretende acelerar la muerte. Aplicar los cuidados y tratamientos adecuados para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad o la disnea, aunque con ellos se pueda adelantar el fallecimiento del enfermo en fase terminal, se ajusta a las recomendaciones éticas y al marco legislativo actual, y por lo tanto, se considera como buena práctica clínica.

Sedación paliativa. Consiste en la administración de fármacos a la dosis y combinación necesarias para reducir la conciencia del paciente y aliviar sus síntomas, con el consentimiento implícito, explícito o delegado del paciente.

Sedación terminal. Consiste en la administración de fármacos para el alivio de un sufrimiento no alcanzable con otras medidas, mediante la disminución suficientemente profunda y posiblemente irreversible de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

### *Medidas no farmacológicas*

En primer lugar debe evitarse todo aquello que aumente la incomodidad o malestar del paciente. El mismo proceso de morir puede acompañarse de alteraciones fisiológicas como la hipercapnia, la disminución de la perfusión cerebral, la uremia, etc., las cuales disminuyen el nivel de conciencia, la agitación y con ello el sufrimiento. La retirada progresiva del soporte de las funciones respiratoria, hemodinámica, etc. favorece, por lo tanto, este objetivo.

### *Medidas farmacológicas*

*Opioides.* Producen analgesia, sedación, depresión respiratoria... Los fármacos de elección son la morfina, el fentanilo y el remifentanilo.

*Benzodiazepinas.* Reducen la ansiedad y producen amnesia, importante a la hora de prevenir el recuerdo o la anticipación del sufrimiento. No son analgésicos. El fármaco de elección es el midazolam.

*Propofol.* Las dosis deben individualizarse en función de la situación del paciente (edad, exposición previa, enfermedad subyacente, fracasos orgánicos, etc.) y los efectos perseguidos.

No existen otros límites en la dosificación que los marcados por los objetivos. Los objetivos marcados y los medios para conseguirlos deben estar claramente registrados en la historia clínica con el fin de orientar a todos los profesionales que participan en el cuidado del paciente y evitar malas interpretaciones y problemas de índole legal.

La utilización de manera anticipada de fármacos sedantes puede estar justificada en determinadas situaciones, como puede ser la retirada de la ventilación mecánica, durante la cual pudiera ocurrir un aumento brusco de la disnea del paciente. En estos casos podría administrarse en poco tiempo una dosis 2 ó 3 veces superior a la dosis que el paciente estaba recibiendo de forma horaria.

No debe olvidarse que, en ocasiones, es posible solucionar o paliar la causa directa de los síntomas sin abusar de tratamientos farmacológicos.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33.
2. Hastings Center. Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff Manor, NY; 1987.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.
4. Cabré L, Solsona JF y Grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.
5. Rubenfeld G. Principles and practice of withdrawing lifesustaining treatments. *Crit Care Clin*. 2004;20:435-51.
6. Callahan D. What kind of life. New York: Simon and Schuster DE; 1990.
7. Bok S. Personal directions for care at the end of life. *N Engl J Med*. 1976;295:367-9.
8. Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:114-5.
9. F. Gamboa Antiñolo. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc)*. 2010;135(9):410-416

## Anexo 1

Resumen de las recomendaciones sobre omisión o retirada del tratamiento de soporte vital.

1	Ajustada al conocimiento actual de la medicina
2	Discutida colectivamente y consensuada
3	Informar y consultar con familiares ó representantes legales. No responsabilizarles de la toma de decisiones
4	En caso de fala de acuerdo entre las partes implicadas: consultar con el Comité de Ética Asistencial
5	Una vez decidida la LTSV, no abandonar al paciente y aplicar cuidados al final de la vida
6	Las decisiones sobre LTSV deben constar en la Historia Clínica
7	Una excepción es el mantenimiento del paciente en muerte encefálica para la donación de órganos
8	Una vez decidida la LTSV se debe avisar a la Coordinación de Trasplantes para valorar al paciente como posible donante de órganos tras la muerte cardiaca

## Anexo 2

Resumen de las medidas a adoptar en la LTSV.

1	Pautar y/o aumentar las dosis de sedoanalgesia	
2	Continuar con los cuidados básicos	
3	Soporte familiar. Facilitar el acompañamiento	
4	No donante	Donante
	Retirar tratamiento no destinado al confort del paciente	Retirar todo el tratamiento pautado
5	Retirar tratamientos invasivos o de sustitución	
6	Retirar drogas vasoactivas	
7	No donante	Donante
	Modificar/retirar el soporte ventilatorio	Retirar el soporte ventilatorio mediante extubación terminal