

PROCEDEMENTO DE ACTUACIÓN PARA A LIMITACIÓN E ADECUACIÓN DO ESFORZO TERAPÉUTICO

INDICE DE CONTIDOS**1. OBXECTO****2. ÁMBITO DE APLICACIÓN****3. DEFINICIÓNS****4. RESPONSABILIDADES****5. DESENVOLVEMENTO****5.1. INDICACIÓN CLÍNICA DE LIMITACIÓN DO ESFORZO TERAPÉUTICO (LET)****5.2. COMUNICACIÓN DE INDICACIÓN DE LET E TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA****6. PLAN DE ATENCIÓN E COIDADOS****7. REXISTROS****8. INDICADORES DE AVALIACIÓN****9. BIBLIOGRAFÍA****10. AUTORES****Anexo I. Formulario de limitación/ adecuación do esforzo terapéutico****Anexo II. Procedemento de retirada de ventilación mecánica**

CONTROL DE MODIFICACIÓNS		
Nº EDICIÓ	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN
0		16/01/2017
1	1, 3, 5, 7, 8	26/02/2018 Subdirección de Calidade (consensuado co Comité de Ética Asistencial)

1. OBXECTO

O obxecto deste procedemento é establecer os criterios básicos de actuación para a limitación e adecuación do esforzo terapéutico (LET), coa finalidade de proporcionar aos profesionais un marco de actuación para a práctica da LET coherente co marco xurídico regulador dos dereitos dos pacientes e cos principios básicos da Bioética actual:

- *Principio de non maleficencia.* Provéen do proverbio hipocrático *primum non nocere*, e establece o principio ético fundamental de non danar como consecuencia das actuacións asistenciais. Advirte en contra de aplicar terapéuticas innecesarias ou inútiles (o que se coñece como futilidade terapéutica).
- *Principio de xustiza.* Establece a distribución equitativa dos recursos sanitarios entre as persoas con iguais necesidades. Administrar recursos desproporcionados a pacientes que non van a beneficiarse dos mesmos, limita a súa dispoñibilidade para outros que puideran necesitalos.
- *Principio de autonomía.* Determina o respecto á capacidade de decisión e vontade dos pacientes. O consentimento informado e documento de instrucións previas son instrumentos para a materialización deste principio.
- *Principio de beneficencia.* Propugna a necesidade de proporcionar un beneficio aos pacientes como consecuencia das actuacións asistenciais, ponderando e diminuindo os posibles riscos e danos potencialmente derivados na maior medida posible.

O gran desenvolvemento científico-técnico experimentado pola medicina dende o último século xera un aumento progresivo da esperanza de vida, así como unha mellora significativa das condicións de vida das persoas e a capacidade de prolongar a vida por medios de soporte vital unha vez superadas as posibilidades de curación e restablecemento cunha calidade de vida aceptable.

A atención integral das necesidades dos pacientes debe centrarse en acadar a maior calidade de vida nos procesos nos que a curación e mellora do estado de saúde non é posible pola evolución da enfermidade e a situación clínica individual. Nestes casos, a finalidade da asistencia sanitaria céntrase en proporcionar alivio e paliar a dor e o sufrimento dos pacientes.

Esta visión da atención sanitaria está contemplada nas metas actuais da medicina definidas polo *Hasting Center* estadounidense:

- I. A prevención das enfermidades e lesións, a promoción e a conservación da saúde.
- II. O alivio da dor e o sufrimento
- III. A atención e curación dos enfermos curables e o coidado dos incurables
- IV. A evitación da morte prematura e a busca dunha morte tranquila.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedemento é de aplicación nos centros sanitarios da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago para a toma de decisións en caso de indicación de medidas de limitación do esforzo terapéutico.

3. DEFINICIÓNS

Actuacións clínicas limitadas no tempo: consisten nun acordo entre os profesionais sanitarios e o paciente (ou representante en caso de incapacidade), sobre a utilización de certos tratamentos médicos durante un período definido de tempo avaliando a resposta.

Adecuación/Limitación do esforzo terapéutico: Retirar ou non iniciar medidas terapéuticas consideradas inútiles ou fútiles na situación individual dun paciente por carecer de posibilidade de proporcionar unha recuperación funcional cunha calidade de vida mínima ao paciente.

Calidade de vida: Percepción individual de satisfacción ante as condicións obxectivas da vida dende os valores e crenzas persoais, centrada en catro compoñentes esenciais do benestar persoal: físico, psicolóxico, socioeconómico e espiritual.

Coidados paliativos: Conxunto coordinado de intervencións sanitarias dirixidas, dende un enfoque integral, á mellora da calidade de vida dos pacientes e das súas familias, que se enfrontan aos problemas asociados con enfermidades ameazantes para a vida, mediante a prevención e o alivio do sufrimento, por medio da identificación temperá e a impecable avaliación e o tratamento da dor e outros problemas físicos, psicolóxicos e espirituais (OMS).

Documento de instrucións previas: Documento mediante o cal unha persoa maior de idade, capaz e libre manifesta anticipadamente a súa vontade sobre os coidados e tratamentos da súa saúde, ou, chegado o falecemento, sobre o destino do seu corpo ou os seus órganos, co obxecto de que se cumpra dita vontade se cando chegue esa situación non se atopa en condicións de expresala de forma persoal.

Enfermidade incurable avanzada: Enfermidade de curso progresivo, gradual, con diverso grao de afectación da autonomía e da calidade de vida, con resposta variable ao tratamento específico, que evolucionará cara á morte a medio prazo.

Enfermidade terminal: Enfermidade en fase evolutiva avanzada e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, perda de autonomía, con moi escasa ou nula capacidade de resposta ao tratamento específico e cun prognóstico de vida limitado a semanas ou meses, nun contexto de fragilidade progresiva.

Futilidade terapéutica. Tratamento ou procedemento terapéutico que non presenta ningún efecto beneficioso para un paciente, e fracasaría con seguridade na obtención dos obxectivos esperados para o enfermo.

Historia de valores: os documentos que expresan os valores que son fundamento e dan significado a tales decisións de futuro; as nosas crenzas sobre a vida, a morte, o coidado da saúde, a dor e o sufrimento, a asistencia sanitaria e o papel persoal de cada cal no desenvolvemento mesmo da enfermidade.

Inutilidade terapéutica: Tratamento que, correctamente aplicado e con indicación precisa, non obtén o resultado esperado para o paciente.

Medidas de soporte vital: Calquera intervención médica, procedimental ou farmacolóxica realizada a un paciente co obxectivo de retrasar o proceso da morte, con independencia de que dita intervención se efectúe en relación coa patoloxía de base ou co proceso biolóxico causal. Entre estas medidas inclúense, ao menos, a reanimación

cardiopulmonar, a conexión a respirador, a hemodiálise, a administración de antibióticos en determinados casos, a transfusión de hemoderivados e a nutrición e hidratación enteral ou parenteral.

Medidas desproporcionadas: Actuacións asistenciais con balance negativo na relación entre os custos ou prexuízos causados ao paciente e os beneficios proporcionados para os obxectivos de curar, mellorar ou aliviar.

Obstinación terapéutica: Intento de prolongar a vida mediante medios desproporcionados para o obxectivo establecido para un paciente. Tratamento terapéutico desproporcionado que prolonga a agonía de enfermos desafiuzados.

Rexeitamento ao tratamento ou denegación de consentimento: As decisións que toman as persoas de forma autónoma, é dicir, de forma capaz e libre, deben de respectarse. Estas decisións poden ser de aceptación ou de rexeitamento de calquera intervención diagnóstica ou terapéutica. Así pois, o rexeitamento a calquera proposta de tratamento -por ben indicada que estea ou sendo vital para o paciente- debe ser aceptado polos profesionais sanitarios e non pode influír na calidade dos coidados dispensada. O paciente non está obrigado a xustificar a súa decisión, pero é desexable que o equipo sanitario dialogue con el acerca do rexeitamento, co fin de asegurar que estea baseado nunha información adecuada, sabendo as consecuencias de tomala -que pode implicar un risco serio para a súa saúde ou para a súa vida- e coñecendo as alternativas dispoñibles. Rexeitar un tratamento particular non implica o rexeitamento de todos os tratamentos ou de todas as facetas dos coidados básicos. Aceptalo, non impide, máis adiante, revogar ese consentimento, sempre e cando se asuman de forma libre e informada as consecuencias da revogación.

Sedación paliativa: a administración deliberada de fármacos nas doses e combinacións requiridas para reducir a conciencia dun paciente con enfermidade avanzada ou terminal tanto como sexa preciso para aliviar adecuadamente un ou máis síntomas refractarios e co seu consentimento explícito. Se este non é posible, obtérase do seu representante. A sedación paliativa constitúe a única estratexia eficaz para mitigar o sufrimento ante a presenza de síntomas refractarios intolerables que non responden ao esforzo terapéutico realizado nun período razoable de tempo. Un tipo especial de sedación paliativa é a sedación na agonía, que se aplica cando a morte se prevé moi próxima. O falecemento será unha consecuencia inexorable da evolución da enfermidade e/ou das súas complicacións, non da sedación.

Síntoma refractario: o síntoma que non pode ser axeitadamente controlado a pesar dos intensos esforzos para achar un tratamento tolerable nun prazo de tempo razoable sen que comprometa a conciencia do paciente. Cómpre distinguir entre síntoma refractario e síntoma difícil, que é aquel que ten un control difícil pero non imposible.

Situación de agonía: A que precede á morte cando esta se produce de forma gradual, e na que existe deterioración física intensa, debilidade extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos e da conciencia, dificultade de relación e de inxesta e prognóstico de vida de horas ou días.

4. RESPONSABILIDADES

Facultativos:

- Efectuar a avaliación clínica integral do paciente para determinar a indicación de limitación do esforzo terapéutico, en consenso co equipo asistencial.
- Comunicar ao paciente e/ou representantes o diagnóstico e prognóstico clínico do paciente e a proposta de medidas de limitación do esforzo terapéutico para a toma de decisións compartida.
- Solicitar a valoración do Comité de Ética Asistencial en caso de desacordo entre o equipo asistencial e/ou o paciente/representantes respecto ás medidas de limitación do esforzo terapéutico
- Indicar as medidas do proceso de limitación e adecuación do esforzo terapéutico e o plan terapéutico do paciente.
- Aplicar o plan terapéutico establecido.
- Realizar o seguimento evolutivo do paciente e adecuación do plan terapéutico.

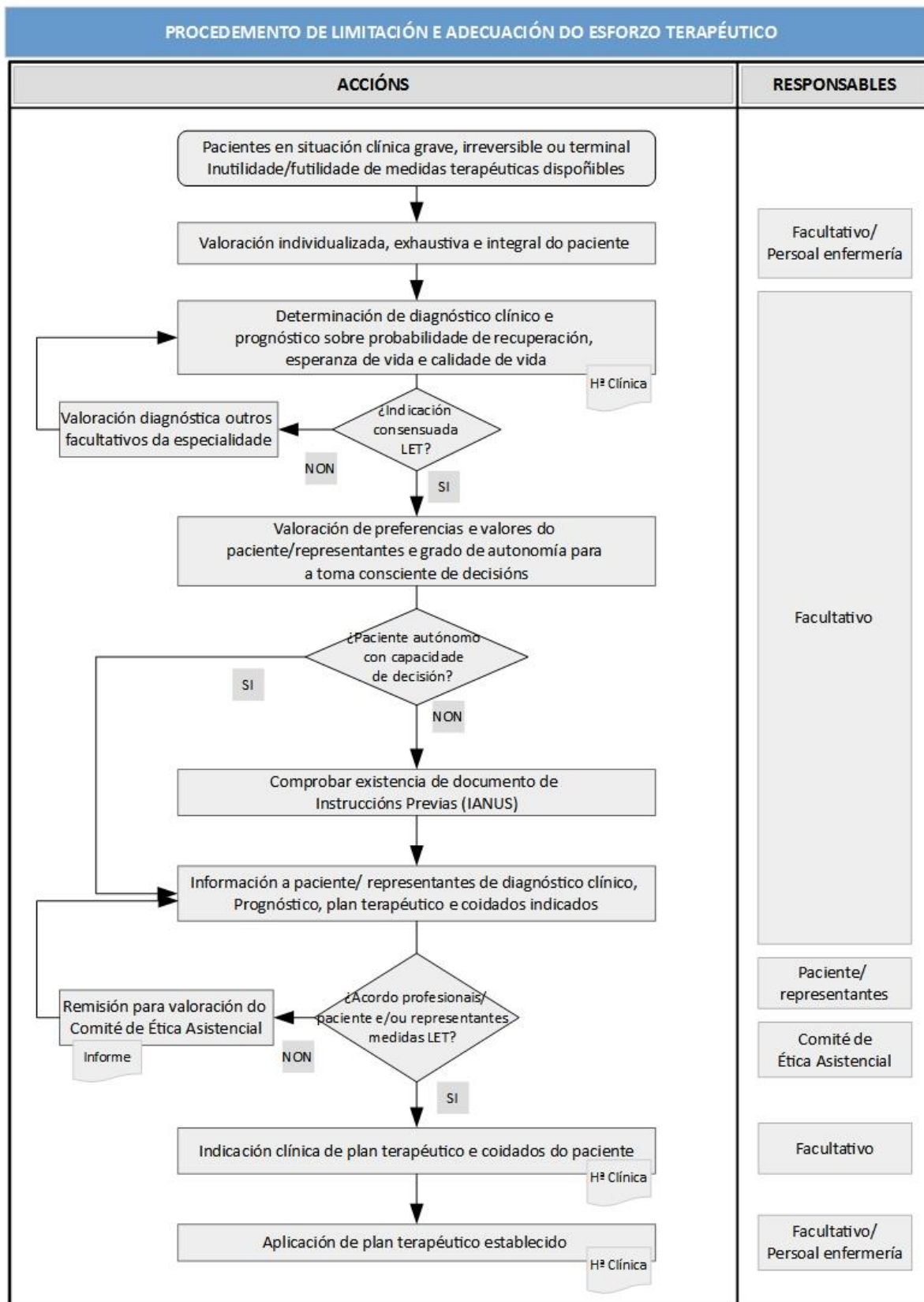
Persoal de Enfermería:

- Colaborar na avaliación da situación clínica do paciente e nas deliberacións sobre a adecuación do plan terapéutico.
- Aplicar o plan terapéutico establecido e os coidados.

Comité de Ética Asistencial:

- Analizar e asesorar na resolución de conflitos éticos xurdidos entre o equipo asistencial e/ou o paciente/representantes.

5. DESENVOLVEMENTO



5.1. INDICACIÓN CLÍNICA DE LIMITACIÓN DO ESFORZO TERAPÉUTICO (LET)

A proposta ou iniciativa de valorar a limitación do esforzo terapéutico (LET) pode xurdir do paciente, dos seus representantes ou do propio equipo asistencial.

A aplicación da LET valorarase no caso de pacientes en situación clínica grave, irreversible ou terminal, ante a que se considere a inutilidade ou futilidade das medidas diagnósticas e/ou terapéuticas aplicables para reverter a situación clínica do paciente e acadar a recuperación do seu estado de saúde e calidade de vida.

A indicación de medidas de limitación do esforzo terapéutico debe estar sustentada na valoración individualizada, exhaustiva e integral do paciente por parte do equipo asistencial a cargo do seu tratamento e coidados, para a determinación do diagnóstico clínico e o pronóstico respecto ás probabilidades de curación, esperanza de vida e calidade de vida do paciente, así como a consideración dos valores e preferencias do paciente ou representantes e do entorno familiar e social.

A determinación da situación de indicación de LET será consensuada por parte do equipo asistencial a cargo do paciente. En situacións confusas ou conflitivas que non permitan acadar unha decisión consensuada polo equipo asistencial, o diagnóstico de irreversibilidade ou terminalidade da situación do paciente deberá ser establecido por máis dun facultativo especialista na enfermidade.

Táboa 1.- Criterios de valoración integral do paciente para indicación de LET

Indicacións clínicas

- Diagnóstico médico
- Diagnósticos de enfermería
- Plan terapéutico: resultados e alternativas de tratamento
- Plan de coidados de enfermería
- Pronóstico clínico

Calidade de vida

- Pronóstico actual (curto prazo) e futuro (medio e longo prazo) respecto á situación física, psíquica e social do paciente
- Percepción subxectiva do equipo asistencial, o paciente/representantes e a familia

Preferencias do paciente

- Avaliación da competencia de decisión do paciente
 - o Paciente capaz: opinións e preferencias actuais
 - o Paciente incapaz: revisar existencia de Documento de Instrucións Previas.
- Representante/responsables do paciente. Identificación, opinións e preferencias.

Factores non clínicos

- Contexto familiar. Entorno emocional de soporte
- Contexto socioeconómico
- Contexto institucional e profesional. Falta de consenso entre os profesionais, conflitos de interese (investigación, docencia)

5.2. COMUNICACIÓN DE INDICACIÓN DE LET E TOMA DE DECISIÓN COMPARTIDA

A aplicación da limitación do esforzo terapéutico require dunha toma de decisión participativa e consensuada entre o equipo asistencial e o paciente e/ou representantes, en atención ao principio de autonomía recoñecido legalmente.

O paciente e/ou familiares ou representantes formais deben ser informados de modo fidedigno, comprensible e adecuado ás súas capacidades sobre o estado clínico e prognóstico, as posibilidades de tratamento valoradas e a proposta de medidas de limitación do esforzo terapéutico.

Neste marco, debe ser valorada a competencia do paciente para a comprensión e a toma de decisións sobre a súa saúde, as preferencias e valores do paciente e/ou representantes e o entorno sociofamiliar, co fin de realizar unha comunicación adecuada da situación clínica e a proposta do plan de limitación do esforzo terapéutico indicado clinicamente.

A información debe darse nun entorno adecuado e privado, por o mesmo interlocutor ou, se non é posible, ca coherencia derivada do consenso do equipo para evitar mensaxes contraditorias, co tempo necesario para explicar a situación e responder as preguntas que se propoñan, evitando a precipitación á hora de informar e facilitando un ambiente de sosego que facilite a toma dunhas decisións sempre difíciles.

Para a toma de decisión compartida, o equipo asistencial determinará o grao de autonomía do paciente en relación á súa competencia de decisión.

A. Pacientes autónomos con competencia para a toma de decisións

No caso dos pacientes autónomos con plena competencia para a comprensión e a toma de decisión consciente, libre e voluntaria, serán informados do diagnóstico e prognóstico evolutivo e das opcións de tratamento e coidados existentes, para unha toma de decisión compartida co equipo asistencial ao respecto do plan terapéutico a adoptar.

B. Pacientes sen competencia para a toma autónoma de decisións

No casos daqueles pacientes que, a xuízo do equipo profesional, non exista unha situación de comprensión da súa situación clínica, e á marxe da toma final de decisión, debe garantirse necesariamente que o protagonismo do diálogo asistencial recaia na persoa usuaria. Neste senso, garantirase que a información sexa sempre proporcionada a aquela persoa como destinataria principal, de xeito adaptado ás súas necesidades/aptitudes.

Naqueles casos en que o paciente non sexa quen de comprender a información asistencial que se lle proporciona, será a persoa designada como representante quen haberá de actuar como interlocutora co equipo asistencial. Acudirase á persoa designada no Documento de Instrucións Previas ou, no seu caso, á referida na sentenza de modificación xudicial da capacidade das persoas. En ausencia dos documentos referidos, actuará como persoa interlocutora: o/a cónxuxe ou persoa con análoga relación de afectividade que conviva efectivamente coa persoa usuaria; na súa ausencia, a persoa coidadora e, só en ausencia das dúas anteriores, os familiares ata o cuarto grao de consanguinidade.

As persoas menores de idade teñen garantido o dereito a unha atención sanitaria de calidade no que respecta á limitación do esforzo terapéutico. Terán dereito á información sobre a súa patoloxía ou contexto clínico, acorde a súa competencia e aptitude de comprensión, e a

recibir información sobre as alternativas terapéuticas. Deberán ser escoitados/as cando tivesen suficiente xuízo, con independencia da súa idade. Así mesmo, o papel da súa representación legal será o de apoio e acompañamento, cumprindo esta, e o equipo médico, a función de garante do interese superior do menor.

C. Resolución de situacións de conflito

No proceso de valoración e toma de decisións compartida acerca da indicación de limitación e adecuación do esforzo terapéutico poden xurdir situacións de desacordo ou falta de consenso entre as partes implicadas, o equipo asistencial a cargo do paciente, o paciente e/ou os seus representantes:

- Proposta de LET do equipo asistencial rexeitada polo paciente e/ou representantes.
- Solicitud de LET por paciente ou representantes e falta de consenso do equipo asistencial na indicación da LET.
- Falta de consenso entre o equipo asistencial sobre as medidas terapéuticas a limitar e/ou o modo de aplicación do novo plan terapéutico.

As situacións de falta de consenso ou conflito respecto á indicación e aplicación do procedemento nas que non se acade un acordo entre as partes en discrepancia poderán ser sometidas á valoración do Comité de Ética Asistencial, para a análise e o asesoramento do caso, aínda que existen recomendacións e procedementos para xestionar o desacordo, como as baseadas no grao de parentesco/convivencia/responsabilidade. As recomendacións propostas polo Comité de Ética non teñen carácter vinculante.

5.3. PLAN DE ATENCIÓN E COIDADOS

Acordada a indicación clínica da limitación do esforzo terapéutico, o facultativo a cargo do paciente determinará en cada caso as medidas de LET a aplicar, adecuadas á situación individualizada do paciente (Táboa 2 e Anexo I. Formulario de limitación do esforzo terapéutico). En todo o caso, o plan terapéutico e de coidados do paciente deberá incluír necesariamente: programar o momento, retirar/non iniciar medidas, reforzar os coidados e o apoio emocional e comunicación.

As medidas de limitación do esforzo terapéutico inclúen a indicación de non iniciar e/ou retirar os tratamentos ou procedementos diagnósticos e terapéuticos considerados desproporcionados, extraordinarios, inútiles e fútiles para a situación do paciente, así como a indicación das medidas intermedias de tratamento das patoloxías decididas e das medidas de coidados paliativos a instaurar, para garantir en todo caso o adecuado coidado e benestar do paciente.

Táboa 2.- Medidas de limitación do esforzo terapéutico

Non iniciar

- Se PCR, non iniciar RCP
- Ingreso hospitalario
- Ingreso en Unidade de Coidados Críticos
- Intubación
- Depuración extrarrenal
- Nutrición artificial

Táboa 2.- Medidas de limitación do esforzo terapéutico

	- Intervención cirúrxica - Determinacións analíticas - Aminas vasoactivas - Transfusión de hemoderivados - Outras (especificar)
Retirar	- Depuración extrarrenal - Aminas vasoactivas - Ventilación mecánica - Nutrición artificial - Outras (especificar)
Iniciar/continuar tratamento	- Analxesia e sedación - Hidratación e nutrición - Antibioterapia - Aspiración de secrecións - Coidados xerais de hixiene e confort - Coidados paliativos - Outras (especificar)

A aplicación das medidas indicadas no plan de atención e coidados do paciente e o seu seguimento evolutivo para a adecuación das medidas indicadas é responsabilidade do equipo asistencial.

A orde de limitación do esforzo terapéutico e o correspondente plan de tratamento e coidados son rexistrados na Hª Clínica electrónica do paciente.

6. REXISTROS

- Valoración clínica diagnóstica e pronóstico do paciente. Hª Clínica (IANUS)
- Información a paciente/ representantes sobre valoración clínica do paciente e indicación de limitación do esforzo terapéutico. Hª Clínica (IANUS)
- Orde de limitación do esforzo terapéutico/Plan terapéutico e de coidados do paciente. Hª Clínica (IANUS)/ Plan de coidados de enfermaría (GACELA/ rexistros de enfermaría)
- Informe de recomendacións do Comité de Ética Asistencial, en casos procedentes.

7. INDICADORES DE AVALIACIÓN

- Adecuación do proceso de Limitación do Esforzo Terapéutico
 - nº pacientes falecidos con LET nos que se realizou unha valoración integral*/nº total de enfermos falecidos con LET *100.

*Os criterios de valoración integral amósanse na Táboa 1: Indicacións clínicas, calidade de vida, preferencias do paciente e factores non clínicos

- Tempo transcorrido durante o proceso de indicación e instauración de medidas de limitación do esforzo terapéutico.
 - Σ días/horas transcorridas entre a indicación inicial de LET e orde clínica de medidas de LET/ nº total de indicacións de LET.
 Σ días/horas transcorridas entre data de orde clínica de medidas de LET e o falecemento do paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Cabré Pericas L., Solsona Durán J. F., grupo de traballo de bioética de la SEMICYUC. *Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva*. Med Intensiva 2002;26(6):304-11.
- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):391-5.
- Hastings Center. *Los fines de la medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. N.º 11 - (2005)
- Hernando P., Diestre G., Baigorri F. *Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007 Vol. 30, suplemento 3.
- Herreros B., Palacios G., Pacho E. *Limitación del esfuerzo terapéutico*. Rev Clin Esp. 2012; 212(3):134-140.
- *Bioética: un instrumento de calidade para a atención sanitaria no sistema público de saúde de Galicia*. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde: Comisión Galega de Bioética, 2013.
- *Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos*. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.
- *Os coidados ao final da vida. Documento de recomendacións*. Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde: Comisión Galega de Bioética. Santiago de Compostela, 2012.

Marco legal:

- Lei 14/1986, de 25 de abril, Xeral de Sanidade.
- Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica.
- Lei 3/2001, de 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica, modificada pola Lei 3/2005, de 7 de marzo.
- Decreto 177/2000, do 22 de xuño, polo que se regula a creación e autorización dos comités de Ética Asistencial
- Decreto 259/2007, de 13 de decembro, polo que se crea o Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.
- Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.
- Lei 12/2013, de 9 de decembro, de garantías de prestacións sanitarias.
- Decreto 159/2014, de 11 de decembro, polo que se establece a organización e funcionamento do Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

- Lei 5/2015, de 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais.

9. AUTORES

- Dra. Rosario Alende Sixto. FEA Servizo de Medicina Interna. XXIS
- Dra. Milagros Pedreira Pérez. FEA Servizo CardioloXía. XXIS
- Dr. José María Martín Sánchez. Xefe de Servizo de Pediatría. XXIS
- Dr. Miguel Blanco González. FEA Servizo de Neuroloxía. XXIS
- Dra. Sonia M^a Veiras del Río. FEA Servizo de AnestesioloXía e Reanimación. XXIS
- Subdirección de Calidade e Atención ao Paciente. XXIS
- Dirección de Procesos Asistenciais. XXIS

Revisores/ colaboradores:

- Dr. Rogelio Conde Freire. FEA Servizo de CirurXía Xeneral e Dixestiva. XXIS
- Dr. José Luís García Allut. FEA Servizo de Coidados Intensivos. XXIS
- Dna. Ana M^a Mañá Álvarez. DUE. Servizo de AnestesioloXía e Reanimación. XXIS
- Dr. Luís Masa Vázquez. FEA Unidade de Hospitalización a Domicilio. XXIS
- Dr. Francisco Pablo Otero Castro. FEA Servizo de AnestesioloXía e Reanimación. XXIS
- Dr. Antonio Rodríguez Núñez. FEA Servizo de Pediatría. UCI Pediatría. XXIS
- Comité de Ética Asistencial. XXI Santiago de Compostela.
- Comité de Transplantes. XXI Santiago de Compostela.

ANEXO I. Formulario de limitación e adecuación do esforzo terapéutico

FORMULARIO DE LIMITACIÓN E ADECUACIÓN DO ESFORZO TERAPÉUTICO	
Servizo _____	Identificación do paciente
Data _____ Hora _____	
Marcar con X os apartados procedentes Existe documento de Instrucións Previas do paciente SI ☐ NON ☐	
Medidas de limitación terapéutica (NON INICIAR)	
☐ Se PCR, non iniciar RCP ☐ Ingreso hospitalario ☐ Ingreso en Unidade de Coidados Críticos ☐ Intubación ☐ Depuración extrarrenal	☐ Nutrición artificial ☐ Intervención cirúrxica ☐ Determinacións analíticas ☐ Aminas vasoactivas ☐ Transfusión de hemoderivados
☐ Manter medidas iniciadas sen incrementar doses e non iniciar novos tratamentos (especificar durante canto tempo, se procede)	
Medidas de inicio e/ou continuación de tratamento	
☐ Analxesia e sedación ☐ Hidratación e nutrición ☐ Antibioterapia ☐ Aspiración de secrecións	☐ Coidados xerais de hixiene e confort ☐ Coidados paliativos ☐ Outras (especificar) _____
Retirar medidas terapéuticas xa iniciadas	
☐ Depuración extrarrenal ☐ Aminas vasoactivas ☐ Ventilación mecánica	☐ Nutrición artificial ☐ Outras (especificar) _____
☐ Rescisión das ordes previas (xustificar motivo)	
☐ Outra orde adicional (indicar) ☐ Suspender LET	
Fdo. Facultativo responsable	

ANEXO II. Procedemento de retirada de ventilación mecánica

OBJECTO

O obxecto deste procedemento é establecer as pautas de actuación para a retirada da ventilación mecánica en pacientes que se atopan ao final da vida, tomada a decisión de retirada do tratamento de soporte vital, e garantir unha morte digna cos cuidados paliativos adecuados co fin de evitar o sufrimento do paciente.

Unha morte digna ou boa morte está descrita como a que está libre de malestar e sufrimento evitables a pacientes, familiares e cuidadores, de acordo cos seus desexos e cos estándares clínicos, culturais e éticos do entorno.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

A extubación terminal consiste na retirada do tubo endotraqueal mediante o que se administra a ventilación mecánica, e supón a suspensión do tratamento de soporte vital aos pacientes en situación terminal.

É habitual que se presenten síntomas de obstrución da vía aérea e falta de aire, polo que o procedemento debe ser efectuado de modo programado e baixo sedación para paliar os síntomas e sufrimento do paciente.

A. Comunicación aos familiares

A comunicación dos efectos do procedemento aos familiares do paciente debe ser completa e adecuada, deben comprender que o seu familiar pode falecer en minutos ou horas trala retirada do tubo endotraqueal que mantén o soporte vital do paciente. En caso de que desexen estar presentes, deben ser previamente informados da técnica e da sintomatoloxía que previsiblemente presentará o paciente nos momentos posteriores.

B. Ambiente apropiado

Debe procurarse un ambiente tranquilo e silencioso ao paciente e retirar na medida do posible os dispositivos innecesarios que supoñan unha incomodidade ao paciente.

C. Preparación previa: analxesia e sedación

Debe ser realizada a adecuada preparación previa do paciente e a administración de analxesia e sedación necesarios no obxectivo de procurar o maior benestar do paciente. As pautas de dose dos fármacos indicados son orientativas, nos existindo limitación de doses, e serán administradas as cantidades necesarias para lograr a paliación de síntomas, exclusivamente con esta intención. En moitos casos será necesario producir a inconsciencia do paciente.

NAS 6 H PREVIAS

- Deter a nutrición enteral e reducir a fluidoterapia todo o posible (máximo 25 ml/SS/h) para evitar os estertores trala extubación.

- Se o paciente estivera sobrehidratado, administrar 40-80 mg de furosemida en bolo iv. Se non é efectivo en 30 minutos, administrar 250-500 mg de furosemida en infusión durante 1 hora.
- Administrar metilprednisolona 100 mg iv para prevención de estertores trala extubación.

Sedación:

- Administrar pauta de midazolam ou propofol + morfina, co obxectivo de aliviar a dispnea, dolor ou incomodidade, sen limitación de dose.
- Diminuír a FIO₂ ao 21%, retirar a PEEP e indicar ventilación en modo *Presión de soporte*.
- Valorar o estado do paciente para axustar a sedación ás necesidades individuais.

30 MINUTOS ANTES DA EXTUBACIÓN

- Administrar Buscapina (1 amp iv) ou Escopolamina (1 amp iv) para a prevención de estertores trala extubación.
- Metilprednisolona 100 mg iv para previr o estridor.

RETIRADA DE TUBO ENDOTRAQUEAL

- Unha vez o paciente está adecuadamente sedado, pasar a tubo en T.
- Realizar a extubación e non administrar osíxeno.
- Tratar as situacións de malestar do paciente.