



## **5. LET Y CALIDAD ASISTENCIAL**



## 5. LET Y CALIDAD ASISTENCIAL

---



### 5.1 LET Y CALIDAD ASISTENCIAL

---

Tal y como se ha dicho previamente, la LET constituye una **buena práctica clínica**, una práctica de calidad tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico. Pero ello exige definir los procedimientos mediante los que dicha calidad se asegura. Estos procedimientos son básicamente tres:

1. Establecer **Protocolos** que regulen adecuadamente su práctica disminuyendo la variabilidad. Como ya se ha dicho el propósito de las presentes Recomendaciones es facilitar la elaboración de estos protocolos en las UCIs del SSPA.
2. Disponer de un **Registro** apropiado de esta actividad, de tal manera que pueda ser revisable y evaluable.
3. Establecer **Indicadores** adecuados para medirla.

A continuación nos referiremos a estas dos últimas cuestiones.

---



### 5.2 REGISTRO DE LOS PROCESOS DE LET

---

El correcto registro del proceso de LET no es sólo una exigencia ética sino, en este momento en Andalucía, también una exigencia jurídica derivada del artículo 21 de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Andalucía (**Tabla 15**).

Teniendo en cuenta tanto lo desarrollado a lo largo de las presentes Recomendaciones como lo exigido jurídicamente por la Ley, puede decirse que el Registro del proceso de LET debe contener los elementos establecidos en la **Tabla 33**, que serán adecuadamente recogidos en la **Historia Clínica de la persona**. Se trata de una lista meramente indicativa que deberá ser adaptada a las peculiaridades de cada situación concreta.

Para la Historia Clínica en soporte electrónico (DIRAYA u otras aplicaciones informáticas similares) la información deberá colocarse en la ubicación que se estime más adecuada en cada caso.

<b>TABLA 33. REGISTRO DE LET EN LA HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>CONTENIDOS DEL REGISTRO DE LET EN LA HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>Previo a la LET:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Contenidos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación explícita de la capacidad para decidir; médico/a que la realiza.</li> <li>- Evaluación de la existencia de DVVA o de registros de PAD:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta al Registro de VVAs: Resultado. Copia de la DVVA.</li> <li>- Traslado de preferencias del/la paciente a órdenes médicas y de enfermería.</li> </ul> </li> <li>- Identificación explícita de la persona representante o sustituta. Forma de contacto con él o ella.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Elaboración de propuesta de LET:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Justificación.</b></li> <li>• <b>Motivación</b>, basada en el diagnóstico y pronóstico del/la paciente.</li> <li>• <b>Profesionales</b> de Medicina y Enfermería que participan en la propuesta.</li> </ul>	
<b>Presentación de la propuesta en sesión clínica de la UCI:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Profesionales</b> de Medicina y Enfermería que realizan la propuesta.</li> <li>• <b>Resumen de la valoración integral del/la paciente:</b> Indicaciones clínicas, calidad de vida, factores no-clínicos, preferencias de la persona.</li> <li>• <b>Resumen del proceso deliberativo/debate.</b></li> <li>• <b>Conclusiones y decisiones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>LET:</b> motivos, intervenciones afectadas, clasificación del/la paciente según tipo y grado de LET, profesionales que la apoyan y sus opiniones,</li> <li>- <b>No-LET:</b> motivos,</li> <li>- <b>Rechazo de tratamiento:</b> motivos, fundamento (DVVA, PAD, opinión del/la representante)</li> </ul> </li> <li>• <b>Observaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Momento y forma en que se llevará a cabo.</li> <li>- Actuaciones complementarias.</li> <li>- Profesionales que aducen motivos de conciencia, y las decisiones del equipo al respecto.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Comunicación a paciente, representante o familia:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Profesionales</b> de Medicina y Enfermería que participan en la comunicación.</li> <li>• <b>Resumen de la entrevista:</b> Información suministrada, reacciones y actitudes de los destinatarios.</li> <li>• <b>Decisiones adoptadas.</b></li> </ul>	
<b>Realización de LET:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Actuación:</b> No inicio, retirada, intervenciones complementarias (sedoanalgesia, cuidados especiales, etc.)</li> <li>• <b>Profesionales</b> de Medicina y Enfermería implicados.</li> <li>• <b>Resultado:</b> fallecimiento, donación de órganos (Maastricht III), traslado, etc.</li> </ul>	
<b>Consulta al CEA por conflicto en la LET:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fecha.</b></li> <li>• <b>Resultado: posición del CEA: resumen del informe del CEA; actuación</b></li> </ul>	
<p>DVVA: Declaración de Voluntad Vital Anticipada, PAD: Planificación Anticipada de Decisiones, VVAs: Voluntades Vitales Anticipadas, CEA: Comité de Ética Asistencial</p>	

Fuente: Elaboración propia

### ✦ Otras formas de registro

Una forma complementaria de registro son los formatos que trasladan toda la información relevante sobre las decisiones de LET, de la Historia Clínica a las órdenes médicas y de enfermería.

El documento más internacionalmente conocido es el desarrollado en EEUU, actualmente por casi la totalidad de sus Estados, con el nombre de POLST (*Physician Orders for Life Sustaining Treatment*)<sup>86</sup> (Figura 4).

Es importante distinguir claramente entre un documento de Voluntades Vitales Anticipadas –DVVA- de un formulario POLST:

- DVVA, es una declaración de una persona, cumplimentada y registrada según el procedimiento administrativo legalmente establecido.
- POLST es un formulario de registro de órdenes clínicas, tanto para Medicina como para Enfermería, donde se establece lo que debe hacerse y lo que no. Estas órdenes pueden derivar tanto del proceso deliberativo de los profesionales en el marco de un proceso de LET, como de los deseos de una persona enferma capaz, de lo indicado en una Voluntad Anticipada o de lo acordado con la persona representante del/la paciente o su familia.

Figura 4. Ejemplo de formulario POLST.

<b>Colorado Medical Orders for Scope of Treatment (MOST)</b>		Apellido	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PRIMERO</b> siga estas órdenes, <b>DESPUÉS</b> llame al Doctor, Enfermera de Práctica Avanzada (APN), o Asistente de Dr. (PA), por órdenes adicionales si se indica.</li> <li>• Estas Ordenes Médicas se basan en la condición médica de la persona y sus deseos.</li> <li>• Cualquier sección no completa implica, tratamiento completo para esa sección.</li> <li>• Sólo puede ser completado por, o en nombre de, una persona de 18 años de edad o mayor.</li> <li>• <b>Todos deben ser tratados con dignidad y respeto.</b></li> </ul>		Primer Nombre/Segundo Nombre	
		Fecha de Nacimiento	Sexo
		Color de Pelo	Color de Ojos
<b>RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) <u>La persona NO tiene pulso y no respira.</u></b>			
<b>A</b> Sólo Marque Un Cuadro	<input type="checkbox"/> No RCP No Resucitar/DNR/Permitir la Muerte Natural <input type="checkbox"/> Sí RCP Intente Resucitación/RCP <i>Cuando <u>no</u> es un paro Cardiopulmonar, siga las órdenes B, C, y D</i>		
	<b>INTERVENCIÓN MÉDICAS <u>La persona tiene pulso y/o está respirando.</u></b>		
<b>B</b> Sólo Marque Un Cuadro	<input type="checkbox"/> Sólo Medidas de Confortamiento: Uso de medicamentos por cualquier ruta, posicionar, y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Uso de oxígeno, succión y tratamiento manual de obstrucción de la vía respiratoria, según sea necesario para la comodidad. <i>No transfiera a un hospital para recibir tratamiento de soporte vital.            Transfiera sólo si las necesidades de confortamiento no pueden ser dadas en la ubicación actual; EMS- llame al control médico.</i>		
	<input type="checkbox"/> Intervenciones Adicionales Limitadas: Incluye el cuidado descrito arriba. Use el tratamiento médico, líquidos intravenosos y monitoreo cardíaco como es indicado. No use intubación, las intervenciones avanzadas de la vía respiratoria, o ventilación mecánica. <i>Transfiera al hospital si es indicado. Evite cuidados intensivos; EMS- llame al control médico.</i> <input type="checkbox"/> Tratamiento Completo: Incluye el cuidado descrito arriba. Use intubación, intervenciones avanzadas de la vía respiratoria, ventilación mecánica, y cardioversión como sea indicado. <i>Transfiera al hospital si es indicado. Incluyendo cuidados intensivos; EMS- llame al control médico.</i> Órdenes Adicionales: _____ (EMS=Servicios Médicos de Emergencia)		
<b>C</b> Sólo Marque Un Cuadro	<b>ANTIBIÓTICOS</b> <input type="checkbox"/> No antibióticos. Use otras medidas para aliviar los síntomas. <input type="checkbox"/> Use antibióticos cuando la comodidad es la meta. <input type="checkbox"/> Use antibióticos. Órdenes Adicionales: _____		
	<b>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ADMINISTRADAS ARTIFICIALMENTE</b> <i>**** Siempre ofrezca alimento y agua por la boca si es posible****</i>		
<b>D</b> Sólo Marque Un Cuadro	<input type="checkbox"/> No nutrición artificial/hidratación por sonda. (NOTA: Reglas especiales para representantes por el estatuto en la página 2) <input type="checkbox"/> El paciente ha ejecutado un "Testamento en Vida" <input type="checkbox"/> El paciente no ha ejecutado un "Testamento en Vida" <input type="checkbox"/> Defina el periodo de prueba de la nutrición artificial/hidratación por sonda. (Duración de la prueba: _____ Objetivo: _____) <input type="checkbox"/> Nutrición artificial/hidratación por sonda a largo plazo. Órdenes Adicionales: _____		
	<b>E</b> Marque todos los que apliquen		<b>RESUMEN DE LA CONDICIÓN MÉDICA:</b>
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Agente bajo el Poder Duradero Para Uso Médico <input type="checkbox"/> Representante (por el estatuto C.R.S. 15-18.5-103(6)) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____			
(Section Reserved For Future Use)			

Fuente: Tomado de [http://www.coloroadvancedirectives.com/MOST\\_Spanish.pdf](http://www.coloroadvancedirectives.com/MOST_Spanish.pdf). Acceso el 15 de Noviembre de 2013.

En nuestro país, la SEMICYUC ha recomendado el empleo de formularios similares al POLST (Figura 5). Existen en España experiencias de desarrollo de estos sistemas informatizados de registro, con buenos resultados<sup>87</sup>. Resulta deseable que las UCIs de Andalucía desarrollen iniciativas similares, aunque a la hora de hacerlo deberán tener en cuenta tanto el marco ético y jurídico de este protocolo como los indicadores que a continuación se exponen, pues el sistema de registro debería permitir una evaluación fácil y rápida de dichos indicadores (Propuesta DIRAYA).

Figura 5. Formulario tipo “POLST” recomendado por la SEMICYUC.

HOSPITAL  
Servicio de Medicina Intensiva

Identificación del paciente

**ÓRDENES DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL**

Fecha	Médico responsable	Firma
1. En caso de paro cardiorrespiratorio NO iniciar medidas de RCP		
2. Otras limitaciones de tratamiento:		
No intubación		
No diálisis		
No transfusión		
No fármacos vasoactivos		
No nutrición artificial		
3. Mantener el tratamiento iniciado sin aumentarlo ni iniciar nuevo tratamiento (excepto paliativo)		
4. Retirada de Tratamientos de Soporte Vital:		
Diálisis		
Fármacos vasoactivos		
Ventilación mecánica		
5. Rescisión de las órdenes anteriores		

Se aconseja mantener este formulario en la sección de órdenes médicas. Si se han de rescindir una o más de las órdenes de limitación del soporte vital, tachar lo anterior, fechar y rubricar el espacio de rescisión. Entonces iniciar un nuevo formulario actualizado si es necesario. En caso de alta hospitalaria, las órdenes se consideran automáticamente rescindidas.

El fundamento de las decisiones (argumentos médicos y voluntad del paciente o sus representantes) debe constar en la evolución clínica.

Verificar si se ha dispuesto el tratamiento paliativo necesario para asegurar el control del dolor y el bienestar del paciente.

RCP: resucitación cardiopulmonar.

Fuente: Tomado de: Monzón Marín J.L., Saralegui R I., Abizanda i Campos R., Cabré Pericas L., Iribarren Diarasarri S., Martín Delgado M.C. et al . Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva. 2008;32(3):121-133

### 5.3 INDICADORES

A partir de la información a consignar en la Historia Clínica, órdenes médicas o de enfermería, o formulario específico tipo "POLST" pueden construirse multitud de indicadores para evaluar diferentes aspectos de la LET. Sin embargo, hay dos que parecen imprescindibles, y han sido incorporados a estas Recomendaciones. Uno tiene que ver con la **incidencia** de la LET en la práctica clínica de la UCI (**Tabla 34**) y otro con su **calidad** (**Tabla 35**). Ambos indicadores están elaborados a partir de la propuesta de indicadores de calidad en Medicina Intensiva desarrollados por la SEMICYUC<sup>88</sup>, y cuya evaluación periódica acometen muchas UCIs españolas y, lógicamente, también andaluzas, aunque estos han sido adaptados dado que el marco terminológico y conceptual usado para ellos es ligeramente diferente al establecido en este documento.

TABLA 34. INDICADOR DE MEDICIÓN DE LA INCIDENCIA DE LET	
INDICADOR N° 1	INCIDENCIA DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)
<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo de la LET es evitar la obstinación terapéutica.</li> <li>• La LET es una práctica que se aplica a un porcentaje importante de enfermos de UCI.</li> <li>• La decisión de LET nunca debe tomarse de forma individual, sino que deberá cumplir unos requisitos imprescindibles, tanto científicos como de consenso.</li> </ul>
<b>Fórmulas</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha realizado LET}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados en UCI}} \times 100 \text{ (en periodo de tiempo)}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes fallecidos tras LET}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes fallecidos en UCI}} \times 100 \text{ (en periodo de tiempo)}$
<b>Explicación de términos. Criterios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considerará como <b>LET</b>, la aparición en la documentación clínica, de al menos un registro que establezca la retirada o el no-inicio de una medida de soporte vital o tratamiento potencialmente curativo invocando su falta de efectividad, su futilidad, en el caso concreto del/la paciente.</li> <li>• Se consideran "<b>medidas de soporte vital</b>": la ventilación mecánica (invasiva y no-invasiva), la RCP y el soporte ventricular, las técnicas de depuración renal, los tratamientos de soporte hemodinámico, y la nutrición artificial. Los "<b>tratamientos curativos</b>" incluyen antibioterapia, quimioterapia, y cirugía entre otros.</li> </ul>
<b>Población</b>	Todas las personas enfermas ingresadas en UCI a las que se les aplique LET durante el período de estudio.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	La medición de este indicador implica la existencia de un protocolo específico de LET en la UCI.

Fuente: Elaboración propia a partir de información sobre indicadores de la SEMICYUC.

TABLA 35. INDICADOR DE MEDICIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL PROCESO DE LET.	
INDICADOR N° 2	ADECUACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)
<b>Dimensión</b>	Efectividad y Satisfacción
<b>Justificación</b>	La LET es un proceso complejo que debe ser realizado con el máximo cuidado, por motivos científicos, éticos y jurídicos. Existe una gran variabilidad en la práctica clínica de la LET, que debe tratar de ser reducida al mínimo.
<b>Fórmulas</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ enfermos fallecidos en LET que cumplen todos los criterios de corrección}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermos fallecidos en LET}} \times 100$
<b>Explicación de términos. Criterios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considerará como <b>LET</b>, la aparición en las órdenes de tratamiento y/o la Historia Clínica del/la paciente de al menos un registro que establezca la retirada o el no-inicio de una medida de soporte vital o tratamiento curativo, invocando su falta de efectividad, su futilidad.</li> <li>• Se consideran "<b>medidas de soporte vital</b>": la ventilación mecánica (invasiva y no-invasiva), la RCP y el soporte ventricular, las técnicas de depuración renal, los tratamientos de soporte hemodinámico, y la nutrición artificial. Los "<b>tratamientos curativos</b>" incluyen antibioterapia, quimioterapia, y cirugía entre otros.</li> <li>• Se consideran criterios de una <b>LET adecuada</b>, la existencia en la documentación clínica, de referencias explícitas a:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que la decisión fue tomada por el equipo de UCI tras presentación del caso en sesión clínica de UCI por los profesionales (medicina y enfermería) del paciente, que deben estar correctamente identificados.</li> <li>2. Que la decisión fue tomada en base a un juicio basado en la mejor evidencia científica disponible y una valoración integral del paciente. Deben constar los argumentos que justifican la LET y una identificación explícita de los profesionales que los apoyan.</li> <li>3. Que se realizó un proceso de información detallado del paciente, su representante o sus familiares. Debe constar el profesional que realiza dicho proceso y especificar las actitudes y reacciones de los destinatarios.</li> <li>4. Que la decisión de LET se trasladó a las órdenes médicas y de enfermería, donde debe figurar claramente descrita (intervenciones afectadas, forma de realización, etc)</li> <li>5. El resultado final del proceso.</li> </ol> </li> </ul>
<b>Población</b>	Todas las personas enfermas fallecidas en UCI en un contexto de LET
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	La medición de este indicador implica la existencia de un protocolo específico de LET en la UCI

Fuente: Elaboración propia a partir de información sobre indicadores de la SEMICYUC.