

Presa de decisions en la limitació de tractament de suport vital (LTSV) i l'ordre de no intentar la ressuscitació cardiopulmonar (ONIR) en les cures al final de la vida. Una aproximació des de la bioètica.

Contingut

1. ACRÒNIMS:	2
2. GLOSSARI	3
3. INTRODUCCIÓ	7
4. MARC DEONTOLÒGIC, LEGAL I BIOÈTIC	8
5. LIMITACIÓ DE TRACTAMENT DE SUPORT VITAL (LTSV). CONCEPTE I CARACTERÍSTIQUES	9
6. FREQUÈNCIA DE LES ORDRES DE LTSV	12
7. TIPUS DE LTSV	12
8. DOCUMENT DEL CONSELL D'EUROPA (2014): Guia per al procés de presa de decisions relatives al tractament mèdic en situacions del final de la vida	13
9. ASPECTES RECOMANATS	14
10. LA PERSONA MALALTA A L'ENTORN DE LA LTSV	16
11. ATENCIÓ PRIMÀRIA I LTSV	17
12. PROPOSTA D'UNA GUIA PER A LA PRESA DE DECISIONS DE LIMITACIÓ DE TRACTAMENT DE SUPORT VITAL.	18
13. LES ORDRES DE NO INTENTAR RESSUSCITACIÓ CARDIOPULMONAR (ONIR)	22
Decisions mèdiques unilaterals	24
Decisions del pacient	24
Decisions bilaterals	25
Marc ètic. Principis de bioètica aplicables a la RCP	25
Quan no s'ha d'iniciar una RCP?	27
Quan i què suspendre una vegada iniciada la RCP?	28
Ordres de no intentar reanimació cardiopulmonar (ONIR)	29
Procediment per a la presa de decisions sobre ONIR.	30
Elaboració del formulari d'ONIR	31
14. BIBLIOGRAFIA	34
15. ANNEXOS	37

1. ACRÒNIMS:

CBA: Comité de Bioètica Assistencial Departamental

CFV: Cures Final de Vida

CI: Consentiment Informat

CCPP: Cures Pal·liatives integrals

EC: Malaltia Crítica

H^a C: Història Clínica

LTSV: Limitació de Tractaments de Suport Vital

UCI: Unitat de Vigilància Intensiva

DVA: Document Voluntats Anticipades

IP: Instruccions prèvies

PAD: Planificació Anticipada de Decisions

ONIR: Ordres de no intentar la ressuscitació cardiopulmonar

RCP: Reanimació Cardiopulmonar

TSV: Tractament de Suport Vital

2. GLOSSARI

1. **Qualitat de vida.** La satisfacció individual de les necessitats vitals, davant les condicions objectives de vida, des dels valors i les creences personals. Inclou aspectes psicològics, socioeconòmics i espirituals.

2. **Comité de Bioètica Assistencial (CBA).** Són òrgans interdisciplinaris, d'àmbit departamental, de caràcter assessor i consultiu, al servei de professionals, de persones usuàries i de les institucions sanitàries. La seua funció és deliberar i assessorar en la resolució de les situacions de conflicte ètic que sorgisquen en el departament de salut/centre sanitari, per tal que quede emparada la dignitat de les persones i la qualitat de l'atenció sanitària. Una altra tasca fonamental és millorar la formació en bioètica dels professionals i Fomentar la seua difusió entre professionals, pacients i persones usuàries del sistema sanitari públic.

3. **Consentiment informat (CI).** És el procés gradual i continu de comunicació, plasmat a vegades en un document, mitjançant el qual una persona capaç i adequadament informada, accepta o no sotmetre's a determinats processos diagnòstics o terapèutics, en funció dels seus propis valors, havent de deixar-se la deguda constància en la història clínica. Tot això en virtut del que s'estableix en l'article 3 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, sense perjudici que tal consentiment es dirigisca específicament cap a i en el procés final de la vida.

4. **Cures pal·liatives integrals (CCPP).** Conjunt coordinat d'intervencions dirigides a la millora de la qualitat de vida de les persones i de les seues famílies, afrontant els problemes associats amb una malaltia terminal mitjançant la prevenció i l'alleujament del sofriment, tant físic i psíquic com espiritual; així com la identificació, valoració i tractament del dolor i altres símptomes.

5. **Dignitat:** Qualitat pròpia de la condició humana que fa referència al valor inherent a l'ésser humà pel simple fet de ser-ho, com a ser racional, dotat de llibertat. No es tracta d'una qualitat atorgada per ningú, sinó consubstancial a l'ésser humà. No depén de cap mena de condicionament ni de diferències ètniques, de sexe, de condició social o qualsevol altre tipus. Segons la distinció introduïda per [Millán-Puelles](#), aquesta és la dignitat ontològica, diferent de la dignitat adquirida, sent aquest últim concepte similar al de l'[honor](#), del qual emanen els drets fonamentals, al costat del lliure desenvolupament de la personalitat, que precisament per aqueix fonament són inviolables i inalienables. El seu reconeixement es va produir amb la Declaració Universal dels Drets Humans després de la Segona Guerra Mundial.

6. **Dignitat al final de la vida.** Dret a rebre una cura integral al final de la vida, amb alleujament del sofriment físic, psicològic i espiritual, mantenint la seua autonomia en la mesura que siga possible, i tractant d'evitar l'obstinació terapèutica. Es respecten abans de res els seus valors per a aconseguir un clima de serenitat, de pau, satisfacció existencial i seguretat.

7. **Document de voluntats anticipades o instruccions prèvies.** Escrit en el qual la persona, major d'edat i amb la seua capacitat conservada, manifesta les instruccions que, sobre les actuacions clíniques s'han de tindre en compte, si en un futur no és capaç d'expressar-ho verbalment.

8. Futilitat mèdica o intervenció fútil: és aquella intervenció mèdica excessiva (en termes d'esforç i despesa) amb poques o cap possibilitat real de canviar l'evolució final del pacient i assolir un benefici terapèutic significatiu, en termes d'expectatives de curació o de millora simptomàtica i, per tant, de compensar de manera raonable els possibles efectes nocius de la seua instauració o el seu manteniment. La seua aplicació pot desembocar en l'obstinació terapèutica.

9. Futilitat terapèutica: És aquell tractament que no aconsegueix obtindre l'objectiu, de tot tractament, de beneficiar al pacient i ajudar-lo a restaurar la seua salut en la mesura del possible. No existeix una definició completament objectiva i el judici de futilitat és essencialment subjectiu, encara que és realment indispensable a l'hora de jutjar la utilitat de l'aplicació de tractaments.

10. Limitació de tractaments de suport vital (LTSV). Decisió meditada i consensuada de l'equip assistencial sobre la retirada o no inici de mesures terapèutiques en considerar que el curs de la malaltia és irreversible i que en aquesta situació el tractament és inútil. La seua aplicació, permet que el procés de mort s'instaure com a evolució inevitable de la malaltia, sense limitar les cures i tractaments que proporcionen benestar.

11. Mort en pau. Aquella en la qual el dolor i el sofriment han sigut minimitzats, mitjançant les cures pal·liatives adequades, en la qual les persones mai són abandonades o descurades i l'atenció assistencial dels qui no sobreviuran, es considera igual d'important, que la dels qui sí que sobreviuran.

12. Obstinació terapèutica. Situació en la qual a una persona que es troba en situació terminal o d'agonia, per causa d'una malaltia greu i irreversible, se li inicien o mantenen tractaments de suport vital o altres intervencions que únicament prolonguen la seua vida biològica, sense possibilitats reals de millora o recuperació.

13. Ordre de no intentar ressuscitació (ONIR): És una ordre mèdica que proporciona instruccions als professionals sanitaris, únicament i exclusivament, per a no iniciar o suspendre mesures de reanimació cardiopulmonar si el pacient pateix una parada cardíaca.

14. Persona que es troba en el final de la seua vida. Persona que presenta un procés avançat de malaltia, progressiu i incurable pels mitjans existents, sense possibilitats evidenciables de resposta al tractament específic i amb presència de simptomatologia multifactorial i canviant, que condiciona una inestabilitat en la seua evolució, així com un pronòstic de vida limitat.

15. Planificació anticipada de decisions (PAD). Procés voluntari de comunicació i deliberació entre una persona capaç i el personal sanitari implicat en la seua atenció, sobre els valors, desitjos i preferències que vol que es tinguen en compte respecte a l'atenció sanitària que rebrà com a pacient, fonamentalment en els moments finals de la seua vida.

La seua finalitat última és elaborar un pla conjunt perquè, en el cas que la persona perda la seua capacitat de decidir, ben temporal o permanentment, puguin prendre's decisions sanitàries coherents amb els seus desitjos.

Haurà de ser registrada en la història clínica, actualitzada periòdicament i comunicada a tot el personal relacionat amb l'atenció de la persona malalta, així com als seus familiars i representants que hagen sigut autoritzats per a això.

És fonamental crear una alarma en la història clínica perquè qualsevol professional que atenga el pacient pugui consultar-la.

16. **Parada cardíaca (PC):** És la interrupció sobtada, inesperada i potencialment reversible de la circulació i de la respiració espontània. L'adjectiu “**inesperada**” fa referència a aquelles situacions on no es coneix l'existència d'alguna alteració mòrbida que pugui conduir a la PC. La qualificació com “**potencialment reversible**” permet diferenciar la PC de la mort, la qual representa l'última estació en l'evolució natural i terminal d'una malaltia incurable.

17. **Rebuig al tractament:** Manifestació verbal o escrita de la voluntat d'una persona plenament capacitada, a qui se li indica un determinat tractament, i no accepta aquesta actuació mèdica.

18. **Representant designat** en el document de voluntats anticipades: Persona major d'edat i capaç, encarregada de vetllar perquè en les situacions clíniques contemplades en el document, es complisquen les instruccions que haja deixat establides la persona a la qual represente.

Per a la presa de decisions en les situacions, no contemplades explícitament en les voluntats anticipades, qui li represente tindrà en compte els valors o opcions vitals recollides en aquestes instruccions.

19. **Reanimació cardiopulmonar (RCP):** comprén un conjunt de maniobres estandarditzades i d'aplicació seqüencial dins de l'anomenada “Cadena de Supervivència”, encaminades a revertir la PC, substituint la respiració i la circulació espontànies i intentant la seua recuperació, de manera que existisquen possibilitats raonables de recobrar les funcions neurològiques superiors, basant-se en els temps i característiques de la mateixa recollides en els protocols d'actuació de les societats científiques.

20. **Sedació pal·liativa:** Administració deliberada de fàrmacs, en les dosis i combinacions requerides, per a reduir la consciència d'una persona amb malaltia avançada o terminal, per a alleujar un o més símptomes refractaris i amb el seu consentiment explícit o per representació. Es tracta d'una sedació primària, que pot ser contínua o intermitent, superficial o profunda.

21. **Sedació terminal:** Administració deliberada de fàrmacs per a produir una disminució profunda, continuada i previsiblement irreversible de la consciència d'una persona la mort de la qual es preveu molt pròxima, amb la intenció de l'alleujament d'un sofriment físic o psicològic inassolible amb altres mesures, i amb el consentiment explícit, o per representació.

22. **Síntoma refractari:** Aquell que no respon al tractament adequat i precisa, per a ser controlat, reduir la consciència de la persona.

23. **Situació d'incapacitat de facto:** Estat en el qual les persones manquen d'enteniment i voluntat suficients per a governar la seua vida per si mateixes de manera autònoma, sense que necessàriament la seua capacitat haja sigut modificada judicialment.

24. **Situació d'últims dies o d'agonia:** Fase gradual que precedeix a la mort i que es manifesta clínicament per una deterioració física greu, feblesa extrema, trastorns cognitius i de consciència, dificultat de relació i d'ingesta i pronòstic vital de pocs dies.

Abasta, també, la situació en la qual es troba qui ha patit un mal irreversible, incompatible amb la vida, amb deterioració extrema i greus trastorns.

25. **Situació terminal:** Estat en la qual la persona no respon als tractaments aplicats i evoluciona cap a la defunció. És el moment de passar de curar a cuidar, és a dir, de proporcionar les cures que alleugen els símptomes i li donen benestar.

26. Tractament de suport vital (TSV): Conjunt de mitjans indicats i orientats a revertir les situacions que comporten risc vital per a una persona i que inclou tota intervenció mèdica, tècnica, procediment o medicació, que s'administra amb l'objectiu de retardar la seua mort, estiga o no aquest tractament dirigit cap a la malaltia de base o al procés biològic causal.

27. Unitat de vigilància intensiva (UCI): és una unitat especial, altament tecnificada, dins de l'àrea hospitalària que proporciona suport vital als pacients que estan críticament malalts, els qui en general requereixen supervisió i monitoratge intensiu per medicina d'alta complexitat. Els pacients ingressats moltes vegades necessiten suport per a la inestabilitat hemodinàmica (hipotensió/hipertensió) per a les vies aèries, el compromís respiratori o el fracàs renal, a més de monitoratge invasiu, administració de drogues vasoactives i subministrament de ventilació mecànica. Aquests tractaments s'administren a persones malaltes de summa gravetat, però amb possibilitat de recuperació clínica.

28. Valors vitals: Conjunt de valors i creences d'una persona que donen sentit al seu projecte de vida i que sustenten les seues decisions i preferències, en els processos de malaltia i mort.

3. INTRODUCCIÓ

Des del començament de la medicina, les actituds ètiques han exercit un paper fonamental en la pràctica mèdica. A la Grècia clàssica, un dels principis que guiava l'obligació moral del metge respecte als seus pacients era l'imperatiu d'abstindre's d'actuar quan la mort o la incurabilitat de la persona malalta semblaven ser fatalitats invencibles, com pot trobar-se reflectit en **La República** de Plató.

El Jurament Hipocràtic recull aquesta idea amb l'afirmació següent: *“I em serviré, segons la meua capacitat i el meu criteri, del règim tendent al benefici dels malalts, però m'abstindré de tot el que comporte perjudici o afany de danyar”*

Quan en comptes de curar, la malaltia progressa la persona es veu aclaparada per l'aplicació de noves exploracions invasives o mesures terapèutiques més intensives. Desgraciadament, en molts casos la malaltia segueix el seu curs i arriba un moment que tant el pacient o la pacient com el personal mèdic es pregunten fins a quin punt és convenient seguir avant amb els tractaments.

En 1976 es produeix als EUA, el “cas de Karen Quinlan”, que origina la primera sentència que avala la legalitat de la suspensió del tractament en una persona malalta adulta en estat vegetatiu persistent, la qual cosa propícia les bases jurídiques per a la limitació de tractament de suport vital (LTSV), que en aquella època es coneixia com limitació de l'esforç terapèutic (LET), entenent com a tal a la decisió meditada sobre la no implementació o la retirada de teràpies mèdiques en anticipar que no portarien un benefici significatiu de la persona malalta.

En 1996, el Hasting Center realitza un estudi internacional, sobre les finalitats de la medicina en l'era tecnològica del segle XXI. De les 4 finalitats en els quals es va sintetitzar l'estudi, 2 estan relacionades amb el concepte (l'alleujament del dolor i el sofriment, i l'atenció i cura de les persones curables i la cura de les que no poden ser curades.

Per a Daniel Callahan, que va ser president emèrit d'aquest institut: “acceptar el fet que una malaltia no pot controlar-se malgrat haver fet un esforç per a això i suspendre un tractament és moralment tan acceptable com decidir prèviament que la malaltia no pot ser controlada eficaçment i no iniciar mesures de suport”, és a dir, tan acceptable des del punt de vista de l'ètica és, no iniciar com retirar un tractament que no està indicat donada la situació de la persona malalta en aqueix moment o bé, el tractament a instaurar és desproporcionat al benefici esperat.

La situació actual d'avanç tècnic de la medicina ha provocat un canvi en el procés de morir, que ens fa enfrontar-nos a situacions irreversibles i la necessitat de plantejar-se fins quan cal actuar, i adoptar en aquestes situacions la LTSV. L'objectiu actual del tractament i de les cures és proporcionar, a la persona, un estat físic i mental saludable, amb unes cures caracteritzades per l'alta qualitat.

La LTSV no és un tema exclusiu de les UCI i afecta a tots els nivells de l'assistència sanitària (A Primària, especialitzada, hospitals de crònics, residències de la tercera edat, etc., no obstant això, en les UCI és on més s'ha analitzat la seua aplicació, ja que per l'alta tecnologia aplicada es podria mantindre la vida biològica sense possibilitats de supervivència. Encara que aquesta situació té una deriva “positiva” en l'actualitat, perquè permet la donació d'òrgans en assistència. Sobre aquest tema en la Conselleria de Sanitat s'ha elaborat un informe sobre els seus aspectes bioètics (Document de reflexions bioètiques sobre la donació després de parada cardiocirculatòria, donació en assistència).

La missió de la vigilància intensiva és restaurar la situació basal de salut lliure de discapacitat severa atés el principi bioètic de beneficència, respectant la dignitat i voluntat del pacient de ser tractat, és a dir, atendre el principi bioètic d'autonomia, i realitzar tot això amb la millor evidència disponible i tenint en compte també els principis de no maleficència i justícia.

El personal mèdic té l'obligació ètica d'iniciar un diàleg de manera respectuosa i prudent amb el pacient i/o la família i la resta de professionals implicats (atenció primària, infermeria, especialistes ... etc.), per a arribar a un consens sobre LTSV i/o adequar les cures i continuar el tractament amb un pla terapèutic dirigit al confort, control de símptomes i a millorar la qualitat de vida.

Per tant, tenint en compte al concepte de TSV, la seua limitació tindria com a resultat deixar que la malaltia seguís el seu curs natural i, al mateix temps, instaurar mesures que permeten alleujar el dolor i el sofriment (assegurant el màxim benestar) i que en la mesura del possible la mort es produís en pau. Açò últim és una de les quatre finalitats de la medicina, posades en evidència en l'estudi del Hasting Center sobre les noves metes de la medicina.

Cada dia està més acceptat per la societat, inclosos els professionals de la salut, que quan no existeixen possibilitats raonables de recuperació, ha de limitar-se o suspendre's el tractament, però sense que això afecte la cura del malalt. Tan important és salvar la vida, com l'alleujament del dolor i el sofriment en els seus moments finals, per a propiciar una mort en pau.

4. MARC DEONTOLÒGIC, LEGAL I BIOÈTIC

El concepte de LTSV posseeix una llarga tradició històrica, i se sustenta, fonamentalment, en 3 aspectes o pilars:

1.- Marc deontològic: es contempla, per exemple, en el codi de deontologia mèdica de 2011 (article 36 apartats 1 a 3) i en el codi de la societat espanyola de medicina intensiva, crítica i unitats coronàries (SEMICYUC) de 2006 (article 3b, 3c, 3d i 4h), aquests últims basats en l'autonomia del pacient i en el concepte de futilitat, i que inclou el dret a morir amb dignitat i la participació de la família. En tots dos codis es recull i reconeix el DVA.

No obstant això, posteriorment a la redacció d'aquest Codi Deontològic de l'OMC de 2011, s'ha produït un canvi legislatiu sobre els límits del consentiment informat i el consentiment per representació, amb la publicació de la Llei 26/2015, per la qual cosa s'ha produït una nova revisió l'esborrany del qual es va fer públic a la fi de 2018, document que es troba en fase d'aportacions, per la qual cosa el nou articulat relacionat amb la LTSV és l'article 38 en els apartats 1 a 4.

2.- Marc legal, recollit en el conveni d'Oviedo de 1997, publicat en el BOE a l'octubre de 1999 i en vigor des de l'1 de gener de 2000; en la Llei 41/2002 bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, en el RD 124/2007, de 2 de febrer, pel qual es regula el registre nacional d'instruccions prèvies i en les diferents lleis autonòmiques que regulen els DVA o les IP, així com les lleis de drets dels pacients i el procés final de la vida. A la nostra Comunitat és la Llei 16/2018, drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció al final de la vida.

3.- Marc bioètic, tenint sempre en compte els 4 principis bàsics de la bioètica (autonomia, no maleficència, beneficència i justícia) amb especial recalcament en el respecte al d'autonomia i el de no maleficència.

En l'orientació de les cures al final de la vida diversos conceptes ètics exerceixen un paper fonamental, com els criteris per a no iniciar, mantenir o retirar tractaments amb la LTSV, directament relacionats amb els principis de no maleficència i beneficència.

El dret de la persona malalta al rebuig dels tractaments. El respecte a la dignitat de la persona siga com siga la seua situació clínica, el pas de cuidar en els casos en els quals no es puga aconseguir la curació i el procés de la malaltia irreversible conduïsca a una situació terminal, aplicant cures i tractament per a calmar el dolor, el sofriment, l'agitació, l'ansietat o la dispnea. Facilitant l'aplicació d'unes cures pal·liatives de qualitat i l'acompanyament dels familiars que desitge i que, en definitiva, permeten aconseguir una mort en pau.

5. LIMITACIÓ DE TRACTAMENT DE SUPORT VITAL (LTSV). CONCEPTE I CARACTERÍSTIQUES

El concepte de LTSV és una pràctica que afecta moltes àrees assistencials, així com al camp de l'atenció primària o al mitjà sociosanitari. Si bé és en l'àmbit de la medicina intensiva on s'ha desenvolupat d'una manera més acusada i on entranya una major complexitat. A més, també es plantegen diferències en la seua aplicació en adults, menors d'edat i nounats. En aquests dos últims, la complexitat es veu incrementada pel paper dels pares en la presa de les decisions.

Els avanços tecnològics de la medicina han originat un tipus nou de pacient: pacient en situació clínica límit o pacient crític crònic. La tècnica ha impedit la seua mort, però no aconsegueix sempre la seua curació i restabliment, mantenint-ho en un estat de gran incapacitat física o psíquica i, per tant, de gran dependència. Tal deterioració li impedeix no sols el desenvolupament d'una vida autònoma, sinó que a més tindrà una dependència de mitjans tècnics i de tractaments més o menys especialitzats, que ocasionaran experiències de fragilitat i de sofriment.

La medicina no ha de ser una lluita cega contra la mort i mai cal perdre de vista que aquesta constitueix el final de l'existència. Les avançades tècniques de suport vital que han anat desenvolupant-se en les últimes dècades, permeten prolongar la vida, i guanyar temps perquè el procés causant i reversible de la malaltia se solucione. Aquest balanç positiu es veu enterbolit, perquè a vegades es produeix un retard de la mort en lloc de prolongar la vida, el que portaria al que es coneix com obstinació terapèutica.

La limitació constitueix una bona pràctica mèdica, ja que el manteniment de tractaments fútils i com a conseqüència l'obstinació terapèutica no té justificació, tant des del punt de vista ètic com científic. Perquè la presa de decisions siga prudent és recomanable que se sustente en un procés de deliberació sobre els fets i els valors que entren en joc, i que tinga en compte a totes les parts implicades: pacients, familiars, professionals i institució.

En moltes ocasions, el metge, en l'àmbit de la unitat de vigilància intensiva (UCI), es planteja el dubte del benefici terapèutic de les seues actuacions, ja que el concepte d'irreversibilitat és difícil d'establir, al que se suma la incertesa de les actuacions en medicina.

La inconsistència i variabilitat dels fets clínics és, amb certa freqüència, una possible font de conflictes, derivats de la incertesa pronosticada, i una creixent preocupació per les seqüeles derivades de la malaltia i els tractaments. Especialment si tenim en compte que l'evidència científica no arriba a aconseguir les cotes necessàries perquè les decisions clíniques que cal prendre es realitzen amb la certesa necessària.

És per això que la presa de decisions ha de basar-se, d'una banda, en els valors de les parts implicades, principalment de la persona malalta, i per una altra, en l'evidència científica, afinant en el diagnòstic i el pronòstic.

Les decisions de LTSV són decisions clíniques i suposen per al professional judicis de futilitat, consistents en avaluacions pronòstiques ponderades sobre la inefectivitat d'una intervenció sanitària. Una mesura es considera fútil quan la seua aplicació en una situació clínica concreta resulta ineficaç, inútil per a obtenir l'efecte esperat. El principal problema és que la futilitat, ben definida en un marc teòric, no és fàcil d'identificar en la pràctica diària.

Malgrat tot, té com a aspecte positiu, que la LTSV no és una decisió ràpida, sinó que es pren després de la comprovació de la futilitat dels tractaments administrats durant un període raonable de temps.

En aquest context és molt important diferenciar la LTSV del rebuig a rebre un tractament, concepte que moltes ocasions es confon.

Parlem LTSV quan els professionals consideren que no existeix una indicació adequada per a instaurar una nova intervenció clínica o per a mantindre una que ja va ser instaurada en el seu moment, perquè els factors que la justificaven han canviat. Aquesta absència d'indicació és el que es coneix com “futilitat” o “inutilitat” d'un tractament i que es refereix a quan aquest últim no aconsegueix l'efecte desitjat, i per tant, no és clínicament eficaç i no millora el pronòstic. Com es dedueix d'aquests conceptes la decisió sobre LTSV és primàriament professional i quan la consideració de futilitat és raonablement clara i concloent, ha de ser proposada pels professionals.

És convenient explicar de manera clara als seus familiars per a poder arribar a un consens amb ells. Això ajuda a evitar que la decisió represente una càrrega més de responsabilitat en uns moments tan complicats.

En el cas de no arribar a un consens entre l'equip assistencial, o amb la persona malalta o les seues famílies, la consulta al Comité de Bioètica Assistencial (CBA) pot ser d'ajuda per a la presa de decisions.

Parlem de “rebuig de tractament” quan a pesar que els professionals estimen que una determinada intervenció estaria indicada i podria ser beneficiosa per al pacient, est o la seua família no ho desitgen i, per tant, no donen la seua autorització perquè siga instaurada o la revoquen en cas d'haver donat ja el seu consentiment. En l'ètica actual, la promoció i protecció de l'autonomia del pacient li confereix la llibertat de rebutjar qualsevol tractament de suport vital. Aquest aspecte està regulat en la Llei 41/2002, com un principi bàsic, i en la Llei 16/2018, de drets i deures en el procés final de la vida de la GV, entre altres. Una condició indispensable per a la seua acceptació és que el pacient i/o la seua família hagen rebut tota la informació necessària de manera comprensible.

Com es pot apreciar la LTSV és un procés molt complex en el qual no hi ha un protocol únic i infal·libre que permet la seua aplicació immediata, perquè són moltes i molt variables les situacions on es pot aplicar. Per a salvar aquests obstacles, s'ha intentat utilitzar paràmetres objectius com són els criteris de predicció de gravetat, risc de mortalitat i complicacions (APATXE, SOFA, etc.), que permeten crear un model predictiu de mortalitat la utilització de la qual poguera ajudar a prendre aquest tipus de decisions.

En tota aplicació de LTSV cal tindre en compte una sèrie d'aspectes que permeten valorar la seua indicació o no:

1. Avaluació de la persona malalta per l'equip assistencial que l'atén (metges i infermeres).
2. Deliberació i decisió col·legiada realitzada pel personal sanitari que integra l'equip assistencial.
3. Classificació de pacients en funció del nivell de suport que es vol aplicar.

4. Informació a la persona malalta, el seu representant, substitut o família. Aquest punt és un aspecte clau en el procés.
5. Consulta al CBA en cas de conflicte.
6. Cures d'infermeria i tractament pal·liatiu en el context de la LSTV que s'aplicarà.

La realització de un a limitació del tractament, tant en el cas de la no instauració de mesures (no Inici) com la retirada d'aquestes, requereix garantir l'adequada cura i confort de la persona malalta, tenint en compte que a vegades la mort no serà un fet imminent. Cal aplicar cures i tractament per a calmar el dolor, el sofriment, l'agitació, l'ansietat o la dispnea, facilitant l'acompanyament dels familiars. Totes aquestes actuacions són considerades, en l'actualitat, com una bona pràctica clínica.

Tenint en compte aquestes recomanacions per a les cures al final de la vida en pacients ingressats en les UCI, i els criteris del Comité d'ètica de la *Society of Critical Care*, i del grup de treball de Bioètica de la SEMICYUC, es poden resumir en diversos punts els aspectes que poden ajudar en una UCI a la decisió d'aplicar (LTSV) (vegeu-ne la taula, pàgina 8).

En primer lloc, seria de gran ajuda el conèixer l'existència o no de documents d'instruccions prèvies (IP) o voluntats anticipades (DVA). Això simplificaria molt la presa de decisions, encara que ens trobem amb el problema de l'escassa participació, ja que són molt pocs els que han subscrit un document d'aquestes característiques. Per a facilitar aquest desenvolupament, seria desitjable que, des dels centres d'Atenció Primària, s'afavorira l'elaboració d'aquest tipus de documents, especialment en el cas dels pacients crònics i en aquells que són més susceptibles d'emmalaltir greument.

Ací té un paper molt important la Planificació Anticipada de Decisions (PAD), que és la deliberació entre professional i pacient per a conèixer els seus valors i elaborar junts una planificació sobre els seus desitjos al final de la vida (Llei 16/2018, de drets i deures en el procés final de la vida de la GV)-

Aquesta PAD pot acabar o no en un DVA, que hauria de quedar reflectit en la història clínica del pacient, així com el procés de PAD amb el seu corresponent ALERTA, perquè pugui ser consultat amb facilitat des dels sistemes d'informació clínica Orion i Abucasis.

En l'actualitat els DVA o IP es registren en el programa "VOLANT" de la Conselleria de Sanitat, i de manera automàtica s'inclou en la història clínica de primària (ABUCASIS). En la nova versió del SIP, s'inclou també aquesta informació (existència o no de document de voluntats anticipades)

Un concepte de gran importància en Atenció Primària, que pot influir de manera decisiva en l'augment del nombre de ciutadans que realitzen DVA o IP, és el concepte de "longitudinalitat", és a dir, el seguiment dels diferents problemes de salut d'un pacient pel mateix metge.

Aquest terme se sol confondre amb el de "continuitat" que és el seguiment pel mateix metge d'un problema específic en un moment determinat.

La longitudinalitat tradueix el manteniment al llarg del temps d'una vinculació professional, tant mèdica com infermera, amb la persona, basada en la confiança mútua i la corresponsabilitat i no necessàriament relacionada amb un problema o diagnòstic. Això pot tindre com a conseqüència la reflexió de conceptes com els DVA, les futures decisions sobre el final de la vida, designació de representant per a aqueixos moments, etc., mitjançant un procés de Planificació Anticipada de Decisions.

6. FREQUÈNCIA DE LES ORDRES DE LTSV

Al llarg dels últims anys s'ha publicat un gran nombre d'articles descrivint els tipus i freqüència d'aplicació de LTSV en les UCI, en els quals s'ha detectat una gran variabilitat entre les diferents UCI analitzades. Un exemple, el tenim en el treball de Rubio i cols., que l'any 2013, van realitzar una enquesta multicèntrica a nivell nacional sobre els criteris que s'utilitzaven per a LTSV en les UCI espanyoles. Els resultats indicaven gran variabilitat en aquests criteris, sent els més freqüents: la presència de malaltia crònica severa prèvia (95%), respecte a les instruccions prèvies (V. anticipades) (95%), limitació funcional prèvia (85%), futilitat qualitativa (82%) i en menor mesura, percentatges inferiors al 65%: l'edat avançada, supervivència esperada, nul·la reversibilitat en 24 hores, etc.

En els anys 1999 i 2000 es va dur a terme el major estudi sobre LTSV en les UCI d'Europa, l'*End-of-Life Practices in European Intensive Care Units* (ETHICUS-1), amb dades provinents de 17 països, en el qual es va posar de manifest que, en els diferents països, existien importants diferències en la manera de prendre la decisió de limitar el tractament de suport vital. En l'anàlisi sobre les raons donades pels metges per a prendre la decisió de LTSV, la més freqüent va ser la malaltia principal de la persona afectada (79%), especialment el fet que no responguera al tractament (46%), mentre que les malalties cròniques (12%), la qualitat de vida (4%), l'edat (2%) i la petició de la persona malalta o la família (2%), van ser arguments poc freqüents.

Recentment, Ch. Sprung et als, han publicat (un estudi per a avaluar com les pràctiques de fi de vida en les UCI europees podrien canviar després de 16 anys. Del global de l'estudi ETHICUS-2 (encara pendent de publicació) l'estudi citat ha analitzat a les 22 UCI europees incloses prèviament en l'estudi Ethicus-1 (1999-2000) i que també han participat en ETHICUS-2. Durant un període continu de 6 mesos en cada UCI, es van incloure els pacients consecutius que van morir o van tindre alguna LTSV des de setembre de 2015 fins a octubre de 2016. Així s'ha pogut establir una comparació entre la cohort 1999-2000 versus la cohort 2015-2016.

La conclusió i rellevància demostra que les morts després de LTSV van ser significativament més freqüents, 89.7% enfront del 68.3% en l'ETHICUS-1; mentre que la mort sense LTSV ha sigut significativament menys freqüent (10.3% vs 31.7%), xifres que suggereixen un canvi en les pràctiques de fi de vida en les UCI europees.

7. TIPUS DE LTSV

Les formes de LTSV entorn de la UCI poden ser molt diverses. Així, es pot rebutjar l'ingrés del pacient en la UCI, realitzar l'ingrés havent preestablert certes limitacions en les mesures a aplicar, no iniciar o retirar totes o algunes de les mesures de tractament de suport vital.

Segons el Hastings Center TSV és "tota intervenció mèdica, tècnica o procediment o medicació que s'administra a un pacient per a retardar el moment de la mort, estiga o no aquest tractament dirigit cap a la malaltia de base o el procés biològic causal". Per a Gómez Rubí són els procediments que permeten prolongar la vida artificialment i "guanyar temps" per a fer possible la recuperació mitjançant la utilització d'altres mesures terapèutiques (cirurgia, antibiòtics, etc.), o l'evolució espontània, i la posterior incorporació a la societat en condicions similars a les prèvies.

Són mesures de TSV, la RCP, la ventilació mecànica, l'oxigenoteràpia, els tractaments de depuració extrarrenal o suport vasoactiu, la nutrició artificial, els hemoderivats, etc.

El tipus de LTSV més freqüent és l'omissió de tractaments, sent l'ordre de no reanimació cardiopulmonar la més freqüent, seguida de l'omissió de tractaments principalment invasius, i menys freqüent la retirada d'aquests. La retirada, a causa de la gravetat de les malalties en què s'aplica, s'associa a una mortalitat pròxima al 96-99%, mentre que en l'omissió és del 81%.

En 2018 Rubio O. et al., publicaren un estudi observacional prospectiu en UCI espanyoles on es van incloure a tots els pacients ingressats en 39 UCI en un període de 45 dies en 2011, per a determinar la freqüència de les LTSV a l'ingrés en UCI, factors associats i supervivència als 30 dies en pacients. Aquest grup va tindre major mortalitat en la UCI 44.5 vs. 9.4% en pacients sense LTSV. Es van identificar les variables independents següents com a factors associats amb LTSV en l'ingrés a la UCI: edat, motiu d'ingrés, risc de mort i estat funcional.

En el treball d'Hernández Tejedor i cols., sobre la situació a Espanya a la vista de l'estudi EPIPUSE, de 589 pacients que van presentar una complicació més enllà del seté dia d'ingrés en UCI, es va plantejar LTSV en 202, la qual cosa suposa el 34,3% de pacients, percentatge similar al d'altres estudis.

Després de l'ingrés en la UCI, i tenint en compte la seua situació clínica, és fonamental que l'equip mèdic investigue els desitjos de la persona, en relació amb les mesures de suport vital, bé per posseir un DVA o IP, o bé perquè els seus familiars més pròxims així ho declaren. I si, arribat el cas, es plantejara la possibilitat de LTSV, serà fonamental una correcta informació a la família sobre els motius que fan pensar a l'equip assistencial la futilitat del tractament i la conveniència de no allargar una agonia. És important informar que no s'abandonarà en cap moment el/la pacient, que romandrà amb el màxim confort possible i en companyia dels seus sers estimats.

Des del punt de vista ètic existeix acord unànime per a considerar equivalents, el no iniciar o posar en marxa nous tractaments (*withholding*) i la retirada o suspensió de suports una vegada s'han instaurat (*withdrawing*). Encara que això és equivalent des del punt de vista ètic, no ho és des del punt de vista emocional, ja que la retirada del suport ventilatori, per exemple, produeix la mort d'una manera bastant ràpida. Hi haurà, per tant, que fer costat a les famílies i mantindre a la persona malalta en condicions de confort.

8. DOCUMENT DEL CONSELL D'EUROPA (2014): Guia per al procés de presa de decisions relatives al tractament mèdic en situacions del final de la vida.

L'any 2014, el Comité de Bioètica del Consell d'Europa va elaborar aquest document o guia en l'àmbit de la seua activitat sobre els drets dels pacients, amb la finalitat de facilitar l'aplicació dels principis consagrats en el Conveni de Drets Humans i Biomedicina (Conveni d'Oviedo), i prenent com a base els resultats del simposi sobre el procés de presa de decisions relatives al tractament mèdic en situacions al final de la vida, celebrat a la fi de 2012.

Entén que el final de la vida i les qüestions que planteja en termes de la dignitat de la persona són una gran preocupació per al propi Consell d'Europa, i entén també que els principis establits en el Conveni d'Oviedo constitueixen un marc de referència, ètic i legal, per a trobar respostes que permeten garantir la protecció de la dignitat humana, especialment en aquelles situacions de final de la vida en les quals una greu deterioració de la salut, a causa de l'evolució d'una malaltia o una altra causa, posa en perill, de manera irreversible, la vida d'una persona en un futur pròxim. A més, aquests principis han de ser aplicats independentment del marc jurídic de cada estat.

La guia es refereix de manera específica al final de la vida, una situació en la qual l'objectiu principal de qualsevol tractament mèdic és pal·liatiu, enfocat a la qualitat de vida o, almenys, al control dels símptomes que són susceptibles d'afectar la qualitat del final de la vida del pacient.

Se centra el document en:

- El procés de presa de decisions aplicat a situacions de final de la vida.
- El procés de presa de decisions relatives al tractament mèdic, inclosa la seua aplicació, modificació, adaptació, limitació o retirada.

Els aspectes descrits s'apliquen independentment del lloc i les condicions en les quals es tracten les situacions al final de la vida, ja siga en un hospital, en un establiment sociosanitari, en una residència, o en el domicili. Amb independència del departament o servei en el qual la persona estiga sent tractada (urgències, vigilància intensiva, oncologia, etc.), caldrà realitzar ajustos adequats a les limitacions específiques que requereix cada situació particular. Per exemple, la qüestió dels terminis és important, i el procés de presa de decisions no pot organitzar-se de la mateixa manera en una situació d'urgència que en una situació prevista de final de la vida.

Això no obstant, és necessari respectar el principi de cerca de l'opinió del pacient respecte a les opcions de tractament a considerar. Els processos de discussió i consens col·lectius són fonamentals a l'hora de la presa de decisions quan la persona malalta no desitja o és incapaç de prendre part en el procés, tenint en compte els principis ètics reconeguts internacionalment, com són: l'autonomia, la no maleficència, la beneficència i la justícia.

9. ASPECTES RECOMANATS

A la llum dels resultats obtinguts en diferents estudis realitzats en les UCI, es pot proposar un esquema sobre aquells aspectes més recomanables a tindre en compte en la presa de decisions per a l'aplicació de LTSV:

1. **La decisió sempre serà individualitzada**, degut tant a les diferents situacions clíniques com a la pluralitat de valors existents, entre els quals s'inclouen els del personal assistencial, persones afectades o familiars. En aquestes situacions, no és possible aplicar un protocol. A l'hora de decidir sobre quina mena de pacient es podria plantejar la LTSV, és necessari tindre en compte diversos factors com són l'edat, els antecedents de malalties cròniques evolucionades, el grau funcional neurològic i les estades prèvies a l'hospital.

2. **La decisió ha de basar-se en la millor evidència científica**, si aquesta existeix, o en la bona pràctica clínica. Hi ha de participar tot l'equip assistencial. El dubte d'un només dels membres de l'equip, després de l'anàlisi del cas, és motiu suficient per a posposar la decisió i tornar a avaluar-lo passats 1 o 2 dies. Debatre col·lectivament aquests problemes facilitarà aconseguir consensos dins de l'equip.
3. La decisió de LTSV **mai és decisió urgent i sempre podrà ser revisada**, conceptes que ha de conèixer tant la persona malalta com la família.
4. **La valoració de la capacitat per a decidir**. Es tindrà en compte una vegada establida la indicació de LTSV, ja que algunes persones mantenen la capacitat de decisió. En aquests cas, la comunicació serà directa entre el professional mèdic i la persona malalta.
5. Si la capacitat per a decidir és insuficient o no existeix s'haurà de comunicar als familiars la decisió presa per l'equip, sent fonamental mantindre una **comunicació fluida i continuada** entre metge i familiar o representant. Se'ls donarà a conèixer el diagnòstic, l'evolució i el pronòstic. S'ha de presentar l'opinió compartida i decidida de tot l'equip
6. En cas d'haver atorgat **DVA o IP** és obligació legal i ètica del professional fer una lectura reflexiva del document a l'hora de l'aplicació i, si no se segueixen les directrius d'aquest, cal justificar el motiu, ja que el DVA representa l'autonomia en la decisió de la persona que l'emet.
7. Una vegada donades les recomanacions, s'ha de donar **temps perquè siguin acceptades**. Hi ha situacions en què els familiars sol·licitaran aquesta limitació abans que l'equip mèdic haja realitzat la proposta; en canvi, uns altres tarden més temps a acceptar-ho, especialment, si la persona estava prèviament sana. En altres ocasions les famílies no arriben a acceptar-ho mai.
8. Si la família està dividida, haurem de tractar d'aconseguir que es posen d'acord, que designen **un/a interlocutor/a de forma consensuada, si no existeix representant designat pel pacient**. Per a evitar aquests casos, potser seria recomanable establir la figura del cuidador/a principal prèviament (a l'ingrés hospitalari, atenció primària, amb el desenvolupament de la planificació anticipada de decisions). En cas que no hi haja acceptació, el prudent és seguir amb el suport vital, que estiga indicat, mantindre el diàleg i promoure l'enteniment, donant temps perquè siga acceptat. Si la reticència persisteix, es recorre al CBA departamental, perquè delibere sobre la consulta plantejada i elabore una resolució que no té caràcter vinculant, però pot ajudar a resoldre el conflicte.
9. Sempre hem d'assegurar que no hi ha abandonat de la persona malalta. **Persistirà el tracte humà i totes les cures bàsiques**, es respectarà la seua dignitat i se li assegurarà la sedació i analgèsia, intentant disminuir en la mesura del possible el sofriment físic i psíquic. Ha de permetre's que els familiars estiguen amb la persona tot el temps que desitgen. És fonamental en aquests moments difícils, que l'equip assistencial done suport i l'assistència a la família, perquè el grau de satisfacció després del procés siga el màxim possible. Si la família ho requereix, també es donarà suport espiritual.
10. Una vegada decidida la LTSV, es reavaluarà **periòdicament la decisió** tant entre l'equip assistencial com amb la família, segons l'evolució clínica de la persona.

ESQUEMA D'ACTUACIÓ EN LES DECISIONS DE LTSV (Estella A. et al. Posada al dia i recomanacions en la presa de decisions de LTSV. Med. Intensiva. 2020; 44: 101-112) https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006
Pas 1: Valoració de l'adequació i futilitat dels tractaments Discussió en la sessió clínica diària. Presentada per qualsevol professional de l'equip assistencial
Pas 2: Exposició case clínic Per part del seu metge responsable i infermeria a la resta de l'equip. Diagnòstic incert o dubtes sobre el pronòstic es continuarà tractament de forma condicionada, reavaluant en les següents 48 hores
Pas 3: Judicis de futilitat Deliberació ètica en equip. En cas de dubte s'aconsella iniciar o continuar tractament de suport relegant la deliberació al pròxim passe de sala en equip. En els casos de falta d'acord es recomana presentar el cas al comitè d'ètica assistencial, deixant constància en la història clínica. Els casos que per circumstàncies d'urgències no van poder deliberar-se en les condicions ideals, és recomanable presentar-los a posteriori per a la seua deliberació col·lectiva.
Pas 4: Decisió de limitació de teràpies de suport vital Constància en la història clínica. Emplenament formulari específic. Informació al malalt i/o familiars.
Pas 5: Tipus de limitació de teràpies de suport vital Individualització per a cada cas concret. Decisió sobre la mena de limitació de tractaments. Acord sobre mesures diagnòstiques i de cures. Constància en la història clínica i informació a malalt i/o familiars
Pas 6: Planificació possibles cursos evolutius Flexibilització règim de visites. Acompanyament. Cures pal·liatives. Coordinació planta d'hospitalització en casos de trasllat. Ordres de NO-RCP i No-reingrés en UCI en història clínica

10. LA PERSONA MALALTA A L'ENTORN DE LA LTSV

En la presa de decisions del pacient crític al final de la vida cal tindre en compte la bona pràctica clínica i els desitjos de la persona malalta i la seua família. Es poden plantejar dues situacions:

a) Final de la vida en la persona competent

Té dret a la retirada de qualsevol forma de tractament, sense que això supose considerar la LTSV com un suïcidi assistit o eutanàsia. En aquesta circumstància, l'opinió o voluntat de la persona haurà d'estar per damunt de la dels seus familiars. Si no ha expressat el seu desig de no saber, es respectarà la seua autonomia i podrà acceptar la informació necessària sobre la seua situació clínica.

Ha de ser informat de la manera d'aplicació de la LTSV, de les seues conseqüències i de les cures que precise per a control de símptomes. Mai ha de sentir-se abandonat pel personal sanitari.

La persona que decline ser informada, ha de ser respectada.

En cas de poder traslladar la persona a una habitació d'hospitalització general, es procurarà fer-ho sense que supose menyscapte en la qualitat de les cures que vaja a rebre. En cas de no poder garantir aquestes cures, el final de la vida es produirà en la pròpia UCI.

b) Persona no competent en final de la vida. Decisions de substitució o de millor interès.

Si la persona no és capaç de prendre decisions autònomes, haurà de determinar-se si ha formalitzat cap tipus de DVA. En cas que no existira, en la presa de decisió participarà un familiar o algú amb representació legal, per a poder emetre un “judici de substitució” d'acord amb les preferències i sempre en el millor interès per a la persona malalta.

Els familiars o representant podran transmetre de manera indirecta la voluntat del pacient, però no són els únics, en la decisió d'iniciar la LTSV. En situacions de conflicte, falta de comprensió o impossibilitat de consens, es recorrerà a la mediació imparcial de tercers, com poden ser els experts reconeguts del CBA.

Pel principi del “millor interès”, es busca el millor per a la persona en procés de final de la seua vida, en allò que qualsevol persona raonable triaria en una situació similar. Com no pot apel·lar-se a l'autonomia exercida directament per la persona competent o per “substitució”, ací és pertinent fer valdre el dret a un tracte digne, humà, sense crueltat, i que evite el dolor i sofriment innecessaris.

11. ATENCIÓ PRIMÀRIA I LTSV

Davant aquelles situacions que poden implicar o no una LTSV, les decisions que es plantegen per al professional d'un hospital d'aguts davant un malalt pràcticament desconegut, no és la mateixa que la que esdevé en una unitat de cures pal·liatives o en la consulta del metge de família, on s'atén de manera integral els pacients.

En aquests últims casos el personal sanitari posseeix una relació més estreta amb la persona malalta i els seus familiars, pel que pot arribar a conèixer millor els seus desitjos i valors, així com l'evolució de la seua malaltia. L'abordatge inicial d'aquestes situacions hauria de realitzar-se en Atenció Primària, al que s'ha d'unir el fet d'incrementar el coneixement dels DVA entre la ciutadania.

El professional d'atenció primària es troba en una excel·lent situació per a conèixer la vida, valors, creences i expectatives de les persones malaltes i els seus familiars, a més de la malaltia, per la qual cosa resulta el professional adequat per a orientar i assessorar el pacient sobre la LTSV i l'assessorament per a la redacció de DVA. El metge de família, bon coneixedor del malalt i la seua situació, ha d'aportar els seus coneixements perquè siga aquest qui prenga les decisions després d'haver sigut assessorat de les expectatives i possibilitats tècniques. A més, la LTSV no és un procés rígid i fix, sinó dinàmic, i pot anar canviant en funció de l'evolució i decisions del malalt.

No obstant això, l'actitud dels professionals en aquestes situacions no és homogènia i varia segons l'especialitat, l'experiència i les pròpies creences. Encara hi ha professionals que temen incomodar als pacients. Són molt pocs els/les professionals d'atenció primària que inicien converses sobre la planificació anticipada de decisions, i un percentatge elevat de persones que acudeixen a les consultes d'atenció primària no tenen coneixement de tots aquests aspectes, entre els quals es troben els DVA i l'existència de LTSV.

Per la seua situació central en el sistema sanitari Atenció Primària pot servir de vehicle i canalitzar el coneixement, a la resta de nivells assistencials, de les decisions preses per la persona malalta, així com les seues expectatives i escala de valors, molt útils a l'hora de la presa de decisions en el procés de final de la vida.

12. PROPOSTA D'UNA GUIA PER A la PRESA DE DECISIONS DE LIMITACIÓ DE TRACTAMENT DE SUPORT VITAL.

Seguint Albert Royes, es poden plantejar com a guia d'actuació les accions que es proposen en el diagrama de flux (vegeu pàgina 23). En un primer pas, podem distingir dos supòsits bàsics que, per a simplificar, denominarem persones prou autònomes i persones que presenten autonomia significativament reduïda o clarament inexistent.

En el primer supòsit, resulta en principi menys conflictiu perquè és la pròpia persona malalta la que estableix directament, i per si mateixa, quines actuacions mèdiques consent i quines no. La guia de conducta en aquest cas hauria de ser, si no existeixen dubtes raonables sobre la capacitat la persona per a prendre aquest tipus de decisions, seguir la seua voluntat i actuar d'acord amb ella de la manera més adequada.

El segon supòsit, bastant freqüent en la pràctica diària, la persona ha perdut la seua autonomia i no és previsible que la recupere amb posterioritat, per la qual cosa altres persones han de prendre les decisions. En aquests casos la possibilitat de conflicte augmenta de manera considerable. En primer lloc, s'ha de tindre en compte un element clau com és l'existència o no d'un DVA vigent, i emés per la persona malalta. En tal cas ha de consultar-se el seu contingut i decidir una LTSV d'acord amb els valors i prioritats de la persona. Sembla evident, que, si aquest document existeix, el seu contingut ha de respectar-se i els professionals sanitaris han d'actuar en conseqüència.

En general, en el punt de partida d'un procés que pot acabar en LTSV, sol haver-hi una indicació mèdica basada en consideracions sobre la inutilitat ("futilitat") de les possibles actuacions mèdiques a aplicar.

A més, en la informació que es transmet al/la pacient o a la família, normalment s'introdueixen, també, arguments basats en el pronòstic i la qualitat de vida, al que ha d'afegir-se l'experiència de l'equip metge que assisteix a les persones en situacions similars. Aquests arguments s'exposaran sempre amb honestedat i s'indicarà la incertesa que comporta aquesta presa de decisions. La toma de decisió de LTSV hauria d'aconseguir-se de forma àmplia en l'equip assistencial. El consens podrà modificar-se amb nous elements que facen replantejar la decisió.

Els criteris mèdics per a plantejar la qüestió de final de vida d'una persona amb malaltia crítica (EC) es basen en l'estimació objectiva de les probabilitats de supervivència i en l'avaluació subjectiva del valor del tractament. L'equip assistencial plantejarà amb la màxima objectivitat les probabilitats de supervivència o de mort, sabent que la capacitat predictiva de les dades sempre sol presentar-se en un àmbit de probabilitats, p. ex., entre el 5 -15% (obtinguts pels sistemes de puntuació usuals).

Quan les possibilitats objectives s'han determinat, han de prendre's en consideració els aspectes subjectius que concerneixen el pacient i que inclouen:

- Avaluació de la qualitat de vida (CV) prèvia a la malaltia actual
- El sofriment com a conseqüència del tractament
- La probable CV i longevitat si el tractament és eficaç

En integrar les dades objectives i subjectives podem plantejar la presa de decisions que concerneixen al final de vida. Davant qualsevol incertesa, el benefici ha de ser per a la persona en final de la vida i, quan existeixen dubtes, s'instaura o manté el tractament fins que altres avaluacions posteriors amb major informació acumulada permeten decidir amb més precisió.

Cal destacar la importància de la participació dels professionals sanitaris responsables del tractament en la presa de decisions, per la seua contribució a un millor coneixement dels “valors” de la persona malalta i de les circumstàncies relacionades amb el context sociofamiliar.

També cal considerar que el professional sanitari assumeix una important funció perquè aporta a l'equip una visió humanitzadora i de valors ètics propis de la professió, tant per formació com per la seua filosofia de la cura en tot el procés d'aplicació de la LTSV i els CCPP pautats.

En cas de disparitat d'opinions, ha de tindre's en compte que l'interlocutor vàlid i necessari del metge serà el representant expressament nomenat pel propi pacient, si així ho va expressar en el seu moment quan va realitzar les voluntats anticipades.

Si s'aconsegueix un consens, la decisió de LTSV hauria de considerar-se prou legitimada per a la seua posada en pràctica, és a dir, seria una actuació èticament correcta. Si per contra no s'aconsegueix un consens entre els protagonistes, caldrà continuar amb les pertinents mesures de suport vital, o instaurar les que la situació clínica del pacient aconselle, fins que la seua inutilitat acabe fent-se evident per a tots els implicats. Així s'aconseguiria que una posterior decisió de LTSV siga millor assumida i acceptada.

Si per contra, no existeixen arguments que justifiquen la LTSV o no hi ha consens en el si de l'equip assistencial, però existeix una petició formulada pel pacient o els seus representants, s'hauria de remetre al Comité de Bioètica Assistencial perquè realitze una deliberació i unes recomanacions sobre aquest tema. La mateixa actuació es realitzaria en el cas que siguen els familiars o representants del malalt els qui no accepten les propostes de l'equip assistencial.

La presa d'aquestes decisions és més freqüent en pacients amb pneumopatia, malaltia oncològica o en situació de dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària. En general aquesta decisió sorgeix de l'equip assistencial i es duu a terme amb l'acord de tots els seus integrants, així com dels familiars i, en menor mesura, a causa de la seua situació, de la persona malalta que estiga en condicions de participar en la decisió. En la pràctica diària en el nostre mitjà, els documents d'instruccions prèvies no solen ser un recurs disponible a l'hora de prendre decisions, ja que són molt pocs els pacients que les han realitzades.

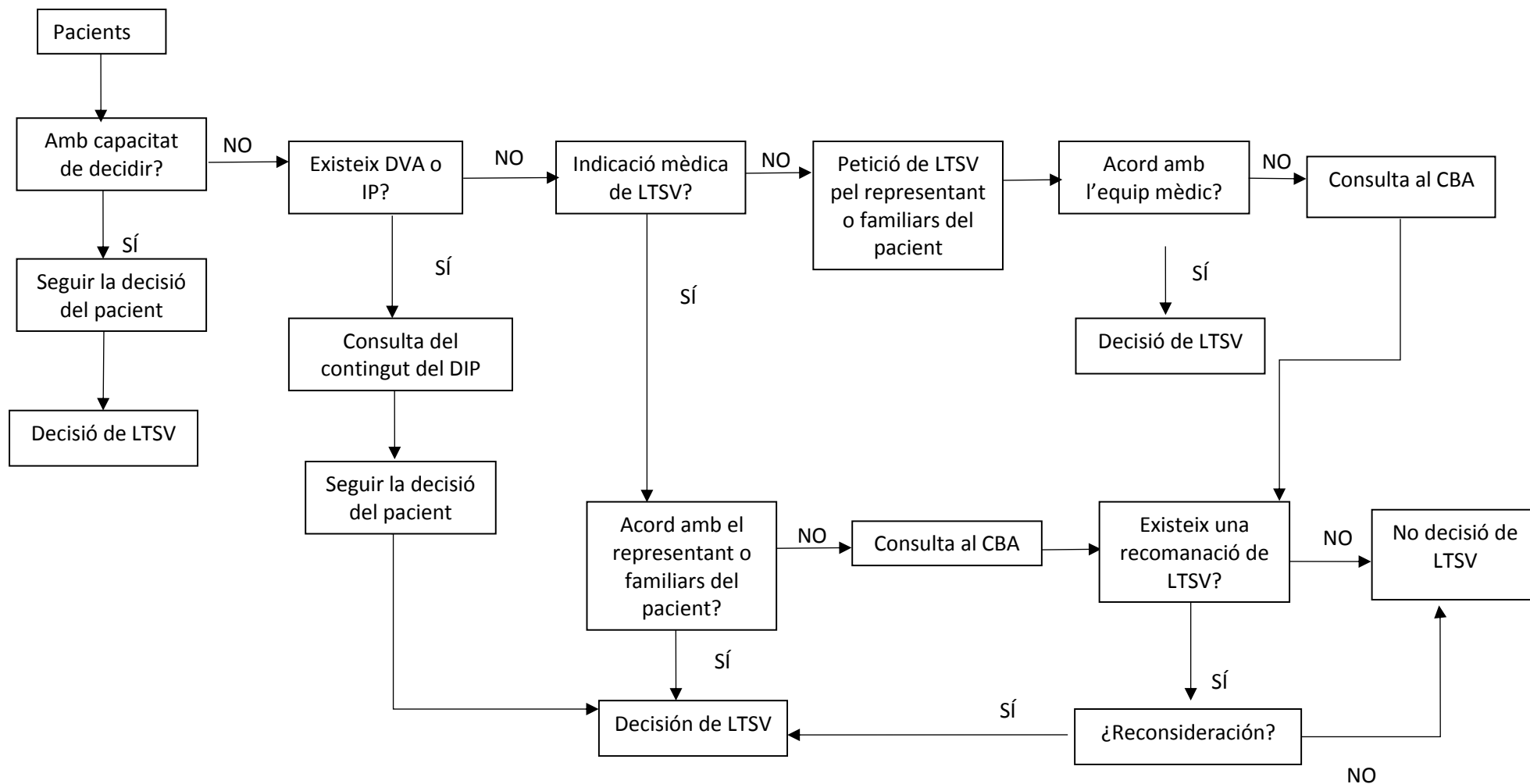
No es pot pretendre ni esperar que la legislació en l'àmbit sanitari resolga en tots els casos com ha d'actuar un professional sanitari o un equip assistencial. Tampoc és la finalitat de la llei. De tot l'exposat anteriorment es pot deduir que, en determinades circumstàncies, una decisió de limitació de tractament de suport vital pot tindre justificació ètica, i seria legítima, des del moment en què es fonamenta en el respecte als drets de les persones malaltes, entre els quals cal destacar el dret al fet que es respecten les decisions preses en virtut de la seua autonomia personal i el dret a no patir perjudicis evitables.

Segurament la qüestió resulta més òbvia quan el propi pacient pot decidir per si mateix de manera immediata, o quan la seua decisió consta clarament en un document d'instruccions prèvies, perquè hem de suposar que en el moment de formalitzar-lo va exercir el seu dret amb plena capacitat per a fer-ho.

Per descomptat, tot això es torna més complex quan el pacient no pot prendre cap decisió ni tampoc ho ha fet amb anticipació. Per a aqueixos supòsits –sens dubte més nombrosos del que seria desitjable– s'ha plantejat una pauta d'actuació des de la perspectiva bioètica que siga alhora respectuosa amb les persones malaltes, amb els seus representants o responsables, i amb els professionals sanitaris que els atenen. El seu objectiu és aconseguir el màxim consens possible i evitar l'enfrontament o el conflicte que ens conduiria, en la majoria dels casos, a dilemes irresolubles i, en definitiva, a la frustració i el malestar dels uns o els altres.

Es podria dir que la majoria dels conflictes que sorgeixen en els plantejaments de LTSV són conflictes de valors, i per tant, són conflictes ètics, en els quals serà molt útils l'existència de protocols d'actuació i de decisió, com el proposat en aquestes pàgines, que siguen consensuats en l'equip terapèutic multidisciplinari. Això facilitarà aquestes decisions, sempre difícils de prendre. La decisió de LTSV no significa l'abandó de la persona, al contrari, en aqueix moment entren en joc uns objectius de confort i benestar, amb la finalitat d'alleujar el sofriment, evitar prolongar una agonia sense sentit, i sempre a l'abric dels principis de la bioètica.

La finalitat de la limitació del tractament de suport vital no és una altra que poder aconseguir una mort digna. Concepte que Pablo Simón Lorda, en un article d'EL PAÍS d'octubre de 2008, resumeix com: *“morir amb el mínim sofriment físic, psíquic o espiritual. Morir acompanyat dels sers estimats. Morir ben informat si es desitja i no en la mentida falsament compassiva. Morir podent rebutjar els tractaments que no es volen. Morir havent-ho preparat mitjançant un Testament Vital. Morir en la intimitat personal i familiar. Morir sense que el professional, amb bona intenció però errat, s'obstine a mantindre tractaments que ja no són útils i només allarguen la fi. Morir a casa si es pot. Morir adormit si se sol·licita. Morir ben cuidat. Morir a temps. Morir en pau”*.



Guia per a la presa de decisions de limitació de tractament de suport vital (LTSV)

13. LES ORDRES DE NO INTENTAR RESSUSCITACIÓ CARDIOPULMONAR (ONIR)

En el concepte de la limitació de tractament de suport vital, dins de la perspectiva de no iniciar un tractament, podem incloure ONIR en el cas de produir-se una parada cardíaca.

La Parada Cardíaca (PC) es defineix com la interrupció sobtada, inesperada i potencialment reversible de la circulació i de la respiració espontània.

L'adjectiu “**inesperada**” fa referència a aquelles situacions on no es coneix l'existència d'alguna alteració mòrbida que pugui conduir a la PC. La qualificació com “**potencialment reversible**” permet diferenciar la PC de la mort, la qual representa l'última estació en l'evolució natural i terminal de una malaltia incurable.

La reanimació cardiopulmonar (RCP) comprén un conjunt de maniobres estandarditzades i d'aplicació seqüencial dins de l'anomenada “Cadena de Supervivència”, encaminades a revertir la PC, substituint la respiració i la circulació espontànies i intentant la seua recuperació, de manera que existisquen possibilitats raonables de recobrar les funcions neurològiques superiors, basant-se en els temps i les seues característiques, recollides en els protocols d'actuació de les societats científiques.

Òbviament, quan aquesta situació no es reverteix en els primers minuts d'evolució, el resultat inexorable és la mort biològica. La Reanimació Cardiopulmonar (RCP) moderna es va articular entre els anys 50 i 60 del segle passat com un conjunt de procediments per a revertir la PC que ocorria a pacients en el quiròfan. Des d'aquest escenari es va estendre la seua pràctica a qualsevol pacient i en qualsevol lloc. A partir del desenvolupament de la reanimació han anat sorgint en paral·lel un gran nombre de problemes ètics.

L'entusiasme inicial per la RCP es va moderar en observar els mals resultats que s'obtenien de la seua aplicació indiscriminada i es va començar a reconèixer que la RCP no estava indicada “en casos de malaltia terminal irreversible quan la mort no és inesperada”; poc després van aparèixer les primeres guies clíniques sobre ordres mèdiques per a no ressuscitar. Gradualment s'ha comprovat que les persones que arriben al final de la seua vida amb salut fràgil a penes es beneficien de la reanimació.

No obstant això, un resultat inesperat d'aquestes tècniques ha sigut la generació d'un nou tipus de pacients: aquells que van aconseguir sobreviure amb major o menor mal neurològic, amb major o menor dependència de teràpies mèdiques intensives i de l'ajuda d'altres persones. És molt possible, a més, que ningú haguera desenvolupat tal procediment per a usar-ho en aquesta població.

De la pròpia definició de PC es pot deduir quines són les indicacions per a iniciar la RCP. L'adjectiu “inesperada” fa referència a aquelles situacions on no es coneguera l'existència d'alguna alteració mòrbida que poguera conduir a la PC. La qualificació de “potencialment reversible” permet diferenciar la PC del procés de la mort, el qual representa l'última estació en l'evolució natural i terminal d'una malaltia incurable. Les diferències entre el procés de morir i la parada cardíaca, podrien ser:

Morir	Parada cardíaca
Un procés	Un succés
Natural i esperat	Emergència mèdica
Els criteris diagnòstics inclouen la falta de pols i respiració	Els criteris diagnòstics inclouen la falta de pols i respiració
Precedit per declivi progressiu	Esdeveniment sobtat sobre una estabilitat relativa
Deterioració malgrat màxim tractament mèdic apropiat	Es disposa de posterior tractament mèdic apropiat
Causa subjacent irreversible	És possible millorar la causa subjacent
La RCP no té probabilitat realista d'èxit	La RCP té probabilitat realista d'èxit

La medicina treballa permanentment en la incertesa. L'emissió d'un ordre de No Reanimació sovint es pren també amb un grau d'incertesa i en alguns casos pot comportar un conflicte: emetre-la sense fonament podria privar un pacient d'un temps de vida, i no emetre l'ordre quan està justificada podria suposar una agressió innecessària.

Independentment de la incertesa inherent a la presa de decisions, es pot plantejar un conflicte quant a qui la pren. Emetre un ordre de no intentar una reanimació cardiopulmonar sense comptar amb la participació del pacient, podria significar una ingerència en la seua autonomia, encara que recaptar el seu consentiment suposa que cal donar-li tota la informació sobre la seua situació clínica. Seria una forma d'abús de poder del metge no tindre en compte els valors del pacient. Aquestes decisions han de buscar un equilibri entre l'autonomia del pacient i la del professional.

En l'actualitat existeix la convicció generalitzada que aquestes tècniques no són susceptibles de ser aplicades indiscriminadament a tota persona que patisca el cessament de la seua funció cardíaca o respiratòria, perquè en molts casos l'atur cardiorespiratori (PCR) sobrevé en el moment de la mort natural i esperada d'un pacient, que no té possibilitat de continuar vivint, ja siga per un esdeveniment agut irreparable, per una malaltia progressiva (ex. càncer o demència), per deterioració crònica de funcions fins ja no ser compatibles amb la vida (ex. insuficiència crònica d'alguns òrgans) o l'esgotament de les capacitats fisiològiques sense capacitat de major suport per una malaltia aguda (ex. fallada multiorgànica). Tots aquests exemples són clarament comprensibles com a casos en què l'aplicació de maniobres de RCP, resulta una acció mèdica fútil.

Existeixen uns factors de mal pronòstic associats a la RCP, i que poden agrupar-se en tres grups:

a) Previs a la RCP:

- Hipotensió/hipoperfusió
- Càncer metastàtic hematològic
- Depressió de la funció del SNC
- Ictus agut
- Fracàs multiorgànic
- Insuficiència hepàtica
- Fracàs renal/diàlisi
- Fallada cardíaca en situació NYHA IV
- Malaltia respiratòria crònica avançada i limitant
- Infecció/sèpsia greu
- Trauma greu

b) Intervencions aplicades abans de la PC

- Vasopressors
- Via aèria artificial
- Ventilació mecànica

c) Concomitants a la PC

- Parada no presenciada
- Retard en el suport vital bàsic (SVB)
- Major de 8 min
- Primer ritme no desfibril·lable
- Retard en desfibril·lar major de 10 min.

Les ordres de no reanimació (ONR) o ordres de no intentar la reanimació cardiopulmonar (ONIR), formen part del concepte de limitació del tractament de suport vital (LTSV) en l'apartat de no instauració de mesures, i sembla adequat classificar els pacients en diferents nivells segons la situació clínica en la qual es troben, i associar-los amb els nivells d'intervenció que són subsidiaris:

- Nivell A: Pacients en els quals s'espera que el tractament siga satisfactori i poden ser donats d'alta a l'hospital, o aquells en els quals es desconeix el pronòstic de la malaltia subjacent (amb freqüència succeeix això en els serveis d'urgències).
- Nivell B: Pacients amb malalties cròniques i debilitants, físiques o mentals, en els quals la intervenció terapèutica és de resultat incert o la indicació és dubtosa.
- Nivell C: Pacients amb pronòstic fatal en breu termini en els quals la terapèutica s'ha mostrat ineficaç o es coneix ineficaç.

Quant a les maneres possibles de decisió, podem considerar-ne tres:

1. Decisions mèdiques unilaterals.
2. Decisions del pacient.
3. Decisions bilaterals, després d'acord entre el metge i el pacient.

Decisions mèdiques unilaterals

La conveniència de no reanimar és plantejada habitualment pel metge, que considera que les maniobres estan contraindicades perquè la malaltia del pacient no és reversible i la mort no es pot evitar (pacients en el Nivell C). Ací podríem parlar de "*futilitat objectiva*"; el professional, d'acord amb els seus coneixements i experiència sap que no té sentit oposar-se al curs de la malaltia perquè la mort és irremeiable. Molts dels pacients ingressats als hospitals finalitzen les seues vides en situacions irreversibles, amb càncers metastàtics sense resposta als tractaments, sèpsies que no han respost al tractament intensiu, infarts intestinals massius, etc. Si bé en aquest cas seria una decisió mèdica i, per tant, una ordre similar a pautar un tractament, en l'actualitat el respecte a l'autonomia del pacient, basat en les lleis de drets dels pacients (41/2002 i altra legislació autonòmica relacionada), fa necessari que s'ha de fer saber al pacient o a la seua família la situació real de final de la vida irreversible, de la inutilitat i de l'augment del sofriment que podrien causar certes actituds, com intentar una RCP en la situació adés esmentada.

Decisions del pacient

D'altra banda, un pacient adequadament informat sobre la seua malaltia, així com del risc de parada cardiorespiratòria, podria optar per prohibir que se'l reanimara perquè estimava que la

qualitat de la vida restant, risc de fractures, de mal neurològic residual, permanència en una UCI després de la reanimació, etc., no valdrien la pena d'acord amb els seus valors i al seu criteri del que és una vida bona. Tal pot ser el cas de pacients amb insuficiència respiratòria crònica, que amb freqüència han tingut múltiples ingressos hospitalaris, ingressos previs en la UCI, que han precisat anteriorment ventilació mecànica, etc.

En aquest cas es podria parlar d'una *“futilitat subjectiva”*; és el propi pacient el qui no vol sobreviure a una parada cardíaca en una situació que implicaria un tractament i sofriment que no desitja. L'ordre és requerida d'acord amb els seus desitjos.

Aquestes decisions idealment haurien de formar part d'un document més ampli d'instruccions prèvies realitzat amb l'anticipació i assessorament adequats.

Aquesta situació planteja pocs problemes de decisió. Com en totes les instruccions prèvies, el pacient capaç i ben informat decideix el que en la seua opinió és preferible per a ell, i el metge únicament ha de valorar si la capacitat del subjecte i la informació de què disposa són adequades. El metge ha de saber que no sols des del punt de vista ètic, sinó des del punt de vista legal, els pacients poden rebutjar els tractaments que a criteri seu no siguen beneficiosos, i davant el rebuig d'un tractament en aquestes condicions, no cap més que el respecte a la decisió presa.

Decisions bilaterals

En molts altres casos la conveniència de no reanimar es planteja en persones la mort de les quals no és imminent o irremeiable amb certesa, però en els quals el grau d'incertesa sobre les probabilitats d'èxit de la reanimació és molt alt, o perquè el sofriment que comporta la situació clínica fa pensar que la qualitat de vida és tan dolenta que prolongar-la després d'una PCR podria ser maleficent. Sovint es tracta de pacients amb malalties cròniques que han requerit, a vegades, nombroses estades prolongades a l'hospital, a vegades en vigilància intensiva amb intubacions repetides (pacients del Nivell B).

En aquests casos el metge no pot estimar amb una raonable seguretat els beneficis de la teràpia, ni sap si el pacient acceptaria sotmetre's a intervencions agressives d'acord amb el benefici esperable; es fa necessari conèixer l'opinió del pacient sobre les seues preferències i informar sobre la situació clínica i les probabilitats reals d'èxit de les maniobres de reanimació.

Marc ètic. Principis de bioètica aplicables a la RCP

El desenvolupament tecnològic esdevingut en el segle passat, que ha originat un desenvolupament parell de la medicina, ha originat la necessitat d'una reorientació dels objectius i finalitats d'aquesta. Això es va posar en evidència després de la publicació, l'any 1996, del document del Hasting Center **‘Les finalitats de la medicina’**, que va constituir un intent de desmitificar la medicina, perquè el seu exercici constituísca, efectivament, un progrés per a la humanitat. Les finalitats de la medicina, a la fi del segle XX i començaments del XXI, han de ser una mica més que la curació de la malaltia i l'allargament de la vida. En aquest document les finalitats es podien concretar en quatre objectius fonamentals:

- a) Prevenció de les malalties i lesions, i promoció i manteniment de la salut
- b) Alleujament del dolor i el sofriment causat per la malaltia i les malalties
- c) L'assistència i curació dels malalts que no poden ser curats
- d) Evitar la mort prematura i vetlar per una mort en pau.

Almenys els tres últims tenen relació directa amb la RCP, sent el quart el que està més relacionat, ja que en els pacients recuperables aquestes maniobres, poden evitar una mort prematura, i després la no utilització de la mateixa pot facilitar la cerca d'una mort tranquil·la i no prolongar una vida que només pot ser una font d'agonia i sofriment.

L'ètica mèdica moderna sorgeix de la convergència de diverses fonts, de la pròpia tradició mèdica, de l'àmbit de la tradició jurídica i de la política. D'elles deriven els principis àmpliament acceptats que guien l'actuació dels professionals sanitaris: de la tradició mèdica els principis de **Beneficència** i de **No Maleficència**, de l'àmbit jurídic el principi d'autonomia i de la tradició política, el principi de justícia. La dignitat i l'honestat s'afigen amb freqüència als principis bàsics de l'ètica clínica. Els pacients sempre tenen el dret de ser tractats amb dignitat, i la informació ha de ser honesta sense evitar fets importants.

No és inusual que els diferents nivells socioculturals, coneixements mèdics, influència dels mitjans, creences filosòfiques o religioses, expectatives, suport o dependència de la família, en fi, el sofriment físic o espiritual causen conflictes entre metges, infermeres, pacients i els seus parents pròxims. Són aquests els factors que en gran part generen els problemes ètics.

L'aplicació d'aquests principis de la Bioètica a la RCP pot concretar-se, en termes generals; així davant una PC sempre està indicat iniciar immediatament RCP, ja que es tracta d'una emergència extrema i es considera implícit el consentiment de la víctima, i on no hi ha temps ni dades per a conèixer amb exactitud la conveniència de la seua aplicació o no. En el mitjà extrahospitalari la presa de decisions en un cas concret pot resultar especialment conflictiva. En aquests casos, és de gran importància que el pacient haja informat la família de l'existència d'unes voluntats anticipades. Davant el dubte, ha d'actuar-se en millor benefici de la víctima, començar immediatament la reanimació. Una vegada iniciada aquesta, l'adquisició de noves informacions o valoracions, permetran a l'equip reanimador reconsiderar la conveniència o no de continuar amb els esforços de reanimació.

No obstant això d'aquesta norma general s'aparten tres excepcions:

1. Respecte al principi d'autonomia: quan es coneguen els desitjos en contra d'aplicar la RCP per part del pacient, expressats en un document vàlid d'instruccions prèvies (IP) o mitjançant el testimoniatge fefaent dels seus familiars pròxims o del seu representant legal. En absència d'IP clares -entre les quals poden estar incloses les "ordres de no Intentar la Reanimació" (ONIR)- ha d'iniciar-se RCP immediatament, excepte que els familiars presents expressen la que haguera sigut la voluntat del pacient respecte a la RCP, encara que no conste per escrit.

Considerem que tal expressió ha d'acceptar-se per a no iniciar la RCP en contra dels desitjos del pacient, perquè cal suposar que està adequadament representat pels seus familiars. Només la bona comunicació entre afins de la víctima i professionals sanitaris, així com el bon judici d'aquests últims, pot resoldre els eventuais conflictes.

2. Respecte als principis de beneficència i de no maleficència: quan es tinga la certesa que la RCP no és apropiada per resultar inútil o fútil. La RCP és inútil si la víctima presenta signes indiscutibles de mort biològica. Referent a això cal recordar que la midriasi no constitueix, per si mateixa, un signe definitiu de mort. La RCP és fútil si s'aplica a pacients el procés d'una malaltia irreversible dels quals els condueix a una situació terminal.

3. Respecte al principi de justícia: quan la realització de RCP comporte greus riscos per a la salut o la integritat del reanimador/a, o quan altres víctimes simultànies puguin beneficiar-se de la RCP amb majors probabilitats de supervivència.

La RCP només té sentit quan les expectatives de recuperació siguin raonables, no sols de l'activitat cardíaca, si no de totes aquelles funcions que caracteritzen a la persona. Es tracta, en definitiva, que s'aplique la RCP a qui està indicada, s'ometa en el procés de morir o, si el pacient l'haguera rebutjada, se suspenga quan no existisquen possibilitats raonables d'èxit.

Encara que, sobre la base del principi d'autonomia, els pacients tenen el dret a rebutjar un tractament, no obstant això, no **tenen el dret de poder exigir un tractament específic**, com per exemple, no poden insistir que la RCP se'ls aplique en totes les circumstàncies. El metge ha de facilitar el tractament que, amb probabilitat, beneficiarà el pacient o la pacient (cal tindre en compte que la medicina es mou dins de la incertesa), i no es demana que aplique un tractament que pot considerar-se fútil.

Els objectius de la RCP són preservar la vida, restaurar la salut, alleujar el sofriment, limitar la discapacitat, i respectar les decisions, drets i privacitat del pacient. Si el propòsit d'un tractament mèdic no pot aconseguir-se, el tractament pot considerar-se fútil.

Tampoc són èticament acceptables els retards voluntaris i les maniobres de reanimació simbòliques, dutes a terme de manera deliberada, utilitzades generalment com a engany per a fer una falsa impressió als familiars o éssers pròxims en el moment de la PCR, actuacions que poden posar en perill la relació metge-pacient.

També cal assenyalar i reafirmar que malgrat els dubtes i disquisicions públiques sobre aquest tema, des del punt de vista ètic i legal no existeix cap diferència entre no iniciar un tractament i retirar-lo o suspendre'l. A l'efecte de la RCP no existeix per tant de diferència ètica entre no iniciar o suspendre una reanimació una vegada començada si es té constància posterior del desig contrari expressat anteriorment pel pacient o si es comprova que la PC és conseqüència de una malaltia o situació irreversible, sense alternativa terapèutica i la seua aplicació pot considerar-se fútil.

Quan no s'ha d'iniciar una RCP?

Existeixen una sèrie de circumstàncies en l'estat del pacient, en les quals no ha d'iniciar-se maniobres de RCP:

1. Quan existisquen signes evidents de mort biològica (rigidesa, livideses, declivis, decapitació) o quan es comprove l'exteriorització massiva de teixits intracavitaris (vísceres toràciques o abdominals, pèrdua de massa encefàlica, etc.).
2. Quan es tinga constància fefaent que el pacient ha expressat la seua voluntat de no ser sotmés a maniobres de RCP en cas de PC.
3. Quan la PC siga conseqüència d'una malaltia crònica, debilitant i terminal: neoplàsies metastàtiques, urèmia no susceptible de diàlisi, Insuficiència Cardíaca Congestiva classe IV (NYHA), encefalopatia anòxica sense recuperació neurològica en les 48-72 hores post-PC, disfunció respiratòria irreversible, cirrosi descompensada (Child III).
4. Quan la PC siga el final d'un procés agut que ha continuat la seua evolució fatal, malgrat els esforços terapèutics instaurats. Es concreta en les situacions de fracàs funcional de 3 o més sistemes orgànics durant 3 dies o més i en pacients amb edat superior a 70 anys.

5. Quan la víctima de la PCR es trobe en situació de dany cerebral permanent i irreversible o de deterioració intel·lectual progressiva, conegut i limitant (demència, malaltia d'Alzheimer, situació de coma permanent, catalogat o no d'estat vegetatiu permanent, etc.) i la RCP, encara que pugui ser efectiva, no pot revertir tal situació.
6. Quan hi haja un retard de més de 10 minuts entre l'inici de la PC i el de les maniobres de RCP.
7. L'edat no constitueix, per si mateixa, ni una indicació ni una contraindicació a la RCP.

La decisió de no iniciar maniobres de RCP competeix en exclusiva al responsable de l'equip de reanimació, habitualment un metge (encara que no exclusivament) i, en defecte d'això, a qui dispose de la major capacitat i experiència entre els membres d'aquest equip en aqueix moment. Qualsevol altra decisió independent del facultatiu, teòricament responsable directe, com l'assessorament d'un expert, d'un comitè, o la consulta a l'autoritat judicial, són inoperants i només poden associar-se a retards i resultats indesitjats.

Quan i què suspendre una vegada iniciada la RCP?

Els professionals han de recordar que la majoria dels intents de RCP no aconsegueixen un resultat satisfactori. Això no implica que sistemàticament s'haja d'ometre un esforç de RCP. Han de considerar-se diferents factors per a decidir suspendre els esforços de reanimació.

1. La recuperació de la circulació espontània, efectiva i persistent. Les maniobres de RCP han aconseguit el seu objectiu esperat, la reversió de la PC. Es podrà mantindre un suport ventilatori, hemodinàmic o de qualsevol altre tipus, combinat amb els tractaments postparada recomanats, però la RCP com a tal haurà de suspendre's.
2. La constatació fefaent de la voluntat del pacient.
3. La comprovació d'una decisió terapèutica registrada en la documentació clínica.
4. Comprovar que la PC és conseqüència d'una malaltia o situació irreversible i sense alternativa terapèutica que, a la llarga, acabarà amb la vida de l'individu. En aquesta situació s'inclou la catalogació de malalt terminal conforme les definicions a l'ús.
5. Quan es verifiqui el potencial fracàs de la RCP.
 - a) Inici del suport vital bàsic després de més de 10 min en situació de PC sense intent de reanimació.
 - b) Comprovar que han transcorregut 20 min o més d'esforços de reanimació sense recuperació de la circulació espontània.
 - c) Comprovar que han transcorregut 10 min o més de RCP sense pols extern demostrable (RCP ineficaç).
6. Esgotament o risc de perill (que no estava present a l'inici de la RCP) de l'equip de reanimació.

Ha de fer-se especial esment que els temps indicats per a establir el fracàs de l'esforç de reanimació no són aplicables en situacions en les quals s'ha comprovat recuperació posterior a aquests:

- Intoxicació per barbitúrics.
- Fulguració per raig o electrocució.
- Ofegament.
- Hipotèrmia (molt sovint associat a l'anterior).
- Abús de drogues.

Igual que en el supòsit de no iniciar, és el metge, o responsable de l'equip de reanimació, qui ha de prendre aqueixa decisió després de consultar amb els membres de l'equip, els qui poden aportar altres opinions de manera responsable i fonamentada.

Ordres de no intentar reanimació cardiopulmonar (ONIR)

En els pacients les possibilitats dels quals de sobreviure o mantindre una qualitat de vida acceptable després d'una PC són escasses i, per tant, la RCP pot ser considerada fútil, s'aconsella establir una ordre de no intentar reanimació cardiopulmonar (ONIR).

L'ONIR proporciona instruccions als professionals sanitaris, únicament i exclusivament, per a no iniciar o suspendre mesures de RCP si el pacient pateix una PC.

Igual que en altres processos de presa de decisions, en el cas de les ONIR s'ha d'incloure:

1. La valoració per part del facultatiu responsable
2. La discussió amb la resta de l'equip assistencial (personal mèdic i d'infermeria, etc.). La participació d'infermeria és important, no sols en la discussió juntament amb els metges del servei i en la informació als familiars, sinó també com a iniciadors del procés de presa de decisions, ja que la percepció que tenen del malalt i el seu entorn (família, condicionants socials, hàbits, etc.) enriqueix sens dubte la visió de la situació clínica del pacient.
3. En aquells casos en què l'atenció al pacient requereix la col·laboració d'altres especialistes, és recomanable que participen en el procés de deliberació.
4. Valoració de l'existència d'instruccions prèvies i comprovar que es compleixen tots els criteris per a considerar que aquestes instruccions continuen sent vàlides, en la situació en què es troba el pacient en aqueix moment.
5. La informació al pacient i/o als familiars
6. L'adopció d'un acord sobre el pla de cures i tractaments que el pacient rebrà.
7. En els casos en els quals l'atenció del pacient requereix la col·laboració d'altres especialistes, és recomanable que participen en la deliberació sobre la conveniència d'iniciar o no les maniobres de RCP en cas de PC. És fonamental la seua opinió per a conèixer el pronòstic i les opcions de tractament, tant en el moment de la discussió com en el cas que el pacient poguera sobreviure, sense seqüeles greus, a una parada cardíaca.
8. És recomanable que aquest acord es reflectisca per escrit en la documentació clínica del pacient (paper o suport informàtic), com és la història clínica, el full de tractament i l'informe d'alta.

Això permet que tot professional que atén el pacient conega no sols les decisions adoptades, sinó també els motius per les quals s'hi ha arribat, ja que no són decisions arbitràries sinó el resultat d'una discussió argumentada. D'altra banda, permet que les pautes d'actuació siguin més uniformes i no depenguen tant de qui és el metge o infermera que atén en aqueix moment el malalt. Anticipar les decisions i reflectir-les en el full de tractament, disminueixen a més l'ansietat que genera en els professionals el dubte de què fer davant un pacient que pateix una parada cardíaca.

Procediment per a la presa de decisions sobre ONIR.

Els aspectes a considerar en la presa de decisions per a la seua recomanació són:

1. Com a norma general, sempre que no existisca una ONIR en la història clínica del malalt, es realitzarà RCP si aquest presenta una PC.
2. Convé que el metge responsable del pacient adult iniciï un diàleg informatiu amb aquest sobre la RCP/ONIR, quan considere que és un aspecte a valorar en el seu tractament global (o amb el seu representant si el malalt no és competent per a decidir per si mateix). Idealment, el procés informatiu hauria de ser oportú, empàtic, realista, i sense tecnicismes.
3. Quan s'estime que la RCP serà ineficaç o fútil, o no indicada, en el cas d'una PC, caldrà informar el pacient (o el seu representant...) que no es realitzarà RCP (vegeu punt de no iniciar RCP). La probabilitat de supervivència a l'alta hospitalària en els pacients que pateixen aquestes condicions és del 2% o menor; la de retornar a un mínim nivell de funció, probablement menor de l'1%. S'han de documentar les raons de la decisió i el fet que el pacient o representant n'han sigut informats.
4. Quan la RCP puga ser eficaç, se sol·licitarà al pacient, després de la informació adequada, que decidisca entre RCP i ONIR. Quan el malalt arribe a una decisió, aquesta serà la que prevalga i consegüentment es registrarà. El pacient pot variar d'opinió i revocar una ONIR prèvia. També pot sol·licitar-la o ser-li oferida pel seu metge, quan qualsevol d'ells perceba que les circumstàncies clíniques del pacient han canviat substancialment.
5. L'ONIR ha de deixar fermament establert que la limitació del tractament es refereix exclusivament a la instauració de la RCP, la qual cosa no impedeix que al pacient se li proporcionen altres teràpies o cures. Per exemple, una persona pot tindre una ONIR i, no obstant això, beneficiar-se de l'ingrés en una Unitat de Medicina Intensiva i d'altres tractaments de suport vital, o d'alguns procediments quirúrgics.
6. A vegades la limitació de reanimació pot ser parcial. Per exemple, pot excloure el massatge cardíac, la intubació o uns altres; permetre la desfibril·lació i/o antiarítmics, etc., i així s'haguera de fer constar.
7. L'ONIR hauria de ser reconsiderada durant situacions especials, com intervencions quirúrgiques o maniobres diagnòstiques (cateterisme, etc.), perquè si el pacient presenta una aturada durant aquelles, sol ser fàcilment revertida amb escasses seqüeles.
8. El metge responsable del pacient comprovarà que tot l'equip sanitari coneix l'existència de l'ONIR, comprén el seu significat, hi està d'acord i proporciona adequadament la resta de cures que precise el pacient.
9. Alguns pacients pateixen alteracions crítiques que desemboquen en una PC que es considera irreversible, sense haver donat temps a inscriure una ONIR. En tals circumstàncies i de manera excepcional, s'hauria de permetre una omissió de les maniobres de reanimació, al mateix temps que s'encareix la redacció d'una breu nota en la història clínica amb les raons de l'omissió.
10. Per a assegurar que les recomanacions de No RCP s'utilitzen correctament, convindrà revisar l'experiència que es va adquirint amb elles en la nostra institució, i adequar-les als nous coneixements i circumstàncies.

El procés de presa de decisions seria:

- I. El metge considera que la situació clínica del pacient fa fútil la RCP (Pacients en el nivell C):
 - a. Establir consens amb la resta de l'equip terapèutic.
 - b. Emetre l'ordre justificant les raons d'això, i especificant les persones que prenen la decisió.
 - c. Informe a la família del judici d'irreversibilitat realitzat i de la decisió de limitar el tractament de suport vital referent a la Reanimació Cardiopulmonar, buscant el seu assentiment. Si el pacient està conscient, haurà de ser la persona a informar.
 - d. Assegurar-se del coneixement de l'ordre per les persones que tracten el pacient i que siga accessible als equips de guàrdia (incloure-ho en història clínica, i que siga fàcilment accessible)
- II. El pacient planteja el seu desig de limitar el tractament de suport vital, a una ONIR o en el si d'unes instruccions prèvies:
 - a. Assegurar-se que la informació de la qual disposa el pacient i el nivell de competència són adequats.
 - b. Emetre l'ordre justificant les raons d'això, i especificant les persones que prenen la decisió.
 - c. Assegurar-se del coneixement de l'ordre per les persones que tracten al pacient i accessible als equips de guàrdia (incloure-ho en història clínica i que siga fàcilment accessible).
- III. El metge creu convenient plantejar-se una ONIR en un pacient en el nivell B:
 - a. Explorar els desitjos del pacient competent quant a la RCP, o de manera indirecta a través dels representants del pacient si aquest no fora competent.
 - b. Respectar la negativa del pacient competent a parlar del tema, explorant la possibilitat de nomenar un representant que faça d'interlocutor.
 - c. Prendre la decisió d'acord amb les preferències del pacient de manera directa o de manera indirecta a través del representant.
 - d. En el cas de decidir emetre una ONIR:
 1. Emetre l'ordre justificant les raons d'això, i especificant les persones que prenen la decisió.
 2. Assegurar-se del coneixement de l'ordre per les persones que tracten al pacient i accessible als equips de guàrdia (incloure-ho en història clínica, i que siga fàcilment accessible).

Elaboració del formulari d'ONIR

En revisar l'evolució clínica dels pacients hospitalitzats, les ONIR s'acorden i registren tard o no n'hi ha constància. Això suggereix que, en molts casos, s'inicien les maniobres de RCP simplement perquè el personal sanitari responsable del pacient no ha sospesat la possibilitat de plantejar una ordre de no intentar reanimació; pot deure's a la falta de temps per la càrrega assistencial, però també per la deficient preparació sobre ètica i cures en el final de la vida.

Parlar amb el pacient i/o amb els seus afins sobre la RCP augmenta el nombre d'ONIR de manera significativa. L'ONIR ha de ser comunicada a tots els implicats, incloent-hi els professionals a càrrec del pacient, el propi pacient, si escau, i la família.

També es recomana recollir-la per escrit en un document, amb les raons que la justifiquen i les persones que han estat relacionades en la discussió. Aquests documents han de ser visibles en la història clínica, de manera que siguin accessibles i puguin ser efectius en el cas que es produïska una parada cardíaca. Les ONIR han de ser revalorades periòdicament.

Es recomana que el metge responsable del pacient **comprove** que l'equip sanitari coneix l'existència de l'ONIR, comprén el seu significat, i que es proporciona de forma adequada la resta de cures que precise el malalt.

El formulari d'ONIR que hauria d'incloure els apartats següents:

Títol o encapçalament.- Formulari d'ONIR: Ordre de No Intentar Reanimació Cardiopulmonar. Incloure el nom del centre sanitari o àrea de Salut.

Dades de filiació del pacient: nom, cognoms, número d'Història.

L'acord: en cas de parada cardiorespiratòria, no s'iniciaran maniobres de RCP

Motius de la decisió:

Desig del pacient (DVA o IP).

Pronòstic de la malaltia principal.

Escasses possibilitats de sobreviure sense seqüeles a una parada cardíaca (futilitat).

Acord. L'acord d'ONIR ha sigut consensuat amb:

Pacient

Familiars o afins

Identificació del metge que inscriu l'ONIR: nom, núm. col·legiat, data i signatura.

Clàusula de rescissió: nom, número col·legiat, data, i signatura del metge responsable.

Algorisme de presa de decisions en ONIR



Tomado de: Harkness M, Wanklyn P. Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation. *Q J Med* 2006; 99:683-690.

14. BIBLIOGRAFIA

- 1) Rubio O, Sánchez JM i Fernández R. *Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidades de intensivos: resultats de una encuesta multicéntrica nacional*. Med Intensiva. 2013; 37: 333-8
- 2) Romero de San Pío E, Romero de San Pío MJ, González Sánchez S. *La limitación del tratamiento de soporte vital desde la perspectiva del profesional de la salud. Ética de los cuidados*, 2015 jul-dic; 8(16). [Consultat: 24-08-2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n16/et10591.php>
- 3) Ortega S, Cabré LL. *Limitación del esfuerzo terapéutico. Intensivos* (2008):03.03 [consultat: 12-06-2016] Disponible: <http://intensivos.uninet.edu/03/0303.html>
- 4) 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: 391-5.
- 5) Simón Lorda P, Esteban López MS, Cruz Piqueras M (coordinadores). *Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. Consejería de igualdad ,salud y políticas sociales. Junta d'Andalusia*. 2014 [consultat: 17/08/2016] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_21_bioetica/02_04_01_let .
- 6) Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R et als. *Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico*. Med Intensiva. 2008; 32: 121-33
- 7) Consejo General de Colegios Médicos. *Código de deontología médica*. 2011. [Consultat 18/08/2016] Disponible en: <http://www.cgcom.es/deontologia>
- 8) *Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina* (Conveni d'Oviedo). [Consultat el 10-03-2020] Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOEA-1999-20638>
- 9) Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient [Consultat el 10-03-2020] Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
- 10) RD 127/2007, de 2 de febrer, pel qual es regula el Registre nacional d'instruccions prèvies i el fitxer automatitzat corresponent de dades de caràcter personal. [Consultat el 10-03-2020] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-3160
- 11) Decret 168/2004, de 10 de setembre, del Consell de la Generalitat, pel qual es regula el document de voluntats anticipades i es crea el Registre centralitzat de voluntats anticipades de la Comunitat Valenciana. [Consultat el 10-03-2020] Disponible en: https://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=1454/2005&L=1
- 12) Llei 16/2018, de 28 de juny, de la Generalitat, de drets i garanties de la dignitat de la persona en el procés d'atenció al final de la vida. [Consultat el 10-03-2020] disponible en: http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=006418%2F2018
- 13) Fernández R, Baigorri F i Artigas A. *Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?* Med Intensiva. 2005; 29: 338-41
- 14) Conselleria Sanitat Universal i Salut Pública. Document de reflexions ètiques sobre donació després de parada circulatoria (donació en asistòlia) [Consultat el 10/03/2020] Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/DonantesAsistolia.pdf>
- 15) Gamboa F. *Limitación del esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?* Med Clin (Barc). 2010; 135: 410-16.

- 16) Rubio O, Arnau A, Cano S et als. *Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: a multicenter prospective cohort study*. Journal of Intensive Care 2018; 6:24 [Consultat 10-03-2020] Disponible en: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-018-0283-y>
- 17) Ortega S. *Limitación del esfuerzo terapéutico en el servicio de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel* (tesi doctoral). Saragossa. Departament de Medicina i Psiquiatria. Universitat de Saragossa. 2006.
- 18) Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. *Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: The ETHICUS Study*. Intensive Care Med. 2008;34:271-277.
- 19) Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. *End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study*. JAMA. 2003;290:790-7.
- 20) Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L , Algora Weber A i membres del grup d'estudi 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: 395-404
- 21) Simón Lorda P. *Muerte digna, pura literatura*. El País. 7-10-2008. [Consultat: 30-08-2016] Disponible en: http://elpais.com/diario/2008/10/07/salud/1223330403_850215.html
- 22) Sprung Ch, Ricau B, Hartog Ch, Maia P et als. *Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016*. JAMA. 2019;322:1692-1704. (doi:10.1001/jama.2019.14608)
- 23) Harkness M, Wanklyn P. *Cardiopulmonary resuscitation: capacity, discussion and documentation*. Q J Med 2006; 99:683-690
- 24) Estella A, et al. *Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital*. Med Intensiva. 2020; 44: 101-112. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006>
- 25) Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R et als. *Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar*. Med Intensiva. 2010; 34: 534-549
- 26) Gómez Rubí JA. *Ética en medicina crítica*. Triacastela. Madrid 2002.
- 27) Consell d'Europa. *Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*. Noviembre 2014 [Consultat el: 11-02-2020] Disponible en: <https://rm.coe.int/168039e8c6>
- 28) Comité de Bioètica Assistencial, Departament de Salut de Sagunt. *Ordres de no intentar ressuscitació cardiopulmonar (ONIR)*. Documents del CBA. Juny 2011. [Consultat el 12-12-2019] Disponible en: <http://docplayer.es/storage/65/54264450/54264450.pdf>
- 29) Cereceda L. *Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema*. Rev Med Clin Condes. 2011; 22: 369-376
- 30) Grup de treball bioètica SEEIUC. *Recomendaciones sobre limitación de tratamientos de soporte vital en unidades de cuidados intensivos*. Diciembre 2017 [Consultat: 30-08-2016] Disponible en: <https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/10/RECOMENDACIONES-LTSV.pdf>
- 31) Ruiz Garcia J. *La orden de no reanimar y las decisiones al final de la vida en el paciente cardiológico: oportunidades de mejora*. Tesi. Facultat de Medicina. Universitat Complutense. Madrid. 2015 [Consultada: 02/09/2016] Disponible en: <http://eprints.ucm.es/33402/>

- 32) Comissió de Bioètica de Castella i Lleó. *Establecimiento de las órdenes de no reanimación cardiopulmonar*. Junta de Castella i Lleó. 2010 [Consultada: 02/10/2016] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guia-establecimiento-ordenes-reanimacion-cardiopulmonar>
- 33) Ruiz-García J, Canal-Fontcuberta I, Martínez-Sellés M. *Las órdenes de no reanimar. Historia y situación actual*. Med clin (Barc) 2016; 147: 316-320 (<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.004>)
- 34) Rubio Sanchez O, Ventura Pascual L. *Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de la vida en UCI*. Rev Bio y Der. 2020;48: 81-93 [Consultada: 24/02/2020] Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/viewFile/28883/31043>
- 35) Sprung ChL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM et al. *Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study*. Am J Respir Crit Care Med 2014; 190: 855–866.

15. ANNEXOS.

- 1.- Formulari d'ordre de limitació de tractament de suport vital
- 2.- Full informatiu a pacients i familiars (LTSV)
- 3.- Formulari de prescripció d'ordre de no intentar ressuscitació
- 4.- Full d'informació a pacients i familiars (ONIR)

Nombre:
 Apellidos:
 Historia Clínica:

Etiqueta identificativa

Ordre de Limitació de Tractaments de Suport Vital (LTSV)

El pacient té redactat un **document d'instruccions prèvies** ☐ Sí ☐ No

36) ☐ En cas de parada cardíaca **no iniciar mesures de RCP**

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:.....

37) ☐ **Mantindre** el tractament iniciat, **sense augmentar-ho, ni iniciar-ne un de nou**

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:.....

38) ☐ **Limitacions del tractament**

☐ No ventilació mecànica invasiva (intubació)

☐ No nutrició artificial

☐ No depuració extracorpòria

☐ No cirurgia

☐ No transfusió

☐ No fàrmacs vasoactius

☐ No ventilació mecànica No invasiva

☐ No ingrés en UCI

☐ Altres:

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:.....

39) ☐ **Retirada** de tractaments instaurats

☐ Depuració extracorpòria

☐ Ventilació mecànica

☐ Fàrmacs vasoactius

☐ Altra:

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:

☐ **Rescissió d'ordres anteriors** **1 2 3 4**

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:

Motiu pel qual es planteja la LTSV

☐ Pronòstic ☐ Qualitat de vida ☐ Disfunció múltiple d'òrgans ☐ Un altre

De qui parteix la proposta de LTSV

☐ Pacient ☐ Servei clínic ☐ Família ☐ Un altre

Decisió adoptada en horari habitual ☐ Sí ☐ No

Evolució ☐ Alta de (Servei) : Data:

☐ Alta hospitalària Data:

☐ Mor en: Data:

Recomanacions

- El fonament de les decisions de no iniciar o retirar tractaments de suport vital (arguments mèdics i voluntat del pacient o els seus representants) ha de constar **en l'evolució clínica**.
- Es recomana **adoptar la decisió en sessió clínica**, amb el màxim consens possible del personal mèdic i infermeria, tenint en compte el paper rellevant del metge responsable del pacient.
- Si s'han de rescindir una o més de les ordres de limitació del suport vital, ratllar l'anterior, datar i rubricar en l'espai de rescissió.
- Reavaluar les ordres de limitació si existeix alguna variació en el diagnòstic i/o pronòstic del pacient.
- Quan es planteja la limitació de tractaments, la **informació i comunicació amb els familiars** és bàsica perquè aquests compreguen que no és desitjable l'obstinació terapèutica.
- **Consensuada la limitació de tractaments, es modifiquen les actuacions assistencials.**
- L'objectiu del tractament és procurar l'alleujament del dolor i assegurar el benestar del pacient, emprant l'analgèsia i sedació adequada; en aquests casos el dosatge s'individualitzarà segons les necessitats del pacient.
- Flexibilitzar l'horari de visites per a facilitar que els familiars o reunits romanguen el major temps possible al costat del pacient.
- Procurar ambient tranquil reduint totes les alarmes possibles i retirant el monitoratge que no precise el pacient.
- Disminuir o anul·lar les analítiques, proves radiològiques, etc.
- En cas d'alta a un altre servei de l'hospital o alta hospitalària: ressaltar en l'informe la LTSV i comunicar al metge responsable a partir d'aqueix moment, el pla de cures i tractaments.

Comentaris:

(Basat en el formulari d'ordres mèdiques de LTSV del Departament de Salut de Sagunt)

Limitació de tractaments de suport vital (LTSV)

(Explicació als pacients i familiars)

Les àrees hospitalàries estan dotades de professionals especialitzats que posen tots els mitjans i esforços per a restablir la salut de les persones; no obstant això, existeixen determinades circumstàncies, en les quals no és possible restablir l'esmentada salut, i és quan els professionals tenen l'obligació ètica de facilitar a aquests malalts les cures necessàries per a evitar-ne el sofriment.

La limitació de tractaments de suport vital (**LTSV**), és un procés deliberatiu que conclou en una **decisió clínica** que pren l'equip assistencial **conjuntament amb el pacient** (o la família quan el pacient no pot decidir per si mateix), tenint en compte les seues preferències. Es tractaria de no instaurar o retirar algunes mesures de suport vital comunes en la UCI, i en les diferents àrees hospitalàries, encara que el més freqüent és que es plantegen les primeres, com ara la ventilació artificial, la diàlisi, la medicació vasoactiva, i a vegades els antibiòtics, la transfusió d'hemoderivats i la nutrició perquè no seran beneficioses per al malalt.

Aquestes decisions habitualment parteixen de l'equip assistencial després d'un acurat judici clínic, basat en aspectes mèdics, pronòstics i ètics, considerats de manera respectuosa i prudent. S'avalua l'avenir del malalt i quan no s'aprecia benefici dels tractaments, ni esperança de prolongar la vida amb bona qualitat, o que els tractaments puguen arribar a ser perjudicials (s'està prolongant una situació de dependència de suports artificials, irreversible o sense esperança de supervivència), es planteja acuradament la possibilitat de LTSV.

La **LTSV** es justifica pel necessari **respecte a la dignitat humana**, al **dret a l'autonomia del pacient** (llibertat que té per a prendre decisions sobre la seua pròpia vida) i el **deure del professional** de no realitzar tractaments que no aporten benefici al pacient. Tots els malalts tenen **dret** a tindre una **vida i una mort dignes**. I els professionals tenim el deure d'evitar sofriment innecessari als pacients. No és tolerable la denominada obstinació terapèutica, o l'entestament, quan la situació del pacient és crítica per l'estat irreversible de la seua malaltia.

Les decisions de LTSV **poden plantejar-se en qualsevol moment** del procés de malaltia amb independència que el pacient estiga o no ingressat en la UCI. A vegades, es plantegen **abans d'ingressar en la UCI** si la persona pateix una malaltia crònica avançada, en funció de la seua evolució, amb l'objectiu d'acordar anticipadament amb el pacient els tractaments apropiats per a ell en una situació de gravetat previsible. Un pas més és fer-ho **mitjançant un document d'instruccions prèvies**, perquè el pacient puga decidir el més adequat segons la seua situació clínica i els seus desitjos. Encara que en el moment actual la seua situació clínica no li permeta decidir.

Els professionals, arribat el cas, consensuaran les decisions de LTSV amb el representant legal que el pacient haja designat en el document d'instruccions prèvies, respectant els seus desitjos.

També és possible que les decisions de LTSV es plantegen al pacient ja **en el moment d'ingressar en la UCI** si el coneixement de la situació fa preveure que l'ús d'aqueixes mesures no milloraran les possibilitats d'èxit. Però el més habitual en la UCI, és que es plantegen durant l'ingrés en la unitat **després d'un període de tractament màxim**, en comprovar la inutilitat d'aquests tractaments.

Si, **després de decidir LTSV**, fos previsible la defunció pròxima (això succeeix més sovint quan es prenen decisions de retirar els tractaments), els professionals canvien els objectius passant d'un enfocament curatiu a una fase més pal·liativa i de cures, on **per a evitar sofriment i agonia**, se li realitzaran les cures de final de vida que el malalt necessita. És a dir, no s'abandona el pacient, sinó que **es prioritza el tractament per a proveir el màxim confort**.

El personal d'UCI, i per extensió de tot l'hospital, està a la disposició del pacient i la seua família per a aclarir dubtes i aspectes complexos que no hagen comprés. Una excel·lent relació de confiança amb l'equip de professionals sanitaris, amb una bona comunicació durant el procés de LTSV, facilita que aquest tipus de decisions siguen viscudes i comprés de la millor manera possible pels pacients i els seus familiars.

Basat en el document: *La limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) explicado a pacientes y familiares*, de la Societat Espanyola de medicina intensiva (SEMICYUC)

Ordre de no intentar reanimació cardiopulmonar (ONIR)

Nom:
 Cognoms:
 Historia Clínica:

Etiqueta identificativa

ATENCIÓ: L'ordre de no intentar la reanimació afecta exclusivament a la reanimació cardiopulmonar, no afecta la resta de tractament i de cure.

Data de l'ordre: **Data d'ingrés:**

Duració de l'ordre (p. ex., 48 hores, 1 setmana, etc.).....

Revisada i prorrogada en (data):

Raons d'emissió de la present ordre:

- ☐ Desig del pacient o document d'instruccions prèvies
☐ Pronòstic de la malaltia principal
☐ Escasses possibilitats de sobreviure sense seqüeles davant una parada cardíaca (futilitat)

L'acord d'ONIR s'ha comentat i consensuat amb: ☐ Sí ☐ NO

- ☐ Pacient
☐ Familiars, afins o representant

Data de la conversa sobre reanimació cardiopulmonar (RCP).....

Impediments o limitacions per a la conversa (*pacient confús, demenciat, familiars absents, etc*) :

Metge que inscriu l'ONIR:

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:.....

Clàusula de revocació:

Nom metge/metgessa:

Codi: Signatura Data:

Recomanacions

- És necessari assenyalar que l'ordre ha de ser emesa pel metge responsable. Les decisions no han de prendre-les els metges en formació.
- Sempre s'ha de procurar que siguin decisions col·legiades, en les quals participe tot l'equip terapèutic; si són emeses de manera individual, han de ser confirmades posteriorment per la resta de l'equip. En el cas d'emetre's en el curs de l'ingrés del pacient pels metges de guàrdia hauran de ser confirmades al més prompte possible pel metge responsable.
- En les ONIR ha de figurar el nom del metge responsable del pacient que ha de signar l'ordre amb la data del dia en què s'emet i les raons mèdiques o raons del pacient per a la seua emissió.
- El metge que emet l'ordre ha d'assegurar-se que la resta de l'equip coneix la seua instauració, així com la infermera responsable del pacient ha d'assegurar-se que la coneix la resta de l'equip d'infermeria.
- Les ONIR han de figurar en un lloc visible en les històries clíniques dels pacients, així com en les ordres d'infermeria de manera que tot l'equip sanitari que intervé en el seu tractament –metges de plantilla, metges residents, personal de guàrdia, infermeres–, les conega per endavant o s'identifiquen ràpidament en cas d'avís per parada cardíaca.
- Les ONIR solament afecten la RCP, i no han de modificar disminució en el nivell de cures o mesures de suport vital, les quals han de ser modificades si s'estima oportú en processos de decisió diferents.
- Les ONIR es revisaran periòdicament pel metge responsable del pacient, suprimint-se si així es considera convenient per canvis en la situació clínica del pacient.

Comentaris:

REANIMACIÓ CARDIOPULMONAR (RCP)

i

ORDRE DE NO INTENTAR RESSUSCITACIÓ CARDIOPULMONAR (ONIR)

Informació per a pacients i familiars.

Propòsit d'aquesta informació.

L'equip sanitari que cuida de vosté sap que és difícil per als pacients parlar de temes delicats com la Reanimació Cardiopulmonar (RCP). Aquest full d'informació tracta d'explicar el tema. Esperem que li anime a vosté i la seua família a parlar de RCP entre vostés i amb nosaltres.

Per favor, recorde que la necessitat de RCP és relativament poc freqüent.

Què és la Reanimació Cardiopulmonar (RCP)?

La parada cardiorespiratòria significa que la respiració i el cor d'una persona es han detingut de manera brusca, inesperada i potencialment reversible. Quan això succeeix, a vegades és possible reiniciar la respiració i el batec cardíac amb un tractament d'urgència anomenat RCP, sent clau l'inici precoç de les actuacions.

La RCP inclou:

- Espentar amb força sobre el pit o compressions cardíques (massatge cardíac)
- Injectar medicaments en la vena
- Utilitzar descàrregues elèctriques per a reiniciar el cor i que torne a bategar
- Insuflar aire en els pulmons bé siga amb respiració boca a boca, o bé a través d'una màscara posada en la cara, o inserint un tub per la boca fins a la tràquea.

Probabilitats d'èxit

La RCP pot tindre èxit aproximadament en la meitat dels atacs cardíacs en persones prèviament sanes. No obstant això en les persones afeblides amb malalties greus ingressades a l'hospital, la RCP la possibilitat d'èxit a reprendre el batec cardíac i la respiració, és molt de menor.

Després de la Reanimació Cardiopulmonar (RCP)

Molts dels pacients que es recuperen d'una parada cardiorespiratòria tenen dolor en el pit per la pressió que s'ha exercit. Poden patir hematomes o fractures costals. I en algunes ocasions, depenent del temps transcorregut en el procés de reanimació, poden quedar seqüeles de dany cerebral.

Presa de decisions

Habitualment s'intenta reanimar als pacients hospitalitzats. L'equip sanitari té el deure de salvar les vides. No obstant això, com en totes les decisions, els riscos i els beneficis han de ser sospesats en cada individu.

Si pensem que la RCP seria reeixida, assumirem que vosté desitja que ho intentem, encara que no hàgem parlat d'això. Si vosté no hi està d'acord, pot decidir no ser reanimat. Per favor, diga'ns-ho perquè es respecte la seua decisió.

A vegades, quan la mort està a prop no podem allargar la vida i ens concentrem a millorar la seua qualitat. El cor es parará com a part del procés natural de la mort. No intentarem reanimar en aquestes situacions, sinó que deixem que la mort transcórrega amb dignitat.

Si el desenllaç de la RCP és incert, podríem parlar-ho amb vosté, vos animem que ho parreu, acompanyat d'algun familiar o amic. Si no desitja parlar-ho en persona, pot comunicar-nos els seus desitjos la seua família.

Ordres de no intentar reanimació cardiopulmonar (ONIR)

Existeixen situacions clíniques en les quals els pacients tenen poques possibilitats de sobreviure o mantindre una qualitat de vida acceptable després d'una PC. Per la qual cosa, una reanimació cardiopulmonar (RCP) pot ser considerada inútil, ja que poden tindre com a conseqüència situacions amb diferents graus de mal neurològic, diferents graus de dependència de teràpies mèdiques intensives, o dependència de l'ajuda d'altres persones per a realitzar les activitats diàries, és a dir, el seu resultat seria una pèrdua de qualitat de vida important respecte a la situació prèvia a la parada cardiorespiratòria; en aquests casos seria aconsellable establir una ordre de no intentar ressuscitació cardiopulmonar (ONIR).

En aquests casos mai s'abandonarà el pacient i entraran en joc altres objectius encaminats al confort i benestar, amb la finalitat d'evitar el sofriment i prolongar una agonia sense sentit, s'aplicaran les cures de final de la vida que el malalt precise.

L'ordre de no intentar la ressuscitació es pot modificar en qualsevol moment de l'evolució clínica, ja que el pacient és lliure de canviar d'opinió sobre si és o no adequada la ressuscitació cardiopulmonar per a ell. Aquests canvis no afectaran els altres aspectes de la seua cura.

Informació addicional

Els seus metges parlaran gustosament amb vosté, si ho desitja.

Recorde que la parada cardíaca no és un succés freqüent.