



1. INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El gran desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha modificado de manera sustancial el pronóstico de muchos procesos patológicos que anteriormente conducían de manera inexorable y rápida a la muerte. Así, los conocimientos y tecnologías ligados a esta área de la Medicina, nos han permitido modificar las circunstancias, modo y momento de la muerte de las personas que acceden a dichos recursos. Sin embargo este enorme logro tiene también un lado menos positivo: el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco razonable, con el consiguiente incremento del sufrimiento de pacientes, familias y profesionales.

Parece lógico que, de forma paralela al incremento progresivo de la capacidad tecnológica de la Medicina Intensiva para modificar el curso de las enfermedades y la llegada de la muerte, se haya desarrollado el debate acerca de los límites razonables que deben introducirse para que el uso de esta tecnología siga sirviendo a los intereses de las personas enfermas. Cuándo, cómo y bajo qué restricciones debe evitarse la instauración o el mantenimiento de determinadas medidas de soporte o de tratamiento son las cuestiones en torno a las que se anuda lo que, con diferentes denominaciones, se identifica hoy como **“Limitación del Esfuerzo Terapéutico” (LET)**.

La aprobación de la *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte* en Andalucía, que regula de forma bastante detallada la LET, ha supuesto cambios sustanciales en su práctica en esta Comunidad Autónoma¹. La introducción por esta Ley de los *Comités de Ética Asistencial* como instancia de apoyo a la toma de decisiones, en aquellos casos que se consideren éticamente conflictivos, significa un elemento de refuerzo de la necesaria normalización de la práctica de la LET en Andalucía con criterios de calidad ética y técnica.

Por último, la *Estrategia de Bioética del SSPA 2011-2014* ha planteado entre sus actividades otro elemento clave para asegurar esta calidad: la que tiene que ver con el registro adecuado de la LET². Así, la actividad 73 de la Estrategia propone el *“desarrollo e implantación de un procedimiento específico de registro de las órdenes médicas y de enfermería relacionadas con la aplicación de medidas de soporte vital, basadas tanto en los deseos y preferencias de la persona paciente como en el juicio clínico de los y las profesionales, para su utilización en Medicina Intensiva, Cuidados Críticos, Urgencias y en otras que se estime conveniente”*.

El **objetivo** de estas Recomendaciones es facilitar a profesionales de la Medicina Intensiva de Andalucía un marco coherente para la práctica y el registro adecuado de la LET que permita, en un segundo paso, la elaboración de Protocolos adaptados a las peculiaridades de sus respectivas Unidades. De esa manera será posible aplicar la regulación jurídica vigente en nuestra Comunidad Autónoma, disminuir la variabilidad de la práctica de la LET en Andalucía y, al mismo tiempo, respetar la necesaria adaptación a las peculiaridades locales de cada Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El **ámbito** de estas Recomendaciones para la práctica de la LET está restringido a la Medicina Intensiva. Es cierto que la LET no es una práctica exclusiva de esta área de la Medicina. En otras especialidades hospitalarias y en otros ámbitos, como la Atención Primaria de Salud o el medio sociosanitario, también se practica la LET^{3,4}. Pero no cabe duda de que ha sido en el ámbito de la Medicina Intensiva donde se ha desarrollado de manera más acusada y donde sin duda entraña más complejidad. Aunque muchas de las presentes Recomendaciones pueden servir para la práctica de la LET en esos otros

ámbitos de la Medicina es probable que en un futuro sea necesario desarrollar abordajes más específicos, algo que por ahora excede el ámbito del presente documento.

Asimismo cabe señalar que en la práctica de la Medicina Intensiva hay similitudes, pero también diferencias, entre la atención de personas adultas, menores de edad y neonatos. Esto implica que, de igual modo, la práctica de la LET tendrá similitudes y diferencias entre estos grupos de pacientes. Por ejemplo, el papel que juegan las emociones y los sentimientos en las decisiones de representación no son iguales en la población adulta, que en la pediátrica o neonatal. La inexistencia de deseos o preferencias previas de los menores más pequeños o los neonatos hace que el papel de los padres adquiera un peso enormemente relevante, lo que vuelve más complejas las decisiones. Por otra parte, en la Medicina Intensiva pediátrica o neonatal, la evidencia científica que sustenta las intervenciones es menos abundante y los pronósticos son más inciertos. Todo ello hace que, aun cuando los procedimientos básicos que enmarcan la práctica de la LET puedan tener muchos puntos en común con la Medicina de adultos, es necesario considerar algunos aspectos diferenciadores.

Como parte de la **metodología** seguida, el proyecto para la elaboración de estas Recomendaciones ha contado con la formación de un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales del SSPA del área de la Medicina Intensiva, fundamentalmente de Medicina y Enfermería, tanto de atención a adultos como pediátrica. Profesionales que desarrollan su labor asistencial en diferentes ámbitos, principalmente en UCIs hospitalarias pero también en el área de Urgencias, o en áreas de gestión y directivas. Además como integrantes del grupo de trabajo han participado profesionales de otras especialidades como la Neonatología, la Pediatría, la Medicina Interna, la Medicina de Familia y la Sociología.