

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: UNA DECISIÓN CONSENSUADA DEL EQUIPO MÉDICO**LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT: A CONSENSUAL AGREEMENT AMONGST PHYSICIANS**Frutos Pérez J.M.¹Frutos Pérez A.I.²Llinares Serra A.³¹Médico Forense Titular. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia. Subdirección de Cartagena. Murcia.²Médico generalista. Valencia³Profesor Titular de inglés de Inglés. Escuela Oficial de Idiomas. Gandía. Valencia. España.

Correspondencia: jmafrutos100@gmail.com

Resumen: El ejercicio de la Medicina y sus obligaciones legales comienza mucho antes del nacimiento (legislación respecto al aborto, delito de lesiones al feto, entre otros) y se extiende más allá de producido el fallecimiento del paciente (Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria, 1974; Guía Consenso sobre Sanidad Mortuoria, 2018). Tanta importancia tiene obrar de acuerdo al buen quehacer médico durante la vida en plenitud del paciente, como en los momentos finales de la vida, tratando de que el final de la misma sea lo más digno y acorde a los deseos que el paciente manifieste en estos momentos, los que pudo manifestar en el documento de instrucciones asistenciales o voluntades anticipadas, o bien, en caso de que el paciente por su enfermedad carezca de las oportunas capacidades cognitivas y volitivas, es decir, que no sea capaz de expresar libre y voluntariamente su opinión al respecto de ciertas actuaciones médicas, se deleguen ciertas decisiones en la familia del paciente, que puede estar en contra de la limitación del esfuerzo terapéutico, bien sea en la no aplicación de medidas o la retirada de las mismas.

Palabras clave: Ética al final de la vida, sedación paliativa, limitación del esfuerzo terapéutico.

Abstract: The practice of medicine and its legal obligations begin long before birth (with legislation on abortion, offense of injury to the foetus, among others), and lingers on all the way to the patient's death (Mortuary Health Police Regulations, 1974; Consensus Guidelines for Mortuary Health, 2018). It is just as important to act in accordance with optimal medical practice throughout a patient's life, as much as it is in the final moments of their life, trying to ensure that the end of life is as dignified and on a par with the patient's declaration of wishes, which may have been stated in their living will or advance directives or, alternatively, in the event that the patient lacks the appropriate cognitive and volitional capacities due to his or her illness, i.e. the patient's incapability to freely and voluntarily express his or her opinion regarding certain medical actions, whose final decisions are entrusted to the patient's family, which may be against limiting the therapeutic effort, either by not applying the measures or by withdrawing them.

Keywords: End-of-life ethics, palliative sedation, limitation of therapeutic effort.

INTRODUCCIÓN

No se puede hablar de la ética al final de la vida sin recordar una cita de Baltasar Gracián (jesuita y escritor español del Siglo de Oro), que reza lo siguiente:

“La muerte para los jóvenes es naufragio y para los viejos es llegar a puerto” (1).

Este destino inexorable al que deben enfrentarse las personas por el mero hecho de existir, puede tener diferentes escenarios que tratarán de describirse a continuación. El artículo se centrará en las consideraciones médico-legales respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). En cada una de ellas se hablará de la deontología y la ley que rigen estos procedimientos, dadas las dudas que como clínicos se tiene de manera habitual, sobre todo en casos en que la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico no es compartida con los familiares.

DEFINICIONES COMUNES PREVIAS

Es necesario, previo a introducir la materia, comenzar definiendo una serie de conceptos que acompañarán al lector a lo largo del artículo, para evitar que cada cual entienda una acepción distinta. Las definiciones se han tomado de la *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud* (2) y de la *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 (3):

- **Consentimiento informado:** “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.
- **Autonomía:** “es uno de los cuatro principios básicos de la bioética, base de la deontología médica y clave en el contexto de una buena práctica sanitaria, que adquiere especial relevancia en las decisiones al final de la vida. Por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente, y en ausencia de coacción interna o externa”.
- **Diagnóstico de final de la vida (terminalidad):** “además de la predicción clínica, puede ser de utilidad el empleo de instrumentos validados para estimar la supervivencia o el estado funcional, como el índice PaP o la escala funcional de Karnofsky y la presencia de los factores pronósticos”.
- **Escala de Karnofsky (4):** escala ideada para pacientes oncológicos de uso generalizado, la cual predice la evolución no solo en los pacientes oncológicos sino también geriátricos.

Escala de Karnofsky	
PUNTAJES	SITUACIÓN CLÍNICO-FUNCIONAL
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

- **Paliative prognostic score (5):** para pacientes con cáncer avanzado, dicha puntuación pronóstica se obtiene de una serie de parámetros clínico-analíticos tales como la disnea, anorexia, puntuación de escala de Karnofsky, predicción de supervivencia en semanas, recuento de leucocitos ($\times 10^9/L$), y el porcentaje linfocitario. Se clasifican en 3 grupos: A (puntuación total 0-5,5; supervivencia a 30 días >70%), B

(puntuación total 5,6-11; supervivencia a 30 días 30-70%), C (puntuación total 11,1-17,5; supervivencia a 30 días <30%).

Escala "Paliative prognostic score" – PaP (6)		
DISNEA	NO	0
	SI	1
ANOREXIA	NO	0
	SI	1,5
PUNTUACIÓN ESCALA KARNOFSKY	≥30	0
PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA EN SEMANAS	10-20	2,5
	>12	0
	11-12	2
	7-10	2,5
	5-6	4,5
	3-4	6
RECuento DE LEUCOCITOS (X10 ⁹ /L)	1-2	8,5
	≤8,5	0
	5,6-11	0,5
PORCENTAJE LINFOCITARIO	>11	1,5
	20-40%	0
	12-19,9%	1
	<12%	2,5
GRUPO	PUNTUACIÓN TOTAL	SUPERVIVENCIA 30 DÍAS
A	0-5,5	>70%
B	5,6-11	30-70%
C	11,1-17,5	<30%

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO (7)

La definición de la LET es *“la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con objeto de no caer en la obstinación terapéutica”*. De especial interés y mención aparte la de las oportunas palabras utilizadas en la definición: *“restringir”* y *“cancelar”*. En la primera de ellas, se hace referencia a la no instauración de tratamientos que se consideran desproporcionadas para el fin terapéutico que se espera, mientras que la segunda hace referencia a la retirada de las medidas que dejan de tener utilidad (por su carácter extraordinario, fútil o desproporcionado) (8).

A nivel legal, otra definición que se puede localizar en la *Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida*, es la *retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejora* (9).

Se considera fútil un tratamiento cuando *su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para tomar una decisión clínica. Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno, las altas probabilidades de fracasar (cuantitativo); otro, cualitativo (beneficio del paciente)*. Por el contrario, el tratamiento proporcionado es *aquel que mantiene un balance adecuado de costes-cargas/beneficios, en función de los objetivos perseguidos* (7).

En la *Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida*, respecto al **artículo 21 - deberes respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico** (9):

1. *El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, adecuará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la adecuación deberá constar en la historia clínica.*

2. *Si la decisión afecta a la adecuación de terapias de soporte vital, esta deberá estar ajustada al conocimiento actual de la medicina. Aunque la decisión queda en el ámbito del paciente o sus representantes legales y el médico o médica responsable, si afecta a terapias de soporte vital deberá ser discutida con al menos otro profesional médico y todo ello deberá constar en la historia clínica.*

3. *En las situaciones en las que, por lo súbito del proceso patológico, no haya existido una relación asistencial previa entre el paciente y el médico, como pudiera suceder en los servicios de urgencias ante procesos súbitos con pronóstico infausto, la decisión de no iniciar o adecuar las terapias de soporte vital deberá consensuarse entre al menos dos profesionales médicos y, posteriormente, informar, consultar y consensuar con los representantes legales del paciente, y todo ello constar en la historia clínica.*

4. *En el caso de la atención a personas en estado vegetativo persistente o de mínima conciencia, dicha adecuación requiere la opinión coincidente de, al menos, otros dos profesionales sanitarios de los que participen en la atención sanitaria del paciente. Al menos uno de ellos deberá ser personal facultativo médico y otro, la enfermera o enfermero responsable de los cuidados. La identidad de dichos profesionales y su opinión serán registradas en la historia clínica.*

En cualquier caso, el médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort, teniendo en cuenta que la elección de las medidas terapéuticas a aplicar ha podido ser ya expresada previamente mediante un documento de voluntades anticipadas.

En el informe del Defensor del Pueblo Andaluz - *Morir en Andalucía: Dignidad y Derechos*, en el capítulo respecto al “Rechazo y retirada de la intervención y limitación del esfuerzo terapéutico”, establece lo siguiente respecto a los deberes respecto a la LET (10):

- Cabe recordar que, amparados por la *Ley 41/2002*, la voluntad de los pacientes debe ser expresada, siempre que sea posible, y respetada tanto en el inicio como en la retirada de medidas una vez instauradas – revocando el consentimiento previamente otorgado (incluso aunque esto supusiera el fallecimiento del paciente, como pueda ser la retirada de un ventilador).
- A diferencia del inicio de medidas terapéuticas, de las que se hablarán a continuación, en el que si se habla de una decisión respecto a la decisión de aceptar un tratamiento, la LET es un criterio tomado por los profesionales, sin que las opiniones del paciente tengan relevancia legal (por no tratarse de la elección o el consentimiento de aplicación de un tratamiento), aunque lo ideal es que en el momento de llevarse a cabo la

LET, esta sea acordada con el paciente y la familia o incluso “*negociar la decisión cuando el criterio sobre la no indicación de la medida no sea tan claro*”. Lo conveniente en estos casos es hacer partícipe a la familia de la nula utilidad de las medidas a instaurar o, si instauradas, no han sido eficaces, evidenciar la necesidad de su retirada. Siempre es aconsejable consensuar con paciente, familia y equipo asistencial la toma de esta decisión. Pero, en palabras del informe del defensor del pueblo al que se hace referencia: “*lo ideal sea consensuar, pero cuando no sea posible se destaca la necesidad de proteger al paciente y no dejar que la familia se imponga en algo que resulta negativo para aquel*”.

- En este sentido, la decisión de la LET es conveniente tomarla a cabo en equipo y, de hecho, como se ha expuesto con anterioridad, en la *Ley 1/2015* se exige la concurrencia de dos facultativos tratantes del paciente y oír al personal de enfermería que ostenta el cuidado de la persona enferma.

Tomar la decisión de proceder a una LET no es una tarea sencilla: debe saberse cualquier pormenor del caso que ocupa, preferencias del paciente y familiares o allegados, la gravedad, el pronóstico, la calidad de vida y la distribución racional de recursos limitados. Si se está considerando la LET, no deberían iniciarse procedimientos o medidas desproporcionadas, fútiles para el objetivo terapéutico pretendido o considerar su retirada, en caso de haberse implantado. Finalmente, si se opta por limitar, se debe garantizar en todo momento el confort en últimos momentos de vida del paciente, mediante las medidas sedo-analgésicas oportunas. Es recomendable que en los casos en los que se vaya a limitar se cuente con el consentimiento del paciente, o bien, sus familiares o allegados en caso de que este no tenga la capacidad para expresar su deseo. El problema puede surgir cuando se produce la negativa de los familiares en casos en los que la indicación médica de LET pueda haberse establecido, dadas las futuras reclamaciones administrativas o judiciales que puedan llevarse a cabo por los mismos. Llegados a este punto, antes de proceder a la LET “*forzosa*”, es aconsejable consultar con el comité de ética asistencial para dirigir el proceso de deliberación. Si a pesar de ello no se consigue el objetivo perseguido, es necesario consultar con los servicios jurídicos del propio hospital e incluso solicitar una autorización judicial para proceder a la misma (8).

CONCLUSIÓN

La decisión de LET es una medida difícil de adoptar y es por ello que debe llevarse a cabo cualquier circunstancia del caso que ocupa, preferencias del paciente y familiares o allegados, la gravedad, el pronóstico, la calidad de vida, entre otros. La decisión nunca debe tomarse por un solo facultativo, sino que la Ley exige que sea tomada por al menos dos médicos, siendo oída por el personal de enfermería que se encarga del paciente. La finalidad de la limitación es adecuar el esfuerzo a las posibilidades de recuperación del paciente, evitando sufrimiento o alargamiento innecesario de la agonía. En muchas ocasiones, dicha información debe ser facilitada directamente a familiares del paciente, por el estado del mismo que hace que no pueda ser partícipe de su proceso asistencial. Pueden surgir conflictos respecto a la contrariedad de la LET con los familiares, aunque en la literatura consultada se aconseja que la decisión tomada por el equipo médico sea compartida por la familia o allegados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA4

1. **Gracián, Baltasar.** Proverbias. [En línea] [Citado el: 26 de 01 de 2024.] <https://proverbias.net/cita/7650-la-muerte-para-los-jovenes-es-naufragio-y-para-los>.
2. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.* Mayo 2008. 978-84-457-2733-1.
3. **Boletín Oficial del Estado.** *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.* «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. : s.n., 16/05/2003.

4. **Puiggròs, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C., & Planas, M.** *El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria.* *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 156-160.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008&lng=es&tlng=es..

5. **Pirovano, M., Maltoni, M., Nanni, O., Marinari, M., Indelli, M., Zaninetta, G., Petrella, V., Barni, S., Zecca, E., Scarpì, E., Labianca, R., Amadori, D., & Luporini, G.** *A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients.* *Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care.* 1999, *Journal of pain and symptom management*, 17(4), 231–239. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(98\)00145-6](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(98)00145-6).

6. **Wilner, L. S., & Arnold, R. M.** *The palliative Prognostic Score.* 2006, *Journal of palliative medicine*, 9(4), 993. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.993>.

7. **OSAKIDETZA - Servicio vasco de Salud.** Hospital de Donostia - Osakidetza. *Protocolo de sedación en paciente terminal.* [En línea] 2006. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo26SedacionPacienTerminalC.pdf.

8. **B. Herrerosa, G. Palacios, E. Pacho.** *Limitación del esfuerzo terapéutico.* *Revista clínica española*, Vol. 212, págs. 134-140. DOI: 10.1016/j.rce.2011.04.016.

9. **Boletín Oficial del Estado.** *Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.* «BOE» núm. 54, de 04/03/2015 : s.n., 2015.

10. **Defensor del Pueblo Andaluz.** *Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos.* 2017.