

| | | | | | |
|--|--|---------------|------------------|--------------------|------------------|
|  Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud | GUIA CLÍNICA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO (LET) DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | | | | |
| | CÓDIGO CEAH 01 | VERSIÓN 01 | FECHA 12/2018 | VIGENCIA 5 años | Nº PÁGINAS 41 |

GUIA CLÍNICA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO (LET) HUAP

| Elaborado Por: | Revisado Por: | Aprobado Por: |
|--|---|--|
| <p>Dra. Pola Rojas González Presidenta CEA Kilo. Juan Luis González S. Secretario CEA</p> | <p>Dra. M Eugenia Casanova k. Subdirector (s) Gestión Clínica EU. Ingrid Reyes M. Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente e IAAS</p> | <p>Dr. Pedro Belaunde B. Director</p> |
| Fecha: Abril 2018 | Fecha: Diciembre 2018 | Fecha: Diciembre 2018 |

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 2 de 40 |

INDICE

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCION | 3 |
| II. | OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICO | 4 |
| III. | ALCANCE | 4 |
| IV. | DEFINICIONES | 5 |
| V. | RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO | 8 |
| VI. | DESARROLLO DEL PROCESO | 8 |
| VII. | DISTRIBUCION | 33 |
| VIII. | REFERENCIA BIBLIOGRAFICA | 34 |
| IX. | ANEXOS. | 35 |
| | 1. FLUJOGRAMA | 35 |
| | 2. FORMULARIO PRESENTACION CASO CLINICO | 37 |
| | 3. FORMULARIO DE APLICACIÓN DE ADECUACIÓN AL ESFUERZO TERAPEUTICO | 39 |

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 3 de 40 |

I.- INTRODUCCIÓN:

Un importante número de pacientes que ingresan al Hospital de Urgencia de Asistencia Pública (HUAP) de Santiago, corresponde al grupo de enfermos en circunstancias críticas de diversa naturaleza. Implica para el cuerpo médico enfrentarse a importantes y difíciles situaciones de decisión con objeto de brindar al paciente con grave amenaza a su vida, las condiciones de soporte vital y tratamientos que le permitan recuperarse.

En el HUAP, cuando nos encontramos frente a estos pacientes, es lícito preguntarse si continuar con un esquema terapéutico con escasa o nula respuesta y exponer al paciente a un encarnizamiento terapéutico y/o distanásia o no innovar y aplicar LET(Limitación del esfuerzo terapéutico), enfocando los esfuerzos a cuidados paliativos aplicando confort acompañamiento, y manejo del dolor.

La presente guía es una propuesta realizada por los miembros del Comité de Ética Asistencial del HUAP, basándose en sus propios conocimientos, experiencias, referencias bibliográficas disponibles y los resultados de las deliberaciones dentro del equipo.

Esta no pretende ni debe ser considerado como una guía que se deba aplicar en forma general, ya que en cada paciente y en cada situación concreta suelen presentarse múltiples aspectos que se encuentran vinculados al estado general del Paciente.

La decisión sobre LET no tiene la característica de ser una indicación irrevocable, por lo que puede cambiar según el estado del paciente, tal que, no se deben negar los beneficios de una atención terapéutica según los requerimientos.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 4 de 40 |

II.- OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Entregar los elementos éticos necesarios, al equipo médico del HUAP, para la correcta toma de decisiones.

Objetivos Específicos:

- Orientar al equipo médico dentro de un marco ético, en la toma de decisiones donde existan dudas sobre implementar un juicio de proporcionalidad terapéutica.
- Proveer un sistema confiable dentro de un marco ético y estandarizado en la toma de decisiones cuando existan dudas sobre limitar intervención en pacientes.

III.- ALCANCE

- Pacientes atendidos en el H.U.A.P., familia y/o su representante legal.
- Funcionarios del H.U.A.P que requieran la asesoría respecto a un dilema ético sobre LET.
- Todos aquellos pacientes ingresados al HUAP y que hayan permanecido mínimo 12.00 horas hospitalizados en la institución, y que eventualmente pudieran ser susceptible de aplicación de LET, ya sean por haber llegado a la condición de irrecuperabilidad; por tratarse de enfermos terminales, o bien, que sin serlo, hace necesario un juicio de proporcionalidad.

EXCLUSIÓN:

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 5 de 40 |

- Aquellos pacientes que por su condición médica ingresan a protocolo de procuramiento de órganos del HUAP, dentro de ellos paciente neurológicos críticos, potencialmente donante.

IV.- DEFINICIONES:

- **LET:** Limitación de Esfuerzo Terapéutico; Decisión deliberada o meditada sobre la no implementación o la retirada de medidas terapéuticas que no aportarán un beneficio significativo al paciente. Dilema moral consecuencia del desarrollo técnico de nuestras sociedades avanzadas.
- **MEDIDAS TERAPEUTICAS ORDINARIAS:** Incluye los tratamientos de carácter imprescindible: medicamentos y procedimientos de uso habitual por cualquier médico.
- **MEDICAMENTOS ORDINARIOS:** Analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, antibióticos, ansiolíticos.
- **PROCEDIMIENTOS ORDINARIOS:** Recursos habitualmente disponibles de bajo costo, bajo riesgo y simple de administrar.
- **MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE TRATAMIENTOS:** Técnicas o instrumentos complejos, invasivos de alto costo, escasos y cuyo uso expedito y sostenido requiere un entrenamiento especializado del equipo médico.
- **TRATAMIENTO FUTIL:** Es aquel que en un caso concreto no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, síntomas ni enfermedades intercurrentes o porque produciría efectos perjudiciales y razonablemente desproporcionados al beneficio esperado por el paciente o a sus condiciones familiares, económicas, o sociales.
- **ORDEN DE NO REANIMAR: ONR:** es la instrucción explícita de abstenerse de efectuar maniobras de reanimación cardiopulmonar cuando un paciente terminal que está en una condición irreversible, deja de respirar, o se detiene la actividad cardiaca, evento esperable dentro de su condición.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 6 de 40 |

- **ORTOTANASIA:** Permitir que la muerte ocurra en su “tiempo cierto”, cuando deba de ocurrir, por lo tanto los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte.

- **EUTANASIA:** Conducta intencionada dirigida a producir la muerte de una persona que tiene una enfermedad incurable y terminal, por razones compasivas y en un contexto médico.
- **DISTANASIA: (ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO)** Aplicación no justificada de tratamientos que empeoran la calidad de vida más aún que la propia enfermedad. Son tratamientos desproporcionados a los costos-beneficios prolongando artificialmente la agonía más que ofreciendo elementos curativos.
- **PERMITIR MORIR:** Permitir que la vida llegue a su fin natural en el tiempo correcto y vivir con dignidad la propia muerte.
- **DEJAR MORIR:** Aceptar la condición natural del límite de la vida con supresión de terapias y abandono de cuidados.
- **DAR LA MUERTE:** Acto que en sí mismo y su intención es homicida.
- **CALIDAD DE VIDA:** Percepción subjetiva de un individuo de vivir en forma digna. (Según la Organización Mundial de la salud (OMS))
- **OBJECIÓN DE CONSCIENCIA: OC:** Es el derecho subjetivo a resistirse a los mandatos de la autoridad cuando contradicen sus principios morales, creencias éticas o religiosas. El problema se produce entre la norma legal que impone “el hacer” y la norma ética o moral que se impone a esta acción. El objector de conciencia opta por el No a la ley por lo que considera un deber de conciencia.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 7 de 40 |

- **SOPORTE VITAL TOTAL:** Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal. Incluye: ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con fármacos vasoactivos, antibióticos, diuréticos, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación (Hastings Center Report).
Pacientes en los que existe una posibilidad cierta de que las medidas implementadas lo mejoren; recibe todas las medidas necesarias, sin excepción.
- **PACIENTE CRÍTICO:** aquél que sufre de una enfermedad aguda o una exacerbación aguda de una enfermedad crónica con riesgo vital e inestabilidad fisiológica grave y que se juzga que es potencialmente recuperable.
- **VOLUNTAD ANTICIPADA (V.A.S):** Expresión de deseo formulado por el paciente con anterioridad en forma libre y con pleno uso de todas sus facultades en relación a las conductas médicas adoptadas en relación al cuidado de su salud.
- **JUICIO DE PROPORCIONALIDAD:** Corresponde a la idea de evitar una utilización desmedida de los recursos terapéuticos destinados a mejorar la salud de una persona. Considerándolo desde el punto de vista ético, deontológico, legal, religioso. El legítimo derecho que tiene el médico para luchar por la vida, pero aceptando la muerte.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 8 de 40 |

- **PRUDENCIA:** consiste precisamente en la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. La prudencia exige reducir la probabilidad de error a límites ínfimos cuando está en juego la vida de las personas.

V. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO.

Todos los médicos tratantes que se encuentren en situación de decidir por aplicar limitación del esfuerzo terapéutico a su paciente.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO:

FUNDAMENTOS PARA DECISIÓN DE LET:

- 1.- FUNDAMENTOS DEONTOLOGICOS
- 2.- FUNDAMENTOS ÉTICOS
- 3.- FUNDAMENTOS LEGALES
- 4.- FUNDAMENTOS RELIGIOSOS

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 9 de 40 |

1. FUNDAMENTOS DEONTOLOGICOS

Se refiere al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional, estas normas determinan los deberes mínimos exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. El objeto del estudio de la Deontología son los fundamentos del deber y las normas morales.

La Deontología y la Ética profesional no son sinónimos, existen diferencias entre ellos, una de las diferencias cuando hablamos de ética hace referencia a la conciencia personal, mientras que Deontología adopta una función de modelo de actuación en el área de una colectividad.

Deontología y Ética profesional

| Deontología Profesional | Ética profesional |
|--|--|
| Orientada al deber | Orientada al bien, a lo bueno |
| Recogida en normas y códigos "deontológicos" | No se encuentra recogida en normas ni en códigos deontológicos, está relacionada con lo que piensa el propio individuo (conciencia individual/profesional) |
| Esas normas y códigos son mínimos y aprobados por los profesionales de un determinado colectivo (periodistas, médicos, abogados) | No es exigible a los profesionales de un determinado colectivo (periodistas, médicos, abogados) |
| Se ubica entre la moral y el derecho | Parte de la ética aplicada |

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 10 de 40 |

El respeto de las normas éticas que rigen la profesión médica constituye un elemento esencial del ejercicio profesional la vulneración de estas normas no solo afecta a quienes son víctimas de las actuaciones anti-éticas, sino que daña a la sociedad en su conjunto.

En año 2005 en la Constitución Política de la República se introduce la norma que reconoce a los colegios profesionales constituidos en conformidad a la Ley.

Es por eso que el Colegio Médico de Chile ha reclamado durante décadas la restitución de las facultades de control del comportamiento ético de los médicos que ejercen la profesión en nuestro país.

En relación a la Limitación del esfuerzo terapéutico: El Código de Ética del Colegio Médico de Chile año 2008: establece en el Artículo 8. "Que el fundamento básico de su quehacer es el respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término". Sin embargo, en el Artículo 23." Señala que toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos.

El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días. Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico."

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 11 de 40 |

2.- FUNDAMENTOS ÉTICOS

- **Principios fundamentales de la Bioética, basados en el método deliberativo de Diego Gracia.**
 - **Principio de Beneficencia** El deber de cuidar y salvaguardar la vida, implica tratar lo mejor posible al paciente, restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento.
 - **El Principio de No – Maleficencia:** El médico en principio no puede indicar procedimientos que sean maleficientes, que estén claramente contraindicados, ni siquiera con el consentimiento del paciente.
Este es el primer elemento para limitar esfuerzos. Se viola este principio además, cuando nuestras intervenciones actúan prolongando la vida en forma innecesaria en un inevitable proceso de muerte.
 - **El Principio de Autonomía** o de respeto a la libertad y responsabilidad de las personas hace que, en el ámbito del paciente competente, un tratamiento no deba administrarse sin el consentimiento informado y voluntario del paciente. En Emergencias, a veces no se puede obtener el consentimiento informado y hay que actuar en múltiples ocasiones de forma rápida. Si el paciente ha expresado previamente sus deseos (voluntad anticipada) rechazando algunos tratamientos de soporte vital es decisión ética respetarlos.
 - **El Principio de Justicia** exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa, por esto el administrar recursos sin control a pacientes irrecuperables puede excluir a otros, y sin duda lo hace, a otros más necesitados con lo que se viola dicho principio.
- **La Dignidad Humana:** Es un tema central en bioética.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 12 de 40 |

Toda persona tiene una preciosidad intrínseca una importancia positiva o sencillamente un valor, ese valor exclusivo del ser de la persona humana, lo que denominamos dignidad.

¿De dónde le viene a la persona humana, su dignidad?

Se distinguen dos fuentes principales de la dignidad humana: una ontológica y otra adquirida o existencial .La primera se funda en la naturaleza humana, la tienen todos los seres humanos por el solo hecho de existir como "naturaleza racionales individualizadas; es independiente de cualquier cualidad o conducta personal; y solo podrán perderla por aniquilación. La segunda deriva de los actos intencionales de la persona, corresponde a la actualización de aquellas cualidades propias de la persona, como son la autoconciencia, la racionalidad, la moralidad y la sociabilidad.

La Dignidad Humana, es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona. La persona no es, por tanto, valiosa por lo que "tiene", sino por lo que es, fundamental por ello desarrollar una antropología de la dignidad humana que le establezca en el lugar primordial, de finalidad, respecto al conocimiento científico y técnico, por una parte y respecto a toda legislación en materia de bioética por otra.

Ningún hombre puede ser considerado como medio ni como fin de sí mismo toda persona es fin en sí misma, por ser persona, por lo tanto, ninguna discusión sobre "cálida de vida" puede prescindir de una voluntad de respeto por la vida misma.

- **Calidad de Vida:** Según la Organización Mundial de la salud (OMS): Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, sus normas, sus inquietudes.

La calidad de vida es equiparable al concepto de **Salud**, la cual es definida por la **OMS (organización mundial de la Salud)**, como *un estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada*, y en este sentido hay un derecho-deber hacia ella que compete tanto al paciente como el equipo médico y a la sociedad, el equipo médico debe esforzarse para otorgar los cuidados y terapias que dentro de sus posibilidades consiga un mayor beneficio, mejor calidad de vida, teniendo en cuenta la propia valoración efectuada por el paciente. Toda evaluación de calidad de vida incluye juicios de valor, especialmente en las decisiones de limitar terapia deben

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 13 de 40 |

participar, el paciente y/o su familia para tratar a veces complejos problemas, que pueden llevar a la segregación de determinados pacientes o grupos de pacientes.

3.- FUNDAMENTOS LEGALES

La Regulación en Chile.

En la actualidad los profesionales de las Instituciones de Salud enfrentados a un dilema ético, deben regirse por los principios establecidos en la Constitución Política del Estado, Código Sanitario, Códigos Deontológicos Profesionales, Código Penal y su propio Código de Ética.

En su artículo 1°, nuestra constitución Política de la República, señala que “las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y que “la familia es el núcleo fundamental de la sociedad”. Asimismo, en su artículo 19° N 1°, dispone que “la constitución asegura a todas las personas: El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica”.

La Ley 20584 sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, publicado el 24 de Abril 2012, tiene por objeto regular los derechos y deberes de las personas derivadas de acciones vinculadas a su atención en salud. Es una instancia legal a través de la cual el Estado interviene en la gestión de salud ordenando el pleno respeto a la Dignidad del ser humano y los derechos que por ella le son conferidos durante la atención médica, así como la autonomía y a la toma de una decisión libre e informada.

Consagra la obligación de considerar especialmente el interés superior del niño, además de contemplar un acápite especial respecto de las personas en situación de salud terminal, haciéndose cargo de los conflictos morales que implicarían la suspensión o interrupción de un tratamiento médico en esas circunstancias.

Establece que el paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible. Se hace un llamado a evitar el “encarnizamiento terapéutico” sobre la base de realizar un análisis estricto de la proporcionalidad de los tratamientos médicos y a no mantener la vida biológica sin preocuparse por la calidad de la misma.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 14 de 40 |

El artículo 16 de la Ley antes citada dispone, en relación con el estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente, que: *"La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial de la muerte."*

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de intervención, procedimientos o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio del derecho, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria: el paciente, el apoderado que haya asignado o los parientes señalados en el artículo 42 de código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

4.- FUNDAMENTOS RELIGIOSOS

En general para todas las religiones la vida es sagrada, que se nos confía para que la custodiamos con responsabilidad, sabiduría y la llevemos a la perfección en el amor a Dios, a nosotros mismos y a nuestros hermanos.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 15 de 40 |

Asumiendo la fe como un don que sostiene de forma voluntaria el hombre quien confía en la trascendencia más allá del cuerpo que lo contiene, es que se deben respetar las creencias del paciente, en una sociedad multicultural.

EL CONCEPTO DE LET

Principio de Proporcionalidad Terapéutica: Es un criterio ético que permite delimitar las intervenciones médicas consideradas como moralmente obligatorias de las que no lo son. Sostiene que existe obligación moral de implementar todas aquellas intervenciones médicas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado esperado. Aquellas medidas en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. La moral no puede ignorar el problema y el compromiso de hacer que la muerte sea digna del hombre.

Para establecer si existe **obligatoriedad moral** de implementar una determinada intervención médica se debe emitir **un juicio de proporcionalidad**. Se tomarán en cuenta: actitudes morales fundamentales como el respeto a la dignidad de la persona, y o compasión y los siguientes elementos:

- Certeza del diagnóstico.
- Utilidad o inutilidad de la medida basada en evidencias.
- Los riesgos que esa intervención con lleva.
- Alternativas de acción, con sus respectivos beneficios y riesgos.
- Pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- Costos, entendidos en el sentido amplio del término; es decir, las cargas físicas, psicológicas, morales, familiares, sociales, económicas, etc.
- Condiciones personales del enfermo.

El elemento clave del juicio de proporcionalidad es la **determinación de la utilidad de la medida**, aunque esta no siempre resulte fácil.

La palabra “terapéutico” unida a “limitación del esfuerzo” parece conducirnos a reconocer que abandonar las medidas de soporte vital no supone abandonar al paciente y al entorno familiar en el proceso de muerte. Cuando la enfermedad del paciente “no tiene remedio” (terapéutica), es el momento en que entran “otros

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 16 de 40 |

medios" para lograr su bienestar (cuidados, sedación, acompañamiento, etc.). La LET se plantea a las personas en situaciones que conducirán a la muerte, en que se deja morir o mejor se acompaña el morir.

Existe un principio ético llamado "**voluntario indirecto**" o "**doble efecto**" que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos - uno bueno y uno malo - sea lícito.

Estas condiciones son:

- Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado.
- Que el efecto bueno no dependa del malo como en su causa inmediata y necesaria.
- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

La decisión es compleja y ha de estar basada en el discernimiento entre el principio de no dañar (no prolongar innecesariamente un proceso irreversible y doloroso de muerte), el principio de beneficencia (aliviar los sufrimientos), el respeto al principio de autonomía y justicia.

No siempre coincide la voluntad del médico con las expectativas del paciente respecto a la calidad de vida cuando se enfrentan a la toma de decisiones en LET.

Por este motivo la LET debe tomarse, en principio, de común acuerdo entre el equipo médico, los familiares y todos los implicados. Si hay pluralidad de opiniones debe respetarse, pues muchas veces, las distintas opiniones tienen una parte de verdad. Las medidas tomadas, también pueden ser reconsideradas, según la evolución de cada caso. Todo esto, no impide, que la iniciativa a la hora de realizar una LET deba ser del equipo médico.

En una valoración moral sobre estos asuntos no hay recetas ni soluciones claras, sino **prudencia y equilibrio** a la hora de aplicarla. La LET, es una decisión cuya iniciativa corresponde al médico o al equipo de salud, pero es una determinación importante para los pacientes, sus familias, el sistema salud y la sociedad entera. Todos los implicados deben ser consultados. Esto supone, entre otras cosas, tener en cuenta en la deliberación en común lo siguiente:

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 17 de 40 |

- No sacralizar, ni trivializar lo natural. La LET supone simplemente dejar a un lado “el esfuerzo terapéutico” pero no el cuidado.
 - No banalizar, ni sobrevalorar las tecnologías, estas tienen sus límites y no nos podemos dejar seducir por sus encantos al final de la vida.
 - No todo vale al final de la vida. La LET supone una decisión difícil pero necesaria pues no se puede alargar la vida de una persona a cualquier precio y de cualquier modo.
 - Ni obligados a lo extraordinario, ni a lo desproporcionado. La vida personal, la vida familiar, el equipo de salud y la sociedad tienen sus límites.
- Esto es lo que da dignidad hasta el final de la vida.

Medidas terapéuticas ordinarias o de uso habitual.

Para la práctica médica cotidiana es útil **distinguir los tratamientos ordinarios de los métodos extraordinarios**.

A. Los tratamientos ordinarios incluyen aquellos cuidados de carácter imprescindible, así como medicamentos y procedimientos de uso habitual por cualquier médico estos incluyen:

Los cuidados de carácter imprescindible (mínimos) se refieren a los cuidados básicos de enfermería, alimentación e hidratación. **Este tipo de cuidados son irrenunciables** frente a cualquier paciente, toda vez que contribuyen a su confort y evitan complicaciones indeseables.

Imprescindibles es la alimentación e hidratación dado que, de no ser utilizadas, conducirían directamente a la muerte de la persona, sana o enferma. No obstante, en el enfermo terminal con compromiso de conciencia y cuya muerte se espera ocurra en un tiempo breve, no parece obligatorio ni médicamente adecuado administrarle siempre alimentación e hidratación por vía enteral o parenteral. Esta no es una decisión fácil y requiere de mucha experiencia, buen criterio médico, prudencia y la comprensión de la familia y del personal que participa en la atención del paciente.

Tratamientos medicamentosos y procedimientos de uso habitual

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 18 de 40 |

En este rubro cabe hacer una especial mención al empleo de analgésicos, ya que no es aceptable que un paciente deba sufrir dolores insoportables existiendo medios para eliminarlos o mitigarlos.

Si del uso racional y técnicamente apropiado de analgésicos, indicados con la finalidad de aliviar el dolor y no con el propósito velado o declarado de acelerar la muerte del paciente, se sigue secundariamente el acortamiento de su vida, ello es lícito bajo el llamado principio del **doble efecto o del voluntario indirecto**: una acción u omisión médica puede tener un doble efecto: **uno positivo o bueno**, que es el directamente querido, y **otro negativo o malo**, que sólo es tolerado al ser inevitable, pero no directamente deseado.

B. Métodos extraordinarios de tratamiento

En las últimas décadas, el continuo avance del conocimiento y la aparición rápida y frecuente de nuevas tecnologías han puesto a disposición del médico y de la humanidad métodos terapéuticos que se utilizan particularmente, cuando está en juego la vida del paciente y cuya omisión puede significar su muerte. Estos **métodos extraordinarios** por ejemplo, la asistencia ventilatoria, la hemodiálisis, trasplante de órganos, drogas vasoactivas, y otros cuando están indicados, porque se juzga razonablemente que su uso redundará en un claro beneficio vital para el paciente, se los considera procedimientos terapéuticos éticamente proporcionados y técnicamente útiles. En caso contrario, si se estima que de su aplicación no resultará ningún beneficio significativo para el enfermo, o incluso se piensa que sólo puede prolongar innecesariamente un esfuerzo terapéutico o un sufrimiento para el paciente, se convierten en procedimientos terapéuticos desproporcionados y fútiles. El médico está siempre técnica y éticamente obligado a usar los métodos ordinarios de tratamiento; en cambio, no tiene siempre la obligación técnica y ética de emplear métodos extraordinarios. Sólo está justificado su uso cuando sean necesarios para salvar la vida de un paciente o se espera con fundamento un beneficio claro para el enfermo.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 19 de 40 |

Condiciones para el uso de métodos extraordinarios de tratamiento

Se deben dar las siguientes condiciones para que el tratamiento pueda ser considerado técnicamente correcto y éticamente lícito.

- a. El diagnóstico debe estar debidamente fundamentado, en especial cuando se trate de indicar terapias complejas. Cuando exista una razonable duda diagnóstica que impide establecer con certeza el pronóstico, debe operar el principio del mayor interés del paciente y la necesidad de asegurar su vida. Lo anterior puede ser de hecho, la situación en un Servicio de Urgencia donde el médico tiene que decidir, si aplica o no un determinado procedimiento extraordinario sin que tenga un conocimiento cabal de la situación de ese paciente, al no disponer de la ficha clínica o de antecedentes mórbidos fidedignos.
- b. Debe existir una expectativa razonable de conseguir un real beneficio para el paciente con el procedimiento prescrito.
- c. Cuando se trata de un paciente competente y las circunstancias lo permitan, éste debe estar informado de su condición, diagnóstico y pronóstico, de las ventajas y riesgos del procedimiento terapéutico que se le propone y dar su consentimiento para llevarlo a cabo. En caso contrario, el consentimiento debe obtenerse de sus familiares próximos o del representante legal, según sea el caso.
- d. El procedimiento debe estar disponible y accesible localmente; en caso contrario, el eventual traslado del paciente a un establecimiento de mayor complejidad no debe implicar, debido a ello, un riesgo cierto de poner en peligro su vida.
- e. La aplicación de los procedimientos extraordinarios de tratamiento debe ser efectuada por profesionales calificados y debidamente entrenados para utilizarlos.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 20 de 40 |

En suma, el médico debe ponderar diversos factores: el grado de dificultad de la aplicación del procedimiento, el dolor y sufrimiento que puede implicar, la fuerza y capacidad del paciente para tolerar el tratamiento, así como los costos emocionales y económicos de su utilización. Se aparta de la justicia provocar un grave daño económico al paciente o su familia por seguir de un modo inconsulto un tratamiento claramente desproporcionado.

Limitación y/o suspensión de los métodos extraordinarios de tratamiento

Los métodos extraordinarios de tratamiento plantean al médico dos dilemas:

- Emplearlos o no emplearlos en un caso particular y,
- Tomar la decisión de suspenderlos una vez iniciada su aplicación.

La limitación o restricción del tratamiento se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas, en este caso del uso de métodos extraordinarios de tratamiento.

En la práctica clínica, para fundamentar la limitación de tratamientos se utilizan los siguientes criterios:

a) Inutilidad del tratamiento: Éticamente el médico no está obligado a administrar terapias inútiles o inefectivas. Sin embargo, en la práctica clínica no siempre es fácil determinar cuándo un tratamiento es inútil. Depende del estado de los conocimientos científicos y de la experiencia del médico, de modo que en la decisión que se tome existe inevitablemente un grado de incertidumbre.

b) Deseos o voluntad del paciente: Esto supone que el paciente sea competente, esté debidamente informado y comprenda esa información. Si se cumplen estas condiciones, es válido el rechazo informado de un paciente a una determinada terapia.

c) Calidad de vida: Es el paciente quien en última instancia debe juzgar su calidad de vida y si no puede ser sus familiares o representantes legales quienes manifiesten la voluntad manifestada previamente por el paciente.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 21 de 40 |

d) Costo del procedimiento. El uso racional y eficiente de los recursos médicos es un problema muy serio, incluso en países desarrollados. Los países con menor disponibilidad, tienen una exigencia aún mayor de utilizar de modo eficiente y justo sus limitados recursos. La decisión de limitar tratamientos en razón del costo tiene que ser una decisión en la que exista participación de los pacientes, de la familia o de la sociedad en su conjunto. Al médico no se le puede exigir que sea sólo él quien deba decidirlo. El médico tratante tiene como primera obligación determinar cuáles serían los mejores medios conocidos para tratar al paciente y debe aspirar, en principio, a disponer de ellos en la calidad y cantidad requerida. Sólo una vez juzgada razonablemente la imposibilidad de disponer de los mejores recursos terapéuticos, podrá introducir modificaciones a su indicación, sin excluir el esfuerzo por conseguirlos. Los criterios a considerar pueden ser de naturaleza ética, como sería, por ejemplo, el respeto a las decisiones del paciente o de su familia, criterios económicos de macro o micro asignación de recursos, criterios epidemiológicos u otros. Es en este sentido que se puede afirmar, que no existen razones estrictamente médicas para limitar recursos por razones de costo. Las restricciones proceden de la consideración concreta de las circunstancias en las cuales le corresponde a cada médico ejercer la medicina.

Orden de no reanimación: Incluida dentro del tema de la restricción terapéutica en el enfermo terminal la aplicación de estas maniobras resulta desproporcionada e inútil, toda vez que se trata de reconocer efectivamente las limitaciones de la naturaleza humana y la llegada inevitable de la muerte. No se trata en esta situación de abandonar al paciente a su suerte, sino de permitir una muerte humana y digna sin caer en la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

Resulta aconsejable para una adecuada aplicación de lo ya dicho que, previamente y en la medida de lo posible, se haya conversado con el paciente o en su defecto con la familia. Debe buscarse la comprensión de todos los miembros del equipo de salud que intervienen directamente en la atención de ese paciente sobre la situación del enfermo y la decisión de no-reanimar, enfatizando la obligación de los tratantes de respetar el proceso de morir de la persona entregada a su cuidado. Debe también considerarse la posibilidad de cambio en la evolución del enfermo que haga modificar la decisión, razón por la cual el paciente debe ser evaluado con la periodicidad que su situación lo requiera. De este modo se cautelarán los derechos del paciente, familiares, equipo médico y personal de salud, se evitarán

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 22 de 40 |

interpretaciones erróneas sobre el ejercicio de los deberes de los tratantes para con el enfermo y no se dará una falsa sensación de omnipotencia o bien de culpabilidad no justificada, de parte de los encargados de la terapia.

Interrupción de los métodos extraordinarios de tratamiento. Aplicado un procedimiento extraordinario de tratamiento, se plantea al médico en qué circunstancias y condiciones debe proceder a su interrupción o suspensión. Esto implica dos preguntas centrales:

- ¿Cuáles son los criterios aceptables para suspender tratamientos? y
- ¿Quién debe tomar la decisión de no tratar?

Será lícito interrumpir un procedimiento extraordinario en uso, en los siguientes casos:

- a. Cuando las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias no tolerables para él.
- b. Cuando los resultados observados defraudan las esperanzas puestas en el procedimiento empleado.
- c. Cuando médicos competentes juzgan que el uso del procedimiento empleado es desproporcionado a la condición del paciente o a los resultados previsibles.
- d. Cuando el costo económico o emocional del tratamiento es claramente desmesurado para el paciente o la familia.
- e. Cuando la voluntad del paciente y de sus familiares es que el procedimiento sea interrumpido, y cuando al paciente le es posible manifestar su deseo, implica considerar varios elementos: la preeminencia de la voluntad del paciente por sobre la de los familiares; que el paciente no busque la muerte sino que desea evitar tratamientos que sólo lograrían una prolongación inútil y penosa de su vida; la aceptación de la muerte como un hecho inevitable de la vida humana. En lo que se refiere a los familiares, el médico debe abstenerse de acceder

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 23 de 40 |

a sus solicitudes si percibe evidencias claras de que su actuación está en contradicción con el mejor interés del paciente.

Pareciera ser, que la primera pregunta es establecer si, a la luz de los conocimientos científicos, es técnicamente factible obtener un beneficio para el enfermo. La respuesta a esta interrogante debe darla el médico, recurriendo a sus conocimientos, experiencia y habilidades profesionales y, si fuese necesario, al consejo experto que se precise, sea el de otros profesionales idóneos o al de los Comités de Ética Asistencial en el caso de la medicina institucional. Luego, ha de ser el paciente competente (o su subrogante legal en caso de incompetencia) el que opine sobre la materia a través de un consentimiento obtenido en relación conversada con su médico. Adicionalmente, la consideración del entorno y las condiciones particulares del enfermo permitirán, en último término, establecer la cuantía del beneficio posible de ser obtenido para ese caso particular. Creemos que la responsabilidad de interrumpir un procedimiento extraordinario que está en curso recae, en último término, en el médico, quien deberá necesariamente ponderar debidamente la voluntad del paciente cuando su condición lo permita, la opinión de otros médicos y de los familiares, así como los costos sociales y emocionales involucrados. No podemos dejar de señalar que los enfermos críticos suelen no ser competentes y que, probablemente, en la mayoría de los casos la decisión más adecuada la tiene que tomar el médico.

La proporcionalidad terapéutica en los pacientes con riesgo vital

Una situación particularmente delicada que enfrenta el médico es la decisión terapéutica que debe adoptar en pacientes cuya enfermedad o condición pone claramente en riesgo sus vidas. Esto incluye el tratamiento de enfermos en condición crítica y el de los enfermos terminales. En estas circunstancias, el médico suele plantearse preguntas como: ¿hasta dónde debo llegar con el tratamiento de este enfermo?, ¿Debo emplear cualquier recurso terapéutico, a cualquier costo?, ¿Hasta dónde debo mantener un tratamiento destinado a mantener a este paciente con vida?

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 24 de 40 |

Estas preguntas plantean al médico, al paciente, su familia y a la sociedad serios problemas técnicos y éticos. En términos generales, la respuesta debería ser coherente: con las más altas exigencias del arte médico y con las obligaciones morales que la profesión impone.

Paciente crítico: el Ministerio de Salud lo define como: "aquel enfermo cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas de su organismo y pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado, solamente disponibles en unidades de cuidados intensivos o de atención intermedia". En síntesis, la gravedad y la reversibilidad potencial de su condición es lo que caracteriza al enfermo crítico.

Al paciente crítico se le deben proporcionar en principio todos aquellos recursos terapéuticos ordinarios y extraordinarios de los que se dispone y que puedan beneficiarlo. Al respecto, se ha llegado a afirmar taxativamente que "siempre que se pueda prever que de esa manera el enfermo grave pueda curarse, es un deber utilizar tales medios y es tarea del Estado hacer que estén a disposición de todos los pacientes que necesitan los aparatos y los medicamentos, también los costosos"

Es en este tipo de pacientes en que es necesario recurrir a métodos extraordinarios de tratamiento con el objeto de revertir su condición y preservar su vida. En este caso, los métodos extraordinarios serán administrados por los servicios de salud.

Paciente Terminal; es aquél que sufre de una enfermedad o condición juzgada como irreversible y que lo conducirá inevitablemente a la muerte en plazo breve, aparece como necesario y lícito aplicarle sólo cuidados básicos y medicamentos de uso ordinario, procurando el confort, el acompañamiento y manejo del dolor. La irreversibilidad de su condición es lo que caracteriza a estos pacientes.

Existe acuerdo que, en estos casos no hay obligación de utilizar procedimientos terapéuticos extraordinarios. Sin embargo, cabe hacer notar la posibilidad de que un paciente afectado de una enfermedad o condición irreversible sufra una complicación o condición distinta a la enfermedad de base y que sea potencialmente curable (complicación intercurrente). En este caso puede ser necesaria la aplicación de recursos extraordinarios. Por consiguiente, es necesario

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 25 de 40 |

esforzarse por distinguir en un paciente terminal lo que es un proceso intercurrente y lo que puede ser un evento patológico final.

Definición de inutilidad médica

- **Inutilidad absoluta:** Se aplica a aquellas intervenciones que son completamente ineffectivas en términos fisiológicos.
- **Inutilidad estadística:** Expresa una baja probabilidad de alcanzar un determinado resultado. No implica una valoración moral, pero es un dato que ha de ponderarse en el juicio de proporcionalidad.
- **Inutilidad desproporcionada:** Designa un juicio moral que, sobre una baja probabilidad estadística, concluye que la implementación de una determinada intervención no se justifica por relación a los sufrimientos que puede ocasionar, a sus riesgos o costos, etc. Este concepto incluye, por tanto, un dato estadístico y un juicio valórico. El dato estadístico no se refiere sólo a los efectos fisiológicos, sino que hace referencia al beneficio global y compete sobre todo al médico, pero el componente cualitativo corresponde al paciente y su familia, pues representa un juicio valórico; por lo tanto, el juicio médico incluye siempre necesariamente elementos valóricos y no puede emitir un juicio de proporcionalidad en forma unilateral.

Es necesario aclarar que el juicio de proporcionalidad no establece reglas universales acerca de la obligatoriedad moral de determinadas intervenciones médicas, sino más bien la necesidad de emitir un juicio a conciencia en cada caso particular. Emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica requiere prudencia y un profundo respeto por la vida y la dignidad de la persona enferma y no puede ser reducido a un mero balance entre consecuencias positivas y negativas.

INSTANCIAS DE APLICACIÓN

¿Cuándo debe aplicarse la limitación del esfuerzo terapéutico?

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 26 de 40 |

FACTORES A CONSIDERAR PARA LIMITAR TRATAMIENTO:

1. Inutilidad del tratamiento: Es el principio más importante, ya que un tratamiento inútil no tiene o pierde la propiedad que justifica su administración.

A.1. Intervención sin racionalidad fisiopatológica

A.2.- Intervención que no produce efecto "fisiológico"

A.3.- Intervención que ya ha fallado en un paciente

A.4.- Tratamiento "máximo" que está fallando

A.5.- Intervención que no alcanza beneficios esperados

A.6.- Voluntad del paciente competente o del representante

A.7.- Voluntad anticipada: se refiere a la existencia de documentos en los que la persona expresa su voluntad de aceptar o rechazar determinadas terapias, especificando las circunstancias en las que estas preferencias se aplicarían. Éticamente estas directivas deben ser respetadas; surge problema cuando no es fácil saber exactamente si la condición actual del paciente corresponde a la que él previó.

A.8.- Voluntad actual: corresponde al paciente competente, informado, que expresa su actual voluntad de renunciar a determinadas intervenciones. Sin embargo, cuando el paciente rechaza terapias evidentemente efectivas, o cuando su opción no es coherente con sus propios valores, debe evaluarse la competencia del paciente.

A.9.- Voluntad de representante o subrogada: en caso de pacientes incompetentes, a las decisiones optadas junto al representante del paciente, quien asume la responsabilidad de decidir por el enfermo; debiendo la decisión basarse en los siguientes objetivos:

- a) preservar la salud y la vida,
- b) no privar o disminuir la libertad de elección,
- c) evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento.

Calidad de vida. La voluntad referida en el punto anterior es válida en relación al juicio de calidad de vida, y al hecho de saber si este es un criterio válido para limitar terapias.

B.- Costo-beneficio: Se debe entender tanto los costos económicos, como los personales que implica implementar una medida terapéutica. Éticamente, el médico no debería limitar tratamientos por consideraciones de costo; ésta recae en el paciente y la familia, o en las instituciones que financian la salud, ya sean privadas

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 27 de 40 |

o estatales. Sin embargo, al no existir políticas del estado para restringir o limitar tratamientos en determinados enfermos, el médico debe velar por una justa distribución de los recursos juzgando en cada caso, lo que es beneficioso o riesgoso para cada caso individual.

C.- Proporcionalidad de las medidas terapéuticas. Incluye criterios objetivos, determinar la eficacia científico-técnica de la medida considerando los beneficios y los riesgos, los gastos necesarios y el sufrimiento físico, moral y psicológico del paciente y su familia.

Hoy día, en la literatura médica se tiende a hablar preferentemente de "métodos desproporcionados" en vez de "métodos extraordinarios" de tratamiento. Sin embargo, se estima que no son términos sinónimos. En lo relativo al actuar terapéutico del médico, el concepto de lo proporcionado es más amplio que el de extraordinario y es una condición o cualidad que compromete todo accionar del médico. La expresión métodos extraordinarios de tratamiento se refiere a una serie de procedimientos terapéuticos específicos, distinguibles de los métodos terapéuticos que habitualmente se utilizan en la práctica médica.

La proporcionalidad de las acciones médicas en general

En cualquier acción médica respecto a un determinado enfermo están involucrados los conceptos de proporcionalidad y no-proporcionalidad. La acción del médico es un juicio que emitimos respecto a la conveniencia, inconveniencia o necesidad de una determinada acción en conformidad con la condición de un paciente. Así, se espera que exista un equilibrio entre los medios diagnósticos o terapéuticos que el médico aplica y el resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones particulares del paciente y su entorno. Esto significa que el médico debe considerar el tipo de acción, el grado de dificultad de su ejecución, los riesgos implícitos y explícitos en su uso, los costos reales y la posibilidad efectiva de llevarla a la práctica. Debe considerar, además, las circunstancias concretas del paciente y sus fuerzas físicas y morales. Si existe una relación de equilibrio, la acción médica se estima proporcionada y si, por el contrario, ella no existe, la acción médica se califica de desproporcionada, desmedida o inmoderada.

Como norma general, la conducta terapéutica del médico debe ser proporcionada, vale decir, que los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico, tienen que guardar proporción con el esfuerzo

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 28 de 40 |

terapéutico, los sufrimientos del paciente, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos. Por esta razón, la proporcionalidad en la acción médica es una exigencia no sólo técnica, sino que también ética, ya que no es lícito llevar a cabo acciones diagnósticas o terapéuticas desmedidas. Por otra parte, la conducta médica desproporcionada, que es aquella que tiene un grado de incertidumbre tal que no permite esperar un beneficio cierto para el enfermo. Conviene tener en cuenta, además, que las medidas terapéuticas pueden ser proporcionadas o no atendiendo al juicio que el médico se forme sobre la situación estrictamente personal del paciente, para lo cual debe considerar, además de las razones científicas, técnicas y económicas, el estado psicológico del paciente, sus relaciones familiares, proyectos y, sobre todo, la expresa voluntad cuando ella es manifestada con plena lucidez y libertad. Esto exige un esfuerzo de discernimiento muy delicado del equipo tratante, en general, y del médico, en particular.

Conviene tener presente que existe una relación estrecha, entre la proporcionalidad de las medidas terapéuticas y la utilidad del tratamiento. De un tratamiento proporcionado se espera en principio alguna utilidad, siendo claro, evitando ejecutar acciones fútiles o inútiles.

NIVELES DE LIMITACIÓN: CONSENSUADOS CON LA FAMILIA O REPRESENTANTE.

- a. **Orden de no Resucitación (ONR).**
- b. **Limitación del nivel de Soporte.**
- c. **Destete sin retorno.**

a.- Orden de no Resucitación (ONR). Constancia explícita, en la ficha clínica de no efectuar maniobras de resucitación en caso de paro cardiorrespiratorio, a los siguientes pacientes:

- 1.- Pacientes terminales irreversiblemente incompetentes.
- 2.- Pacientes terminales competentes con condiciones de vida penosas.
- 3.- Pacientes en estado vegetativo persistente sin posibilidad de recuperar la conciencia.
- 4.- Pacientes con patología aguda que se torna crónica sin posibilidades de resolución quirúrgica o terapéutica.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 29 de 40 |

Los criterios éticos válidos que justifican la orden de no resucitación deben analizarse en el contexto general de los principios éticos que justifican la limitación o suspensión de tratamiento y que se han desarrollado en relación al juicio de proporcionalidad.

- 1.- La (ONR) debe ser puesta en el contexto positivo de los cuidados médicos. Las Orden de No Reanimar son mejor percibidas cuando se presentan como medidas para evitar esfuerzos innecesarios o inútiles. La ONR no es irrevocable.
- 2.- El médico debe estar abierto para explorar los temores no expresados por el paciente y su familia.
- 3.- El médico debe focalizar su atención en los aspectos emocionales y no verbales del cuidado médico. Cuando la terapia es ineficiente, la relación médico-paciente se convierte en el medio terapéutico más importante.

b.- Limitación del nivel de Soporte: La suspensión de resucitación en el contexto hospitalario se guiará por los siguientes criterios: el médico y el equipo tratante quien en acuerdo con la familia y considerando la voluntad anticipada puede establecer los límites de tratamiento que se consideraran a aplicar. En el caso específico de la resucitación la suspensión se guiará por los siguientes criterios

- 1.- Pronóstico, neurológico irreversible.
- 2.- Factores clínicos indicativos de un caso irreversible: tiempo padecimiento, rebelde a la RCP, como S.D.R.A, sepsis, cáncer metastásico, leucemia.
- 3.- Si se trata de paciente desconocido en el servicio de urgencia la presunción está a favor del inicio de la RCP y esperar horas para evaluación.
- 4.- La suspensión de RCP puede justificarse cuando se ha cumplido un tiempo razonable, en pacientes con diagnóstico preciso.

c.- Destete sin retorno. El paciente es desconectado (del respirador, de inotrópicos) de soportes prolongados en el tiempo. Si la retirada es exitosa se continua con el óptimo nivel de cuidado, pero en el caso de que este luego de

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 30 de 40 |

realizado falle, el paciente es sedado y pasa a recibir únicamente medidas de confort.

- **Las voluntades anticipadas son una declaración** mediante la cual una persona mayor de edad, con capacidad mental suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta respecto a la atención de salud que desea recibir en situaciones en las cuales no pueda ya expresar personalmente su voluntad. En esta declaración, se pueden expresar tanto las preferencias sobre determinados tratamientos como la autorización a una tercera persona para tomar las decisiones en su nombre. Por último, las voluntades anticipadas podrían también expresarse oralmente, sin necesidad de estar documentalmente recogidas, aunque en estos casos pueden producirse más problemas en el momento en que se requiera su aplicación.
- **Toma de decisiones por terceros:**

Es un modelo de relación de atención de salud participativa, será tomada cuando el enfermo está incapacitado sin autonomía o esta reducida en forma importante, la decisión será tomada por un tercero.

Toma de decisiones después de emitir el juicio de proporcionalidad

A.- Medida Proporcionada:

- Es obligación moral implementarla
- Omitirlas que puedan emitir un beneficio al paciente podría constituir una forma de eutanasia por omisión.

B.- Medida Desproporcionada:

- El médico no está obligado a prolongar la vida por encima de todo, una vez que se ha objetivado la futilidad de un tratamiento si con ello se prolonga la agonía de un paciente el deber ético es de no continuarla, el no hacerlo podría estar afectando el principio de no maleficencia. Se debe informar al paciente o representante sobre la futilidad de las medidas.
- Redefinir las terapias cuidados paliativos.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 31 de 40 |

- **Anotar y justificar las decisiones en la ficha clínica.**
- Se debe tener prudencia para decidir el momento más adecuado para interrumpir el tratamiento, evitando la sensación de abandono.

C.- No hay Acuerdo:

- Entre equipo médico
- Equipo médico y paciente
- Equipo médico y familia y/o representante legal.

Se deberá recurrir a asesoría de expertos y si no hubiera acuerdo consulta al Comité de Ética Asistencial el cual emitirá un informe que no es vinculante que sugiere conductas y si no hubiere acuerdo, se deberá recurrir a la Justicia.

MUERTE DIGNA:

La muerte es una realidad inevitable y no un derecho u opción, de modo que en el derecho a morir con determinadas condiciones de cuidado o sea a morir con dignidad y esto tiene que ver con los tratamientos que las personas reciben al final de su vida que deben ser adecuados y proporcionados, la obligación del médico debe entenderse como la obligación de ayudarle al bien morir de acuerdo a sus valores incluyendo los esfuerzos por minimizar sus padecimientos asegurando su acompañamiento y favoreciendo el desarrollo o recuperación de su autonomía espiritual, la medicina no debe tener como su fin la erradicación de la muerte sino el alivio del sufrimiento y la disminución de las muertes prematuras. Es importante en el proceso de toma de decisiones destinadas a favorecer una muerte digna el conflicto entre el tradicional paternalismo médico y la progresiva autonomía de la relación clínica. En nuestra realidad debemos avanzar hacia decisiones en consenso entre médicos, pacientes o familiares.

Cuando no hay acuerdo la solución debería seguir el camino del diálogo en la búsqueda del consenso, la deliberación conjunta y en algunos casos la asesoría de expertos o de comités de ética clínica.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 32 de 40 |

Acompañamiento espiritual

Ley número 20.584 regula los derechos y deberes que tiene las personas en relación con acciones vinculadas a sus atención de Salud. TITULO II Párrafo 3º “Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual”. Artículo 6º.- “Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico. Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual.”

Una dimensión fundamental de la reflexión en torno a la “muerte digna” es la referida al acompañamiento espiritual, el cual es un derecho del enfermo. Esto permite al enfermo:

- Dar sentido a su enfermedad.
- Profundizar en el conocimiento de sí mismo.
- Avanzar en el sentido de lo trascendente: encontrar la razón de vivir, de morir, de luchar.

En este nivel, el equipo de salud no queda excluido, aunque sean propiamente los agentes espirituales, quienes mejor lo pueden proporcionar.

Sobre esta atención específica espiritual de la persona enferma consideramos algunas cuestiones fundamentales que pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Es un derecho del enfermo.
2. Es un deber de los que le atienden.
3. Es una necesidad.
4. Es un deber de todos.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 33 de 40 |

VII DISTRIBUCION

- DIRECCION
- SUBDIRECCION MEDICA
- SUBDIRECCION DE GESTION DEL CUIDADO.
- JEFES DE SERVICIO.
- ENFERMERAS SUPERVISORAS.
- SERVICIOS DE APOYO CLINICO.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 34 de 40 |

VIII REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1- Dra. Anabella Cifuentes, limitación de esfuerzo terapéutico en terapia intensiva.
- 2- Dra. Lorena Mosso y Dr. Manuel Lavados. Limitación, suspensión y orden de no resucitar ARS.Pontificia Universidad Católica.
- 3- Javier de la Torre Díaz, la Limitación del esfuerzo terapéutico en mayores, Octubre 2009.
- 4- Lavados M, Serani M Limitación, suspensión de tratamientos, en ética Clínica, Fundamentos y aplicaciones.
- 5- Juan Pablo II. Encíclica Evangelium Vitae, Carta encíclica sobre el valor y carácter inviolable de la vida humana 25 de Marzo de 1995.
- 6- Prof. Dr. Victor Manuel Avilés: La asistencia pública. su origen y significado.
- 7- Prof. Dr. Francisco Javier León Correa, Bioética razonada y razonable, Santiago 2009.
- 8- Taboada proporcionalidad Terapéutica en Cuidados Intensivos ARS Medica .Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 9- Código Ética Colegio Médico 2012.
- 10-Protocolo de Climatización De Esfuerzo Terapeútico.Comunidad de Andalucía España
- 11-Código Ética Colegio Médico 2012.
- 12-Formato cero de la unidad de calidad y Seguridad del paciente HUAP.
- 13-Real academia nacional de Medicina de España:
- 14-Sesión científica: 14 de octubre del 2014: LET: perspectiva desde la Ética, Profesor Diego García Guillén.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 35 de 40 |

15-Revista médica de Chile: 131 N° 6 Santiago Junio 2003; sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamientos. Grupo de estudios de ética clínica de la sociedad médica de Santiago, junio 2003 Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamientos .Grupo de estudio de Ética clínica, de la sociedad médica de Santiago, revista médica de Chile V.131 N°6 Santiago, Junio 2003.

American College of Physicians. *ACP Ethics Manual*. Third Edition. Ann Intern Med 1992; 117: 947-960.

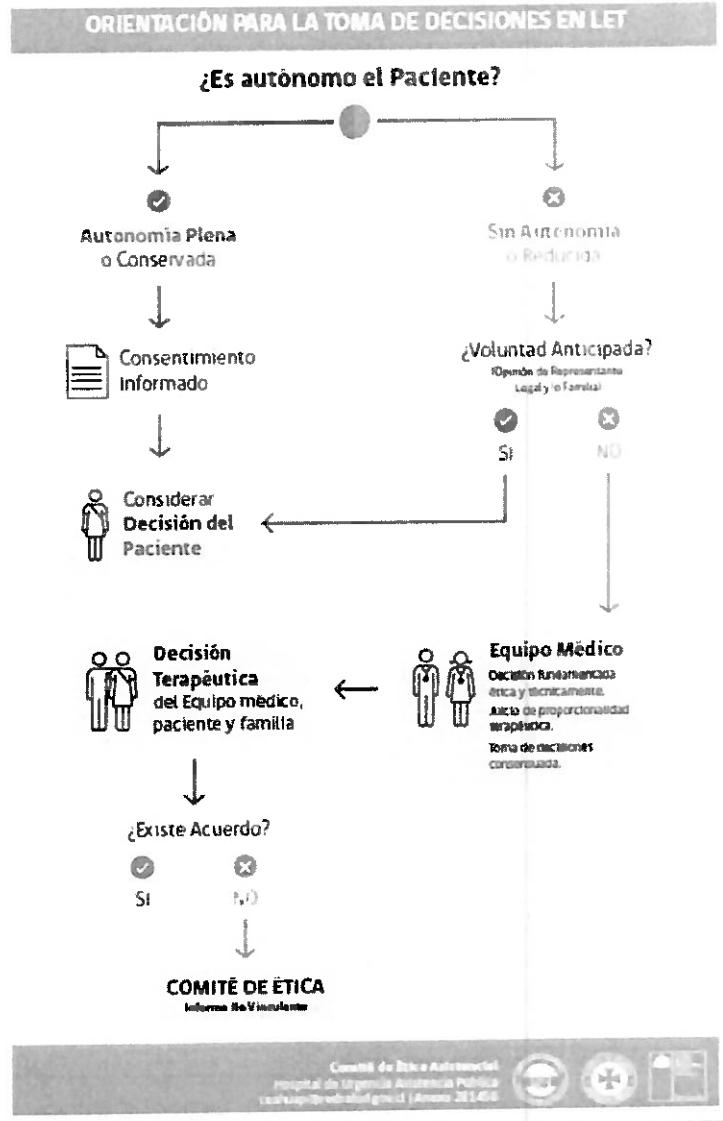
Procedimiento para consultar al Comité de Ética asistencial:

Cuando no se logre el consenso entre la familia del paciente y el médico tratante, existe la posibilidad de acudir al Comité de Ética, para lo cual existe un **formulario de presentación de casos**, que está disponible en la página web del hospital www.huap.cl y buscar el link CEA., este tomará conocimiento del caso y después de realizar un análisis ético del mismo, emitirá un informe que para todos los efectos será no vinculante y tendrá por objeto entregar un punto de vista bioético que contribuya a resolver el dilema ético planteado.

IX ANEXOS

1. FLUJOGRAMA.
2. FORMULARIO DE PRESENTACION DE CASO CLINICO.
3. FORMULARIO DE INDICACION ADECUACION ESFUERZO TERAPEUTICO

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 36 de 40 |



1. Cuando el equipo médico llega a la convicción que el paciente no responde a los diferentes esquemas terapéuticos aplicados y existe una duda razonable de continuar aplicando esquemas fútiles de escaso rendimiento terapéutico, es lícito plantearse suspender o no iniciar medidas que prolonguen la vida y el sufrimiento del paciente y su familia, es en este punto cuando el equipo se plantea la factibilidad

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 37 de 40 |

de pasar a aplicar **limitación de esfuerzo terapéutico** y proporcionar cuidados paliativos, priorizando el consenso con el paciente y/o familia, evitando la sensación de abandono.

Un elemento que marca la diferencia es si el paciente tiene autonomía conservada o no, en el **caso de tener autonomía conservada**, el proceso se facilita ostensiblemente firmando un consentimiento informado previa entrega de toda la información requerida y aclarara todas las dudas planteadas al equipo médico.

Situación distinta se genera cuando **el paciente no tiene autonomía** o ésta se encuentra reducida (V.A.), en que el paciente haya expresado su deseo con anterioridad ya sea por escrito o verbalmente a sus familiares o cercanos.

De existir V.A., esta debe ser considerada al momento de tomar la decisión.

De no existir V.A., se debe considerar la voluntad de la familia o su representante legal para llegar a una decisión fundamentada ética y técnicamente en que prime el consenso.

De no lograr esta unanimidad y existiendo un conflicto ético respecto a la decisión a tomar el equipo y la familia pueden recurrir al comité de ética asistencial del HUAP.

El comité de ética asistencial, tomará conocimiento del conflicto ético lo analizará y evacuara un informe que no tiene carácter vinculante.

2. FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE CASOS CLINICOS

Caso clínico N° : _____
Fecha de Presentación : _____

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 38 de 40 |

Médico Tratante : _____
Servicio : _____

Datos del paciente

Nombre _____ **FC** _____
Edad _____
sexo _____

Antecedentes familiares:

(Los datos deben incluir componentes del grupo familiar, situación económica de la familia, situación previsional)

Antecedentes del caso

Historia Clínica resumida:

Situación Clínica Actual (diagnóstico):

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 39 de 40 |

Pronóstico de la enfermedad:

(Se trata de proyectar el pronóstico del paciente en consideración de su evolución y situación actual)

Dilemas éticos que el caso genera al equipo de salud:

(Indicar las preguntas que desea hacer al Comité)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Opinión del paciente o su familia, sobre las opciones de tratamiento:

(Se pedirá la opinión de los padres en caso de tratarse de un menor de edad y a la familia en caso de pacientes sin autonomía)

3. FORMULARIO DE INDICACIÓN ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

FECHA: _____

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 40 de 40 |

PACIENTE: (NOMBRE COMPLETO Y RUT): _____

REPRESENTANTE LEGAL (NOMBRE COMPLETO Y RUT): _____

Habiendo analizado el caso clínico, a la luz de los fundamentos: éticos, profesionales, legales y religiosos, con prudencia respetando la dignidad del paciente se ha decidido manejo proporcional después que el médico ha informado a: _____

Sobre:

Diagnóstico: _____

Alternativas de acción: _____

- Riesgos: _____
- Beneficios: _____
- Utilidad o inutilidad de las medidas: _____

Pronóstico: _____

Costos y cargos: _____

Voluntad y valores: _____

Se ha decidido que es éticamente aceptable la:

- La suspensión
- Retirada

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 41 de 40 |

- Limitación
- Redefinir estrategias (paliativos)

Se buscará el momento más adecuado para efectuarlo.

Teniendo en cuenta que esta determinación no es irrevocable y es susceptible de modificación según cambien las circunstancias y de acuerdo a la decisión de las partes involucradas primando el bienestar del paciente y conservando su dignidad.

Firma paciente y/o representante legal

Firma Médico.

| | | |
|---|---|------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA | Código CEAH01 |
| | DIRECCIÓN | Versión: 01 |
| | COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL HUAP | Fecha: 04/2018 Vigencia: 5 años |
| | GUIA DE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO | Página 42 de 40 |

NOTA.

Ejemplares de la guía de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, se encontrará disponible a funcionarios de cada servicio en oficina de jefatura.