

# RECOMENDACIONES SOBRE LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ELABORADO POR EL GT BIOÉTICA



DICIEMBRE 2017

## **GRUPO DE TRABAJO**

Coordinadora: Tayra Velasco Sanz

Fernando Lozano García

Miriam del Barrio Linares

José Manuel Velasco Bueno

Daniel Gómez Pérez

Álvaro Ortega Guerrero

En las unidades de cuidados intensivos, debido a la alta tecnificación y avances en la medicina, el tratamiento que requieren los pacientes críticos junto con las necesidades de su familia al final de la vida, resulta en numerosas ocasiones inadecuado, existiendo el riesgo de vulnerar el proceso de muerte.

Algunas de las razones que lo dificultan son: la insuficiente capacitación de los profesionales sanitarios en medicina paliativa y técnicas de comunicación, la muerte concebida como un fracaso terapéutico y por último la fragmentación del tratamiento entre diferentes especialistas.

Cuando la situación se complica y el paciente no responde bien al tratamiento, se plantea la disyuntiva de parar o continuar realizando terapias. No obstante, dicha situación se puede prolongar al tardar en averiguar tanto la familia (porque no ha aceptado la situación) como los profesionales (por no saber poner el límite), si las medidas son ineficaces, o no mejoran el pronóstico, o no existe la posibilidad de tener una mínima calidad de vida, pudiendo incluso llegar a situaciones de obstinación terapéutica.

La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) o actualmente también denominada Adecuación de Soporte Vital (ASV) queda definida por las condiciones que deben darse, las situaciones en las que debe aplicarse y cómo debe realizarse el proceso de restricción sobre la instauración o el mantenimiento de ciertas terapias y tratamientos. Para ello será importante tener en cuenta, el pronóstico del paciente, la futilidad del tratamiento instaurado, y la toma de decisiones compartidas.

Basándonos en este conocimiento, desde el Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC se proponen las siguientes recomendaciones con el objetivo de contribuir a favorecer dicho proceso:

- Se recomienda confeccionar y aplicar un protocolo de LTSV/ ASV adaptado a la atención de los pacientes dentro de los cuidados al final de la vida.
- Se recomienda instaurar un programa formativo dirigido al equipo multidisciplinar de la unidad, en el que se aborden la capacitación de los profesionales sanitarios en medicina paliativa y técnicas de comunicación,

Por ello, consideramos importante atender a las siguientes recomendaciones:

## ❖ RECOMENDACIONES SOBRE EL PROTOCOLO DE LTSV:

- **Marco Ético:**
  - Se abordará desde el campo de la Bioética, los principios que encuadran la LTSV.
  - Se diferenciará claramente, que no es un tipo de Eutanasia.
  
- **Marco Legislativo:**
  - Se describirán las distintas normativas que regulan la toma de decisiones al final de la vida, incluyendo el proceso de muerte, el Documento de Instrucciones Previas (DIP) y expresamente la práctica de la LTSV.
  - Se describirá la regulación de la LTSV por los distintos códigos deontológicos (medicina/enfermería).
  
- **Marco Conceptual**
  - Se definirá claramente el concepto de LTSV, futilidad, obstinación terapéutica y sedación.
  - Se describirán las distintas formas de LTSV en UCI.
  - Se explicará la importancia del abordaje paliativo en UCI.

## ❖ RECOMENDACIONES SOBRE EL PROCESO DE LTSV:

- **Toma de decisiones:**
  - Se deberá explicar cómo se realizará la evaluación del paciente que no mejora a pesar del tratamiento intensivo, pudiéndose considerar fútil: debe ser una valoración integral, no sólo se incluirán datos clínicos, además debe incluir aspectos relacionados con los cuidados de enfermería, capacidad de la persona y preferencias expresadas por el enfermo (obligado consultar DIP o DVA) o por sus representantes.
  - Proceso deliberativo: tras identificar al paciente, se planteará el caso en sesión clínica por parte del equipo multidisciplinar (médicos y enfermeras).
  - Se evitará tomar decisiones de LTSV durante las horas de guardia o en fin de semana.
  - La decisión busca el consenso, no la unanimidad, teniendo un peso relevante la opinión de los profesionales que atienden directamente al paciente.
  - Se puede valorar la opinión de profesionales de otras especialidades, para ayudar a tomar la decisión.

- Si la decisión de LTSV es planteada por la familia, se evitará dar una respuesta individual, programando la respuesta tras evaluación en sesión clínica.
  - Siempre deberá quedar constancia en la Historia Clínica de las decisiones tomadas.
- **Información:**
- Es muy importante, identificar al representante del paciente, quien participará en la toma de decisiones (consultar DIP o valorar la persona que tiene mayor relación con el paciente), siempre que el paciente se encuentre en situación de incapacidad.
  - La información se realizará en un ambiente adecuado, garantizando la privacidad.
  - Se realizará de manera conjunta por el personal médico y de enfermería, para reforzar la información y dar coherencia a la decisión tomada, evitando informaciones contradictorias
  - Se debe decidir previamente por el equipo, aquellas terapias a limitar para explicar cómo se piensa realizar la LTSV.

- Se debe explicar a los familiares/representantes los motivos por los que se plantea la LTSV, buscando el acuerdo con ellos, aclarando que es una decisión médica, y que en ningún momento la responsabilidad de la decisión recaerá sobre la familia.
  - Se enfatizará que si se aplican las medidas de LTSV, se reforzarán todos los tratamientos y cuidados que procuren el alivio del dolor y sufrimiento del paciente.
  - Se dejará constancia en la Historia Clínica de las medidas de LTSV acordadas.
- **Decisión LTSV**
- Cuando la decisión sea aceptada: se programará la forma de realizarlo de acuerdo al tipo de limitación. Siempre que sea posible, se trasladará al enfermo a un box que ofrezca mayor intimidad. Durante el proceso de LTSV, aparte de administrar los cuidados necesarios, se mantendrá la comunicación activa y el apoyo emocional que precise tanto la familia como el paciente.
  - Cuando la decisión no sea aceptada: se planteará un tiempo de espera y se reforzará la información en visitas posteriores. Si pasado un tiempo la situación continúa igual, se consultará el caso al Comité de Ética Asistencial (CEAS).



- **Atención al paciente durante la aplicación de la LTSV:**
  - Se describirán los cuidados específicos de enfermería que requerirá el paciente, como toma de constantes, nutrición, movilización, aseo, aspiración de secreciones...
  - Se abordará específicamente la importancia del Bienestar y confort del paciente, así como la anticipación a las maniobras que puedan provocarlo.
  - Se empleará el uso de escalas para la valoración del dolor, sedación, agitación.
  - Se describirán las medidas no farmacológicas para el control del dolor y del sufrimiento, como el acompañamiento del enfermo por parte de su familia, la reducción del número de pruebas, monitorización y demás dispositivos.
  - Se detallarán las medidas farmacológicas necesarias, incluida la sedación paliativa o terminal.
  - Se planificará la retirada de la ventilación mecánica o extubación terminal

- **Atención a la familia durante la aplicación de LTSV:**
  - Es importante que la familia no se sienta responsable de la decisión final. Se debe explicar qué medidas son las que se van a tomar y cómo se van a realizar por parte del médico y enfermera responsable.
  - Se permitirá permanecer con el enfermo acompañado durante todo el proceso.
  - Se informará a la familia de las posibles alarmas y ruidos que se pueden producir para así evitar que aumente su ansiedad.
  - Ante el previsible fallecimiento del paciente tras la retirada de determinados tratamientos, es recomendable acordar con los familiares el momento de dicha suspensión para que puedan tener tiempo de acompañar y despedirse del enfermo
  - El adecuado duelo de la familia también es un objetivo a alcanzar por parte de todos los profesionales en el proceso de LTSV, siendo clave la atención psicológica y espiritual.

- **Consideraciones:**
  - Si existen cambios en el diagnóstico y/o pronóstico del paciente, reevaluar las órdenes de LTSV y reflejar en H<sup>a</sup> Clínica.
  - Una vez tomada la decisión de LTSV, se podrá valorar si el paciente puede ser un potencial donante de órganos y/o tejidos dentro del programa donación de órganos en asistolia controlada tras la LTSV, consultando previamente al coordinador de trasplantes y exponiendo dicha posibilidad a la familia. Se deberá consultar también los deseos del paciente a través del DIP o DVA.
  - Si el paciente sobrevive a las medidas de LTSV, y es traslado a planta, deberá constar en la historia clínica las decisiones tomadas sobre LTSV en UCI. Importante la coordinación con el equipo de cuidados paliativos.

❖ **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26: 304-11.
2. Del Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P, Ezenarro Muruamendiaraz A, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro, MC. Cuidados al paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos. *Enf Intensiv*. 2007; 18(1): 3-14
3. Velasco Sanz TR. Últimas voluntades. Su importancia en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Madrid. Editorial Académica Española. 2016.
4. Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med Intensiv* 2005;29(6):338-341
5. Palomeque Rico A. Cuidados intensivos y cuidados paliativos. *An Pediatric* 2005; 62(5):409-411.
6. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):104–9
7. Gómez Rubí JA. La Medicina Crítica en la era de la Bioética. *Avances en Medicina Intensiva*. 1998:273-81
8. Boyle DK, Millar PA, Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes. *Crit Care Nurs*.2005;28:302-316
9. Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(7):391–5.

10. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290(6):790-7.
11. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L, Algora Webery L, miembros del grupo de estudio EPIPUSE. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Med Intensiva*. 2015;39(7):395-404.
12. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008 (36): 953-63.
13. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med. Intensiva*. 2008; 32 (3): 121-33.
14. Simón Lorda P, Esteban López MS, Cruz Piqueras M (Coordinadores). Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: Recomendaciones para la elaboración de protocolos. Ed: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Sevilla 2014.
15. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompарт-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2017;41(5):285-305.
16. Nancy Berlinger, Bruce Jennings, Susan M. Wolf. En: *The Hastings Center Guidelines for decisions on life – sustaining treatment and care near the end of life*. Ed. Oxford University Press, 2013.

17. Saralegui Reta I, Velasco Sanz T, Martín Delgado MC  
Cap.11: Voluntades anticipadas, cuidados paliativos intensivos y morir en la UCI. En: Heras La Calle G (coord.). Humanizando los Cuidados Intensivos: presente y futuro centrado en las personas. Distribuna 2017.
18. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?. Med Clin. 2010;135(9):410–16.
19. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Red Clin Esp. 2012;212(3):215-23
20. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med. Intensiva 2006. 30 (9): 452-59
21. Tejera F, Manteiga E, Copete A, Del Sanz Batres, Díaz D. Protocolo de limitación de esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Madrid. Hospital Universitario Infanta Cristina.2015
22. Canteros J, Lefeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. Red Chil Med Inten.2007;22(2):93-6
23. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. Intensive Care Med.2016;42:1003-17
24. Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. Med Intensiva. 2016;40:154-62.
25. Nelson JE, Azoulay E, Curtis JR et al. Palliative care in the ICU. J Palliat Med. 2012;15:168-74.
26. Curtis JR. Palliative care in critical illness: challenges for research and practice. Palliat Med. 2015;29:291-2

27. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014;370:2506-14
28. Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enferm Intensiva.* 2014;21(4):142–9.
29. Adams JA, Baley DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care : A Systematic Review of the Literature. *Nurs Res Pract.* 2011; 2011:1-15.
30. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, Del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva.*2011;22(1):13-21
31. Alberti M, Lores R, Menchaca A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Med Uruguay* 2008;24:50- 55
32. García-Salidoa A, Santos-Herranz P, Puertas-Martína V, García-Teresa MA , Martino-Alba R, Serrano-González A. Estudio retrospectivo de pacientes derivados de cuidados intensivos pediátricos a cuidados paliativos: por qué y para qué. *An Pediatr.* 2017. Disponible en:  
<file:///D:/Documents%20and%20Settings/51458609/Mis%20documentos/Downloads/paliativos%20pediatr%C3%ADcos.pdf>