

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones de cuidados al final de la vida en los servicios de urgencias

Carmen Boqué Oliva¹, Rodolfo Romero Pareja^{2,3}, Benjamín Herreros^{3,4}

Los servicios de urgencias (SU) tienen como objetivo primordial salvar vidas, pero no debemos olvidar que esta misión encomiable no siempre es posible y, cuando se atienden pacientes en la última fase de la vida, existe la obligación ética de dialogar con ellos y sus familiares para conseguir un consenso y limitar o adecuar el manejo clínico de acuerdo a su situación vital. Con este objetivo, los SU deben tener protocolos de cuidados dirigidos a optimizar el confort y control de síntomas de los pacientes en la fase final de la vida, con el fin de evitar sufrimientos innecesarios y preservar su dignidad personal. El presente artículo expone las recomendaciones (con principios y normas específicas) que deben guiar la elaboración de protocolos de atención al final de la vida en urgencias, con el fin de que cada SU pueda elaborar sus propios protocolos.

Palabras clave: Adecuación del soporte vital. Final de vida. Cuidados paliativos.

Recommendations for end-of-life care by emergency health services

Emergency services' main purpose is to save lives, but that worthy mission cannot always be accomplished. When caring for patients toward the end of life, we have an ethical obligation to talk with them and their relatives to obtain consensus on treatment and possibly limit it or adjust management in accordance with the patient's condition. Emergency department protocols are necessary for optimizing care to provide the greatest possible comfort and control of symptoms in patients at the end of life to prevent unnecessary suffering and preserve dignity. This article sets out recommendations — including the principles and ethical standards that underlie them — so that emergency services can develop end-of-life care protocols for use in their own settings.

Keywords: Adequacy of life support. End of life. Palliative care. Life support care. End of life. Terminal care.

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, España. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

³Universidad Europea de Madrid, España.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Carmen Boqué Oliva
Servicio de Urgencias
Hospital Universitari Joan XXIII
Dr. Mallafre Guasch, 4
43005 Tarragona, España

Correo electrónico:

cboque.hj23.ics@gencat.cat

Información del artículo:

Recibido: 14-11-2020

Aceptado: 30-1-2020

Online: 22-07-2021

Editor responsable:

Juan González del Castillo

Introducción

La necesidad de mejorar los cuidados al final de la vida es un reto de la medicina actual¹. Mejorar la calidad de vida y respetar las preferencias individuales, para que el tratamiento al final de la vida se adapte al que los pacientes desean, debe involucrar también a los servicios de urgencias (SU)². Para ello, es necesario identificar qué pacientes llegan a urgencias en situación terminal para así poder hablar con ellos y con sus familiares y tomar las decisiones que marcarán su futura trayectoria, ya sea en el hospital o en sus domicilios. Los SU clásicamente tenían la función de salvar vidas³, pero cada vez es más necesario que además proporcionen cuidados paliativos de calidad a pacientes en la etapa final de su vida. Se trata de un deber con los pacientes y con la sociedad. No hay que olvidar que el objetivo de la medicina no es curar (“salvar vidas”), sino el cuidado de la salud en un sentido amplio, y esto incluye el alivio y el acompañamiento cuando sea preciso. Los SU, por tanto, deben estar preparados para saber adaptar la intensidad del trata-

miento ofrecido a las necesidades de cuidado de salud individuales de cada paciente. La mortalidad en los SU hospitalarios, en torno al 0,2% (el 10-15% de la mortalidad hospitalaria global)^{4,5}, es baja teniendo en cuenta la gran cantidad de pacientes que se atienden. La mortalidad en urgencias es un criterio de calidad que todos los hospitales monitorizan y que la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) también define como indicador de calidad⁶. Los pacientes que fallecen suelen responder a 2 tipologías⁷: 1) paciente agudo con patología grave y muerte no esperable, ej.; politraumatismo, patología vascular (aneurisma), *shock*, etc.; 2) paciente mayor, pluripatológico o con un proceso irreversible, el más frecuente, cuya muerte resulta previsible y que acude a urgencias porque la situación clínica no puede contenerse en el domicilio. Este paciente puede llegar a requerir medidas que incluyan, de alguna forma, una limitación del tratamiento de soporte vital. Los SU deberían contar entre sus objetivos, además de una baja mortalidad, con una atención de calidad a los pacientes que se encuentran en la última fase de la vida.

El objetivo del presente documento es realizar unas recomendaciones de cuidados al final de la vida en los SU, para que los profesionales de estos servicios puedan protocolizar unos cuidados de alta calidad a los enfermos que se presenten con esta situación, de acuerdo con unos estándares éticos y clínicos óptimos.

Marco deontológico y legal

El Código de Deontología Médica⁸, que vincula a todos los médicos colegiados y, por tanto, también a los de Urgencias y Emergencias, en su Cap. 7 (Art 36.1) dice que “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”. Por su parte, el Código Deontológico de la Enfermería, igualmente vinculante, en el Cap. 3 (Artículo 18) incide en que “Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”.

En cuanto al marco normativo español, desde la Constitución al Código Penal, pasando por las diferentes leyes estatales y por la jurisprudencia⁹⁻¹³ (las sentencias que establecen ley sobre aspectos no legislativos), contextualiza lo que es lícito o ilícito el final de la vida. Está legislado el derecho a la asistencia sanitaria en cualquier momento (lo que incluye el final de la vida) y el respeto a la autonomía del paciente. Además, para garantizar la correcta atención en el final de la vida de los pacientes, la mayor parte de las Comunidades Autónomas ha regulado el proceso médico de morir, siendo la primera en hacerlo Andalucía en 2010¹⁴⁻²².

Los temas tratados, en general, son comunes en todas las leyes autonómicas: información y comunicación en el final de la vida, limitación del esfuerzo terapéutico y obstinación terapéutica, rechazo de los pacientes a las intervenciones médicas, cuidados paliativos (incluida la sedación paliativa), voluntad vital anticipada (según la Comunidad, denominada voluntad anticipada, testamento vital o instrucciones previas), el papel de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria, acompañamiento al paciente, confidencialidad, derechos de las personas incapaces para decidir o las obligaciones de los profesionales respecto a los cuidados en el final de la vida. En cuanto a las instrucciones previas, El Real Decreto 124/2007 regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, asegurando su eficacia y posibilitando el conocimiento en todo el territorio nacional de las instrucciones previas que hayan sido formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de cada Comunidad Autónoma, ya que son

estas las que tiene las competencias para regular las Instrucciones Previas y sus normativas pueden diferir.

Recientemente se ha aprobado en el Congreso la Ley orgánica de Regulación de la Eutanasia²³. Esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico el derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, tanto la eutanasia como el suicidio medicamente asistido. La ley regula este derecho si se cumplen las condiciones exigidas, explica el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo determina los deberes del personal sanitario que atiende a los solicitantes, su marco de actuación y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones. No obstante, el objetivo del presente documento es dar unas pautas para conseguir una respuesta adecuada a las personas con enfermedades avanzadas en situación de final de vida, en los servicios de urgencias y esto pasa, fundamentalmente, por dar unos adecuados cuidados paliativos en urgencias, por lo que la ley de la eutanasia no es objeto de análisis en este documento.

Principios y normas éticas generales

En la atención en urgencias de pacientes en el final de vida existen determinados principios y normas éticas a tener en cuenta, muchos de ellos reflejados en las normas legales y deontológicas. Por una parte, está el propio paciente y sus allegados, quienes deben definir, de acuerdo con su jerarquía de valores, cuáles son sus opciones y preferencias. Por otra parte, se encuentran los profesionales responsables de la atención, que son los encargados de proporcionar la información al paciente y su entorno, así como de dispensar una atención de calidad, que en estos casos incluye la planificación de cuidados al final de la vida. Por último, hay que considerar las instituciones, que deben facilitar que esta atención de calidad sea también prestada en urgencias. No obstante, en este triángulo, paciente-profesional-institución, muchas veces se producen conflictos éticos, muchas veces acrecentados en la atención urgente porque la toma de decisiones ha de ser rápida y es frecuente que se desconozca la situación particular de algunos pacientes⁵.

Principios éticos

Los principios de bioética de Beauchamp y Childress²³ pueden aplicarse a la relación triangular descrita:

– Autonomía: es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Toda persona debe ser considerada y respetada como sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones respecto a la aceptación o rechazo de lo que afecte a su proyecto vital. Las personas que tienen la autonomía mermada, aunque no la puedan ejercer plenamente, no pierden este derecho y tienen que ser incorporadas a toma de decisiones en la medida de lo

posible. La persona que haya delegado en un representante o cuidador la planificación de cuidados o que haya realizado un documento de voluntades anticipadas (o instrucciones previas) debe ser atendida respetando el principio de autonomía por sustitución, es decir, según lo que manifieste el representante o el documento.

- Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los enfermos, ayudándoles a promover sus legítimos intereses. En medicina se traduce en aplicar el criterio médico de indicación, pero considerando la opinión del paciente y los recursos disponibles. El enfermo valora lo que es beneficioso para él con la información del médico. En este sentido, resulta fundamental llevar a cabo una valoración correcta de la competencia del enfermo, y que esta sea siempre acorde con la complejidad de la decisión a tomar.
- No maleficencia: es el *primum non nocere*. El primer deber del médico es no producir daño intencionadamente ni incrementar el mismo. Incluye no provocar dolor o sufrimiento (físico, psíquico o moral), ni producir incapacidades.
- Justicia: distribución equitativa de los recursos sanitarios-beneficios y de las cargas entre los miembros de la sociedad. Implica perseguir una equidad en la distribución de cargas y beneficios, de forma que ante una misma situación todo ciudadano debe tener las mismas oportunidades de ser tratado de la misma forma.

Normas éticas

Al aplicar la legislación, la deontología y los principios éticos a la práctica asistencial con los enfermos en el final de la vida se obtienen unas normas éticas, descritas por distintas sociedades científicas^{24,25}:

- Los pacientes susceptibles de adecuación del soporte vital (ASV)²⁶, entendido como la adaptación del tratamiento a las condiciones del paciente, serán todos aquellos que se enfrenten a la fase final de su vida, bien de forma abrupta e imprevista o como consecuencia de la evolución de una enfermedad incurable.
- La decisión de ASV se debe ajustar al conocimiento actual de la medicina y a los valores del paciente. En caso de dudas razonables es recomendable iniciar tratamiento intensivo²⁷, condicionado su retirada a la evolución clínica o a la obtención de información acerca de su voluntad.
- Individualizar las medidas. El proceso de toma de decisiones debe ser adaptado a la situación vital individual de los pacientes²⁸. Probablemente será necesario realizar ajustes de acuerdo a la idiosincrasia de cada servicio con el objetivo de proporcionar el mejor tratamiento posible de forma individualizada.
- Se evitarán las decisiones médicas paternalistas²⁹ y se considerará la actuación médica sin consentimiento solo en situaciones críticas de estado de necesidad. Por el mismo motivo, se evitará actuar en modo “necesidad

terapéutica” (sin consultar al paciente) en aquellas situaciones que puedan ser consensuadas entre el equipo médico responsable y el paciente o su representante.

- En los pacientes que cuenten con el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, este debe ser consultado, respetando la voluntad del paciente (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) y, en caso de ser posible, confirmar que coincide con el deseo actual. Es obligación de todo médico que atienda a pacientes en esta situación consultar el registro de instrucciones previas de la comunidad autónoma correspondiente.
- Incapacidad e incompetencia. Se tomarán decisiones por delegación o sustitución en todo paciente incapaz o incompetente. Estas decisiones se tomarán con el tutor legal y si no lo hay con su representante. También se tomarán este tipo de decisiones en aquellas situaciones de incapacidad o incompetencia temporal debidas a una situación clínica aguda (circunstancia muy frecuente en los SU).
- Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo (Ley 41/2002 y Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia).
- Las decisiones conflictivas se deben discutir colectivamente y, en la medida de lo posible, deben tomarse por consenso, incluyendo en dicha deliberación al paciente y a sus allegados. Se debe intentar alcanzar un acuerdo con ellos mediante un proceso de comunicación deliberativo, procurando respetar las preferencias del paciente. En los SU deben promoverse las decisiones médicas compartidas. En casos puntuales, la decisión de ASV tendrá que ser tomada de forma individual y, de ser así, se recomienda discutirla *a posteriori* con el resto del equipo³⁰.
- Se debe respetar la libertad de conciencia como un derecho fundamental recogido en el Artículo 16 de la Constitución Española y no confundirla con la objeción de conciencia. Según sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982, el derecho a la objeción de conciencia no consiste en la garantía jurídica de la abstención de una determinada conducta, sino que ese derecho introduce una excepción que ha de ser declarada efectivamente en cada caso.
- Una vez consensuada la decisión clínica, se debe informar al paciente y, si es preciso, a los allegados, siendo deseable que ambos entiendan y acepten la situación, evitando que tengan sensación de abandono por parte de los profesionales. No se debe responsabilizar en exclusiva a la familia y a los allegados de la toma de decisiones.
- El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, también llamado privilegio terapéutico. Se entenderá por necesidad tera-

péutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar previamente al paciente cuando, por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave o irreversible. Llegado este caso excepcional, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica (HC) y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho³¹.

- Una vez tomada la decisión de ASV, es obligación médica no abandonar al paciente durante el proceso de morir y garantizarle una muerte adecuada asegurando el tratamiento sintomático y las medidas de confort que precise.
- Los profesionales no deben acceder a demandas de actuaciones fútiles ni desproporcionadas, consideradas mala praxis, contraindicadas e ilegales, pero deben aceptar el derecho del enfermo a rechazar cualquier actuación a pesar de que se considere médicamente indicada. Se debe, por tanto, evitar la obstinación terapéutica del profesional, así como la instauración o el mantenimiento de tratamientos fútiles.
- La decisión de aplicar al paciente las medidas de ASV, tras valoración rigurosa y consensuada de criterios de indicación y pronóstico, permite entender la muerte como evolución inevitable de la enfermedad.
- Cuando sea preciso, los profesionales sanitarios son responsables de proveer al paciente de una muerte sin sufrimiento y, de acuerdo a la legislación vigente, mediante un proceso en el que las decisiones deben tomarse de forma consensuada entre el equipo médico y de enfermería, el enfermo y la familia o el representante, con el objetivo de maximizar el confort del paciente. Esta decisión debe basarse en la mejor evidencia científica disponible, en los principios éticos nombrados y en el ordenamiento jurídico vigente.
- Si existen dudas, se debe reconsiderar la decisión, pudiendo solicitar asesoría a un comité de ética para la asistencia sanitaria (CEAS). En caso de falta de acuerdo entre profesionales sanitarios o la familia o representante, también es conveniente tener en cuenta la recomendación del CEAS del centro, cuyo informe o recomendación no es vinculante y debe adaptarse al ámbito asistencial de la consulta, en este caso el SU.
- Las decisiones de ASV deben constar en la HC.
- Es recomendable que los SU dispongan de su propio protocolo de atención al final de la vida para mejorar el proceso de toma de decisiones en situaciones complejas.

Adecuación del soporte vital y sedación paliativa

La ASV es el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente³². En la ASV el tratamiento se modifica de acuerdo a unos objetivos terapéuticos nuevos. Estos objetivos se adecúan a las condiciones de vida del paciente, persiguiendo su bienestar y el tratamiento de los síntomas que puedan producir sufrimiento, evitando

además contribuir a la prolongación de una situación clínica carente de expectativas razonables de mejora³³.

No todos los tratamientos que prolongan la vida resultan beneficiosos para el paciente y no todo lo que es técnicamente posible resulta éticamente aceptable. En situaciones de final de vida, muchas pruebas y terapias pueden producir más daño que beneficio (son desproporcionadas). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) considera obstinación terapéutica a la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas que persiguen un objetivo curativo y que no están indicadas en fase avanzada y terminal de una enfermedad por ser desproporcionadas (producen más daño que beneficio), así como al uso de medidas extraordinarias (habitualmente invasivas) con el objetivo de alargar innecesariamente la vida en situación de últimos días o últimas horas³⁴. La obstinación terapéutica no prolonga la vida, sino que alarga el proceso de morir, por lo que es malefista para pacientes y allegados, además de ser injusta para el conjunto de la sociedad, porque se gastan recursos sanitarios de forma innecesaria.

La sedación paliativa es un tratamiento adecuado en aquellos enfermos que presentan sufrimientos intolerables y no responden a los tratamientos adecuados. Su objetivo es paliar el sufrimiento y calmar cualquier síntoma refractario (dolor, disnea, agitación, ansiedad, pánico, náuseas/vómitos, *delirium* hiperactivo), aunque con ello pueda adelantar el fallecimiento del paciente, ya en fase terminal. La sedación paliativa, además de ser una buena práctica clínica y de tener una justificación ética, se ajusta al marco legislativo y deontológico actual. La ASV y la sedación paliativa son procedimientos de buena práctica clínica, por tanto, criterios de calidad asistencial.

La justificación ética de la sedación paliativa se hace habitualmente a través del principio del doble efecto. El principio ético del doble efecto señala una acción u omisión que tiene 2 efectos, uno considerado positivo y otro negativo. Es éticamente aceptable cuando se dan estas condiciones: 1) que el acto que va a realizarse es bueno o, al menos, indiferente por su objeto; 2) que los efectos positivos y negativos se sigan del acto, es decir, que el efecto positivo no se obtenga por medio del negativo; 3) que se busque solo el efecto positivo y se limite a tolerar el negativo, y 4) que haya cierta proporción entre el efecto positivo querido y el negativo tolerado, es decir, que el positivo supere al negativo, o al menos lo iguale.

En la sedación paliativa se administran fármacos sedantes, solos o en combinación, para reducir el nivel de consciencia de un paciente con enfermedad terminal. Su objetivo es evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Para aplicar la sedación paliativa es necesario obtener previamente el consentimiento del paciente. Si esto no es posible, se debe conseguir el consentimiento de los familiares o allegados. La sedación paliativa no tiene por qué ser irreversible, puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación que logre el alivio sintomático. Por todo ello, los fármacos

Tabla 1. Escala de Menten. Determinación de situación agónica

Criterios
Nariz fría y blanca
Extremidades frías
Lívidesces
Labios cianóticos
Estertores premortem
Apneas (15 segundos/1 min)
Oliguria (< 300 ml/d)
Somnolencia (> 15 h/d)

Interpretación:

≥ 4 criterios → Situación agónica: Mortalidad > 90% en 4 días.

1-3 criterios: Situación pre-agónica.

Tabla 2. Escala de Ramsay: Evaluación del nivel de sedación

NIVEL 1: Paciente agitado y angustiado
NIVEL 2: Tranquilo, orientado y colaborador
NIVEL 3: Respuesta a estímulos verbales
NIVEL 4: Dormido, rápida respuesta a la luz o el sonido
NIVEL 5: Respuesta lenta a la luz
NIVEL 6: Ausencia de respuesta

de elección son de vida media rápida. Antes de su aplicación, el médico debe comprobar que: 1) existe sufrimiento causado por síntomas refractarios; 2) el enfermo (y si no es posible su familia/allegados) ha otorgado su consentimiento informado; 3) al enfermo se le ha dado la opción de satisfacer sus necesidades familiares, sociales o espirituales.

La sedación en la agonía (o de últimas horas de vida) se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. En esta situación, la sedación es continua, previsiblemente irreversible y tan profunda como sea necesario para aliviar dicho sufrimiento. En sedación de últimas horas se recomienda mantener solo los fármacos esenciales, como anticolinérgicos (antisecretores bronquiales) o los opioides, retirando otros no imprescindibles, como antibióticos, nutrición, etc. En este caso, es imprescindible que el médico responsable confirme que se cumplen los requisitos necesarios para la sedación paliativa (sufrimiento del paciente, consentimiento informado y satisfacción de necesidades personales) y que existen además datos clínicos de una situación de muerte inminente o muy próxima. La Escala de Menten está validada en pacientes oncológicos, pero que también se utiliza en otro tipo de pacientes (Tabla 1). Además del tratamiento del dolor y del sufrimiento, debe evitarse todo aquello que aumente la incomodidad o malestar del paciente, ya que el proceso de muerte se acompaña de alteraciones fisiológicas que disminuyen la conciencia que no conviene revertir, tales como la hipercapnia, aumento de uremia o el descenso de perfusión cerebral. El SU no es el entorno ideal para una sedación en la agonía, pero, lamentablemente, hay situaciones que obligan a tener que recurrir a ella como única estrategia terapéutica.

Existen escalas que permiten evaluar la sedación, como la Escala de Ramsay (Tabla 2), la Escala Analógica de Sedación (SAS) o la Escala Visual Analógica (EVA). La pauta de sedación en la agonía debe estar compuesta por una combinación de fármacos entre los que se en-

Tabla 3. Fármacos más habituales en sedación paliativa

	Dosis ev en bolo	Duración del efecto	Perfusión ev
Midazolam	1-3 mg	4-9 horas	0,05-0,25 mg/k/h
Morfina	3-5 mg	3-4 horas	0,5-4 mg/h
Fentanilo	0,05-0,1 mg	0,5-2 horas	0,5-2 µg/k/h
Haloperidol	5 mg	2-4 horas	3-5 mg/h

Otros fármacos utilizados son: remifentanilo, propofol, levopromacina, clorpromacina, fenobarbital, escopolamina, según el protocolo que se establezca en cada centro.

EV: endovenoso.

cuentre una benzodiazepina y un opioide, los cuales marcan el nivel de sedación o analgesia. A esta pauta se pueden incorporar otros fármacos con el fin de aliviar otros síntomas como el delirium, hipo, vómitos, secreciones, etc. Los fármacos y las dosis más frecuentemente utilizados en sedación se recogen en la Tabla 3. Merece la pena insistir que en sedación terminal no debe considerarse límite de dosis, ya que la finalidad es el control de los síntomas refractarios, y la vía de administración recomendable será endovenosa o subcutánea, según los recursos y el caso clínico concreto.

Se recomienda considerar la posibilidad de incrementar el grado de sedación (no existe límite máximo de dosis) en las siguientes situaciones: petición del paciente, distrés respiratorio, taquicardia, hipertensión, diaforesis, llanto, vocalización con movimientos, muecas faciales o inquietud. Por otro lado, si en un SU se tiene que recurrir a una sedación de últimas horas y el paciente está intubado, es conveniente utilizar los fármacos sedantes de manera anticipada para evitar un aumento brusco de disnea posterior a la retirada de ventilación mecánica, pudiendo llegar a administrarse una dosis 2 o 3 veces superior a la recibida de forma horaria previamente.

Recomendaciones para la protocolización de la adecuación del soporte vital en los servicios de urgencias

De acuerdo con lo expuesto (legislación, deontología, principios y normas éticas generales), y realizada la pertinente aclaración conceptual respecto a la ASV y la sedación, se proponen las siguientes recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención de calidad a los enfermos en el final de la vida en los SU:

1. La ASV se justifica cuando el equipo responsable del paciente considera que el tratamiento activo no mejora la condición clínica del paciente, es fútil o perjudicial, así como cuando se considera que es ineficiente y, por lo tanto, desproporcionado.
2. Se intentará llegar a un consenso (que no unanimidad) entre el equipo que trata al paciente y, si fuera preciso, se considerará la opinión de otros profesionales para ayudar en la toma de decisiones. Este consenso debe incluir al paciente/representante y, cuando sea preciso, a sus allegados.
3. Resulta fundamental tener en cuenta la autonomía del paciente, debiendo considerar la posibilidad de

- que el paciente tenga unas instrucciones previas o, en el caso de los pacientes crónicos complejos, un plan de decisiones anticipadas. De no ser así, debe recabarse el consentimiento del paciente-representante o allegados después de recibir la información de forma clara, veraz y comprensible, quedando todo ello registrado en la HC.
4. Se planteará una estrategia de comunicación terapéutica con el paciente y sus allegados, ofreciendo las opciones clínicas para atender sus necesidades físicas, psicosociales y espirituales.
 5. Es en esta estrategia comunicativa donde se debe plantear la ASV al paciente-representante/allegados, garantizando la confidencialidad, explicando los motivos de la ASV y las medidas que se llevarán a cabo, reforzando que se procurará el alivio del dolor y sufrimiento del paciente, e incidiendo en la importancia del bienestar y el confort del mismo.
 6. Si existen dudas en la decisión, si la situación clínica lo permite, se recomienda posponer la decisión durante unas horas o días.
 7. Si fuera necesario, se debe apartar a los profesionales que, por motivos de conciencia, no estén de acuerdo con la decisión consensuada, respetando su derecho a la objeción de conciencia. Este tipo de decisiones no es deseable que se dejen al médico de guardia, pero en contadas ocasiones (y no siendo lo más recomendable), la urgencia clínica hará que este tenga que tomar esta decisión.
 8. Una vez tomada la decisión de ASV, se debe establecer un plan de cumplimiento y de manejo de las posibles complicaciones.
 9. En todo momento se facilitará el acompañamiento del paciente por parte de sus familiares-allegados, se procurará el máximo de intimidad, facilitando así un proceso del duelo adecuado posteriormente.
 10. En caso de que la decisión de ASV no sea aceptada por el paciente o sus allegados, se planteará un tiempo de espera/reflexión y, si fuera necesario, se realizará una consulta al CEAS.
 11. En caso de solicitud por parte del paciente o los allegados de medidas desproporcionadas o de futilidad terapéutica demostrada, se debe explicar que dichas medidas son perjudiciales para el paciente y que se deben limitar, tomando esta decisión incluso en contra de los deseos del paciente o de los allegados.
 12. Si hubiera cambios en el diagnóstico o pronóstico del paciente, se reevaluarán las decisiones de ASV.
 13. En todos los casos deberá dejarse constancia en la HC de las decisiones y actuaciones realizadas, reflejando, cuando existan, la refractariedad de los síntomas. Una vez tomada la decisión de ASV, se reflejará en la HC qué medidas se retiran (drogas vasoactivas, ventilación mecánica o cualquier otro tratamiento de soporte) y cuáles no, así como la pertinente orden de no reanimación cardiopulmonar.
 14. Es imprescindible que los SU cuenten con protocolos de sedación paliativa y en la agonía, donde consten los fármacos adecuados, dosis y vías de administración. A poder ser, estos protocolos deben ser consensuados con las unidades de paliativos y oncología, así como con el CEAS.
 15. En la sedación paliativa los fármacos se individualizarán en función de los signos o síntomas refractarios que presente cada paciente. Se aconseja el empleo de escalas de dolor y sedación con la finalidad de adecuar las dosis de medicación a la situación del paciente.
 16. Se recomienda tener previstas todas las posibilidades que puedan acontecer, tales como la agonía prolongada o, incluso, la supervivencia del paciente. Nunca se debe vaticinar el momento de la muerte.
 17. En situaciones de últimas horas o días, se buscará la mejor ubicación del paciente y sus allegados, garantizando el máximo confort del paciente y el acompañamiento a sus allegados.
 18. La evaluación del sufrimiento, concepto más amplio que el de dolor, implica el conocimiento de los valores del paciente a través del diálogo con el paciente y sus allegados. Por ello se recomienda mejorar las habilidades de los profesionales para saber reconocer y minimizar las situaciones de sufrimiento en el paciente terminal.
 19. Por último, no se puede olvidar que tanto los SU hospitalarios como prehospitales atienden diariamente a pacientes con enfermedades neurodegenerativas, neurológicas graves y cardiorrespiratorias en fase terminal, siendo en muchos casos no tributarias de tratamiento médico activo ni quirúrgico curativo, y que estos pacientes pueden ser considerados posibles donantes. La inclusión de los trasplantes dentro de la cartera de servicios, así como la cultura de la donación, resultan fundamentales para que estas áreas se conviertan en unidades generadoras de posibles donantes. La donación de órganos y tejidos es un derecho que tiene el paciente y forma parte de los cuidados al final de la vida. Es nuestro deber indagar en la posible existencia de instrucciones previas y, ante la ausencia de estas, se debe preguntar al representante o allegados sobre la voluntad del paciente de ser donante.

Glosario

- Adecuación del Soporte Vital (ASV) se define como “la decisión sobre la no implementación o la retirada de medidas terapéuticas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente”.
- Confort: es la percepción subjetiva del bienestar, que requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de las urgencias, haciendo especial hincapié en el control de las situaciones que producen disconfort. Para lograrlo se debe iniciar precozmente el tratamiento farmacológico de los síntomas, así como prever la aparición de las diferentes complicaciones.
- Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará a la muerte a

- corto o medio plazo en el contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas.
- Enfermedad terminal: es una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin razonables posibilidades de respuesta al tratamiento, con un pronóstico de supervivencia inferior a 6 meses, que se acompaña de múltiples síntomas, variables y multifactoriales.
 - Enfermedad terminal oncológica: es una enfermedad terminal donde se ha comprobado que la histología del tumor no ejerce ninguna influencia en la supervivencia del paciente.
 - Eutanasia: procedimiento mediante el que se busca la muerte anticipada del paciente, de una forma deliberada y mediante la administración de fármacos a dosis letales para terminar con sufrimiento del paciente. Por el contrario, la sedación busca disminuir el nivel de conciencia con la dosis mínima de fármacos para que el paciente no perciba el síntoma refractario. Por lo tanto, la principal diferencia entre sedación terminal y eutanasia es la intención en el procedimiento empleado y en el resultado.
 - Futilidad: un tratamiento fútil es aquel que no obtiene el resultado esperado, pese a tener una indicación precisa y aplicarse correctamente. El médico es quien debe reconocer cuándo un tratamiento ya no es eficaz. Las acciones médicas fútiles no deben iniciarse o deben retirarse si estas ya se hubieran instaurado. Existen 3 tipos de futilidad terapéutica:
 1. Futilidad fisiológica: es imposible que el tratamiento instaurado consiga la respuesta fisiológica pretendida y, por tanto, no logra restaurar o mejorar la función alterada.
 2. Futilidad cuantitativa o probabilística: las intervenciones realizadas para proporcionar un beneficio al enfermo tienen una alta probabilidad de fracaso por los datos procedentes de ensayos y estudios clínicos. No hay acuerdo sobre la probabilidad de éxito que permita calificar de fútiles las medidas terapéuticas. La cifra límite más aceptada es una probabilidad de éxito entre el 1% y el 5%.
 3. Futilidad cualitativa: los profesionales estiman, a la luz de la propia experiencia y de estudios previos, que la intervención a realizar tiene escasas probabilidades de alcanzar una recuperación funcional y de calidad de vida que puedan ser percibidas por el paciente como satisfactorias.
 - Incapacidad de hecho: situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.
 - Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
 - Posible donante: paciente con daño cerebral catastrófico con alta probabilidad de evolucionar a muerte encefálica en un corto espacio de tiempo y sin contraindicaciones médicas aparentes para la donación de órganos.
 - Potencial donante: paciente que ha evolucionado a muerte encefálica y sin contraindicaciones médicas para la donación de órganos.
 - Representante: persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.
 - Sedación en la agonía: es una decisión terapéutica prescrita solo por facultativos, para tratar un síntoma físico o psicológico refractario a otros tratamientos.
 - Sedación paliativa: es la administración de fármacos para reducir el nivel de conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal con el fin de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente y su profundidad se gradúa buscando un nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático. La sedación paliativa no tiene por qué ser irreversible. Los fármacos de elección son los de vida media corta.
 - Síntoma difícil: es una situación que necesita para su control clínico la instauración de unas medidas terapéuticas más allá de las habituales.
 - Síntoma refractario: síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los esfuerzos para encontrar un tratamiento tolerable dentro de un plazo de tiempo razonable sin comprometer la conciencia del enfermo.
 - Situación de agonía: fase que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en la que existe un deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, así como dificultad de relación y conlleva un pronóstico de vida limitado a horas o días.
 - Tratamiento de soporte vital: intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la vida de la misma.
 - Tratamientos inapropiados: aquellos que no son beneficiosos o tienen un beneficio incierto o resultan desproporcionadamente costosos. Se considera ético no administrar un tratamiento cuando se considera fútil, inapropiado, contrario a los intereses del paciente o cuando hay recursos insuficientes.
- Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.
- Financiación:** Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.
- Responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.
- Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

Adenda

Grupo de trabajo creado *ad-hoc* para la elaboración del presente documento: Miguel Agudo García, Hospital Universitario Son Llatzer de Palma. Marta Berned Sabater, Hospital Universitari Joan XIII de Tarragona. Maribel Castillo, Hospital Regional de Málaga. Ana García Arellano y Amaia Ibarra Bolt, Complejo Hospitalario de Navarra. Adelaida Gavilán Casado, Hospital de Fuenlabrada. Roberto Gómez Pescoso, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Manuel Angel González Fernández, Hospital Insular de Gran Canaria. Francisco Javier Lucas Inbernon, Hospital Universitario de Albacete. Ana María Martínez Virto, Hospital de la Paz de Madrid. M.ª Carmen Mateo Ruiz, Hospital Universitario Basurto, Bilbao. Alex Montero Salinas, Hospital Universitario A Coruña. Por parte del GT de SEMES Bioética: Emilia Cortés, Hospital de Calella. Angel Estella, Hospital de Jerez, Carmen Beltrán, Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Bibliografía

- 1 Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL. (Consultado 15 Diciembre 2019). Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1#DescargarDoc>
- 2 Juan A. Limitación del esfuerzo terapéutico desde los servicios de urgencias: una decisión compartida. *Rev Clin Esp.* 2018;218:266.
- 3 Lowery D, Quest T. Emergency medicine and palliative Care. *Clin Geriatr Med.* 2015;31:295-303.
- 4 Mínguez S, Supervía A, Campodarve I, Aguirre A, Echarte JL, López MJ. Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2008;20:113-6.
- 5 Jiménez A, Pera E, Rivas F. Distribución y tendencia de los fallecimientos en el medio hospitalario en España durante el periodo 1997-2003. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:293-302.
- 6 Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. SEMES. 4ª edición 2019. (Consultado 15 Diciembre 2020). Disponible en: <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/CRITERIOS-ACREDITACION-SEMES-v6-2019.pdf>
- 7 Ruiz M, García F, López JL. Características demográficas de la mortalidad en los servicios de urgencias hospitalarios de Andalucía. *Emergencias.* 2014;26:109-13.
- 8 Código de Deontología Médica. Comisión Central de Deontología. OMC, octubre 2018. Capítulo VIII, artículo 38.
- 9 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.
- 10 Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones.
- 11 La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, ha introducido, en su disposición final segunda, una reforma de la Ley 41/2002.
- 12 Ley 30/1979, de 27 de Octubre sobre Extracción y Trasplante de Órganos.
- 13 Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Catalunya.
- 14 Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de Aragón.
- 15 Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Comunidad Autónoma de Canarias.
- 16 Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. de Baleares.
- 17 Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de Euskadi.
- 18 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía.
- 19 Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Comunidad Autónoma Principado de Asturias.
- 20 Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunidad Valenciana.
- 21 Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Comunidad de Madrid.
- 22 Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio de Oviedo, firmado el 4 de abril de 1997, en vigor en España desde el 1 de enero de 2000).
- 23 Beauchamp T, Childress J. Principios de la Bioética. Barcelona: Ed Masson; 1999.
- 24 Arimany J, Torralba F, Gómez M, Gómez E. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Med Clin.* 2017;149:217-22.
- 25 Monzón JL, Saralegui I, Abiznada R, Cabre L, Iribarren S, Martín MC, et al y Grupo de Bioética de la SEMYCIUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva.* 2008;32:121-33.
- 26 Yuguero O, Esquerda M, Pifarre J. To limit or to adapt the therapeutic effort? *Med Clin (Barc).* 2019;152:e27.
- 27 Gomez X, Blay C, Broggi MA, Lasmarias C, Vila L, Amblas J, et al. Ethical Challenges of Early Identification of Advanced Chronic Patients in Need of Palliative Care: The Catalan Experience. *J Palliat Care.* 2018;33:247-51.
- 28 Amblas J, Espauella J, Rexach I, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med.* 2015;6:189-94.
- 29 Organización Médica Colegial. Relación médico paciente. Patrimonio cultural inmaterial de la Humanidad. 2017. (Consultado 15 Diciembre 2019). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/
- 30 Grudzen C, Anderson J, Carpenter C, Hess E. Shared Decision Making in the Emergency Department: Development of a Policy-Relevant Patient-Centered Research Agenda *Acad Emerg Med.* 2016;12:1313-9.
- 31 Estado de necesidad
- 32 Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen.* 2016;42:566-74.
- 33 Organización Médica Colegial de España. Grupo de Trabajo Atención Médica al Final de la Vida. Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Med Paliativa.* 2009;15:308-10.
- 34 Batiz J, Loncan P. (Consultado 15 Diciembre 2019). Disponible en: <https://www.secpal.com/problemas-eticos-al-final-de-la-vida>