



Revisión

Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias

M. L. Iglesias Lepine^{1,3}, J. L. Echarte Pazos²

¹SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL DE SABADELL (CORPORACIÓN PARC TAULÍ). ²SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA. ³UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA.

RESUMEN

La progresiva longevidad de la población, el incremento de la supervivencia de los ciudadanos con patologías crónicas y la implementación de la sociedad del bienestar han provocado el incremento de la demanda de atención urgente de los pacientes en situación de últimos días de vida. La finalidad de esta revisión es ofrecer unas recomendaciones multidisciplinarias basadas en los conocimientos científicos médicos y de enfermería, comunicacionales, éticos y logísticos para asumir el tratamiento integral del paciente que va a fallecer a urgencias.

Palabras clave: Muerte. Fallecimiento. Urgencias. Paliativos. Ética. Enfermería. Agonía. Comunicación. Enfermedad terminal. Cuidadores.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sociales, psicológicas y médicas de la sociedad moderna en su conjunto se reflejan en los servicios de urgencias (SU)¹. El envejecimiento progresivo de la población debido a la mejora de las condiciones sociales, la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas por los avances tecnológicos y el cambio del pensamiento social sobre la muerte, por la percepción del final de la vida como un fracaso por parte del paciente y su entorno familiar, han aumentado el número de pacientes terminales institucionalizados en los hospitales¹⁻⁸.

La progresión del actual sistema sanitario en calidad y cantidad de prestaciones es innegable. Pero una política sa-

ABSTRACT

Medical and nursing care to patients expected to die in the Emergency Department

The progressive ageing of the population, the increased survival of subjects with chronic disorders and the implementation of the welfare society have been the cause of an increased demand for emergency care for patients in their last few days of life. The aim of the present review is to present a series of multidisciplinary recommendations based on medical and nursing scientific knowledge, communication skills and ethical and logistic aspects for providing integral care to the patient who is expected to die in the Emergency Department.

Key Words: Death. Emergency Department. Palliative care. Ethics. Nursing. Agony. Communication. Terminal disease. Care providers.

nitaria preocupada en exceso en la curación del paciente y en los costos por proceso, con una falta de planificación del número de camas hospitalarias y una lenta implementación de los circuitos extrahospitalarios [Programa de Atención Domiciliario y Equipos de Soporte (PADES), Unidad Funcional Interdisciplinar Socio Sanitaria (UFISS), hospitalización domiciliaria, centros sociosanitarios, etc.], ha desencadenado un incremento del número de pacientes en situación de últimos días (SUD) que acuden a los SU para recibir asistencia, y que deberían haber sido acogidos en otros niveles asistenciales¹⁻⁹.

Los SU no son el entorno adecuado para atender a los pacientes en el fin de sus vidas. Un SU se caracteriza por un flujo de pacientes simultáneos, un rápido ritmo de trabajo,

Correspondencia: M.^a Luisa Iglesias Lepine
Hospital de Sabadell
Consorcio Sanitario Parc Taulí
Apartado de Correos 196
08208 Sabadell (Barcelona)
E-mail: miglesias@cspt.es

Fecha de recepción: 17-5-2007
Fecha de aceptación: 29-5-2007

una gran carga emocional, un tiempo limitado para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, una restricción del espacio arquitectónico, una plantilla con un constante recambio de gente joven y un estado permanente de saturación en los meses de invierno. Presumiblemente, el SU no es el lugar idóneo para atender un paciente en situación terminal¹⁻⁸.

La finalidad de esta revisión es ofrecer unas recomendaciones para la atención médica y enfermera basadas en los conocimientos científicos, comunicacionales, éticos y logísticos, para asumir el tratamiento integral del paciente que va a fallecer a urgencias. Los objetivos serán:

- Identificar el paciente en SUD.
- Aplicar medidas de confort mediante el manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico de los diferentes síntomas.
- Reconocer las indicaciones de la sedación en la agonía.
- Sopesar las implicaciones éticas.
- Proporcionar un soporte emocional eficaz.
- Adecuar la organización arquitectónica-asistencial.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Los conocimientos en cuidados paliativos pueden beneficiar a pacientes con enfermedades avanzadas en situación terminal, tanto de etiología oncológica como no maligna (coma de causas diversas, enfermedades degenerativas del SNC, demencias muy evolucionadas, patologías pulmonares, cardiológicas, hepáticas o nefrológicas en fase terminal, etc.). El mayor número de pacientes oncológicos en SUD en el que se instauran medidas paliativas, en proporción al de pacientes con enfermedades no malignas¹⁻⁹, probablemente se deba a la disparidad de criterios sobre los límites de actuación entre facultativos y a la tendencia de la medicina moderna a fragmentar al paciente según la especialidad, con la consiguiente pérdida de los valores éticos, culturales y sociales que comporta el tratamiento en su globalidad. Todo esto ocasiona a la medicina de urgencias una mayor dificultad en la toma de decisiones éticas¹.

Entendemos por enfermedad terminal¹⁰⁻¹⁴ la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin razonables posibilidades de respuesta al tratamiento, con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses, que se acompaña de múltiples síntomas multifactoriales y variables.

Por otro lado, la enfermedad oncológica terminal¹⁰ es aquella situación en que la expectativa de vida es inferior a seis meses, y en la que se ha comprobado que la histología del tumor no ejerce ninguna influencia en la supervivencia.

Por último definiremos la situación de últimos días o agonía¹¹⁻¹⁵. La palabra agonía procede del griego “agón”, cuyo

significado es lucha o combate. La SUD es el proceso capaz de ser identificado en el tiempo por el equipo terapéutico, el entorno familiar y el paciente, que aparece en la fase final de muchas enfermedades, en la que la vida se extingue gradualmente. Su duración es inferior a una semana, y si se acompaña de una disminución del nivel de conciencia no suele superar los tres días. Presenta un patrón con unas características específicas que son las siguientes:

– Características físicas¹⁴: aumento de la debilidad y de la postración, disminución de la ingesta con sequedad de la piel y de las mucosas, retención urinaria y fecal, alteraciones cognitivas con desorientación, agitación o ideas delirantes, variaciones de las constantes vitales con disminución de la tensión arterial, pulso irregular y rápido y respiración superficial con pausas de apnea, así como trastornos respiratorios y de los índices funcionales [Karnofsky, *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)].

– Características emocionales: aparición de reacciones hipocivas como resignación o silencio y/o hiperactivas como crisis de ansiedad o de angustia.

– Características socio-culturales: la comunicación interdisciplinaria entre los niveles asistenciales y la adecuada información por el especialista y/o el médico de atención primaria sobre el proceso de evolución del paciente, deberían de evitar la llegada de la mayoría de los pacientes en SUD a urgencias cuando presienten la muerte. Pero una proporción no desdeñable de estos usuarios acuden a los SU por claudicación familiar al no poder ser asumidos desde el domicilio por múltiples factores del proceso clínico o del entorno social. La familia conoce el estado de gravedad del paciente pero no lo acepta, no ha encontrado un recurso material para asumir los cuidados del paciente o un apoyo psicológico que les ayude a enfrentarse con las manifestaciones de los síntomas^{1,5,11}.

MEDIDAS DE CONFORT

Confort¹⁴ es la percepción subjetiva de bienestar. Requiere de una serie de medidas específicas, realistas, proporcionadas y adaptadas al ámbito de urgencias, con especial hincapié en el control de las situaciones que producen disconfort. Más adelante se definen diferentes medidas encaminadas a alcanzar dicho confort.

Es muy importante la prevención de las crisis. En efecto, para lograr el confort del paciente se debe iniciar precozmente el tratamiento farmacológico de los síntomas y dejar prevista una pauta condicionada a la aparición de las distintas manifestaciones.

Consideraremos síntoma refractario¹⁶⁻¹⁸ aquella situación



que no puede ser controlada de manera adecuada, a pesar de los esfuerzos por hallar un tratamiento tolerable, sin que se comprometa la conciencia del paciente.

Por otro lado, el síntoma difícil^{17,18} es aquella situación que necesita para el control clínico, la instauración de unas medidas terapéuticas más allá de los medios habituales.

- Control de los síntomas:

1.- La primera actuación que se debe llevar a cabo cuando el paciente llega al SU es transmitir tranquilidad y seguridad para afianzar el grado de confianza.

2.- Ajustar el tratamiento farmacológico¹²⁻¹⁵: se deben utilizar fármacos de eficacia demostrada a dosis adecuadas, con pautas sencillas y fijas que controlen todos los síntomas que produzcan disconfort. Si el paciente está somnoliento hay que valorar el lenguaje no verbal para detectar el dolor o la agitación y si está consciente, él mismo marcará sus propias necesidades.

2.1.- Elegir la vía de administración¹²⁻¹⁶:

- Vía subcutánea: los pacientes en SUD presentan una disminución importante de la masa muscular secundaria al síndrome de consunción y, en el caso de pacientes oncológicos, las venas pueden estar esclerosadas por la quimioterapia. Por ello, se recomienda la administración de fármacos por vía subcutánea (SC) en bolus o mediante una bomba de infusión continua, al ser esta vía poco iatrogénica y bien tolerada, excepto para los fármacos liposolubles y grandes perfusiones.

- Vía intravenosa (IV): es útil si existe anasarca o riesgo de hemorragia, rechazo a otras vías por parte del paciente o necesidad de usar fármacos de uso exclusivo por esta vía.

- Vía espinal o transdérmica: estas vías se deben mantener si el síntoma está controlado.

2.2- Prescribir sólo fármacos de eficacia inmediata en el confort:

- Analgésicos: se recomienda retirar los fármacos de primer y segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS (ácido acetil-salicílico, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, codeína y hidrocodeína) en favor de los fármacos de tercer escalón (morfina).

- Antieméticos: descartar los antagonistas 5-HT₃, las ortopramidas y los antihistamínicos y sustituirlos por haloperidol o levomepromazina.

- Anticomiciales y tranquilizantes: sustituirlos por benzodiazepinas (BDZ).

- Neurolépticos: suplirlos por haloperidol o levomepromazina.

- Corticoides: mantenerlos en la hipertensión endocraneal porque está demostrada su efectividad en el confort.

2.3.- Descartar fármacos sin eficacia inmediata en el confort, como son la insulina, antidiabéticos orales, antiarrítmicos,

heparinas, diuréticos, antibióticos, antidepresivos, laxantes, antihipertensivos, broncodilatadores (aerosoles), etc.

2.4.- Retirar la fluidoterapia: la hidratación no contribuye al control de los síntomas y puede empeorar las secreciones respiratorias, los edemas, la cuantía de los vómitos y obligar al sondaje urinario en caso de retención de orina.

2.5.- Control farmacológico de los síntomas¹⁰⁻¹⁷: el uso de un protocolo común para el control de síntomas intenta garantizar la continuidad entre los programas domiciliarios y hospitalarios, por lo que debe insistirse en protocolizar de forma consensuada estos tratamientos.

- Dolor: hay que remarcar que morir con dignidad significa morir sin dolor. Es mejor conocer bien unos pocos fármacos que tener un conocimiento superficial de todos los disponibles¹¹. La dosis adecuada para combatir el dolor es la dosis mínima requerida para obtener el efecto farmacológico deseado. En los pacientes que llevan tratamiento previo con opioides, si el paciente presenta una crisis de dolor agudo, se debe incrementar en un 33% su dosis habitual (1/6 de la dosis de morfina/24 h o el equivalente a la mitad de la dosis del parche de fentanilo en forma SC-IV) y posteriormente normalizar la nueva pauta sumando la dosis basal más las dosis de rescate. En los pacientes sin tratamiento previo con opioides, se recomienda empezar con dosis bajas de cloruro mórfico (5-10 mg/4 h SC-IV), que serán reguladas individualmente (cada 30 minutos) hasta obtener el efecto deseado. Se ha demostrado en varios estudios con gran número de pacientes y una metodología correcta¹⁹⁻²¹ que el tratamiento del dolor intenso con analgésicos opioides a dosis estándar (0,1 mg/kg) no cumple criterios terapéuticos, como lo demuestra el trabajo de Aubrun et al²¹ con una muestra de 4.525 pacientes. Dichos autores encontraron que los requerimientos de opioides para paliar el dolor fueron de 0,173 mg/kg en hombres y de 0,192 mg/kg en mujeres hasta los 75 años de edad, y a partir de esta edad se igualan las diferencias. Por ello, se debe formalizar un ajuste terapéutico progresivo y acorde a las necesidades analgésicas del paciente hasta alcanzar el confort.

- Náuseas y vómitos: se recomienda utilizar para su control, neurolépticos como el haloperidol (2,5-10 mg/24 h en infusión continua subcutánea (ICSC), infusión cutánea intravenosa (ICIV) o en bolus cada 6-8 h SC). Si la causa del síntoma fuera la hipertensión endocraneal, la dexametasona es el fármaco de elección.

- Mioclonías y convulsiones¹⁵: en los pacientes con antecedentes previos o presencia de lesiones ocupantes de espacio, es conveniente prever la posibilidad de aparición de las crisis, por lo que se debe pautar un tratamiento condicionado a la aparición del síntoma, sin olvidar que la morfina puede provocar mioclonías como signo de neurotoxicidad. Las BDZ son

los fármacos de elección, midazolam (bolus de 5-10 mg seguido de 15-30 mg/24 h ICSC-ICIV) o clonazepam (bolus 1 mg seguido de 1,5-3 mg/24 h ICSC-ICIV).

– Síndrome confusional agudo (agitación psicomotriz y *delirium* hiperactivo)¹⁶: antes de iniciar cualquier pauta farmacológica hay que descartar procesos intercurrentes como el dolor, la presencia de globo vesical o la impactación fecal. El fármaco de elección es el haloperidol por su potente efecto antipsicótico y su escaso efecto sedante (2 mg iniciales seguido de 1 mg cada 20-30 min hasta controlar el síntoma, seguido de una pauta de 1,5-2,5 mg/8 h SC-IV). Si después de la administración de tres dosis de haloperidol el síntoma no estuviera controlado, se debe recurrir al midazolam, benzodiacepina que carece de efecto antipsicótico pero con potente efecto sedante (5 mg cada 5 min SC hasta que ceda el síntoma y posteriormente administrar una infusión de 30-120 mg/24 h ICSC-ICIV). Si a pesar de los fármacos utilizados el síntoma es refractario, considerar la sedación.

– Disnea²²⁻²⁴: es un síntoma de difícil control que genera una gran ansiedad al paciente y al entorno familiar. El uso de la musculatura respiratoria accesoria es el signo más evidente de disnea por lo que se recomienda administrar como medida farmacológica la morfina (2,5 mg/4-6 h SC-IV). En el caso que el paciente utilice la musculatura abdominal, pautar midazolam (5-10 mg SC-IV). Si existiera hipoxemia o ansiedad la oxigenoterapia a demanda mediante gafas nasales mejora el confort (evitar las mascarillas porque producen sensación de ahogo). En la insuficiencia cardíaca refractaria en situación terminal, se ha utilizado la furosemida a dosis de 20-40 mg SC o en ICSC con mejoría de la disnea²². Si a pesar de la pauta terapéutica persiste disnea refractaria considerar la sedación.

– Estertores y respiración ruidosa: es un síntoma que aparece en la mayoría de los pacientes agónicos y que produce una gran angustia en la familia. Se recomienda utilizar anticolinérgicos y no retirarlos a pesar de la mejoría o desaparición de los síntomas. Se utiliza la escopolamina (0,5-1 mg/4-6 h SC-IV o en ICSC-ICIV) en combinación con midazolam (10-15 mg/24 h) para prevenir la agitación que se asocia con el uso de la escopolamina, o el butilbromuro de hioscina (20 mg/4-6 h SC-IV).

– Fiebre: sólo se debe tratar el síntoma en los casos que produce malestar. Se debe retirar o aligerar la ropa de abrigo y evitar poner compresas frías porque producen disconfort. Si procede, hay que utilizar antitérmicos antiinflamatorios no esteroideos (Ketorolaco 30 mg SC-IV)²², metamizol (2 g IV) o paracetamol (1g IV).

– Hemorragia: Esta situación es de difícil manejo por ser muy impactante, especialmente angustiada para el paciente y

su familia. Se recomienda tener preparadas toallas de color oscuro y dejar precargada una jeringa 15 mg de midazolam que se administrará cada 5 min SC-IV hasta conseguir la sedación profunda, porque la muerte puede llegar en pocos minutos.

– Oclusión intestinal: para mejorar el confort del paciente administrar levomepromazina (50-150 mg/24 h ICSC-ICIV o en bolus 6-8 h SC) o butilbromuro de hioscina (120 mg/24 h ICSC-ICIV o en bolus 20 mg/6-8 h SC) o escopolamina (0,5-1 mg/4-6 h SC o 3-6 mg ICSC) al que se sumará la administración de midazolam (10-15 mg/24 h) para prevenir la agitación que se asocia con el uso de escopolamina.

3.- Medidas no farmacológicas^{11-15,31-32}: es de vital importancia respetar la imagen corporal y la intimidad del paciente.

– Cambios posturales: realizarlos con suavidad, utilizando almohadas para obtener posturas antiálgicas y prevenir el eritema por presión (entre las piernas, codos, etc.). La posición más cómoda para el paciente es decúbito lateral con piernas flexionadas.

– Cuidados de la piel: se debe realizar la higiene y el cambio de sábanas con suavidad si el paciente está estable. Tras el aseo secar bien la piel, sobre todo en las zonas de pliegues, y dar masajes con cremas hidratantes (incluir a la familia en su cuidado). Si existieran úlceras, el objetivo es evitar el dolor (aplicación tópica de anestésicos locales y cambios posturales cada 4-6 h), el mal olor (gel de metronidazol al 2% y apósitos de carbón activado) y el sangrado (adrenalina tópica cada 6 h y compresión con gasas).

– Cuidados de la boca: hay que retirar la dentadura postiza si no está adaptada, para prevenir desplazamientos y limpiar mediante torunda o cepillo dental infantil (incluir a la familia en su cuidado). Si hay sarro, humedecer la torunda con peróxido de hidrógeno diluido (agua oxigenada) y si existen erosiones, toques con lidocaína al 2% o topicaína en vaporizador. Debe hidratarse con frecuencia la boca con agua (cucharita, jeringa o gasas) porque el reflejo de succión se conserva hasta el final de la vida, y la sequedad de los labios y de la mucosa oral producen dolor. No usar colutorios que contengan alcohol porque la resecan, ni vaselina porque al ser hidrófoba producirá más sequedad si el paciente está deshidratado.

– Control de la disnea: se deben evitar las prendas restrictivas, elevar la cabeza del paciente con el cuello ligeramente flexionado y permeabilizar las vías aéreas limpiando las fosas nasales con suero salino. Si está consciente, la posición de Fowler favorece la ventilación pulmonar, y si está inconsciente, la semipronación evita la aspiración. Si existe derrame pleural colocar al paciente en decúbito lateral sobre el lado afecto.

- Control del estreñimiento: no se deben utilizar ni ene-



mas ni laxantes, porque en esta fase del proceso no suele incomodar al paciente.

– Control de la incontinencia urinaria o de la retención aguda de orina: si el paciente está agitado hay que comprobar si la retención de orina es la causa del síntoma. Si la frecuencia del cambio de empapadores o la presencia de un globo vesical produce dolor, a pesar de la inminencia de la muerte, proceder al sondaje vesical.

– Control del *delirium*¹⁶: Se trata del trastorno neurológico orgánico, de comienzo agudo, con cambios en la atención y la percepción, donde es fundamental el papel de la enfermería y la familia en la reorientación del paciente en tiempo, espacio y persona. Debe evitarse la confrontación. En ningún caso se recomienda la contención.

Leyendas sanitarias¹¹⁻¹⁵

En la Tabla 1 se deducen una serie de conceptos que con cierta frecuencia se interpretan erróneamente.

Sedación en la agonía^{17,18,25-30}

La sedación de la agonía es una decisión terapéutica prescrita sólo por facultativos, para tratar un síntoma físico (*delirium*, disnea, dolor y hemorragia) o psicológico (crisis de an-

gustia o pánico) refractario a otros tratamientos. Es una decisión terapéutica a una demanda de atención médica, por lo que el médico es quien tiene el derecho y la obligación de asentar la indicación. El objetivo final es mejorar el distrés aunque aparezca como efecto secundario la disminución profunda y previsiblemente irreversible del nivel de conciencia (“doctrina del doble efecto”)¹⁸. Esta es la diferencia fundamental del coma farmacológico o la eutanasia, cuyo objetivo final es la muerte del paciente mediante la administración de un fármaco letal.

– Indicación de la sedación: Para poder indicarla deben cumplirse cuatro premisas: (1) existir un síntoma refractario que ha fracasado con los tratamientos previos; (2) respetar los deseos expresados por el paciente. Si no quiere ser informado o no está consciente o no está capacitado para decidir, se debe tomar una decisión de sustitución por el representante legal, los familiares o el médico; (3) consensuarlo con el equipo asistencial y el entorno familiar, con la presencia de al menos dos profesionales y dos familiares y (4) dejarlo escrito en la historia clínica.

– Preparación antes de iniciar la sedación: (1) utilizar la escala de Ramsay para disminuir el nivel de conciencia, por su simplicidad de uso y fiabilidad¹⁷ (Tabla 2); (2) elegir la vía de administración; (3) mantener los analgésicos; (4) simplificar el tratamiento y (5) calcular la dosificación de los fármacos a utilizar (Tablas 3, 4 y 5).

TABLA 1. Diez “leyendas sanitarias” respecto al cuidado de pacientes en SUD con su correspondiente realidad

Leyenda	Realidad
1. “Se deben pautar los medicamentos que el paciente lleva tomando toda la vida”	– Es incoherente el mantenimiento de fármacos sin eficacia inmediata en el confort.
2. “Se debe instaurar una pauta de fluidoterapia como prueba de que se está haciendo todo lo posible”	– Es ilógico administrar un tratamiento que causa efectos secundarios que provocan más disconfort.
3. “Se pueden usar placebos para controlar el dolor”	– Clínica y éticamente es inaceptable.
4. “Los opioides tienen efecto techo”	– Se pueden incrementar casi indefinidamente las dosis de opiodes, y siguen siendo efectivas.
5. “Se pueden prescribir los opioides a demanda”	– Sólo la administración de opiodes a intervalos fijos consigue su máxima efectividad.
6. “Se deben administrar varios opioides a la vez para controlar el dolor refractario”	– Los opiodes pueden interaccionar entre sí disminuyendo su efectividad.
7. “Los cuidados de la boca son técnicas de segundo orden”	– Los cuidados de la cavidad oral contribuyen en una gran medida al confort del paciente.
8. “La sueroterapia es necesaria para disminuir la sed del paciente”	– Se ha demostrado que los cuidados locales son mucho más eficaces para disminuir la sed que la hidratación con sueros.
9. “Es recomendable la aspiración de secreciones de forma reiterada, para mejorar el confort del paciente”	– La aspiración de secreciones sólo consigue un efecto de corta duración a expensas de un gran malestar, por lo que no es una técnica recomendable.
10. “Se deben realizar exploraciones y pruebas diagnósticas como prueba de que se está haciendo todo lo posible”	– La realización de pruebas diagnósticas, sobre todo si exigen desplazamientos y movilizaciones, son penosas para el paciente, por lo que hay que valorar escrupulosamente la idoneidad de las mismas.

TABLA 2. Escala de Ramsay

Nivel	
1	Agitado y ansioso
2	Tranquilo y colaborador
3	Despierta bruscamente con estímulo verbal o percusión glabellar
4	Respuesta perezosa a estímulo glabellar
5	Respuesta a estímulos dolorosos
6	No respuesta

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética no soluciona todas las preguntas^{17,18,33-41}, pero intenta conciliar los intereses del conjunto que forma el paciente, el entorno familiar, el médico y la sociedad^{1,39}. Los SU están formados por un equipo heterogéneo de profesionales, procedentes de diferentes horizontes (ciudades, comunidades, religiones, etc.) y múltiples especialidades. El equipo asistencial cuenta con una importante tasa de médicos jóvenes que suelen caracterizarse por un acentuado deseo de adquirir experiencias en técnicas invasivas y gran heterogeneidad de reacciones. Todo esto puede dificultar la identificación de problemas éticos, si no existe una estrategia común de coherencia ética¹. La gran carga emocional que conlleva trabajar ante la mirada de todos,

el estrés, la gestión de un gran número de urgencias, el miedo de la responsabilidad y a veces la soledad, así como la vulnerabilidad de los pacientes en SUD, precisa del aprendizaje de técnicas de razonamiento basadas en la persona (intimidad y confidencialidad), en el respeto a la autonomía, en la proporcionalidad de las acciones [limitación a esfuerzo terapéutico (LET), máximo confort y dominio de las circunstancias] y en consonancia con el entorno afectivo del paciente⁴².

- Principios básicos de la bioética clínica^{38,39}: Las situaciones clínicas urgentes requieren decisiones consistentes y rápidas, por lo que la calidad de la práctica clínica no será correcta si la técnica utilizada no va acompañada de una apropiada decisión moral. Las decisiones que se toman en sanidad están regidas por cuatro principios que gozan de consenso en la cultura occidental, si bien pueden existir matices de interpretación: no maleficencia (no se puede hacer mal a otro), beneficencia (se ha de procurar el mayor bien del otro), autonomía (se ha de respetar la libertad de las personas, por parte del paciente implica conocimiento, comprensión y ausencia de coacción, y por parte de los profesionales información adecuada, conocimiento de las capacidades cognitivas del paciente y entendimiento de la pauta terapéutica) y justicia (se ha de tratar a todos por igual). El paciente deberá actuar conforme al principio de autonomía. La sociedad y las instituciones de

TABLA 3. Dosis farmacológicas de midazolam para la sedación

Midazolam	
<ul style="list-style-type: none"> – BDZ hidrosoluble, dos o tres veces más potente que el diazepam. – Inicio de acción: 5-10 min vía SC y 2-3 min vía IV. – Vida media plasmática: 2-5 h. – Dosis máxima recomendada: 160-200 mg/día. – Presentación: ampollas (5 mg/mL), 5 mL: 25 mg. 	
Vía subcutánea	
<ul style="list-style-type: none"> – Bolus de inducción. – Sedación intermitente: pautar solamente la dosis de rescate. – Sedación continua: comenzar con una ICSC y pautar la dosis de rescate. <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no toman BDZ o poco peso (debilitados) <ul style="list-style-type: none"> – Dosis de inducción: bolo, 2,5-5 mg. – Dosis de rescate: bolo, 2,5-5 mg. – Dosis inicial ICSC: 0,4-0,8 mg/hora. • Pacientes que toman BDZ previas: <ul style="list-style-type: none"> – Dosis de inducción: bolo, 5-10 mg. – Dosis de rescate: bolo, 5-10 mg. – Dosis inicial ICSC: 1-2 mg/hora. 	
Vía intravenosa	
<ul style="list-style-type: none"> – Bolo de inducción para conseguir un Ramsay II o III: diluir 15 mg (3 mL) de midazolam en 7 mL de suero fisiológico: 1,5 mg/mL. <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no toman BDZ o muy debilitados: 1,5 mg cada 5 min. • Pacientes que toman BDZ previas: 3,5 mg cada 5 min. – Dosis de rescate = dosis de inducción. – Sedación intermitente: pautar las dosis de rescate que será igual a la dosis de inducción. – Sedación continua: comenzar una ICEV y pautar la dosis de rescate. <ul style="list-style-type: none"> ICEV = dosis de inducción x 6 	
Nota: en caso de requerir una sedación rápida y profunda (Ramsay V o VI) doblar las dosis.	

**TABLA 4. Dosis farmacológicas de levopromazina para la sedación**

<p>Levomepromazina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes agitados que requieren sedación por <i>delirium</i>. - Cuando es ineficaz el midazolam en aquellos pacientes que requieren sedación por otras causas que no sean <i>delirium</i>. - Cuando están contraindicadas las BZD (alergia, reacción paradójica previa conocida). - Si no hay respuesta al midazolam antes de iniciar levomepromazina, reducir el 50% de la dosis midazolam durante las primeras 24 h para prevenir síntomas de privación y posteriormente un 33% de la dosis total diaria en función de la evolución.
<p>Vía subcutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosis de inducción: en bolo, 12,5-25 mg. - Dosis de rescate: en bolo, 12,5 mg. <ul style="list-style-type: none"> - Dosis inicial ICSC: 100 mg/24 h.
<p>Vía intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% de la dosis subcutánea.

acuerdo con el principio de justicia. Y el médico, bajo el principio de beneficencia y no maleficencia³⁹.

- Intervención fútil³⁸: Es cualquier acción diagnóstica o terapéutica que no beneficie al paciente.

- Limitación del esfuerzo terapéutico¹⁸: Es la supresión progresiva (o el no inicio) de tratamientos o pruebas diagnósticas fútiles en pacientes irrecuperables o de pronóstico nefasto a corto plazo.

- Doctrina del doble efecto¹⁸: Se considera que acelerar la muerte es permisible únicamente si ésta no es la primera intención del tratamiento. Aplicar acciones que además de tener un efecto deseado puedan acelerar la muerte a pesar de no ser la primera intención es éticamente admisible siempre que el acto sea bueno, o al menos indiferente.

- Obstinación o empeñamiento terapéutico^{36,39}: Es la instauración o continuación de medidas médicas carentes de nin-

gún otro sentido que el de prolongar la vida del paciente cuando éste está abocado a una muerte irreversible. Pretender prolongar a toda costa la vida humana meramente biológica es un grave atentado a la dignidad de la persona¹¹. No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible, porque la desproporcionalidad injustificada, más allá de lo que es médicamente razonable, sólo prolonga la agonía^{1,33}. Un adecuado enfrentamiento individual y social ante la muerte evita la realización de medidas terapéuticas fútiles en pro de la LET y de la proporcionalidad basada en los cuidados paliativos.

- Voluntades anticipadas o testamento vital^{34,36,39}: Bajo este término se entiende todas aquellas normativas que prevén que una persona mayor de edad, capaz y libre, establezca de antemano su voluntad respecto a la toma de decisiones, por si llegado el momento final de su vida no pudiera hacerlo. Tiene que ser firmada ante notario o ante tres testigos, de los que al

TABLA 5. Dosis farmacológicas de propofol para la sedación

<p>Propofol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestésico general de acción ultracorta. - Reduce el flujo cerebral, reduciendo la presión intracraneal y tiene efecto antiemético. - Aumenta el riesgo de convulsiones en pacientes epilépticos y puede provocar mioclonías. - Inicio de acción terapéutica a los 30 seg con una duración de 5 min. - Vida media plasmática: 40 min. - Presentación: 1% (10 mg/mL), ampollas de 20 mL = 200 mg. 2% (20 mg/mL), ampollas de 50 mL = 1000 mg. - Indicaciones: fracaso del midazolam y de la levomepromazina, sedación puntual con necesidad de recuperación rápida, alergia a BDZ o fenotiazinas. - Antes de iniciar la perfusión: parar las BDZ y los neurolépticos y reducir los opiodes al 50%.
<p>Vía intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solo puede administrarse por vía IV y no se puede mezclar con otros fármacos. - Dosis de inducción: 1-1,5 mg/kg/IV en 1-3 min. - Dosis de rescate: 50% de la dosis de inducción. - Dosis inicial ICEV: 2 mg/kg/h.

menos dos no tengan relación de parentesco ni patrimonial con el interesado. El declarante puede prohibir que se le mantenga en vida por medios artificiales, pero no puede pedir que se le acelere la muerte. Si existe un documento en el que el paciente ha manifestado su voluntad, se debe respetar. Si no hay documento, pero los familiares conocen la voluntad del paciente, son los familiares los que deciden. Si no existe ningún documento y los familiares se inhiben, la decisión le corresponde al médico.

- Principio de justicia distributivo¹: En ausencia del conocimiento necesario (información incompleta), para escoger la opción que más interesa al paciente no pueden dejar de realizarse medidas terapéuticas (abandono terapéutico) hasta que la decisión global esté consensuada tanto a nivel médico (otros miembros del mismo equipo de urgencias y/o equipo de referencia) como familiar. Es inaceptable dejarse llevar por una impresión clínica porque urgencias no es sinónimo de precipitación. Las opiniones entre profesionales pueden ser diferentes porque existen muchos matices aceptables¹⁵, pero se intentarán buscar decisiones colectivas por consenso³⁹. Compartir las decisiones éticas con otros profesionales de urgencias con una formación ética, así como disponer de guías/protocolos propios sobre situaciones que pueden presentar dilemas (LET, voluntades anticipadas, etc.), contribuye a la calidad asistencial. Tener posibilidad de consultar con otros expertos sobre atención paliativa garantiza la excelencia asistencial^{2,34}.

COMUNICACIÓN

En la sociedad actual, la cercanía del fallecimiento de un ser querido comporta comunicar una mala noticia, y si se produce en un SU, la gestión se hace especialmente compleja, por lo que se recomienda una información continua (cambios en la evolución), asequible (credibilidad) y confidencial (intimidad)⁴²⁻⁴⁸. Debe contemplar las siguientes recomendaciones: decir lo imprescindible en el idioma habitual del interlocutor, con un ritmo moderado con pausas, se deben obviar los tecnicismos y, sobre todo, saber escuchar. Si en los familiares no existiera experiencia previa, se debe explicar el proceso de la muerte especificando los síntomas que puedan aparecer. Además hay que intentar aliviar los sentimientos de culpa del entorno familiar, y reconocer su contribución en el cuidado del paciente. Se debe aconsejar a la familia que sean prudentes en los comentarios delante del paciente y que sigan manteniendo con él la comunicación y el contacto físico. Finalmente, se debe intentar ser tolerantes ante las conductas inapropiadas o las posturas de alejamiento de los familiares porque son con-

secuencia de la inmadurez personal o de los hábitos culturales.

Entre los errores más frecuentes en la comunicación con el entorno familiar cabe citar el creer que lo han entendido a la primera explicación sin comprobar la capacidad de comprensión de los interlocutores; adelantarse a las preguntas; proporcionar información que no han pedido; expresar los hechos con imprecisión e intentar decir muchas ideas en un único enunciado.

Entre las recomendaciones comunicacionales para la enfermería debe hacerse énfasis en la importancia de mantener hasta el final el contacto físico con el paciente. Si está confuso o somnoliento, intentar comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas (“tiene dolor”, “está cómodo”, etc.) y evitar la sensación de prisa sin adoptar actitudes de negación.

- Información de malas noticias⁴⁸: Uno de los elementos básicos de la formación clínica en urgencias es el aprendizaje en la toma de decisiones racionales, tanto de tipo técnico como ético, por lo que se debe de aprender a enfrentarse de forma individual y social ante la muerte.

- Actitud del médico: se recomienda sentarse (predisposición de dedicar tiempo a la familia) frente a los familiares (aumenta el grado de implicación) al mismo nivel visual (disposición a comunicarse), inclinarse y aproximarse al familiar (transmite implicación) sin utilizar posturas defensivas (brazos y piernas cruzadas) y con una estética normalizada (un pijama con manchas de sangre genera desconfianza). Se debe mostrar afecto y formalidad (propician un clima que facilita la escucha y la empatía) y transmitir seguridad a los familiares (todas las opiniones expresadas deben estar fundamentadas).

- Claridad del mensaje: se debe proceder con calma, ir acompañado por otro miembro del equipo asistencial y si es posible de un médico residente (formación), presentarse (nombre y apellido) y dirigirse a todos los miembros de la familia como un grupo. A la persona fallecida se la mencionará por su nombre y se informará de que el paciente ha fallecido.

LOGÍSTICA

- Equipo asistencial: el paciente en SUD requiere de un equipo de cuidados mínimos formado por un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería, al que se incorporará cuando sea factible el facultativo del equipo de referencia.

- Equipo de soporte:

- Unidad de cuidados paliativos (UFISS, PADES)⁹: la comunicación con los equipos de soporte domiciliario y hospitalario permite realizar consultas puntuales sobre la valoración



de pacientes complejos, así como la gestión y reorientación hacia otros dispositivos.

- Soporte religioso^{15,49-50}: el equipo asistencial debe favorecer el contacto del paciente con los diferentes representantes religiosos, porque se ha demostrado que la creencia en el más allá disminuye la angustia y la desesperanza.

- Administrativo/s: para salvaguardar la intimidad y la confidencialidad del paciente en SUD, los administrativos, responsables de la información sobre la ubicación de los pacientes, no deben de dar ningún tipo de información sin consultar con el equipo asistencial.

- Otros equipos de apoyo que favorecen la excelencia: psicólogo, trabajadora social, etc.

- Documentación:

- Sistema Informático de admisiones: se recomienda la existencia de un apartado en la ficha técnica que recoja si existen disposiciones éticas (documento de voluntades anticipadas o testamento vital), porque una de las principales trabas con la que se enfrenta la sociedad para consolidar los derechos de los pacientes es el desconocimiento de los mismos por parte de los ciudadanos.

- Informe clínico: la historia clínica con los criterios terapéuticos y el plan de control de síntomas establecido por el equipo de referencia (equipo de atención primaria, PADES o UFISS) evita los riesgos de la pérdida de información y la dilución de la responsabilidad. Para asegurar la misma línea de actuación entre los diferentes turnos, en las hojas de curso clínico se debe anotar cualquier decisión y/o acción tomada. Si el paciente retornara al domicilio, entregar a los familiares el informe de asistencia con los cambios y las intervenciones realizadas para la continuidad del plan terapéutico por el equipo de referencia.

- Infraestructura arquitectónica: cuando la muerte se produce en el SU, la estructura arquitectónica y organizativa no favorece el tratamiento del paciente en SUD. Para garantizar la máxima intimidad y comodidad, los SU han de adaptarse a la realidad de la demanda, y buscar estrategias de adecuación de los espacios arquitectónicos²⁻⁵.

- Despacho de información: la comunicación en un despacho privado es una manifestación de respeto⁴¹. Se recomienda que sea acogedor, que disponga de una mesa, de sillas suficientes y de una alarma conectada al servicio de seguridad del hospital para preservar a los profesionales de las reacciones agresivas y violentas.

- Box individual:^{2,3,44-47} se ha de evitar a toda costa que la muerte acontezca en una camilla, en un box compartido o en un pasillo, por lo que es imprescindible que se disponga de boxes individuales que permitan la intimidad y el acompañamiento familiar. El número de familiares debe de adecuarse a las dimensiones de cada SU con un horario de visitas flexible,

que permita el respeto al propio paciente y al resto de los usuarios que se encuentran en el SU².

CONCLUSIONES

La gran atracción que producen los hospitales a los pacientes en SUD está en relación con la inmediatez de la respuesta, el acceso a cualquier hora, y la seguridad y protección que ofrecen por la presencia cercana del personal sanitario¹⁻⁸. Esto es así a pesar de los ajustados horarios, la falta de formación de los profesionales para enfrentarse a las reacciones emocionales del paciente y del entorno familiar (formación universitaria y especializada basada en la preservación de la vida y no en la confrontación con la muerte), así como la falta de infraestructuras arquitectónicas adecuadas para ofrecer intimidad^{1-8,15}. El alto índice de fallecimientos en los SU está en relación con la imposibilidad del drenaje de los pacientes en SUD a las plantas de hospitalización, lo que contribuye a la habitual saturación y a la inadecuada ubicación¹⁻⁸. Para evitar el tránsito de estos pacientes por los SU se ha de instaurar “un modelo para el fin de la vida”^{5,6} con un soporte domiciliario que abarque desde la terapia de control de síntomas hasta la preparación ante la muerte, apoyo familiar progresivo a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (cuidadores informados y educados sanitariamente que acepten el pronóstico), así como circuitos alternativos con acceso directo desde el propio domicilio a unidades de cuidados paliativos^{6,9,37}. A pesar de todas las medidas que se puedan instaurar, la muerte hoy en día no es aceptada, y menos en el domicilio, como parte del ciclo vital, lo que hace que muchas personas pasen sus últimos días de vida lejos de sus familiares, en un entorno frío sin la privacidad e intimidad necesaria^{2,3,6,9,37}. Queda, pues, un largo camino social para volver a dignificar la muerte e incorporarla a la vida cotidiana. Si a pesar de las medidas tomadas, los pacientes en SUD llegan a los SU, la formación de los profesionales de urgencias en la evaluación de pacientes, en estrategias y habilidades en el tratamiento de cuidados paliativos, en las decisiones ético-terapéuticas y en la comunicación contribuirá al mejorar acogimiento y atención de los pacientes que vienen a fallecer a urgencias¹⁻⁸.

AGRADECIMIENTO

A todos los expertos que han participado en la creación de la “*Guía de suport pels professionals d'urgències en l'atenció a les persones en el fi de la vida*” del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Sin ellos hubiera sido imposible haber realizado esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Haegy JM, Andronikof M, Thiel M-J, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier A-M et al. Ethique et urgences Réflexions de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Journal European des Urgences. <http://www.sfm.u.org>
- 2- Iglesias ML, Villar J, Hernández E, Pallas O, Gutiérrez J, Skaf E. Idoneidad del proceso de fallecimiento de los pacientes que ingresan por un Servicio de Urgencias Hospitalario. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Palma de Mallorca). Emergencias 2005;17:211.
- 3- Miró O, De Dios A, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencias, causas y consecuencias. Med Clin (Barc) 1999;112:690-2.
- 4- Nieto A, Arranz F, Lana R, Torres P, Rodríguez M, Jiménez de Diego L. Análisis descriptivo de la mortalidad en un servicio de urgencias terciario. Emergencias 2000;12 (extra):291.
- 5- Mushtaq F, Ritchie D. Do we know what people die of in the emergency department?. Emerg Med J 2005;718-21.
- 6- Garrett K. End-of-life Models and Emergency Department Care. Acad Emerg Med 2004;11:1. www.aemj.org
- 7- Rodríguez O, Llorente S, Casanueva M, Álvarez B, Menéndez P, De la Riva G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Características clínico epidemiológicas. Emergencias 2004;16:17-22.
- 8- Ruiz V, García RF, Gago M. Morir en Urgencias. Revista electrónica Tempos Vitalis. I Jornada de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología (SEIT) 2001. www.temposvitalis.com/especial02/03.htm, el 5/08/2006.
- 9- Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Borrás JM, Castellsagué X. Resource Consumption and Cost of Palliative Care Services in Spain: A multicenter Prospective Study. J Pain Symptom Manage 2005;31:522-32.
- 10- De Miguel C, López A. El paciente con cáncer avanzado. ¿Podemos predecir la supervivencia? Aten Primaria 2006;38(Supl2):2-6. <http://www.doyma.es> el 16/03/2007.
- 11- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. www.secpal.com, el 15/01/07.
- 12- Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. En: Porta J. Sedación Paliativa eds. Ed. Aran SL. Madrid, 2004.
- 13- Higginson IJ, Addington-Hall JM. The epidemiology of death and symptoms. En: Doyle, Hanks, Cherny and Calman. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed. Oxford University Press 2004;14-24.
- 14- Rifá J, Pons O, Manzano H. El final de la vida. Síntomas y complicaciones más frecuentes. En: Manual SEDM de Cuidados Continuos. 2003;517-32.
- 15- Gómez-Batiste X, Madrid J, Trelis J. Guia d'actuació en la situació d'agonia del malalt terminal. Quaderns de la bona praxis 2000;12:1-19.
- 16- Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. Palliat Med 2004;18:184-94.
- 17- Porta J. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. En: Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2003;9:9-28 www.secpal.com/medicina-paliativa/index.php?acc, 23/05/07.
- 18- Couceiro A. En: Ética y sedación al final de la vida. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2003;9:29-58 www.secpal.com/medicina-paliativa/index.php?acc, 23/05/07.
- 19- Bijur PE, Kenny MK, Gallagher EJ. Intravenous morphine at 0.1 mg/kg is not effective for controlling severe acute pain in the majority of patients. Ann Emerg Med 2005;46:362-7.
- 20- Birnbaum A, Esses D, Bijur PE, Holden L, Gallagher EJ. Randomized double-blind placebo-controlled trial of two intravenous morphine dosages (0.10 mg/kg and 0.15 mg/kg) in emergency department patients with moderate to severe acute pain. Ann Emerg Med 2007;49:445-53.
- 21- Aubrun F, Salvi N, Coriat P, Riou B. Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. Anesthesiology 2005;105:156-60.
- 22- Goenaga MA, Millet M, Carrera JA, Garde C. Vía subcutánea: más fármacos. Med Pal 2004;7:28. www.secpal.com/medicina-paliativa/index.php?acc, 23/05/07.
- 23- Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. En: Doyle D, Hanks GW, Mac Donald N. Oxford Textbook of palliative medicine 2ª ed. Oxford University Press, 1998; 583-616.
- 24- Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, Iuteral AH, Cabalar ME. Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2006;31:38-47.
- 25- Tuca A. Tratamiento de síntomas refractarios. Sedación, sus indicaciones y la ética. En: Campos C, Carulla J, Casas AM, González M, Sanz-Ortiz J, Valentín V eds. Manual SEOM de cuidados continuos. Ed. Dispublic SL Madrid, 2004.
- 26- Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally-ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2004;28:445-50.
- 27- González M, Gómez C, Vilchez Y. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. Med Clin (Barc) 2006;127:421-8.
- 28- Rousseau P. Palliative sedation in the control of refractory symptoms J. Palliat Med 2005;8:10-2.
- 29- Tuca A. Tratamiento de síntomas refractarios. Sedación, sus indicaciones y la ética. En: Manual SEDM de Cuidados Continuos. 2003;533-53.
- 30- Sanz J. End-of-life sedation. Med Clin (Barc) 2004;123:423-5.
- 31- García ED. Cuidados en la situación de agonía. En: Valentín V, Alonso C, Murillo MT, Pérez P, Vilches V eds. Nova Sidonia Oncología y Hematología. Madrid 2002;653-62.
- 32- Des Plaines IL. End-of-life care in the emergency Department. Emergency Nurses Association Position, 2001.
- 33- Arteta A. La buena muerte. En: Astudillo W, Morales A, Clavé E, Cabarcos A y Urdaneta E eds. Avances recientes en Cuidados Paliativos. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos 2002;297-311.
- 34- Monés J, Forcada JM, Craven-Bartle J. Comissió de deontologia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. El pols de l'ètica i la deontologia. Reflexions sobre l'atenció de pacients terminals en situació d'agonia. Dossiers d'Urgències 2005; 85:2486-91.
- 35- Bassols A, Cañellas M, Bosch F, Baños JE. Per què encara es controla tan malament el dolor?: Dades, reflexions i propostes de millora. Annals de Medicina 2005;88:4-6.
- 36- Gracia D y Júdez J (eds). Ética en la práctica clínica. Ed. Triacastela, Madrid 2004.
- 37- Monés J, Forcada JM, Craven-Bartle J. Comissió de deontologia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. El pols de l'ètica i la deontologia. reflexions sobre l'atenció de pacients terminals en situació d'agonia. Dossiers d'Urgències 2005; 85:2486-91.
- 38- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ª ed. New York: Oxford University Press; 1994.
- 39- Iglesias ML, Pedro-Botet JC, Gutiérrez J, Hernández E, Pallás O, Aguirre A et al. Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. Emergencias 2000;12:313-20.
- 40- Armengol R, Boladeras M, Broggi MA, Camps V, Espasa R, Hernández J et al. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- 41- Herranz G. Eutanasia y dignidad de morir. "Jornades Internacionales de Bioètica", "Bioètica y dignidad en una sociedad plural". <http://www.bioeticaweb.com>. el 5/08/2006.
- 42- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Ariel SA. Barcelona, 2003.
- 43- Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc) 2006;127:580-3.
- 44- Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA, Barañain, 4ª Edición, 2002.
- 45- Bayes R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Medicina Paliativa 2000;17:101-5.
- 46- Brown JE, Hamilton Glenn. Malas noticias: notificación de defunción. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editores. Medicina de Urgencias. American College of Emergency Physicians. McGraw-Hill, Nueva York 2005;22:4-7.
- 47- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003;326:30-4.
- 48- Montes-Romero JA, Rodríguez-Galdeano M, Cervantes-Bonet B, Marin-Gamez N. About taking decisions at the end of life. Med Clin (Barc) 2003;121:318.
- 49- Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. Crit Care Clin 2004;20:487-504.
- 50- McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual wellbeing and end-of-life despair in patients with advanced cancer. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:484-6.