

LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE MÁLAGA

Pedro García Fortea; Alfonso Bermúdez; M. Dolores Heredia; Isabel Andujar, Javier Estebanz.

Inspectores médicos equipo provincial de inspección de centros y servicios sanitarios de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La preocupación de Legisladores y Administraciones por la salvaguarda de la dignidad humana en el proceso de muerte está, afortunadamente, siendo ampliamente recogida en Códigos, Declaraciones, Leyes y Decretos, al menos en el ámbito de los países occidentales.

Sin duda alguna esta preocupación, vertida en declaraciones y normas diversas, que trata de garantizar los derechos de la persona que conforman una salvaguarda de su dignidad, como pueden ser el derecho a la información, al acompañamiento familiar, a que se respete la intimidad y la autonomía de decisión libremente expresada; es una preocupación que se relaciona con la modificación del escenario que la atención médica ha venido experimentando en las últimas décadas fruto de la tecnificación y la institucionalización de la asistencia sanitaria y de los avances científicos que la hacen cada vez mas compleja y multidisciplinar, algo que sin duda juega en detrimento del aspecto humano y relacional de la atención y los cuidados sanitarios y se relaciona también con el cambio de paradigma en la relación médico paciente desde un patrón paternalista hacia un modelo mas respetuoso con la autonomía del paciente. Entre los muchos aspectos a considerar como prácticas o actuaciones destinadas a salvaguardar la dignidad de la persona en el proceso de muerte esta la limitación del esfuerzo terapéutico como actuación clínica que tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico esta considerada como una práctica de calidad. En la evaluación de esta práctica se centra este trabajo.

En el ámbito Andaluz la Ley 2/2010 reguladora de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte, define, en su titulo primero, la limitación del esfuerzo terapéutico como la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronostico de la persona en calidad y cantidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación carente de expectativas razonables de mejoría; considerándola como una buena práctica clínica que trata de evitar la obstinación terapéutica. Esta Ley regula derechos de los pacientes, obligaciones de los profesionales y garantías institucionales en este sentido.

Los resultados que se presentan aquí son los obtenidos en un trabajo de evaluación de la práctica de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en las Unidades de Medicina Intensiva de los hospitales del SSPA en la provincia de Málaga. Este trabajo de evaluación ha sido realizado por el Equipo Provincial de Inspección de Centros y Servicios Sanitarios, dentro del Plan anual de Inspección de servicios sanitarios publicado en el BOJA nº35 de 20 de Febrero de 2015, el cual, en su objetivo 4b contempla esta evaluación con el objetivo general de valorar el cumplimiento de lo

establecido en la Ley 2/2010 en cuanto a las obligaciones de los profesionales respecto a la práctica de la LET y la elaboración de protocolos específicos para su desarrollo en el ámbito de los cuidados intensivos. El trabajo ha contemplado, también, como objetivos específicos: 1. La comprobación de la adecuación de los protocolos elaborados por las distintas Unidades para la aplicación de la LET a la guía de recomendaciones, a tal efecto, elaborada por la Consejería de Salud. 2. Estimar la incidencia de esta práctica en pacientes fallecidos durante un episodio con hospitalización en UCI. y 3. Evaluación cualitativa de actuaciones en los casos encontrados para comprobar su adecuación a los protocolos.

Material y Métodos

El estudio se ha realizado en las 7 Unidades de Medicina Intensiva (en lo sucesivo UMI) que existen en los hospitales públicos de Málaga.

La población objeto de estudio se define con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con un episodio de hospitalización comprendido entre el 1 de mayo de 2014 y el 30 de abril de 2015, que haya incluido una estancia de al menos 24 horas en UCI y cuya causa de alta haya sido el fallecimiento. Como único criterio de exclusión se ha considerado el de no cumplir con los criterios de inclusión.

Se han utilizado dos fuentes de información para el estudio, la primera de ellas los protocolos existentes para la realización de LET en las unidades objeto de estudio y en segundo lugar las historias clínicas de los pacientes objeto del estudio.

De los protocolos de LET (herramienta de análisis utilizada para valorar el primer objetivo del estudio) se ha evaluado su existencia, su difusión y conocimiento por parte de los profesionales de las Unidades, la participación de la comisión de ética en su elaboración y el grado de adecuación de los mismos a la guía de recomendaciones a tal efecto elaborada por la Consejería de Salud (ponderado en base a 12 ítems descritos en el apartado A del anexo I de este artículo, ítems con 3 posibles valores: *Si, No y Parcial*).

En cuanto a las historias clínicas se evaluó una muestra (obtenida por muestreo sistemático) de 50 historias que cumplieron los criterios de inclusión en cada UCI estudiada. Sobre estas 50 historias se calculó el porcentaje de casos en los que se realizó LET, considerando como criterio de dato positivo el hallazgo en la documentación clínica de al menos un registro que establezca el no inicio o retirada de medidas de soporte vital o de tratamientos potencialmente curativos, por ser considerados fútiles en el caso concreto del paciente analizado.

Considerando las historias en las que se ha registrado LET se ha procedido a la valoración cualitativa de los 13 ítems descritos en el apartado B del anexo I a este artículo sobre un mínimo de 25 historias clínicas en cada UCI analizada de forma tal que si entre las 50 historias inicialmente valoradas el porcentaje de casos con LET era inferior al 50%, la muestra se ha ampliado hasta conseguir ese mínimo número, algo que ha habido que hacer en 5 de las 7 Unidades evaluadas, no obstante y a pesar de ello en una de las Unidades, la UCI del hospital infantil no se ha llegado a conseguir más que 19 historias, después de haber ampliado la muestra hasta la totalidad de la población objeto de estudio. En total y para los 7 centros se ha hecho el estudio cualitativo en 169 casos. Los ítems analizados se han ponderado con 4 posibles valores: *Si, No, Parcial y no procede*, siendo el valor parcial solamente posible para los ítems que lo admiten.

Resultados y Discusión

Evaluación de los protocolos de LET:

6 de las 7 UMIs evaluadas tenían protocolos de limitación de esfuerzo terapéutico y 3 tenían además un protocolo para la toma de decisión de ingreso, no ingreso en UCI. La Comisión de Ética del hospital había participado de forma integra en la elaboración de solo dos de estos protocolos y de forma parcial en otros dos.

En las 6 unidades que disponían de protocolos se ha evidenciado que estos habían sido difundidos a los profesionales de la Unidad y éstos disponían de ellos.

Los resultados del análisis de los ítems utilizados para valorar la calidad del protocolo y su adecuación a la guía de recomendaciones de la Consejería de Salud se reflejan en el cuadro siguiente:

Valoración inicial	Número de Unidades			
	SÍ	NO	NP	%SI
Instrucciones para la valoración médica inicial (diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento) y para la valoración de enfermería y establecimiento del Plan de Cuidados	3	1	2	50%
Existen instrucciones o un procedimiento para valorar la capacidad de hecho del paciente (capacidad para entender y decidir)	3	3	0	50%
Instrucciones para la exploración de opiniones y preferencias del paciente o representante y/o familiares	4	2	0	66,6%
Instrucciones para la consulta del Registro de Voluntades Vitales/Planificación Anticipada de Decisiones en caso de paciente incapaz	3	0	3	50%
Establece la obligación de realizar un proceso deliberativo en equipo de todas las propuestas de LET	5	1	0	83,4 %
Contiene instrucciones para la clasificación del paciente según el tipo de LET	3	3	0	50%
Contiene instrucciones para la consulta al Comité de Ética.	4	2	0	66,6 %
Se orienta sobre como, quien y cuando realiza o retira medidas	2	4	0	33,4 %
Existen instrucciones para cada tipo de medida.	2	1	3	33,4 %
Existen instrucciones sobre el acompañamiento familiar, la asistencia al duelo y/o el auxilio espiritual.	3	3	0	50%
Contiene instrucciones en relación con la donación de órganos/tejidos	3	2	1	50%
Contiene instrucciones para el registro de ordenes médicas	4	2	0	66,6 %

Los resultados del análisis de los ítems utilizados para valorar cualitativamente la práctica de LET en las historias de los pacientes en los que esta registrado que se realizó se incluyen en el cuadro siguiente:

Número de Historias	SÍ	PARCIAL	NO	NP	% SÍ
Registro de la evaluación de la capacidad del paciente y del médico que la realizó	12	5	89	63	11,3%
Evidencias de consulta al Registro de Voluntades Anticipadas	5	0	145	19	3,3%
Identificación, en su caso, del representante del paciente y registro de sus datos de contacto	3	4	162	0	1,8%
Consta la fecha de la propuesta de LET	163	0	6	0	96%
Registro identificativos de los facultativos que la proponen	4	150	15	0	2,3%
Constancia de la participación de enfermería en la propuesta	2	0	167	0	1,2%
Justificación detallada de la propuesta	161	1	7	0	95,3%
Evidencias de la presentación del caso en sesión clínica con resumen de la deliberación y resultado de la misma	1	12	155	1	0,6%
Registro de intervenciones afectadas por la LET	6	1	161	1	3,6%
Registro de la fecha y de profesionales que realizan la LET	1	1	166	1	0,6%
Constan las medidas complementarias como sedación, analgesia o cuidados especiales.	1	0	167	1	0,6%
Evidencias de la comunicación a paciente, representante y/o familiares y fecha de esta.	127	23	19	0	74,1%
Registro, en su caso, de donación de órganos/tejidos	8	0	126	35	6%%

Los registros de un ítem en la columna de no procede, son determinados por el evaluador a la luz de la información obtenida en la historia, el criterio no estaba definido previamente, pero habitualmente se extrae con facilidad y cuando se producía la mas mínima duda se ha establecido un consenso entre evaluadores para tener un solo criterio y asegurar la homogeneidad de la interpretación; por ejemplo en el registro de la donación de órganos se ha considerado que el ítem era "si" cuando había un registro al respecto en la historia, tanto si era de donación como de no donación, el ítem se ha considerado "no" si no había mención alguna en la historia y "no procede" si las condiciones personales, psicológicas, orgánicas y/o fisiológicas del paciente hacían inviable esta opción como por ejemplo un paciente que en sus voluntades anticipadas había dejado expresada su voluntad de no donar o un paciente con serologías víricas positivas.

Los porcentajes de seis en la última columna se refieren siempre al total de casos una vez restados los no procede.

CONCLUSIÓN

Aunque el marco legal actualmente vigente en Andalucía, ha diseñado un escenario propicio y adecuado para la correcta indicación y realización de la limitación del esfuerzo terapéutico como práctica clínica de excelencia, la realidad observada en este trabajo muestra que en la práctica diaria existe aún un largo camino a recorrer hasta normalizar la indicación y realización de LET, especialmente en lo que se refiere a su registro y al seguimiento sistemático de todos los pasos que el protocolo, diseñado y consensuado para su aplicación, contempla.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Villán E, Pérez Rodríguez J, Rodríguez JI *et al.* [Infant mortality in a third level paediatric hospital. therapeutic effort limitation, clinical-pathological agreement and diagnostic accuracy]. *An Pediatr (Barc)* 2012; 76(6):343-9.
- Baena Alvarez C. Limitation of therapeutic effort: When less is more. *Colomb Med (Cali)* 2015; 46(1):1-2.
- Barbero Gutierrez J, Romeo Casabona C, Gijon P, Judez J. [Limitation of therapeutic effort]. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(15):586-94.
- Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. *Multidiscip Respir Med* 2015; 10(1):5.
- Bueno Munoz MJ. [Limitation of therapeutic effort: Approach to a combined view]. *Enferm Intensiva* 2013; 24(4):167-74.
- Clouser KD. Medical ethics: some uses, abuses, and limitations. *N Engl J Med* 1975; 293(8):384-7.
7. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. [Limitation of therapeutic effort: a "question for professionals or for patients as well?"]. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30 Suppl 3:129-35.
- Peiro Peiro AM, Ausina Gomez A, Tasso Cereceda M. [Bioethics limitation of therapeutic effort in pediatrics]. *Rev Clin Esp* 2012; 212(6):305-7.
9. Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte
10. 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.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado por el Equipo Provincial de Inspección de Centros y Servicios Sanitarios de Málaga, dentro del Plan anual de Inspección de servicios sanitarios publicado en el BOJA nº35 de 20 de Febrero de 2015.

El protocolo de evaluación utilizado ha sido elaborado por la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud (Coordinación del Programa Centros y Servicios Sanitarios) que tiene además como referente la guía de recomendaciones para la elaboración de protocolos de aplicación de LET confeccionada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

ANEXO I

APARTADO A

De los protocolos de LET se ha evaluado su existencia, su difusión y conocimiento por parte de los profesionales de las Unidades, la participación de la comisión de ética en su elaboración y el grado de adecuación de los mismos a la guía de recomendaciones a tal efecto elaborada por la Consejería de Salud. Para poder valorar el nivel de adecuación recogido en este último punto se han evaluado los siguientes ítems:

- Contiene instrucciones para la valoración médica y de enfermería del paciente.
- Contiene instrucciones para la valoración y registro de la capacidad del paciente.
- Contiene instrucciones para la exploración de opiniones y preferencias del paciente, representante y/o familiares y para la valoración de su contexto.
- Contiene instrucciones para la consulta del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Establece la obligación de realizar un proceso deliberativo en equipo de todas las propuestas de LET.
- Contiene instrucciones para la clasificación del paciente según el tipo de LET.
- Contiene instrucciones para la consulta al Comité de Ética.
- Se orienta sobre como, quien y cuando realiza o retira medidas.
- Existen instrucciones para cada tipo de medida.
- Existen instrucciones sobre el acompañamiento familiar, la asistencia al duelo y/o el auxilio espiritual.
- Contiene instrucciones en relación con la donación de órganos/tejidos.
- Contiene instrucciones para el registro de órdenes médicas.

APARTADO B

- Registro de la evaluación de la capacidad del paciente y del médico que la realizó.
- Evidencias de consulta al Registro de Voluntades Anticipadas.
- Identificación, en su caso, del representante del paciente y registro de sus datos de contacto.
- Fecha de la propuesta de LET.
- Registro identificativos de los facultativos que la proponen.
- Constancia de la participación de enfermería en la propuesta.
- Justificación detallada de la propuesta.
- Evidencias de la presentación del caso en sesión clínica con resumen de la deliberación y resultado de la misma.
- Registro de intervenciones afectadas por la LET.
- Registro de la fecha y de profesionales que realizan la LET.

- Evidencias de la comunicación a paciente, representante y/o familiares y fecha de esta.
- Registro de intervenciones complementarias (sedación, analgesia, etc.)
- Registro, en su caso, de donación de órganos/tejidos.