

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ADECUACIÓN DE LAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS (AMDT)

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Todas las unidades de hospitalización del Servicio Riojano de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

En los centros hospitalarios resulta difícil adoptar decisiones terapéuticas cuando se vislumbra el final de la vida del paciente ingresado. En algunas ocasiones se utilizan tratamientos costosos para mantener la vida aun a sabiendas de que no resultan útiles. En estas situaciones, muchos pacientes no tienen la capacidad suficiente como para tomar decisiones sobre su cuidado; es necesario acudir a lo estipulado en sus instrucciones previas o recurrir, muy frecuentemente, al criterio de sus familiares o allegados. Las preferencias y valores declarados previamente por el paciente confluyen con los propios de los familiares o allegados que deben tomar la decisión tras la información por el facultativo responsable de la asistencia.

Las situaciones descritas son recurrentes y pueden plantear problemas de índole clínico y ético, especialmente cuando se aborda la concepción de la muerte como un fracaso terapéutico. A veces, los familiares o allegados perciben que tienen que asumir la responsabilidad de la decisión de aceptar el inicio del camino que llevará al paciente a sus últimos días. Esa decisión tiene que ser compartida y acompañada por el asesoramiento profesional sanitario para aceptar que el fin de la vida es un proceso natural.

Por último, hay que destacar que los manuales de bioética aconsejan la elaboración de protocolos que faciliten la toma de decisiones para la adecuación de medidas diagnósticas y de tratamiento. Estos protocolos se deben elaborar de manera consensuada y con atención a la idiosincrasia de los centros sanitarios donde deben ser aplicados.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente documento es intentar aportar confianza a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones cuando se ha llegado a la determinación de adoptar medidas encaminadas a limitar el esfuerzo terapéutico y a aplicar medidas paliativas y de confort al paciente. En ocasiones estos procesos se desarrollan de una manera natural, pero en otros, no existe una buena alineación de criterios entre los profesionales, el paciente y la familia o allegados.

Con la experiencia acumulada en la Comisión de Ética Asistencial se presenta este protocolo para proporcionar herramientas que ayuden al profesional sanitario a abordar el proceso de adopción de AMDT cuando pueden existir distintos puntos de vista con el paciente y/o familiares o allegados.

3. MARCO DEONTOLÓGICO

Tanto en el código deontológico Médico como el de Enfermería se establecen los criterios para proporcionar la ayuda al paciente al final de su vida.

No deberán emprenderse o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo.

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE			Pág. 1 / 5
en formato PDF/A 1.7 Firma PAdES. Custodiado en repositorio seguro del Gobierno de La Rioja.			
Expediente	Tipo	Procedimiento	Nº Documento
00860-2025/025790	Otros	Solicitudes y remisiones generales	2026/0878002
Cargo		Firmante / Observaciones	Fecha/hora
1 Presidente de la Comisión de Ética Asistencial		Adolfo Calvo Martínez / Visto Bueno.	15/09/2026 13:53:47
2 Secretario de la Comisión de Ética Asistencial		Jose Alberto Perez Tercero	15/09/2026 14:25:41
3 SELLADO ELECTRÓNICAMENTE		por Gobierno de La Rioja con CSV: TYFPIPLSEBZ95HR Dirección de verificación: https://www.larioja.org/verificacion	15/09/2026 14:25:46

Cuando la curación del paciente ya no es posible, se tiene la obligación de aplicar medidas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

4. MARCO ÉTICO

El objetivo fundamental de las decisiones clínicas es actuar para el mejor interés del paciente, respetando sus valores y teniendo presentes los principios generales de la bioética; especialmente los de autonomía, no maleficencia y justicia.

No se deben iniciar o continuar tratamientos fútiles, entendiendo como tales los que no alcanzan el objetivo deseado, pues suponen una mala práctica clínica por ir en contra de la dignidad humana, además de ir en contra del principio de justicia por consumir recursos económicos inútiles.

5. DEFINICIONES

- **Adecuación de las medidas diagnósticas y terapéuticas (AMDT):** Situación en la que se acepta la irreversibilidad de un proceso clínico y la conveniencia de suspender o no iniciar tratamientos que tengan escasa posibilidad de éxito o cuya finalidad única sea prolongar la vida biológica sin posibilidad de recuperación funcional o de mantener una calidad de vida mínima. Estas medidas constituyen una buena práctica clínica, un criterio de calidad asistencial y no hay que confundirlas con la eutanasia.
- **Encarnizamiento terapéutico:** Es la realización de prácticas diagnósticas o terapéuticas que no están indicadas para un determinado paciente debido a su elevado riesgo de efectos secundarios o de producir sufrimiento en contraposición al escaso beneficio que puede obtener de ellas. También es la situación en la que a una persona (que se encuentra cercana al fin de la vida o de agonía por una enfermedad grave e irreversible) se le inician o mantienen medidas de soporte vital o se le realizan otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin concederle posibilidades reales de mejora o recuperación. Resultan una mala praxis clínica.
- **Medidas de confort y paliativas:** Son las decisiones clínicas para proporcionar al paciente la mejora de la calidad de vida en el contexto de enfermedades avanzadas, enfocándose en el alivio del dolor, el bienestar físico y el soporte emocional/espiritual. Se complementan con un entorno tranquilo, apoyo familiar y atención integral.

6. PROBLEMÁTICA ANTE LAS AMDT

Se debe valorar la capacidad del paciente en la toma de decisiones que afecten a su salud, respetando, en todo momento, lo regulado en la normativa vigente y dejando reflejados todos los pasos seguidos en la Historia Clínica. Este aspecto ya se habrá realizado desde el ingreso del paciente, pero debe ser reevaluado para ponderar si ha habido algún cambio significativo.

Es evidente que hay que comprobar la determinación del pronóstico del proceso del paciente con base en la mejor evidencia científica disponible. Hay que verificar de manera concluyente la situación clínica e inviabilidad del abordaje de medidas terapéuticas y técnicas invasivas.

La decisión de adecuar las medidas diagnósticas y terapéuticas deberá basarse en la situación clínica, el pronóstico, la proporcionalidad de las intervenciones, los valores y preferencias del paciente y, cuando proceda, sus instrucciones previas. Se promoverá un proceso deliberativo con el

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE			Pág. 2 / 5
en formato PDF/A 1.7 Firma PAdES. Custodiado en repositorio seguro del Gobierno de La Rioja.			
Expediente	Tipo	Procedimiento	Nº Documento
00860-2025/025790	Otros	Solicitudes y remisiones generales	2026/0878002
Cargo		Firmante / Observaciones	Fecha/hora
1 Presidente de la Comisión de Ética Asistencial		Adolfo Calvo Martínez / Visto Bueno.	15/09/2026 13:53:47
2 Secretario de la Comisión de Ética Asistencial		Jose Alberto Perez Tercero	15/09/2026 14:25:41
3 SELLADO ELECTRÓNICAMENTE por Gobierno de La Rioja con CSV: TYFPIPLSEBZ95HR Dirección de verificación: https://www.larioja.org/verificacion			15/09/2026 14:25:46

paciente, familia o representantes, buscando el mayor consenso posible, sin trasladar a la familia la responsabilidad exclusiva de la decisión clínica.

7. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Si el paciente o la familia no aceptan la propuesta del profesional sanitario para limitar el esfuerzo terapéutico e iniciar la AMDT, los pasos a seguir y vías de solución que se proponen son las siguientes (y no necesariamente por este orden):

- a) Comprobación de la existencia o no de Instrucciones Previas (Testamento Vital) por parte del paciente. Hay que explorar la historia de valores del paciente, sus creencias, opiniones y deseos que haya podido expresar previamente para formar un relato coherente y sólido que apoye la decisión a tomar.
- b) Si el paciente no está en condiciones de decidir las medidas a seguir propuestas por el Médico Responsable hay que hablar con la familia para explicar la situación clínica y:
 - a. Hacer entender que no es un abandono terapéutico.
 - b. Que se van a seguir proporcionando medidas de confort y tratamiento sintomático.
 - c. Que el paciente con la situación actual está sufriendo.
- c) Si no se logra la alineación de la familia con las medidas de confort propuestas, se puede explorar la posibilidad de que la familia consulte la situación del paciente con su Médico de Atención Primaria (M.A.P.). Si su M.A.P. es el habitual, es más probable que tenga la misma opinión que la propuesta hospitalaria. Incluso si su M.A.P. no es el habitual se puede ver positivamente su opinión como una visión independiente al medio hospitalario. También se puede contactar previamente con el M.A.P. para poner en su conocimiento la situación y poder, en su caso, adelantar su opinión. En este punto hay que recordar que el M.A.P. está legitimado para acceder a la Historia Clínica (siempre que participe en la asistencia o continuidad de cuidados y únicamente a la información necesaria para esa finalidad) y poder repasar la situación del paciente.
- d) Otro recurso que se debe valorar es la intervención de los profesionales de Trabajo Social Sanitario, los cuales pueden realizar una evaluación del entorno sociosanitario y familiar del paciente, aportando información complementaria que facilite la adopción de una medida ajustada y consensuada.
- e) Si no se llega a un acuerdo con la familia, hay que proporcionar un pequeño tiempo de reflexión e intentar que sea otro profesional (o varios) del Servicio responsable de la asistencia quien reiteren la posición terapéutica a seguir.
- f) Otra opción es plantear el caso en Sesión Clínica del Servicio para confirmar la postura a seguir y transmitir al paciente y su entorno que la decisión está avalada por un grupo de profesionales que han analizado con profundidad la situación y mejores soluciones.
- g) Si son varios los Servicios o profesionales implicados en la asistencia del paciente, se puede intentar que otro profesional (que no sea el interlocutor principal) sea quien explique el

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE			en formato PDF/A 1.7 Firma PAdES. Custodiado en repositorio seguro del Gobierno de La Rioja.	Pág. 3 / 5
Expediente	Tipo	Procedimiento		Nº Documento
00860-2025/025790	Otros	Solicitudes y remisiones generales		2026/0878002
Cargo		Firmante / Observaciones		Fecha/hora
1	Presidente de la Comisión de Ética Asistencial	Adolfo Calvo Martinez / Visto Bueno.		15/09/2026 13:53:47
2	Secretario de la Comisión de Ética Asistencial	Jose Alberto Perez Tercero		15/09/2026 14:25:41
3	SELLADO ELECTRÓNICAMENTE por Gobierno de La Rioja con CSV: TYFPIPI SER795HR		Dirección de verificación: https://www.larioja.org/verificacion	15/09/2026 14:25:46

planteamiento. Al fin y al cabo, se trata de buscar puntos de conexión con el entendimiento del paciente y su familia. También se puede ofrecer una explicación conjunta donde deberían estar presentes los facultativos de las distintas especialidades. Igual que en el paso anterior, se trata de hacer ver que a la conclusión clínica propuesta no se ha llegado exclusivamente por un criterio individual del médico responsable del paciente.

- h) La Comisión de Ética Asistencial puede ser consultada para analizar el caso, asesorar y emitir recomendaciones sobre las medidas propuestas y servir de interlocutora en el proceso de explicación al paciente y entorno familiar.
- i) En el caso de que el paciente y/o familia sean creyentes, otro recurso que puede ser útil es acudir al consuelo y asesoramiento espiritual siempre que exista un guía de referencia cuya intervención pueda ser positiva.
- j) La información deberá proporcionarse en un entorno privado, con lenguaje claro, permitiendo preguntas, comprobando la comprensión y evitando expresiones que puedan interpretarse como abandono, tales como “ya no hay nada que hacer”. Se recomienda explicar que el objetivo asistencial cambia: de intentar modificar el curso de la enfermedad a aliviar el sufrimiento, preservar la dignidad y acompañar al paciente y su familia.

8. CONTENIDO MÍNIMO DEL REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA (CHECKLIST)

Campo mínimo	Debe constar
Situación clínica	Diagnóstico, evolución, pronóstico y motivo de AMDT.
Capacidad del paciente	Capaz / no capaz / capacidad fluctuante.
Voluntad del paciente	Preferencias expresadas, valores, instrucciones previas si existen.
Profesionales participantes	Médico responsable, enfermería, especialistas, paliativos, trabajo social, otros.
Información facilitada	A quién se informa, fecha, contenido principal y comprensión.
Decisión adoptada	Qué medidas no se inician, se retiran o se ajustan.
Plan de confort	Tratamiento sintomático, cuidados de enfermería, apoyo familiar, acompañamiento.
Reevaluación	Fecha prevista o criterios de revisión.

9. MARCO LEGAL Y NORMATIVO.

- 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 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja.

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE en formato PDF/A 1.7 Firma PAdES. Custodiado en repositorio seguro del Gobierno de La Rioja.				Pág. 4 / 5
Expediente	Tipo	Procedimiento	Nº Documento	
00860-2025/025790	Otros	Solicitudes y remisiones generales	2026/0878002	
Cargo		Firmante / Observaciones	Fecha/hora	
1 Presidente de la Comisión de Ética Asistencial		Adolfo Calvo Martínez / Visto Bueno.	15/09/2026 13:53:47	
2 Secretario de la Comisión de Ética Asistencial		Jose Alberto Perez Tercero	15/09/2026 14:25:41	
3 SELLADO ELECTRÓNICAMENTE		por Gobierno de La Rioja con CSV: TYFPIPLSEBZ95HR	Dirección de verificación: https://www.larioja.org/verificacion	
			15/09/2026 14:25:46	

- Regulación en las leyes anteriores y en la normativa de desarrollo del documento de Instrucciones previas (voluntades anticipadas).
- Ley 3/2025, de 23 de junio, de garantías y derechos de las personas con necesidades paliativas.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (para diferenciar de la ADMT).
- Código de Deontología Médica.
- Código Deontológico de Enfermería.

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE			en formato PDF/A 1.7 Firma PAdES. Custodiado en repositorio seguro del Gobierno de La Rioja.	Pág. 5 / 5
Expediente	Tipo	Procedimiento	Nº Documento	
00860-2025/025790	Otros	Solicitudes y remisiones generales	2026/0878002	
Cargo		Firmante / Observaciones	Fecha/hora	
1 Presidente de la Comisión de Ética Asistencial		Adolfo Calvo Martínez / Visto Bueno.	15/09/2026 13:53:47	
2 Secretario de la Comisión de Ética Asistencial		Jose Alberto Perez Tercero	15/09/2026 14:25:41	
3 SELLADO ELECTRÓNICAMENTE		por Gobierno de La Rioja con CSV: TYFPIPLSEBZ95HR	Dirección de verificación: https://www.larioja.org/verificacion	
			15/09/2026 14:25:46	