

3. PROCESO DE REALIZACIÓN DE LET



3. PROCESO DE REALIZACIÓN DE LET



3.1 FORMAS DE LET

La práctica de la LET en Medicina Intensiva estuvo clásicamente vinculada a actuaciones realizadas en el interior de las UCIs, y consistían en el no inicio o en la retirada de medidas de soporte vital u otras intervenciones.

Sin embargo, el ámbito de la práctica de la LET en Medicina Intensiva es más amplio que eso. Hay al menos dos escenarios más que deben ser considerados. El primero es la decisión de dar o no acceso al paciente a los recursos e intervenciones propias de este campo de la Medicina, esto es, la decisión de ingresar o no al paciente en la Unidad. El segundo se refiere a la aceptación del ingreso en la UCI de un paciente, pero estableciendo ya desde el primer momento limitaciones al tratamiento que le será aplicado. Si bien el primer escenario es ya un clásico en el debate sobre LET en Medicina Intensiva, el segundo es más desconocido y reciente. En el **Anexo 1** se encuentra una categorización de los niveles de intensidad terapéutica, diagnóstica y de monitorización que es aconsejable establecer antes del ingreso del paciente en UCI, y que se reevalúe periódicamente.

En una encuesta realizada en 2010 en 43 UCIs españolas, 40 de las Unidades (93%) aceptaban que realizaban esta práctica, aunque los criterios utilizados, salvo la presencia de una enfermedad crónica severa previa (95%) eran poco precisos⁵³. Como factores asociados a esta práctica aparecían la baja disponibilidad de camas de UCI y la existencia de criterios explícitos de restricción del ingreso.

No obstante, estimamos importante establecer en este contexto y atendiendo a lo reflejado, una serie de consideraciones a tener en cuenta para tomar la decisión de un "no ingreso en UCI" de un paciente como una forma ya de limitación (**Tabla 16**). Por ejemplo, hay situaciones de pacientes con patologías que pueden ser susceptibles de valoración para ingreso en UCI, pero la condición previa del paciente genera dudas al equipo profesional que le trata acerca de la conveniencia de este ingreso por lo que será necesaria la valoración conjunta con los profesionales de la UCI.

TABLA 16. CONSIDERACIONES PREVIAS PARA LA DECISIÓN DEL “NO INGRESO EN UCI”
Pasos para la toma de decisiones previas al “no ingreso en UCI”
<p>1. Proceso deliberativo por parte del equipo profesional que trata a la persona enferma, de su situación clínica y de la posibilidad de su valoración e ingreso en UCI.</p>
<p>2. Realización de una propuesta de valoración precoz por profesionales de UCI, previa a que el deterioro de la situación clínica del paciente haga que no se beneficie de su ingreso en UCI, o bien, para que pueda facilitar un planteamiento sobre la indicación o no de LET.</p>
<p>3. Evaluación individualizada del paciente de forma deliberativa y compartida por los profesionales responsables de la persona enferma y profesionales de UCI.</p>
<p>4. Decisión colegiada del equipo asistencial, que permita ofrecer también otras opciones diferentes al no ingreso en UCI como pueden ser: posibilidad de ingreso con pactos acerca de las medidas a adoptar, acordar tiempos de prueba-respuesta, u otras.</p>
<p>5. Registro en la historia clínica de la persona de todos los pasos efectuados (evaluación de la persona enferma, proceso deliberativo y decisiones tomadas). Es importante dejar constancia de la decisión de no ingreso en UCI para facilitar futuras decisiones y evitar reevaluaciones continuas, excepto si se produce un cambio de escenario que así lo indique.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, en la **Tabla 17** se resumen a modo de ejemplo, distintos escenarios y diferentes formas de la práctica de LET en Medicina Intensiva.



TABLA 17. DIFERENTES FORMAS DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET)

<p>NO INGRESO EN UCI</p>	<p>Por situación terminal o irreversible con mal pronóstico a corto plazo</p> <p>Por no beneficiarse de reingreso en UCI por haber evolucionado en ingresos previos hacia una situación irreversible.</p>	<p>Paciente de 75 años en shock séptico con carcinoma de colon metastático en situación terminal y situación preagónica.</p> <p>Paciente de 60 años con traumatismo craneoencefálico grave que 90 días después del ingreso es dado de alta en situación de Estado de Mínima Consciencia. El enfermo está respirando correctamente a través de traqueotomía, sin embargo se considera que en un futuro (semanas o meses), el paciente puede desarrollar complicaciones clínicas graves. En este punto, se decide dar el alta, y acordar con el servicio de destino, el no reingreso del paciente.</p>
<p>NO INSTAURACION</p>	<p>A priori. Decidida en el mismo momento de autorizar el ingreso en UCI.</p>	<p>Paciente de 82 años, fumador, con HTA, DM Tipo 2 e hipercolesterolemia mal controladas. Ingresado en planta de hospitalización por un cuadro de insuficiencia cardíaca severa. A pesar del tratamiento, empeora. El médico de UCI es consultado y decide ingreso en UCI, y si lo precisase, intubación y ventilación mecánica. No obstante, ya desde el momento de ingreso en UCI el equipo establece que si el paciente desarrollase insuficiencia renal, no se le colocarían sistemas de depuración extrarrenal. También se plantea una Orden de No Reanimar.</p> <p>Paciente prematuro de 23 semanas de gestación con 470g de peso que nace bradicárdico y cuya frecuencia cardíaca no se normaliza tras intubación y ventilación. Se plantea Orden de No Reanimar.</p>
<p>RETIRADA</p>	<p>Por mala evolución clínica.</p>	<p>Paciente de 68 años sin antecedentes de interés salvo fumador, que ingresa en UCI directamente con soporte total desde Urgencias en estatus epiléptico. Posteriormente el TAC craneal muestra dos lesiones compatibles con metástasis cerebrales y, la RX de Tórax, una lesión compatible con cáncer broncogénico.</p> <p>El equipo decide escribir una Orden de No Reanimar y limitar la instauración de nuevas terapias, incluyendo antibioterapia, nutrición parenteral y depuración extrarrenal.</p> <p>Paciente de 73 años con trasplante renal hace 20 años. Hizo un rechazo crónico tardío. Actualmente está en hemodiálisis por no ser candidata a trasplante. Presenta una miocardiopatía no filiada moderada. Acude a Urgencias con sepsis de origen desconocido y muy mal estado general. Ingresó en UCI. En las primeras horas es preciso intubar a la paciente por insuficiencia respiratoria y cardíaca severas. En los siguientes días desarrolla fracaso multiorgánico. Tras debatirlo en la sesión del Servicio se acuerda iniciar retirada de medidas.</p>



3.2 MODELO GENERAL PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LET

La dificultad de articular adecuadamente los principios éticos implicados en la práctica de la LET o, si se prefiere, los dos momentos del proceso de toma de decisiones clínicas, el de la **indicación** y el de la **autorización** (**Figura 1**), ha hecho nacer en la literatura múltiples propuestas de modelos de toma de decisiones éticas en escenarios de LET^{54,55,56, 57}. El **modelo general propuesto** en este documento es el que se encuentra en la **Figura 3**.

Como puede verse, este **diagrama de flujo** sólo dibuja el proceso de realización de la LET en pacientes que ya están ingresados en UCI. La LET entendida como limitación al ingreso en UCI no está contemplada aquí, aunque la filosofía de fondo de este diagrama –la evaluación individualizada y los procesos deliberativos compartidos entre diferentes profesionales– son los mismos que deben aplicarse en ese contexto. El proceso deliberativo en las situaciones de LET del ingreso en UCI debe realizarse necesariamente junto con los profesionales de otros servicios que son responsables de la persona enferma.

Desgranaremos a continuación los siguientes pasos del diagrama (**Figura 3**) y elementos relevantes del proceso:

Evaluación individual de la persona enferma por profesionales de la Medicina y Enfermería que la atienden.

Deliberación y decisión colegiada por el equipo asistencial.

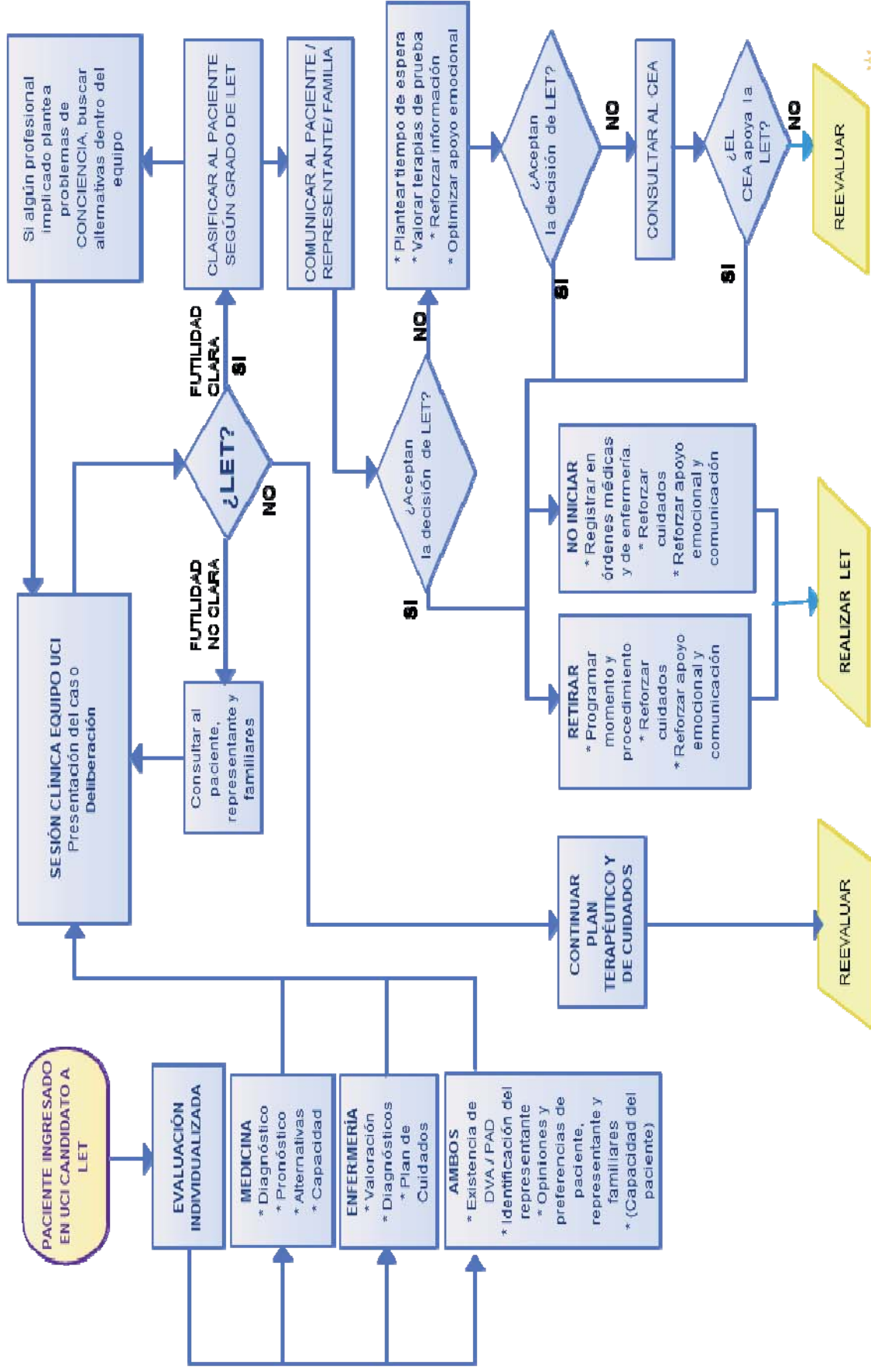
Clasificación de pacientes según el esfuerzo terapéutico.

Información a la persona enferma, su representante, sustituto o familia.

Manejando el conflicto: la consulta al Comité de Ética Asistencial (CEA)

Cuidados de Enfermería en el contexto de la LET.

Figura 3. Diagrama de flujo de la LET en UCI.



➤ **Evaluación individual de la persona enferma por profesionales de la Medicina y Enfermería que la atienden:**

La decisión de plantear explícitamente la LET en un paciente que ya está ingresado en UCI suele ser fruto de un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de un período de tiempo más o menos largo, marcado por la evolución clínica y su impacto en el pronóstico, en el que participan varios profesionales de la UCI y no sólo los responsables directos de la atención de la persona enferma. Con frecuencia dicho proceso tiene al principio características más bien informales y fragmentarias.

Pero cuando aparece en el horizonte la inutilidad de nuevas medidas diagnósticas y/o terapéuticas o una muerte probable, y se va perfilando más claramente la idea de que el paciente es susceptible de LET, entonces resulta necesario acometer una **evaluación explícita, cuidadosa, integral e individualizada** de dicha persona desde esa perspectiva⁵⁸. Aunque es cierto que el diagnóstico y el pronóstico clínico, en términos tanto de "cantidad" como de "calidad" de vida, forman la base fundamental sobre la que asienta el juicio sobre la futilidad de las medidas y, por tanto, la LET, la evaluación del paciente no debe limitarse a las cuestiones estrictamente clínicas, científico-técnicas. Debe incluir los aspectos relacionados con los cuidados de enfermería (valoración, diagnósticos y plan de cuidados realizados hasta ese momento), la capacidad de la persona, sus preferencias y/o las de su representante o familiares, el entorno emocional familiar y el contexto socioeconómico.

➤ **Deliberación y decisión colegiada por el equipo asistencial:**

Aunque la decisión última de no-iniciar o retirar una determinada medida terapéutica recae sobre los profesionales de la Medicina que sean responsables de la atención del paciente, lo cierto es que dicha decisión debe gestarse en el marco de un **proceso deliberativo** en el que participen todos los profesionales de la UCI (Medicina y Enfermería) y donde se busque el mayor consenso posible entre todos ellos. La Enfermería establece habitualmente un contacto más estrecho y cercano con la persona y sus seres queridos. Esto le permite conocer con más detalle sus opiniones, sus dudas, sus miedos, sus deseos de tratamiento o de cuidados en relación con la enfermedad y su evolución. Por eso la Enfermería puede aportar, entonces, información muy importante para la toma de decisiones.

En ocasiones, puede ser necesario invitar también a participar en el proceso deliberativo a profesionales de otras especialidades, que puedan estar muy directamente implicados en la atención del paciente, dado que el paciente ha estado previamente a su cargo.

El **proceso de toma de decisiones**, para tener carácter deliberativo, debe cumplir algunos requisitos formales (**Tabla 18**).

TABLA 18 . REQUISITOS DE UNA DELIBERACIÓN ÉTICA^{59, 60}

REQUISITOS FORMALES DE UNA DELIBERACIÓN ÉTICA

1. Todos los participantes en el proceso deben poder opinar libremente, en condiciones de igualdad o simetría moral, sin ningún tipo de coacciones o restricciones.
2. Los participantes están obligados a argumentar de forma respetuosa y veraz, exponiendo las razones morales, éticas o jurídicas que sustentan sus opiniones.
3. Cualquier argumento puede ser sometido libremente a crítica mediante contra-argumentos.
4. La calidad de un argumento se basa en la calidad de las razones que lo sustentan y no en la fuerza del principio de autoridad.
5. El objetivo del proceso deliberativo es establecer lo que pueda ser el mayor bien del paciente, no meramente aplacar la angustia de los que tienen que decidir.

Fuente: Elaboración propia.

La **presentación de la información** al equipo de la UCI por parte de profesionales de Medicina y Enfermería como responsables del paciente, constituye un elemento fundamental. Dicha presentación debe ser lo más sistemática, completa y ordenada posible. Una buena manera de hacerla es seguir una adaptación de la propuesta de los bioeticistas estadounidenses Jonsen, Siegler y Winslade, que identifican **4 componentes** fundamentales en la descripción de un hecho clínico (**Figura 4**)^{61, 62}.

Según los autores antes citados, en la deliberación moral para la toma de decisiones, no todos los componentes tienen el mismo valor. Debajo de cada uno de ellos hay valores éticos que tienen relevancia diferente. En su opinión, muy propia del entorno estadounidense, las "**preferencias del paciente**", que encarnan el valor o principio de autonomía, son el componente de mayor peso. Después habría que considerar las "**indicaciones clínicas**", que se relacionan con los valores o principios de no-maleficencia y beneficencia. A continuación vendrían las consideraciones sobre la "**calidad de vida**", que estarían relacionadas con los tres principios citados y, por último, los "**factores no clínicos**", que implican a los 4 principios y, especialmente, al principio de justicia. Esta jerarquización es discutible y, de hecho, ellos mismos la dan como orientativa o provisional.

Figura 4. Los componentes fundamentales de la descripción de un caso clínico.

<p>INDICACIONES CLÍNICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Diagnóstico médico •Diagnósticos de enfermería •Plan terapéutico <ul style="list-style-type: none"> –Resultados –Alternativas •Plan de cuidados de enfermería •Pronóstico clínico 	<p>PREFERENCIAS DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> •Evaluación de la capacidad para decidir •Opiniones y preferencias del paciente <ul style="list-style-type: none"> –Actual es (paciente capaz) –Previas (paciente incapaz) <ul style="list-style-type: none"> •Declaración de Voluntad Vital Anticipada (DVA) •Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) •Representante / sustituto <ul style="list-style-type: none"> –Identificación –Opiniones, preferencias
<p>DELIBERACIÓN</p>	
<p>CALIDAD DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Actual: pronóstico a corto plazo, sufrimiento <ul style="list-style-type: none"> –Percepción de los profesionales (medicina y enfermería) –Percepción del paciente o representantes –Percepción de la familia •Futura: pronóstico a medio / largo plazo, secuelas. <ul style="list-style-type: none"> –Percepción de los profesionales (medicina y enfermería) –Percepción del paciente o representantes –Percepción de la familia 	<p>FACTORES NO-CLÍNICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Contexto familiar: <ul style="list-style-type: none"> –Entorno emocional de soporte –Conflictos intrafamiliares. •Contexto socioeconómico del paciente •Contexto jurídico •Contexto institucional y profesional: <ul style="list-style-type: none"> –Problemas de conciencia en los profesionales –Desacuerdos profundos entre profesionales –Conflictos de interés (docencia, investigación) •Eficiencia económica: <ul style="list-style-type: none"> –problemas relacionados con el uso de los recursos

Fuente: Adaptada de Jonsen, Siegler y Winslade.

En el marco de una deliberación sobre LET es más coherente afirmar que los **dos factores clave** a evaluar son “**las indicaciones clínicas**” y “**la calidad de vida**”. En tercer lugar habría que considerar los “**factores no clínicos**” y, por último, las “**preferencias del paciente**”. Como ya se ha mencionado anteriormente, en la medida en que los dos primeros factores se revelen como insuficientes para formarse un juicio prudente sobre la decisión de LET, el peso de los otros dos factores –especialmente el de las “**preferencias del paciente**”- irá ganando relevancia.

En el caso de que el equipo no pueda establecer de forma clara la futilidad de una medida, permaneciendo como incierta, entonces debe involucrarse a la persona enferma, su representante o la familia en el proceso de toma de decisiones, deliberando conjuntamente con ellos. Lo habitual es que este proceso lo realice el médico responsable del paciente, con el apoyo de los demás profesionales implicados y no todo el equipo, aunque éste último debe ser informado de cuanto suceda.

✦ Clasificación de los pacientes según el esfuerzo terapéutico:

Si tras el proceso la decisión del equipo es la LET, el siguiente paso es clasificar al paciente según el nivel de **esfuerzo terapéutico** que se va a aplicar.

En principio, salvo que ya se haya establecido a priori lo contrario al decidir el ingreso, todas las personas ingresadas en la UCI merecen "soporte total", es decir, el uso de todos los recursos disponibles. Pero cuando las expectativas de recuperación se reducen o la persona enferma manifiesta expresamente su deseo de no ser sometida a determinadas terapéuticas, ha de ser incluida en alguna categoría dentro de la escala de esfuerzo terapéutico. Según ella, las personas enfermas ingresadas en la UCI pueden enmarcarse en alguno de los grupos contemplados en la **Tabla 19**².

Esta clasificación siempre será aproximada, pues los límites entre uno y otro nivel son esponjosos, no estancos. Su utilidad estriba en que ayuda a racionalizar el proceso de toma de decisiones y a disminuir la variabilidad. Pero nunca debe perderse de vista que la toma de decisiones es siempre individualizada, personalizada en función del contexto clínico integral del paciente.

² Esta clasificación se basa en la que en su día apareció en el libro de Juan Gómez Rubí, aunque ha sido modificada. En particular, se ha suprimido el Nivel IV, que hacía referencia a la Muerte Encefálica, pues cuando un paciente está en esa situación en realidad no procede hablar de LET. Otra cuestión son los procedimientos que se mantengan para facilitar la donación, aspecto que se aborda más adelante en este mismo documento.

Tabla 19. CLASIFICACIÓN ORIENTATIVA DE LOS PACIENTES SEGÚN EL NIVEL DE ESFUERZO TERAPÉUTICO	
GRUPO I: SOPORTE TOTAL	
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes que reciben todas las medidas necesarias, monitorización activa o tratamiento intensivo, sin excepción. 	
GRUPO II: SOPORTE TOTAL CON ORDEN DE NO-RCP	
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con daño cerebral grave e irreversible bien establecido, enfermedades oncológicas, cardiopulmonares o neurodegenerativas irreversibles, en fase final. Se aplican las medidas del grupo anterior cuando estén indicadas, pero si en el curso de su evolución sufren una PCR, no se recurre a los procedimientos de RCP. 	
GRUPO III: SOPORTE LIMITADO	
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con fracaso multiorgánico; mala evolución clínica con mal pronóstico o fase terminal de una enfermedad incurable. Mantener siempre los cuidados y procedimientos destinados a proporcionar el máximo bienestar al paciente: sedoanalgesia, hidratación, higiene corporal y cuidados básicos de piel y mucosas. 	
III-A: Medidas invasivas «condicionadas».	<p>No RCP y medidas invasivas condicionadas. Se pacta un periodo de prueba de medidas invasivas durante un plazo prudencial.</p> <p>Medidas invasivas: VM con IOT, terapias de reemplazo renal (continuas o discontinuas), balón de contrapulsación, Swanz Ganz.</p>
III-B: No instauración de medidas invasivas.	<p>No RCP ni medidas invasivas diagnósticas o terapéuticas.</p> <p>Medidas aceptables: O₂, fisioterapia respiratoria, VMNI, vía venosa central, sondaje vesical, fluidoterapia y diuréticos, drogas inotrópicas, medidas diagnósticas no invasivas.</p>
III-C: No instauración de medidas adicionales de ninguna clase	<p>Se mantienen las medidas instauradas pero ya no se añade ninguna otra nueva, sea del tipo que sea, invasiva o no-invasiva. Por ejemplo, nuevos antibióticos, sangre y hemoderivados, fármacos vasoactivos potentes, nutrición enteral o parenteral, control de arritmias.</p>
III-D: Retirada de todas las medidas	<p>Optimización de los cuidados sintomáticos y los cuidados básicos.</p> <p>Se retiran todas las medidas incluyendo la VM:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gradual: VT de 5ml/kg, FiO₂ 21%, no soporte, no PEEP. Directa: Retirada del TOT con sedación previa.
<p>PCR: Parada cardiorrespiratoria, RCP: Reanimación cardiopulmonar, VM: Ventilación mecánica, IOT: Intubación oro-traqueal, VMNI: Ventilación mecánica no invasiva, VT: Volumen corriente o tidal, PEEP: Presión positiva al final de la espiración, TOT: Tubo oro-traqueal.</p>	

Fuente: Modificada de Gómez Rubí J. Ética en medicina crítica. Madrid: Triacastela, 2002.

➤ **Información a la persona enferma, su representante, sustituto o familia:**

La buena comunicación entre el personal sanitario, paciente y/o su representante y su familia resulta clave para desarrollar satisfactoriamente los procesos de LET. Las personas enfermas y sus familias consideran, la mayoría de las veces, que las **habilidades de comunicación** del equipo sanitario son tanto o más importantes que sus capacidades clínicas y técnicas.

Por tanto, el tipo de respuesta que darán a la comunicación por los profesionales de una decisión de LET, depende de manera crucial de las habilidades comunicativas de dichos profesionales. Si el paciente, el representante o la familia perciben frialdad emocional en los profesionales o déficits de comunicación empática, aumentará exponencialmente la probabilidad de que muestren dificultades para entender y aceptar una decisión de LET.

Algunas sugerencias para garantizar la **buena comunicación** se encuentran en la **Tabla 20**⁶³:

TABLA 20. CLAVES PARA UNA BUENA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN PROCESOS DE LET

CLAVES PARA UNA BUENA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN PROCESOS DE LET	
➤ Elección del momento y el lugar:	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir el momento concreto en el que se va a mantener la conversación sobre LET. • Es preciso garantizar la privacidad del encuentro. Elegir bien el lugar en el que informar, tranquilo, sin interrupciones. Evitar informar en pasillos o salas de espera. • Desarrollar la comunicación e información en un ambiente general en el que el equipo genere la máxima empatía, cercanía y confianza posibles. • Explorar con la persona enferma y/o su representante o su familia el momento adecuado para iniciar la LET. Se acordará el momento preciso, dando tiempo para poder acompañar al paciente, y para la despedida.
➤ Características del proceso de información:	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe informar de forma proactiva. • Facilitar una información clara y transparente sobre la situación del paciente, el pronóstico y la eficacia de los tratamientos que recibe, así como sobre los motivos que justifican la decisión del equipo de la UCI de realizar LET. • Explicar qué se va a hacer, cuándo y cómo, y la forma en que se realizará la LET (permitir las despedidas, determinar quién acompañará al paciente y hasta qué momento, etc.) • Usar un lenguaje fácilmente comprensible. Si es preciso mencionar algún tecnicismo, a continuación, hay que aclarar su significado. • Acompañar las explicaciones orales con información adicional por escrito, dibujos que aclaren u otras formas de asegurar la comprensión. • La información ha de ser tan frecuente como sea necesario para que la decisión se asimile adecuadamente. Dar tiempo. • Es crucial repetir los mensajes varias veces. La ansiedad y el estrés de los destinatarios dificultan la comprensión y retención de los mensajes. • Informar sobre quién es quién en el equipo sanitario, y clarificar el rol de cada profesional. • Dar a conocer la identidad de los profesionales de Enfermería y Medicina que son los responsables del paciente. • Coordinar eficazmente la información que se transmite por parte de todo el personal. No dar informaciones contradictorias o diferentes.
➤ Habilidades para una buena comunicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Tener calidez: No transmitir sensación de prisa, ni de frialdad emocional durante el proceso de información. • Transmitir empatía: Evitar siempre actitudes distantes, paternalistas, autoritarias o de prepotencia. • Facilitar la expresión de las emociones: Permitir silencios, adoptando un perfil de baja reactividad. Acompañar y consolar. • Permitir la bidireccionalidad: Mantener una escucha activa. Dejar que se nos interrumpa, que se hagan preguntas y se soliciten cuantas aclaraciones estimen necesarias. • Cuidar la comunicación no verbal: gestos, posturas, miradas, expresión facial, tono de la voz. Deben acompañar, y no contradecir el mensaje verbal.

Fuente: Adaptado de: Escudero Carretero MJ, Simón Lorda P, eds. El final de la vida en la infancia y la adolescencia: aspectos éticos y jurídicos en la atención sanitaria. Sevilla: Consejería de Salud, 2011

Dado que nuestra sociedad es cada vez más multicultural y multirreligiosa, es necesario tener en cuenta también estos factores en las decisiones de LET. Aunque es común en todas las culturas el temor al sufrimiento, el dolor y la muerte, los conceptos de salud y enfermedad varían según diferentes grupos culturales y creencias religiosas. Algunas recomendaciones para afrontar la LET en este contexto con una **adecuada competencia cultural o religiosa** se muestran en la **Tabla 21**.

TABLA 21. RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA COMPETENCIA CULTURAL O RELIGIOSA EN CONTEXTOS LET
RECOMENDACIONES PARA LA BUENA COMUNICACIÓN EN CONTEXTOS DE DIVERSIDAD CULTURAL O RELIGIOSA
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar cuál es la interpretación cultural, religiosa y moral que hacen del proceso de LET y cuáles son sus expectativas. Aclarar cuando se precise. • Facilitar la expresión de sus valores culturales y sus creencias religiosas. • Eludir las actitudes personales de prejuicio y los estereotipos. • Respetar sus tradiciones respecto al final de la vida y los rituales de despedida y funerarios. Si no fuera posible, entonces explicar el motivo. • Ofrecer apoyo espiritual. • Facilitar el acceso a la asistencia religiosa que demanden.

Fuente: Elaboración propia.

✚ **Manejando el conflicto: la derivación al Comité de Ética Asistencial (CEA)**

Aunque el buen hacer científico técnico, ético y comunicativo de los profesionales que trabajan en UCI es capaz de solventar adecuadamente la difícil tarea de trasladar al paciente, su representante o sus familiares una decisión de LET, de tal manera que pueda ser aceptada e integrada adecuadamente, a veces esto no sucede.

Con el objeto de facilitar a los profesionales una herramienta de ayuda para afrontar estas situaciones conflictivas, la Ley 2/2010 de “Muerte Digna”, en su artículo 27, impulsó la creación de los **Comités de Ética Asistencial (CEA)** (**Tabla 22**)⁶⁴.

El *Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía* desarrolla reglamentariamente a los CEAs. En base al mismo, todos los centros sanitarios de Andalucía y, por tanto todas las UCIs, están actualmente adscritos a un CEA y pueden consultarlo cuando lo precisen. Por eso es importante que todos los profesionales conozcan el **CEA de referencia** del centro donde trabajan, y sepan cómo consultarlo en caso de que sea necesario. Toda esta información está disponible en la *Web CES – Red Comités de Ética del SSPA* ⁶⁵.

TABLA 22. REFERENCIA JURÍDICA DEL CEA EN LA LEY 2/2010 DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN PROCESO DE MUERTE

Artículo 27. Comités de Ética Asistencial.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

1. Todos los centros sanitarios o instituciones dispondrán o, en su caso, **estarán vinculados a un Comité de Ética Asistencial**, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos, que serán acreditados por la Consejería competente en materia de salud.

Los informes o dictámenes emitidos por el Comité de Ética Asistencial **en ningún caso sustituirán las decisiones** que tengan que adoptar los profesionales sanitarios.

2. En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre estos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso de muerte, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

3. Las personas integrantes de los Comités de Ética Asistencial estarán obligadas a **guardar secreto** sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la **confidencialidad** de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas hayan podido conocer en su condición de miembros del Comité.

4. La composición, funcionamiento y procedimientos de acreditación de los Comités se establecerán **reglamentariamente**.

Fuente: Elaboración propia.

Los Protocolos de LET específicos de cada UCI que se hagan a partir de este documento general de recomendaciones, deberían incluir información detallada acerca de la manera de consultar su CEA de referencia. Resultaría además conveniente que los profesionales de la UCI mantuvieran un contacto regular con el CEA y desarrollaran actividades formativas o divulgativas conjuntas.

En cualquier caso, es importante insistir en que las decisiones de los CEAs **no son vinculantes** para los profesionales, cuestión que no sucede en otros ámbitos, como por ejemplo en el Estado de Texas (EE.UU) donde los CEAs tienen asignada, por ley, la potestad de decidir de manera vinculante en casos de LET⁶⁶. Obviamente si los profesionales están convencidos de que hay que hacer LET a un paciente, en contra del criterio del representante o la familia y el CEA los apoya, entonces los profesionales tienen un fuerte argumento adicional para defender su posición y llevar a cabo la LET. Por el contrario, aunque un CEA considere que una propuesta de LET no es acertada, la decisión última recae en los profesionales, que pueden legítimamente desoír esa recomendación. Sin embargo lo más prudente sería en ese caso, tal y como establece el diagrama (**Figura 3**), reevaluarla de nuevo antes de tomar la decisión final.

✦ Cuidados de enfermería en el contexto de la LET

La decisión del equipo asistencial de hacer LET en un paciente no sólo modifica los objetivos médicos, centrados hasta entonces en la curación. También implica modificaciones en los objetivos cuidadores de la Enfermería. Eso quiere decir que es necesario reorientar el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** que hasta entonces se haya aplicado a esa persona concreta. La LET obliga a dirigir los objetivos hacia la satisfacción de las necesidades básicas, el confort, el control del dolor y el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia.

Dada la gran diversidad de situaciones y la necesidad de personalizar en cada caso el Plan de Cuidados, resulta difícil ofrecer una propuesta única y cerrada de la manera en que debe organizarse el PAE. Sin embargo, sí se puede realizar una aproximación a los posibles diagnósticos enfermeros que pueden detectarse en relación a la LET, relativos tanto al paciente como a su familia (**Tabla 23**).

Como hemos comentado el PAE tiene que centrar sus cuidados en mejorar la calidad de la atención del paciente crítico al final de la vida, así como en el acompañamiento a la familia, orientando las distintas intervenciones a desarrollar y los objetivos a alcanzar. En el **Anexo 2** se contemplan las diferentes posibilidades diagnósticas que pueden acaecer en la LET, para las que se establecen como orientación al profesional de la Enfermería las intervenciones a desarrollar, así como, los resultados a valorar y objetivos a conseguir en el proceso de LET, a sabiendas de que no agotan la variedad de escenarios clínicos que pueden aparecer.

TABLA 23. POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS NANDA DEL PACIENTE Y/O FAMILIA EN RELACIÓN A LA LET ⁶⁷

DIAGNOSTICOS NANDA RELACIONADOS CON LA LET		
DIAGNÓSTICOS POTENCIALES (DE RIESGO)	Dominio 6. Autopercepción	00174. Riesgo de compromiso de la dignidad humana. 00152. Riesgo de impotencia. 00054. Riesgo de soledad. 00153. Riesgo de baja autoestima situacional.
	Dominio 7. Rol / Relaciones	00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador. 00058. Riesgo de deterioro de la vinculación (Pediatria)
	Dominio 10. Principios Vitales	00067. Riesgo de sufrimiento espiritual.
DIAGNÓSTICOS REALES	Dominio 6. Autopercepción	00120. Baja autoestima situacional.
	Dominio 7. Rol / Relaciones	00063. Procesos familiares disfuncionales. 00060. Interrupción de los procesos familiares. 00064. Conflicto del rol parental (Pediatria)
	Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés	00071. Afrontamiento defensivo. 00074. Afrontamiento familiar comprometido. 00073. Afrontamiento familiar incapacitante. 00069. Afrontamiento ineficaz. 00146. Ansiedad. 00147. Ansiedad ante la muerte. 00136. Duelo. 00072. Negación ineficaz. 00148. Temor.
	Dominio 10. Principios Vitales	00079. Incumplimiento 00175. Sufrimiento moral 00066. Sufrimiento espiritual.
	Dominio 12. Confort	00214. Disconfort. 00132. Dolor agudo. 00133. Dolor crónico.
	Dominio 13. Crecimiento/Desarrollo	00101. Deterioro generalizado del adulto.
DIAGNÓSTICOS DE PREVENCIÓN	Dominio 5. Percepción / Cognición	00184. Disposición para mejorar la toma de decisiones.
	Dominio 7. Rol / Relaciones	00159. Disposición para mejorar los procesos familiares.
	Dominio 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés	00158. Disposición para mejorar el afrontamiento. 00075. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
	Dominio 10. Principios Vitales	00185. Disposición para mejorar la esperanza. 00068. Disposición para mejorar el bienestar espiritual. 00083. Conflicto de decisiones.
	Dominio 12. Confort	00183. Disposición para mejorar el confort.

Fuente: Elaboración propia a partir de taxonomía estandarizada enfermera (Nanda)



3.3 REALIZACIÓN DE LET

La realización de la LET, tanto en el caso de la no instauración de medidas (no-inicio) como sobre todo, de retirada de las mismas, requiere garantizar el adecuado cuidado y confort de la persona enferma, teniendo en cuenta que en ocasiones la muerte no es inminente o, incluso, no llega a producirse. El aplicar cuidados y tratamientos para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad o la disnea, así como facilitar el acompañamiento por los familiares, son actuaciones que se ajustan a las recomendaciones éticas y al marco legislativo actual, y por lo tanto, consideradas como buena práctica clínica⁶⁸. Resulta por tanto imprescindible una adecuada y completa planificación del proceso de LET, estableciendo un **Plan de actuación** que incluya elementos básicos como los contemplados en la **Tabla 24**.

TABLA 24. PLAN DE ACTUACIÓN EN EL PROCESO DE LET
PLAN DE ACTUACIÓN EN LA LET
Información adecuada a la persona y/o a la familia sobre todos los aspectos del proceso de LET.
Ubicación de la persona enferma en un entorno lo mas amigable posible, tranquilo, sin ruido...
Respetar el acompañamiento familiar , si lo desean, y flexibilizar el régimen de visitas.
Explorar si la familia desea estar presente o colaborar en la atención final.
En el ámbito de la Neonatología , son muy importantes medidas de confort como: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar la luz y el ruido, anidar y acunar. - Ofrecer a los padres la elección de tomarlos en brazos y/o el contacto piel con piel, si ellos lo aceptan o reclaman. - Dar a los padres la posibilidad de personalizar el entorno con ropa, juguetes, música y objetos propios de su hijo o hija.
Facilitar, si el paciente y/o su familia lo solicitan, el auxilio espiritual de acuerdo con sus convicciones y creencias.
Estar preparados para la atención al duelo a la familia y a las personas cuidadoras, promoviendo medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención del duelo complicado.
Establecer qué medidas serán retiradas , en qué orden y por quién. Todos los tratamientos son susceptibles de retirada (antibióticos, vasopresores, nutrición, transfusiones...). Aquellos que contribuyen al bienestar de la persona enferma se mantendrán. Una vez decidida la retirada de un tratamiento, no hay razones para su retirada lenta salvo las derivadas del potencial incremento en el disconfort del paciente.
Decidir la medicación sedante y analgésica que se va a utilizar y cómo. Sin limitación de dosis , para lograr paliar síntomas y el bienestar de la persona enferma. Establecer los objetivos de la sedación . Si la persona es capaz, será quien lo decida y se contará con su consentimiento explícito . Cuando no sea capaz de otorgarlo, a través de la declaración de VVA, su representante, o familiares. Una vez conseguida la adecuada sedación retirar las medidas en el orden previsto sin demoras.
El/la médico/a responsable debe estar presente durante la retirada.
Evitar una innecesaria prolongación del proceso.
Documentar y registrar todo el proceso en la historia clínica de la persona y en los documentos de registro de órdenes clínicas, si los hubiera.
Prever las evoluciones posibles y las actuaciones a realizar en cada caso, incluyendo la supervivencia del paciente.

Fuente: Elaboración propia

➤ **Información a los profesionales que van a atender a la persona durante el proceso de LET**

Un paso del proceso de LET que no debe olvidarse, es la explicación completa y detallada al equipo de profesionales (de la Medicina, de la Enfermería, y personal no sanitario de la UCI), que la decisión de LET ha sido tomada, y adecuadamente registrada en la historia clínica y que a partir de ese momento las acciones diagnósticas, de monitorización y terapéuticas tienen como objetivo principal el alivio de síntomas de la persona enferma y la búsqueda de su confort.

➤ **Dolor y sufrimiento en el contexto de la LET**

El proceso de la muerte se asocia con frecuencia a dolor y a sufrimiento de la persona enferma, tanto físico como psicológico. Los profesionales de las UCIs deben proveer las medidas adecuadas para el alivio de estos síntomas en el caso de que estos apareciesen en el proceso de la muerte⁶⁹.

En el caso del paciente crítico, además, existen peculiaridades que hacen diferente el modo en que muere. En muchas ocasiones su conciencia está disminuida, la comunicación se ve dificultada por la presencia de medidas invasivas, presenta enfermedades de riesgo vital que afectan a su estado emocional y no siempre está acompañado por sus seres queridos. Estos condicionantes pueden hacer que su padecimiento no esté adecuadamente valorado y, a veces, suponen un obstáculo para una correcta actuación paliativa ante el disconfort o malestar físico o psíquico. Los profesionales, entonces, deberían promover las medidas adecuadas para garantizar el alivio de los síntomas de sufrimiento si aparecen durante la muerte en UCI⁷⁰.

➤ **Evaluación del dolor y el sufrimiento en el contexto de la LET:**

La Escala Visual Analógica para pacientes conscientes, y la Escala de Campbell en pacientes inconscientes son las más frecuentemente utilizadas para evaluar el dolor. Estas escalas se han mostrado de utilidad para pautar la analgesia y sedación por objetivos, y son fácilmente monitorizadas por el personal de Enfermería. Para la evaluación de la ansiedad en pacientes críticos resulta útil el empleo de escalas como la de Sedación Agitación (SAS) o la Escala de Agitación Sedación de Richmond (RAAS)⁷¹. En un menor, sin embargo, las escalas de autovaloración utilizadas en pacientes adultos conscientes, sólo son aplicables a partir de los 3-4 años y con variaciones para adaptarlas a su nivel madurativo (escalas de dibujos faciales, de descripción verbal, analógica visual, numéricas, etc.). Por debajo de los 3 años es necesario recurrir a escalas conductuales que valoran actitudes y comportamientos a través de la observación directa, o a parámetros fisiológicos y conductuales propios de la edad en neonatos.

El sufrimiento es un estado cognitivo y afectivo, complejo y negativo, experimentado por la persona en el marco de una cultura concreta y de un momento determinado. Lo integran componentes físicos, emocionales, socio-familiares y espirituales. El modo en que cada persona sufre es subjetivo y tiene que ver con factores tan individuales como las creencias, las preferencias y los valores de cada uno. Para poder hacer una evaluación de ese padecimiento en el contexto de la LET es necesario conocer bien esos condicionantes personales y, lógicamente, esto sólo podremos hacerlo generando buenos procesos de comunicación con las personas enfermas y sus familias y seres queridos. En este sentido, los procesos de Planificación

Anticipada de las Decisiones y los documentos de Voluntades Anticipadas son fuentes importantes de conocimiento que pueden ayudar a los profesionales a entender y valorar mejor las experiencias de sufrimiento de los pacientes.

➤ **Medidas no farmacológicas para el control del dolor y el sufrimiento:**

El tratamiento encaminado a aliviar el dolor y el sufrimiento en un paciente crítico en proceso de muerte no debería basarse exclusivamente en medidas farmacológicas, sino que debe iniciarse con **medidas generales de confort**, entre las que se incluyen:

- Si la persona está consciente, ofrecer una adecuada **información** sobre el proceso y las medidas de tratamiento y alivio que se van a instaurar.
- Procurar una apropiada **ubicación** del paciente, con la mayor privacidad posible.
- Respetar el derecho al **acompañamiento familiar**, y facilitar recibir visitas, pues con frecuencia se convierte en un factor terapéutico clave frente a la ansiedad.
- Evitar todo aquello que aumente la incomodidad o malestar de la persona enferma. Por ejemplo, se podría prescindir del monitor u otros dispositivos, retirar los tubos y sondas innecesarios, evitar pruebas analíticas o de imagen, etc.
- Retirar progresivamente las medidas invasivas que mantienen artificialmente la función respiratoria y cardiocirculatoria, que pueden suponer en los estadios finales de la vida un aumento del sufrimiento del paciente y de su entorno familiar.
- Favorecer, mediante la retirada progresiva del soporte de las funciones respiratoria, hemodinámica, etc., que las alteraciones fisiológicas propias del proceso de muerte como la hipercapnia, la disminución de la perfusión cerebral, la uremia, etc., y que en ocasiones suponen una disminución del nivel de conciencia y de la agitación, puedan contribuir a disminuir el sufrimiento de la persona.
- Valorar la posibilidad de incorporar otras medidas que ayuden en la disminución de la ansiedad y proporcionen bienestar al paciente, por ejemplo, música relajante.

➤ **Medidas farmacológicas para el tratamiento del dolor, la ansiedad y el sufrimiento:**

En el tratamiento y control del dolor los fármacos a utilizar son los analgésicos y dentro de estos, están los opioides.

Si para aliviar adecuadamente los síntomas se indica la sedación, los fármacos más usados en la sedación paliativa y terminal en pacientes críticos, de forma aislada o en combinación, son los que se encuentran en la **Tabla 25**^{72, 73}.

TABLA 25. FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS EN LA SEDACIÓN

BENZODIACEPINAS	Son los fármacos de elección en la sedación paliativa y terminal, especialmente el <i>midazolam</i> . Reducen la ansiedad y producen amnesia, importante a la hora de prevenir el recuerdo o la anticipación del sufrimiento. Efecto sinérgico con los opioides.
NEUROLÉPTICOS	Útiles en caso de delirium (estado confusional que puede ser difícil de distinguir de la ansiedad y que puede empeorar con opiáceos o benzodiacepinas). El fármaco de elección es la <i>levomepromazina</i>
OTROS FÁRMACOS	Útiles en el caso en que fallen midazolam o levomepromazina o exista alergia a estos. El fármaco que más se utiliza es el <i>propofol</i> . También pueden considerarse el <i>fenobarbital</i> o el <i>haloperidol</i> , este en caso de delirium o como adyuvante antiemético. Las dosis deben individualizarse en función de la situación del paciente (edad, exposición previa, enfermedad subyacente, fracasos orgánicos, etc.) y los efectos perseguidos.

Fuente: Elaboración propia

Los límites en la dosificación son únicamente los marcados por los objetivos propuestos. Los objetivos marcados y los medios para conseguirlos deben estar claramente **registrados en la historia clínica**.

Se pueden utilizar de manera anticipada fármacos sedantes: sedación anticipada, justificada en determinadas situaciones, como en la retirada de la ventilación mecánica, durante la cual pudiera ocurrir un aumento brusco de la disnea. En estos casos podría administrarse en poco tiempo una dosis 2 ó 3 veces superior a la dosis que el paciente estaba recibiendo de forma horaria.

➤ **Manejo de la vía aérea en el proceso de LET.**

El sufrimiento que puede asociarse a una vía aérea no permeable en el paciente en el proceso de muerte obliga a los profesionales a una cuidadosa planificación de las actuaciones sobre la vía aérea en estas circunstancias. En aquellos pacientes que no tienen permeabilizada la vía aérea mediante intubación oro traqueal o traqueotomía pueden aparecer, por ejemplo, estertores premortem. Esta situación puede generar cierto grado de sufrimiento en el paciente y de ansiedad en las personas del entorno (familiares y profesionales). Por ello, es importante establecer estrategias terapéuticas dirigidas a aliviar esta situación como, por ejemplo, la colocación de cánula de Guedel. Aunque la aparición de estertores no indica que el paciente esté sufriendo, en ocasiones puede ser conveniente su tratamiento farmacológico con hioscina y escopolamina. La aspiración de secreciones faríngeas en estas circunstancias es una práctica controvertida.

➤ **Retirada de la ventilación mecánica.**

Es muy importante establecer un **procedimiento integral (Tabla 26)** para la retirada de la ventilación mecánica. En el marco de ese procedimiento, existen dos opciones principales para realizar la retirada de la ventilación:

- **Extubación Terminal:** Es la retirada del tubo endotraqueal tras la administración de una sedación adecuada.

- Aspectos positivos: Acorta los tiempos de procesos perimortem, que de otro modo se prolongarían innecesariamente.
 - Aspectos negativos: Síntomas de obstrucción de la vía aérea, «sed de aire», estertores premortem, etc., que serán tratados si aparecen. Otro posible inconveniente es la posibilidad de que la familia, e incluso el personal sanitario, puedan establecer una falsa relación de causalidad entre la extubación y el fallecimiento de la persona. Para evitarlo, la información a familiares y profesionales es esencial.
- **Destete Progresivo Terminal:** Es la retirada progresiva (que puede oscilar entre horas y días) de la ventilación mecánica, con disminución escalonada de la FiO₂ y el volumen minuto, que suele dar lugar a hipoxia e hipercapnia.
- Aspectos positivos: La principal ventaja es que el paciente no muestra signos de obstrucción de vía aérea, estertores premortem, ni «sed de aire», lo que le evita disconfort, y también puede disminuir la angustia de la familia y cuidadores, al percibirse como una actuación menos activa que la extubación.
 - Aspectos negativos: La duración del procedimiento es más prolongada. Es importante informar de su previsible duración, ya que en caso de que dure varios días, se puede prolongar la ansiedad y el duelo de la familia.

TABLA 26. PROCEDIMIENTO PARA LA RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA	
Recomendaciones para el procedimiento de retirada de ventilación mecánica	
Proceso de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> * Información detallada, cuidadosa, del procedimiento y de su posible duración, permitiendo aclarar las dudas. * Ambiente apropiado: Procurar silencio, suspender todas las alarmas posibles y retirar toda aquella monitorización que suponga incomodidad para el paciente. * Presencia de la familia: Se favorecerá y respetará si desean estar presentes en el momento de la retirada. Si es así, se le debe informar de las situaciones que pueden suceder, como por ejemplo, momentos de mayor taquipnea o agitación.
Analgesia y sedación adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> * Recordar que su objetivo es el bienestar de la persona enferma, y que es sin limitación de dosis. Se utilizarán las cantidades necesarias para lograr la paliación de síntomas, y exclusivamente con dicha intención. * Si la persona es capaz, será quien establezca los objetivos de la sedación. En muchos casos será necesario producir la inconsciencia de la persona. Se contará con su consentimiento explícito, o cuando la persona enferma no sea capaz de otorgarlo, con lo expresado en la declaración de voluntades anticipadas, su representante, o familiares.
Plan de actuación	<ul style="list-style-type: none"> * Establecer un plan para realizar el procedimiento y manejar las posibles complicaciones. Podría ser: <ul style="list-style-type: none"> - Detener la nutrición y reducir la fluidoterapia. - Plantear alguna de las siguientes estrategias que deberían ser reguladas por un protocolo específico de la Unidad <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Destete progresivo terminal.</u> ○ <u>Extubación terminal.</u>
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> * La ventilación mecánica no invasiva puede ser útil en determinadas situaciones para limitar la disnea del paciente pudiendo, en algunos casos mejorar la calidad de las últimas horas de vida de la persona, siempre que sea bien tolerada.
Registro	* Reflejar en historia clínica .
Evaluación	* Evaluar los resultados para mejorar el procedimiento.

Fuente: Elaborada con información de Monzón Marín JL et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva 2008; 32 (3): 121-33.

➤ **Actuación en caso de no fallecimiento de la persona o de agonías prolongadas:**

En los proceso de realización de LET, y especialmente en los casos de retiradas de medidas de soporte vital, antes de retirar las mismas, deben estar planeadas las acciones a llevar a cabo ante las distintas situaciones que se pueden dar, como por ejemplo, agonías prolongadas o incluso la supervivencia de la persona.

TABLA 27. CONSIDERACIONES ANTE EL NO FALLECIMIENTO DEL PACIENTE
Consideraciones:
<ul style="list-style-type: none"> • Prever estas situaciones. • Tener decidido y planeado, que hacer y cómo actuar si se presentan (no improvisar, pues genera desconfianza y angustia). • Informar a la persona (si está consciente) y a sus familiares que esta situación puede acaecer en el proceso de LET. • Establecer actuaciones clínicas orientadas a garantizar el adecuado cuidado y confort de la persona enferma (cuidados y tratamientos para calmar dolor, agitación, ansiedad, disnea, etc.) • Tener establecido el destino y ubicación del paciente (planta de hospitalización, UCI, cuidados intermedios...) • Contemplar las diferentes opciones y alternativas. Por ejemplo: la posibilidad de reintubación ante un paciente al que se ha retirado la ventilación mecánica y el tubo endotraqueal, por decisión propia o tras un proceso de LET, y que sobrevive. Ello exigirá una posterior reevaluación completa de la situación.

Fuente: Elaboración propia