

▶ BLOQUE 6: CUIDADOS PALIATIVOS

Capítulo 28:

Cuestiones éticas y legales
en urgencias respiratorias

Autores

María Sánchez Palop	Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio (Granada).
Francisco Rodríguez Jerez	Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio (Granada).
José Luis Palma Aguilar	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe).

Introducción

La atención en urgencias a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas o de gravedad mantenida (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], fibrosis pulmonar, bronquiectasias o enfermos neuromusculares [ENM]) genera con frecuencia situaciones complejas ético-legales. Tratamientos aplicables en el hospital o en domicilio, como la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) o la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) pueden ser de uso controvertido en pacientes en los que se ha establecido limitación del esfuerzo terapéutico (LET). El entorno de urgencias puede dificultar la adecuada toma de este tipo de decisiones.

Existe un marco legal englobado en algunas leyes que se deben conocer:

- Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
- Ley 2/2010, del 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- Decreto 59/2012, del 13 de marzo, que regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA) de Andalucía.
- Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Abordaje práctico de algunas situaciones

Con base en los principios de bioética (modelo de Beauchamps y Childress), se proponen unas orientaciones para facilitar la toma de decisiones en algunos escenarios:

Principio de beneficencia: A veces hay que decidir sobre el techo terapéutico de soporte ventilatorio en pacientes en los servicios de urgencias y emergencias (SUE): Administración de oxígeno, oxigenoterapia a alto flujo (OAF), VMNI o VMI con intubación orotraqueal (IOT). Pacientes con EPOC muy grave tienen mecanismos de compensación crónica que les permiten sobrevivir durante mucho tiempo, con aceptable calidad de vida (CV). En ellos, no estaría indicada la IOT/ventilación mecánica invasiva (VMI), pero probablemente debería plantearse aplicar OAF y/o VMNI, ante la evidencia científica actual. El inicio de la terapia debe estar apoyado por neumólogos, si están disponibles en la guardia, o bien posteriormente, dado que la aceptabilidad, tolerancia y eficacia de estas terapias se relaciona con la calidad de su aplicación. Si tras aplicarlas correctamente no hay mejoría, debe plantearse su retirada.

En cuanto a la eutanasia, esta solo puede llevarse a cabo en determinadas situaciones y no se puede solicitar en urgencias. Se se diera el caso, el deber es informar que no es el ámbito idóneo para su solicitud y la persona interesada deberá hacerlo por los cauces adecuados.

Principio de no maleficencia: En general, en pacientes respiratorios avanzados no estará indicada la IOT/VMI, por lo que la reanimación cardiopulmonar no debe realizarse, pero hay ciertos escenarios (ENM de lenta evolución o pacientes que han expresado su deseo de conexión a IOT/VMI) que hay que valorar. En casos límite, lo ideal es acordar un plan de actuación entre los profesionales de SUE, UCI y neumología.

Un ejemplo de aplicación de este principio es evitar una situación bastante común en la práctica, como es la administración de oxigenoterapia, que en ocasiones se cree inocua, en concentraciones elevadas, provocando retención de dióxido de carbono (CO₂) con acidemia respiratoria e incluso coma carbónico iatrogénico.

Principio de autonomía: Se debe informar a los pacientes sobre los riesgos/beneficios de las terapias, y respetar su decisión. A veces, no estarán en condiciones de decidir, siendo imprescindible mantener una actitud prudente, acordando actuaciones con sus allegados, si es posible. Debe indagarse si el paciente dispone de VVA, aunque si puede expresarse en el momento de la atención, su palabra prevalece sobre dicho documento. Conviene conocer cómo se accede al registro de VVA. Ante cualquier duda, debe ser tratado, dado que aun en situaciones de limitación grave de la CV, hay quien mantiene su deseo de recibir tratamiento. Si han expresado claramente su voluntad, debe ser recogida en la historia clínica y

respetada. En caso de duda, se puede iniciar una terapia durante un "tiempo limitado" (de acuerdo con paciente o familiares). Si mejora, se continúa, y si empeora, se reemplaza por medidas de confort.

Los pacientes >16 años tienen derecho a decidir. Solo en caso de grave riesgo para la vida, otorgarán el consentimiento sus representantes legales, teniendo en cuenta la opinión del menor. Si hay discrepancia (menor con sus tutores legales o tutores legales entre ellos) debe transmitirse el caso a la autoridad judicial. En caso de urgencia, sin disponer de un veredicto judicial, actuaremos por el interés del paciente, comunicando, simultáneamente, el caso a la fiscalía.

En lo referente a la información médica, es frecuente que los familiares pidan ocultar información al paciente, especialmente en procesos graves y de mal pronóstico. El paciente tiene derecho a ser informado o rechazar dicha información, así como a decidir con quién la comparte. Por ello, es fundamental respetarlo y cumplir con el secreto profesional.

Principio de justicia: En pacientes respiratorios, implica evaluar cuidadosamente la proporcionalidad terapéutica, sobre todo en los que demuestran reiteradamente incumplimiento o persisten en el hábito tabáquico, así como cuando no se espera una respuesta al tratamiento (a veces esta decisión debe ser avalada por un experto). Son casos frecuentes en el ámbito de la neumología y plantean dilemas éticos importantes, sobre todo en situaciones de escasez de recursos, saturación del sistema (alta frecuentación/alta ocupación de camas de críticos). Por ello es muy importante detallar esos datos en la historia clínica, pues pueden orientar en la indicación o no de una terapia.

Impacto en la CV de nuestras decisiones

La atención adecuada implica, además de tratamiento farmacológico, la comprensión del sufrimiento, las pérdidas y las limitaciones que presentan los pacientes en sus vidas y las de sus cuidadores. En un grupo significativo de enfermos, el principal criterio de decisión terapéutica es el impacto en la CV del paciente. En las agudizaciones, a veces deberá primar el confort sobre el uso de distintas terapias. Especial atención requiere el tratamiento de la disnea, que debe realizarse por personal experto, para no caer en el encarnizamiento terapéutico, así como no aplicar de forma precipitada fármacos "aliviadores" que entorpezcan un tratamiento que suponga beneficio claro al paciente con enfermedad respiratoria crónica agudizada sin situación de terminalidad a corto plazo.

Algunas consideraciones prácticas sobre la sedación

Con frecuencia, enfermos respiratorios en situación terminal precisan asistencia urgente por descompensaciones graves y disnea refractaria como síntoma principal. Si está clara su terminalidad, lo prioritario es el alivio sintomático (Capítulo 27), teniendo en cuenta que la disnea refractaria en este tipo de pacientes difícilmente

responde a oxigenoterapia, precisando mórficos y otros fármacos, aun a riesgo de inducir una depresión respiratoria. Son situaciones de claro final de la vida y debe primar el confort. No se debe iniciar una sedación terminal en urgencias donde habitualmente no se reúnen las condiciones necesarias de privacidad, sosiego ni acompañamiento familiar. Lo recomendable es el tratamiento sintomático y trasladar a otra área ya que es preferible que la decisión de LET y sedación terminal sea adoptada por el equipo médico asistencial habitual de estos pacientes y consensuada con él y/o sus representantes. Excepcionalmente, puede ser apropiado el soporte respiratorio paliativo con OAF/VMNI, hasta una decisión definitiva, vigilando a la vez no caer en situaciones de futilidad o encarnizamiento terapéuticos.

Donación de órganos en asistolia

En general, los enfermos respiratorios avanzados no son potenciales donantes por sus comorbilidades, pero sí aquellos con ENM (como esclerosis lateral amiotrófica), que podrían haber expresado dicha voluntad. En nuestro entorno, los responsables de los servicios coordinadores de trasplantes suelen informar sobre esta posibilidad y facilitar el protocolo a seguir. El manejo de estas situaciones, por todas sus implicaciones, debe realizarse por personal entrenado.

Resumen



RECORDAR QUE

- Se debe conocer el marco legal que regula la toma de algunas de nuestras decisiones en el paciente urgente.
- Dichas decisiones deben respetar los principios de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia.
- En pacientes con EPOC muy grave con aceptable calidad de vida no estaría indicada la IOT/VMI, pero se debería plantear la aplicación de OAF y/o VMNI con el apoyo de neumólogos.
- En ciertos casos límite de pacientes con enfermedad respiratoria avanzada se debe acordar un plan de actuación entre SUE, UCI y neumología.
- Se debe informar a los pacientes sobre los riesgos/beneficios de las terapias, y respetar su decisión.
- Se debe indagar si el paciente tiene VVA, aunque prevalece su palabra sobre dicho documento.
- Ante enfermedad claramente terminal es prioritario el alivio sintomático del paciente.



QUÉ NO HACER

- Llevar a cabo una eutanasia en un entorno de urgencias. Siempre debe realizarse utilizando los cauces adecuados.
- Ocultar información al paciente a petición de sus familiares.
- Aplicar de forma precipitada fármacos "aliviadores" en pacientes con enfermedad respiratoria crónica agudizada no terminal a corto plazo.
- Iniciar una sedación terminal en urgencias.

1. Fromme EK. Ethical issues in palliative care [Internet]. UpToDate [Internet]. Consultado el 10 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
2. Bátiz J, Roncan P. Problemas éticos al final de la vida [Internet]. Guías médicas de la SECPAL [Internet]. [Consultado el 10 de octubre de 2023] Disponible en: <https://www.secpal.org>
3. Galán González-Serna JM, Palma Aguilar JL. Límites de la ventilación no invasiva: perspectiva ético-clínica. En: Antonio Esquinas, editor. Bioética en ventilación mecánica no invasiva. Fundamentos. Madrid: Editorial Ergón; 2010. p. 119-124.
4. Palma Aguilar JL, González Márquez F, Fernández Sosbilla JM, et al. Práctica de la VMNI en pacientes con orden de no intubación. En: Antonio Esquinas, editor. Bioética en ventilación mecánica no invasiva. Fundamentos. Madrid: Editorial Ergón; 2010. p. 125-130.
5. Jonsen, A. R. (2016). Razonamiento casuístico en la ética médica. Dilemata, (20), 1-14. Recuperado a partir de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/419>.
6. Gracia D. La Deliberación Moral: El Método de la Ética Clínica. En Diego Gracia y Javier Júdez (editores). Ética en la práctica clínica. Primera edición. Madrid: Editorial Triacastela; 2004. p.21-32.
7. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En Lydia Feito, Diego Gracia y Miguel Sánchez (editores). Bioética: estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011. p.101-254.