

## Limitación del esfuerzo terapéutico: Razones para sí llevarlo a cabo

E. Doñate Cariba, I. Domínguez Cobo

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

La Medicina persigue un fin principal que es preservar la vida y curar las enfermedades de los pacientes. Los avances técnicos y científicos son cada vez mejores, más especializados y con un gran despliegue de medios al alcance que deben ser utilizados para lograr el objetivo principal que es curar a los pacientes, no sin antes valorar que la posibilidad de curar es real.

A pesar de que la tecnología ha abierto múltiples beneficios en el camino de la curación muchas veces estos caminos no van de la mano, muy frecuente en el marco de cuidados intensivos pediátricos, la curación no es posible, y si se consigue es a costa de una supervivencia con grandes secuelas y mala calidad de vida. De aquí deriva el concepto de *Futilidad*, que se refiere a que un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado y, por tanto, no existe la obligación de aplicarlo. Por ello en ocasiones durante la atención a niños críticamente enfermos hay que determinar la conveniencia de los tratamientos y decidir si está indicada su instauración o por si por el contrario es más apropiado no iniciarlo o retirarlo si ya se ha iniciado. Al plantear estas decisiones iniciáramos el proceso de Limitación o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (LET/AET) cuyo fin es valorar ante todo que beneficia al paciente y que no, considerando que hay que identificar claramente la fase de agonía y permitir la muerte como proceso natural evitando así caer en un ensañamiento terapéutico. En la práctica la toma de decisiones de LET/AET y su aplicación es muy difícil para los profesionales y su familia, pudiendo ser motivo de conflicto ético e incluso legal.

En los profesionales estas decisiones se pueden interpretar como un fracaso profesional y de gran impacto emocional. Pero una vez tomada la decisión de LET/AET, no quiere decir que el esfuerzo finalice, sino que se traspasa a otras áreas que pueden ser de mucho más ayuda tanto para el paciente/niño como para su familia, como sedación, analgesia, el apoyo psicológico, social y espiritual. Áreas no tan médicas, pero de gran responsabilidad en el ámbito de la enfermería.

### DEFINICIÓN

La limitación del esfuerzo terapéutico según el Artículo 5 de la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte de Andalucía, la define como:

*“Retirada o no de la instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona/niño en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.”*

Por tanto, el concepto de LET<sup>(1)</sup>, en su concepción actual, señala dos tipos de acciones que se pueden realizar:

1. Suprimir, suspender o retirar (*Withdraw*).
2. No iniciar o abstenerse de poner algo nuevo (*Withold*).

Aunque algunos profesionales consideran una tercera acción es restringir, es decir, reducir, disminuir o acortar el suministro de algún tipo de tratamiento. Valorando estas tres acciones podemos ver que tienen un fin común que es dejar de usar o no instaurar el recurso terapéutico-tecnológico evaluado como fútil.

### Conceptos a tener en cuenta y definición de los mismos

Estos términos y conceptos<sup>(2)</sup> son considerados de importancia en el contexto de una posible LET.

- **AET (Adecuación del Esfuerzo Terapéutico):** Es equiparable a LET, salvo que elimina el componente peyorativo (“No Hacer”) y reforzar los aspectos positivos relacionados con los tratamientos indicados, los cuidados paliativos y la búsqueda del confort del paciente al final de la vida.
- **Soporte Vital:** Todo tipo de intervención sanitaria con el fin de mantener las funciones vitales de la persona, independientemente de que dicha acción actué o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base que amenaza la vida.
- **Futilidad:** Un tratamiento es fútil cuando no consigue el objetivo fisiológico deseado, es decir no ofrece una esperanza razonable de mejoría.
- **Tratamiento Desproporcionado:** Aquel que no va a producir ningún beneficio para el paciente o va a someterlo a riesgos desproporcionados con los beneficios esperados.
- **Obstinación o Encarnizamiento Terapéutico:** Situación en la que se inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica, a un paciente/niño en el proceso de la muerte sin posibilidades de mejora o recuperación. Y que únicamente prolongan su vida, mermando su calidad de vida e incluso pudiendo llegar a aumentar su sufrimiento.
- **Indicación y/o Acuerdo de No Reanimar (*Do-Not-Resuscitate Order*):** Modalidad de LET que consiste en no poner en práctica las maniobras de RCP. Esto supone un acuerdo entre los profesionales y el paciente o sus representantes, debiendo dejar constancia en la historia clínica y estará sujeta a revisión según cambien las condiciones del paciente o así lo decidan sus representantes legales.
- **Permitir que Occurra la Muerte Natural (*Allow Natural Death*):** Sería el proceso de retirada o no instauración de medidas que alargarían temporal y artificialmente la supervivencia. Esto supone no interferir en el proceso natural de la muerte, pero sí proporcionarle cuidados al paciente centrados en el confort y alivio del dolor y otros sufrimientos que pueda tener.
- **Reanimación Simbólica (*Slow Code*):** Se refiere a la realización de intentos de reanimación que se sabe que serán fútiles, bien sea para que la familia vea que se ha hecho todo lo posible o por los profesionales para mitigar la sensación de impotencia.
- **Intento Terapéutico Limitado en el Tiempo:** Consiste en el inicio de una terapia, con el compromiso expreso, tras acordarlo con el paciente

o representantes legales, de retirarla si se comprueba su futilidad. Estos intentos pueden ayudar a resolver dudas a los profesionales y a las familias.

- **Sedación Paliativa:** Se trata de la administración de sedantes y analgésicos al final de la vida para tratar el dolor, malestar y la agitación, que no mejoran con otras medidas.

## MARCO LEGAL EN ESPAÑA

A pesar de que en la ley no vamos a encontrar la solución a nuestras dudas y situaciones conflictivas, debemos conocer el sustrato legal en el que se puede fundamentar la LET. Ya que se acude a la ley cuando existen discrepancias de opinión entre los profesionales sanitarios y la opinión del paciente o representantes legales siendo el juez el que debe pronunciarse. Afortunadamente en la inmensa mayoría de los casos en los que se decide una LET, no es necesario el veredicto del juez. Pero si es responsabilidad inequívoca conocer lo que es moralmente adecuado y que esa adecuación moral está dentro de la legalidad.

### Leyes básicas

En 2010 se aprueba la primera Ley de Muerte Digna Ley 2/2010 en Andalucía, y a lo largo de 2011 en Navarra y Aragón. Así pues, despejadas de forma definitiva las incógnitas sobre corrección ética y jurídica de la LET, solo queda ahora introducir herramientas que permitan que sea aplicada de forma adecuada en la práctica diaria de la Medicina Intensiva.

En la Comunidad de Madrid entra en vigor la Ley 4/2017 de 9 de Marzo de Derechos y Garantías de las personas en el proceso de morir (Publicada el 22 de Marzo de 2017 B.O.C.M.), la cual tiene por objeto regular y proteger el ejercicio de los derechos de las personas a una adecuada atención sanitaria en el proceso de morir, establecer los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes que se encuentren en esta situación y definir las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a ofrecer con respecto a ese proceso.

### Actuaciones legales en relación a los menores de edad

Entre los aspectos legales relacionados con la asistencia a menores de edad destacaríamos las siguientes disposiciones:

- En el Artículo 6 del Convenio europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina puede leerse: *“Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, esta solo podrá efectuarse con autorización de representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.”*

En el estado español, en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor destaca los siguientes artículos:

- **Art.2.-** Se establece el interés superior del menor
- **Art.4.-** Los menores tienen derecho al honor, a la intimidad familiar y personal y a la propia imagen.
- **Art.5.-** Los menores tienen derecho a buscar, recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo.
- **Art.9.-** El menor tiene derecho a ser oído, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo o judicial en que está directamente implicado y que conduzca a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar y social.

La opinión del menor será tomada en consideración, dependiendo el grado de determinación en función de la edad y/o grado de madurez. En pediatría se precisan unas características especiales para la toma de decisiones, ya que tienen que valorarse la posición de los padres o tutores y la de los profesionales, pudiendo generarse dudas en relación con conductas que estén dentro de una buena práctica clínica o que puedan rebasar límites legales.

La doctrina del Tribunal Constitucional ha evolucionado y hoy día si el ciudadano es mayor de 16 años, tiene autonomía de decisión en relación con su vida, ya sea mediante actuaciones directas o diferidas, a través de

sus deseos. Únicamente se registra la decisión en la historia clínica, y si es necesario utilizar el formulario escrito de consentimiento informado.

Entre 12 y 16 años, se evalúa la capacidad y madurez para decidir, si es insuficiente se toma en cuenta su opinión, pero la decisión corresponde a quienes ostenta la patria potestad o tutela. Si su madurez es suficiente, el menor debe decidir, pero en caso de grave riesgo la opinión de la familia se tiene en cuenta para la toma de decisión correspondiente. En caso de conflicto, consultar al Juzgado o Ministerio Fiscal. Menor de 12 años, se considera incapacidad de decisión, por ello esta responsabilidad recae sobre quienes ostenta la patria potestad o la tutela. Aunque la ley no lo exige, la persona menor debe ser siempre oída. (Ley 41/2002).

## CONSIDERACIONES EN PEDIATRÍA DURANTE EL PROCESO DE LET

En la práctica, las recomendaciones sobre LET no son claras ni definidas, tampoco es una actitud nueva. Se ha venido limitando el esfuerzo en determinadas situaciones de una forma generalmente “paternalista”, es decir, tomada la decisión única y exclusivamente por el médico, informando a los padres de la no viabilidad del niño. En el estado actual de exigencia, esta decisión debe:

- Ajustarse al conocimiento actual de la medicina y fundarse en la medicina basada en la evidencia, bases éticas, legales y técnicas.
- Se debe informar y consultar siempre a la familia, mejorando la transparencia de la información y la honestidad en el pronóstico a largo plazo.
- Someterse a discusión colectiva y consenso del equipo.
- Debe quedar registro en la historia clínica del paciente de manera detallada.

En LET se acepta la retirada de soporte vital por razones de futilidad fisiológica como, por ejemplo, la muerte cerebral, pacientes con fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días de duración y pacientes en estado vegetativo persistente<sup>(2)</sup>. En este contexto se pueden clasificar los tratamientos en cuatro categorías:

1. Tratamiento que no tiene ningún efecto fisiológico beneficioso.
2. Tratamiento que es extremadamente improbable que sea beneficioso.
3. Tratamiento con efecto beneficioso, pero extremadamente costoso.
4. Tratamiento cuyo beneficio es incierto o controvertido.

Solo el 1 se considera fútil. El resto son tratamientos que, en la mayoría de las ocasiones pueden ser considerados inapropiados y/o inadmisibles<sup>(2)</sup>. La LET es una de las decisiones más difíciles y complejas con la que se enfrenta el profesional sanitario en el desarrollo de su labor. Por ello las decisiones terapéuticas deben ser consensuadas por todo el equipo de salud, es decir: enfermeros, médicos, especialistas, incluyendo a los padres y al comité de bioética asistencial el cual proporcionará las recomendaciones a fin de orientar los actos, respetando los principios fundamentales para toda persona. Si existen dudas de un solo miembro del equipo implicado, en la decisión de limitación se debe hacer que esta se posponga; o bien se debe apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia.

Una vez tomada la decisión LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente/niño durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación asegurando la ausencia de dolor físico y psíquico. En las unidades de cuidados intensivos la LET se basa en la expectativa de muerte inminente sin olvidarse del concepto de calidad de vida. Dos criterios básicos para su aplicación son el mal pronóstico vital o de supervivencia y la mala calidad de vida. Además de tener presente el mejor interés para el paciente/niño, valorar la incertidumbre en el pronóstico, inutilidad terapéutica, voluntad del paciente o la de sus representantes y uso eficiente de recursos.

El Objetivo en la LET no es derrotar a la enfermedad ni suprimir la muerte, sino en que la medicina debe considerar como meta principal las necesidades del paciente/niño que se está atendiendo y no la enfermedad, por ello nos debemos apoyar en la Normativa vigente Bioética y en los cuatro principios éticos, relevantes en la limitación de los tratamientos.

## PRINCIPIOS ÉTICOS EN LA LET

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética nos sirve para dar un valor metodológico en la toma de decisiones, tal como se establece en la obra de Beauchamp y Childress<sup>(2)</sup>.

### Autonomía

La autoridad final siempre debe ser la decisión del paciente competente o de sus representantes en el caso de los niños, a la hora de aceptar o rechazar el tratamiento que proponen los médicos.

### No maleficencia

Este principio consiste en no aplicar un tratamiento no indicado, que causa una complicación evitable, daño o cualquier tipo de lesión. No es infrecuente que en UCIP llegue un momento en que nuestras intervenciones no actúan realmente prolongando una vida aceptable, sino alargando un inevitable proceso de muerte.

### Beneficencia

Responsabilidad del médico de buscar cómo objetivo principal restaurar la salud, preservar la vida y aliviar el sufrimiento del paciente/niño. En UCIP estos conceptos pueden entrar en conflicto, ya que no todo lo técnicamente posible resulta beneficioso para el enfermo y en ocasiones determinados procedimientos pueden ser perjudicial, con lo que se infringen los principios previos.

### Justicia

La distribución de los recursos sanitarios debe ser equitativa. Por esto administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irreversibles puede excluir, a otros necesitados, con lo que se viola dicho principio.

## CONCLUSIONES

El Objetivo cuando se atiende a un niño enfermo es recuperar su salud. Las UCIP son una especialidad que en los últimos años han ganado importantes avances tecnológicos, estos han dado lugar a la prolongación del proceso de morir, con el consiguiente sufrimiento adicional a los pacientes y sus familias, creando situaciones complejas y dando lugar a una extensión muchas veces dolorosa de la vida.

En el contexto del niño crítico, las decisiones vinculadas a LET/AET son de gran interés clínico y motivo de debate. En bioética no hay recetas prefijadas para todos los casos, como tampoco lo hay en clínica. Además, no existe ninguna ley que pueda evitar el tener que realizar el esfuerzo del discernimiento en conjunto, para lograr el mayor beneficio del niño.

El desconocimiento bioético a veces lleva a retrasar la decisión de LET/AET y a no tomarla en el momento adecuado, por lo que muchas veces es tardía, cuando la muerte es inminente y el tratamiento solo prolonga la agonía, cayendo así en la obstinación terapéutica.

Por ello debemos de tener en cuenta varios aspectos para ofrecer calidad de asistencia y humanización en el paciente/niño crítico en el que se ha decidido aplicar LET/AET<sup>(3)</sup>:

- En el momento de la decisión los padres deben ser incluidos e informados de forma sencilla y adecuada, haciéndoles partícipes de las decisiones. Y planteándoles claramente la probable calidad de vida futura, secuelas graves de retraso físico y mental, presencia de dolor y sufrimiento en el largo plazo.
- Siempre debe existir un médico que esté a cargo del paciente y coordine la asistencia de los distintos miembros del equipo que están implicados en el tratamiento y cuidados del niño, ya que al trabajar con un sistema de turnos se tiende a perder esta personalización, por lo que es ideal que sea un interlocutor apropiado para informar a los padres y aclarar dudas y percepciones. Aportando continuidad del tratamiento.
- El médico responsable, debe registrar en la historia del niño la decisión tomada por el equipo multidisciplinar y comité de ética, y así evitar situaciones que impidan el buen morir del niño.

- La toma de decisiones debe estar centrada en el niño y su familia.
- Debe existir una buena comunicación dentro del equipo y con los padres.
- Centrar la asistencia en proporcionar medidas de confort al niño, siendo muy importante la ausencia del dolor, y el apoyo emocional para él y sus padres.
- Se precisa de un equipo multidisciplinar, para ayudar a transformar un ambiente sombrío por la muerte en un lugar lleno de humanización, respeto, dignidad etc. que permita una muerte digna, acompañado de su familia.
- La Organización debe prestar Formación y Apoyo a los profesionales, ya que es una gran carga emocional la que sufren en estas situaciones, acompañando física y espiritualmente al niño y sus familias en el proceso final de la vida, despedida y posterior duelo.

## CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN SOBRE LA LET/AET EN LA UCIP DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS

### Introducción

Nuestra UCIP cuenta con 14 camas distribuidas de la forma siguiente: una sala central con 8 camas (una de ellas preparada para atender politraumatizados) y 6 Boxes de aislamiento con presión positiva/negativa. En cada cama se han instalado brazos robóticos de avanzada tecnología y ordenadores a pie de cama que permiten visualizar las pruebas in situ en todos los puestos equipados para cuidados intensivos.

El Hospital Niño Jesús es un centro sanitario monográfico dedicado en exclusiva a la patología pediátrica y es referente en las especialidades de Neurocirugía y Oncohematología. En la UCIP se atienden pacientes de múltiples patologías, siendo las más prevalentes y donde existe mayor pico de mortalidad, la insuficiencia respiratoria y las de origen infeccioso/sepsis, las cuales son más letales en los pacientes hemato-oncológicos.

Es una UCIP pionera en cuanto a la Humanización, es UCIP de puertas abiertas, porque se respeta el derecho de los padres a acompañar a sus hijos y de los niños a estar con sus padres, durante las 24 horas, siempre que la situación asistencial y las necesidades del servicio lo permitan. La filosofía principal es desdramatizar la estancia de los niños en el ámbito hospitalario, hacerla lo más agradable posible y compatibilizar la eficacia de los tratamientos con la vida del niño (decoración infantil, visita de payasos, actuaciones de Música en Vena, TV, Tablet, etc).

Ha sido reformada por la Fundación Aladina, siendo inaugurada el 14 de diciembre de 2016, y se ha dado mucha importancia a la luz natural para crear un ambiente cálido, con grandes ventanales desde los cuales se puede disfrutar de las maravillosas vistas que ofrece el parque del Retiro. Así, los niños, familias y personal pueden mantener su ritmo circadiano, influyendo en la mejora del estado de ánimo.

Por ello dado que nos preocupa todo lo relacionado a la normalización de la vida del niño hospitalizado, la defensa de sus derechos, por qué no nos vamos a ocupar del derecho de tener una muerte digna, acompañándole en el proceso final de la vida.

### Estudio y encuesta realizada

De forma previa a la redacción de este texto nuestro servicio ha sido aceptado para publicar su experiencia acerca de la AET, en la última década. En este estudio se recogen 147 niños fallecidos, de los cuales, en 88 no se explicita la realización de AET. En los 41 de los 59 pacientes restantes se registró tanto la AET, como el motivo y las medidas adoptadas (27 de ellos presentaban una enfermedad hemato-oncológica). Los pacientes en los que se registró AET mostraron mayor tiempo de hospitalización. El motivo por el que se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico fue tanto la irreversibilidad de la enfermedad que condicionó el ingreso en UCIP como el mal pronóstico de la enfermedad de base. La retirada del soporte respiratorio y hemodinámico fueron las medidas mayoritarias, priorizándose las medidas centradas en el confort, sedación y analgesia. La familia estuvo informada y fue partícipe de la decisión en más de la mitad de los casos.

- En conclusión, dada la particularidad de nuestro centro, los pacientes con enfermedad oncohematológica, y en especial con TPH previo, son el grupo mayoritario de pacientes en los que se registró AET/LET. Se asoció fundamentalmente a ingresos prolongados siendo la retirada de inotrópicos y asistencia respiratoria las medidas más frecuentes adoptadas.

En nuestro servicio nos guía un interés común que es mejorar el cuidado al final de la vida de nuestros pacientes. Nos preocupa y nos ocupa a todos. Por esto hemos realizado una encuesta anónima para conocer la percepción y conocimiento de nuestro equipo, formado por siete médicos, treinta y dos enfermeras, diecinueve auxiliares y cinco residentes.

Ha sido realizada por el 80% de nuestro personal.

- Las variables Cuantitativas han sido: Edad y Años de actividad laboral
- Las variables Cualitativas valoradas son: Sexo, Categoría profesional y si tiene hijos.

El resto de las preguntas han sido para valorar si están a favor o en contra, la percepción sobre la AET, el conocimiento sobre el tema, la actitud ante los padres y los conceptos que se deben tener en cuenta. Los resultados que nos encontramos son:

- Mayoría mujeres (78,8%).
- Personal relativamente joven (25 a 45 años).
- En más del 50%, la actividad laboral fue mayor de 9 años.
- Sin hijos el 55%.

En cuanto a la percepción y conocimientos:

- 77% sabe que significa AET.
- 96% está a favor de su aplicación y el 63% piensa que se debe realizar más a menudo.
- 90% consideran que los padres deben estar presentes. Y un 71% considera que deben recibir apoyo psicológico y espiritual

Claramente el personal de la UCIP está a favor de AET. Adecuamos medidas de confort, que no es limitar, ni retirar esfuerzo. Nuestro objetivo el acompañar a nuestros pacientes y sus familias en el camino hacia el final de la vida, con nuestra presencia siempre que lo requieren, escuchando sin prejuicios, explicándole con palabras sencillas la información que nos piden tantas veces como sea necesario, mostrando unidad y fortaleza del equipo en la decisión. Aplicamos en este proceso la Humanización, es decir, permitimos que la persona se muera como persona.

Para ello nos esforzamos en prepararlos para lo que va a suceder, dejándole todo el tiempo que precise para estar con su hijo, reforzarle en

todo momento que vamos a velar porque su hijo no sufra, si quieren les dejamos que participen en sus cuidados, para que le toquen acaricien y abracen siempre que quieran.

En el momento de la despedida ofrecemos coger en brazos a su hijo, participar en el aseo y vestido. En todo momento nos preocupamos por proporcionarles todo lo que puedan necesitar tanto física, emocional, social y espiritualmente. Facilitamos que se despidan de hermanos y otros familiares. Además el H.U. Niño Jesús cuenta con una Sala Mortuorio, acondicionada para que puedan estar con su familia durante el trámite funerario. Todo esto con el fin de prevenir duelos complicados.

Los profesionales somos humanos y necesitamos a veces expresar nuestras emociones, además de necesitar apoyo emocional de nuestros compañeros, entre los cuales tenemos a nuestra Psicóloga, la cual ayuda también a las familias. Necesitamos saber afrontar la muerte de nuestros pacientes/niños “no se nos mueren”, expresión que solemos decir, se mueren por su enfermedad de base, y nosotros retiramos medidas para permitir que se mueran. Por eso necesitamos sostén emocional para afrontar los sentimientos encontrados de impotencia, tristeza, rabia, etc., tan habituales en estas situaciones.

Otro punto fuerte es la necesidad de formación en los profesionales no solo para ofrecer mejores atenciones a nuestros pacientes, sino para estar preparado a la hora de tener que tomar una decisión de este calibre, y saber afrontar todo el abanico de situaciones que se presentan en estos momentos tan difíciles y duros.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalo Morales V. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos. *Rev Chil Pediatr.* 2015; 86: 56-60.
2. Grupo de Trabajo de Ética de la SECIP. Guía para la adecuación y limitación del esfuerzo terapéutico en CIP. Barcelona: Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP); 2015.
3. Cabré Pericas L, Solsona Duran JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2002; 26: 304-11.

#### ANEXO: LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 2/2010 de 8 de abril, de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte. Comunidad Autónoma de Andalucía.