

PRINCIPIOS ETICOS

- 1.- NO MALEFICENCIA: *Primum non nocere – Errare humanum est* (**SEGURIDAD**)

- 2.- BENEFICIENCIA: **No encarnizamiento terapéutico.**

- 3.- AUTONOMIA: **El paciente o allegados, DECIDEN.**
Registro de últimas voluntades – Obligación de consultarlo
El médico no está obligado a tratamiento fútil

- 4.- JUSTICIA: **COSTE DE OPORTUNIDAD**
Escasez de recursos no bastan para fundamentar LTSV

- PROLONGACION DE LA VIDA: **No es un valor absoluto** – valorar calidad
Puede ser degradante
Puede violar principios éticos

LET (LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO)

LTSV (LIMITACION TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL)

LET: En planta y UCI.

No se limita el esfuerzo terapéutico, se transforma: confort, sedación

Ejemplo: Retirada de antibióticos o quimioterapia.

LTSV: En UCI. MAS APROPIADO

NO INSTAURAR O RETIRAR?:

Sin diferencias.

“Parece” peor retirar porque induce la muerte.

LA FAMILIA ES EL EJE

EL HOSPITAL OBSERVA LA DONACION TRAS LTSV

1.- INCIDENCIA LTSV

Esteban. Intensive Care Med, 2001 -----	35%
Ferrand. Lancet, 2001 -----	53
Sprung. JAMA, 2003 -----	73
Fernández. Med. Intensiva, 2005 -----	55
Iribarren. Med. Intensiva, 2007-----	55
Martinez, Debática, 2012-----	44

Cabré. Intensive Care Med, 2005 (FMO) - 71

2. -MORTALIDAD LTSV

Retirada de medidas -----	99%
No instauración de medidas -	89

3.- TIPO DE LTSV

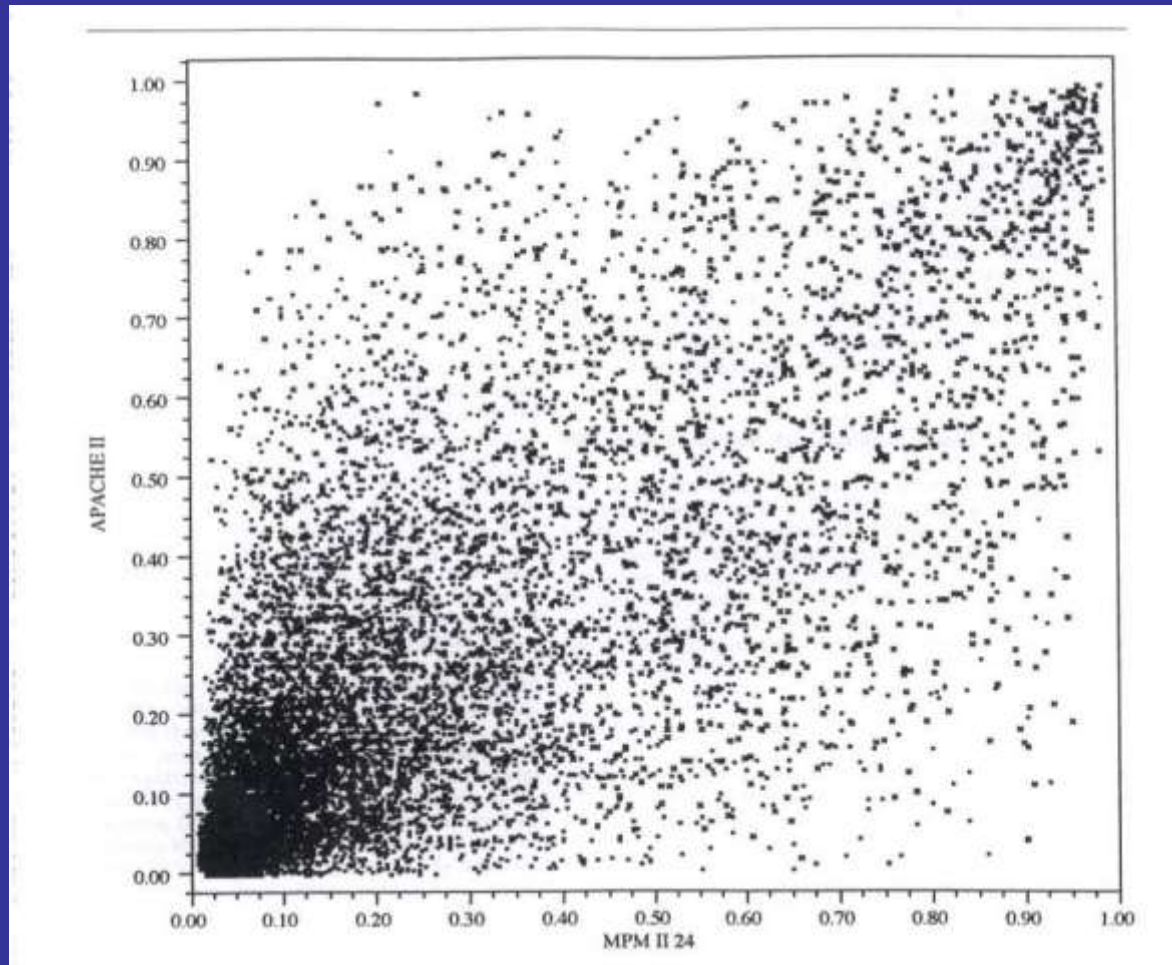
	Cabré	Esteban
Ordenes de no resucitación -----	54%	-
Diálisis -----	36	38
Drogas vasoactivas -----	30	72
Reducir FiO2 -----	28	54
Retirada Ventilación mecánica -----	19	42
No RCP -----	15	-
Retirada nutrición -----	13	24

COMO INSTAURAR LTSV

- 1.- CONSENSO
- 2.- Documentación previa
- 3.- indicadores de pronóstico

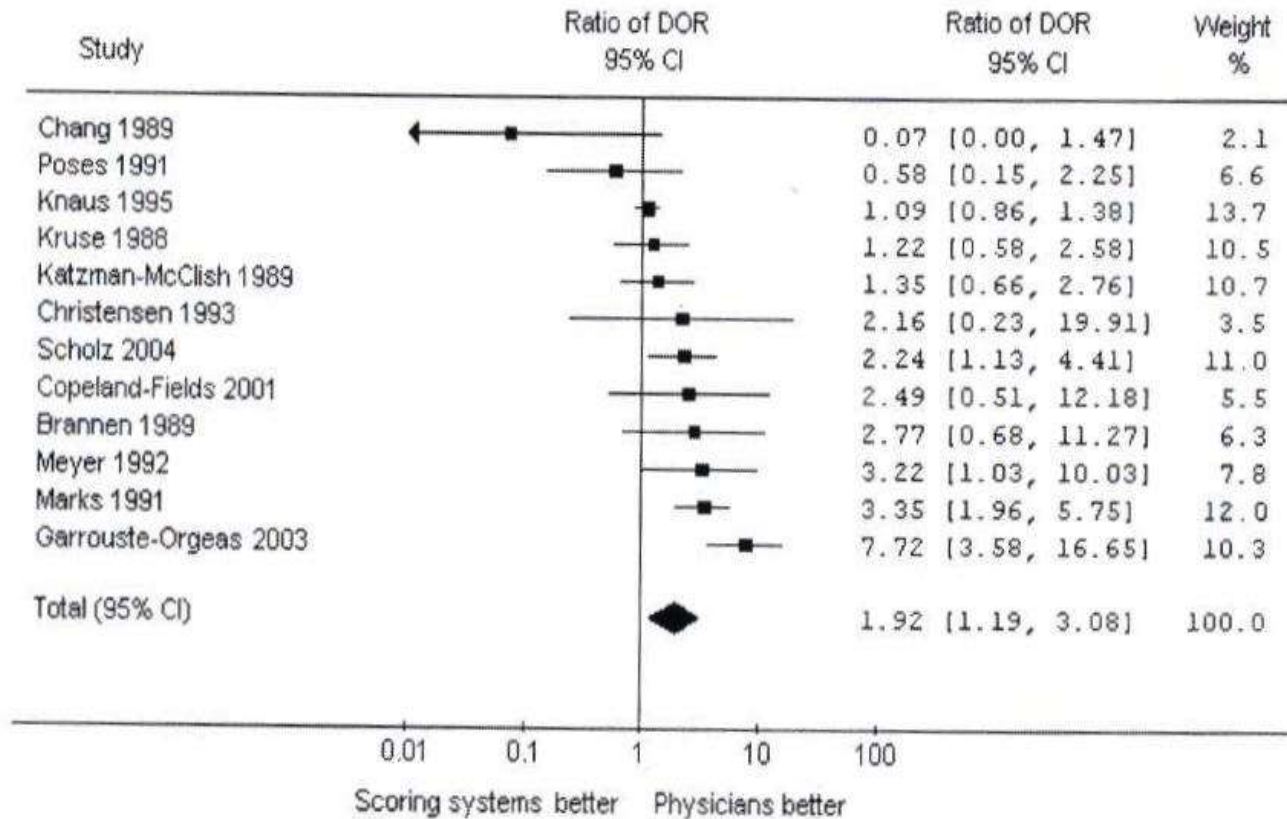
COMO INSTAURAR LTSV

- 1.- CONSENSO
- 2.- Documentación previa
- 3.- indicadores de pronóstico generales o específicos



COMO INSTAURAR LTSV

- 1.- CONSENSO
- 2.- Documentación previa
- 3.- indicadores de pronóstico generales o específicos



COMO INSTAURAR LTSV

- 1.- CONSENSO
- 2.- Documentación previa
- 3.- indicadores de pronóstico generales o específicos

Utilidad del SOFA (SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESMENT SCORE)

Regresión logística – Modelo predictivo

FMO con >60 años, SOFA >9 puntos, cinco días consecutivos: Muy probable exitus

Cabré. Intensive Care Med, 2005;31:927

INTENSIVISTA Y LTSV

Familia:

- No paga. Que se haga el máximo.
- No quiere aceptar la realidad.
- No hay aceptación social de la muerte.

- Desconfía del intensivista, el último que ha conocido.
- Recibe información optimista de los especialistas.
- Cree más en estos que en intensivistas, que dan visión negativa de la evolución del paciente.

- **Necesita tiempo para aceptar.**

Médicos:

- No hay límite al tratamiento: trasplante.
- No aceptan el fracaso del tratamiento: Lazos afectivos.
- Su fracaso terapéutico puede suplirse por otro especialista.
- Intensivistas participamos en estos tópicos.

NUEVA ACTITUD DE ADMISION Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CRITICO

1.- Ingreso condicionado (Patología crónica)

- Por mal o dudoso pronóstico.
- **Limitado** a una determinada intervención.
- Limitado en el tiempo.

Lecuyer. Critical Care Medicine, 2007;35:808

Redefinir el papel en:

- Tratamiento actual del cáncer: **No muere**
Se cronifica
- **Espera de trasplante**
- HPH: 20% de inmunosuprimidos.

2.- Revisión periódica del pronóstico:

- A todos los pacientes.
- **Sucesión de intervenciones sin mejoría.**

3.- Oncólogos-hematólogos-trasplantadores + intensivistas:

Establecer la hoja de ruta

Bergwelt-Baildon. BMC cancer, 2010;10:612

FUTILIDAD: CONCEPTO EN EVOLUCION

De poco valor, de poca importancia, insignificante, IRRELEVANTE para la evolución de la enfermedad.

1ª Generación: Determinarla con certeza por criterios clínicos.
Juicios de valor y sin consenso.

2ª Generación: **Apoderamiento de hospitales**: Comités de Etica.
Traslación a legislación. Pero técnicos en desacuerdo.
Se autoriza al hospital a negar un tratamiento beneficioso.

3ª Generación: **Comunicación y negociación a pie de cama** (T. mediación)
Paradigma probado en empresa y derecho.
Pequeño número sin éxito: Proveer el cuidado.
No “atropellar” a los allegados.

ACTITUDES HACIA LA LTSV

FC (Free Choice): Sujeto tiene derecho a elegir libremente.

SL: (Sanctity of Life): La vida es sagrada e inviolable. Nadie tiene derecho a poner fin a su vida.

Encuesta estudiantes 18-29 años.

Participantes con elevado acuerdo con FC: Apropiado LTSV

Participantes con elevado acuerdo con SL: Menor acuerdo con LTSV

Correlación predecible entre principios morales y el acuerdo de retirada del tratamiento.

La correlación no cambia por patologías: Estado vegetativo, mínima consciencia, Cautiverio y enfermedad terminal.

Diferentes conceptos de vida. No necesariamente, religiosos

Lotto. PLoS ONE, 2012;7:e31735

ACTITUDES HACIA LTSV

Encuesta enfermeras, intensivistas

Todos consideraban la primera causa para LTSV:

Deseo paciente

Tratamiento fútil

Experiencia de colaboración muy satisfactoria:

36% intensivistas

21% enfermeras

Retraso injustificado de la decisión de LTSV (a menudo o siempre):

43% enfermeras

29% intensivistas

Jensen. Intensive Care Med, 2011;37:1696

INFORMACION RUTINARIA EN TORNO A LTSV

Encuesta a médicos US (Solo 30% trabajaban en UCIs cerradas):

93%, apropiado guiar a los familiares.

67%:, confortables dando información.

22%, siempre informan

11%, nunca o rara vez

Menos dados a dar información:

- no solicitada por allegados.
- cuando estaban en desacuerdo con los familiares.

GRAN VARIACION – Ganar el acuerdo de los allegados

- Muchos médicos no inician conversaciones

Brush. Am J Respir Crit Care Med, 2012;186:633

Encuesta a médicos Europa-Israel:

>25% cuidado inapropiado, excesivo.

JAMA, 2011;306:2694

DECISIONES PARA LTSV

- 1.- EVALUAR PRONOSTICO CON CERTEZA
- 2.- ADAPTAR LA ESTRATEGIA A FACTORES DEL PACIENTE Y FAMILIA
- 3.- **PAPEL MENOR** DE LA FAMILIA EN LA DECISION

Consenso previo con resto de médicos
Información interdisciplinar
Disponer de protocolo de instauración de LTSV

Presencia de familiares en la sesión médica
Visita abierta a familiares
Mejorar la comunicación
Reconocimiento de las emociones

Asegurar que no se abandona al paciente
Mantener apoyo a los allegados

Curtis. Lancet, 2010;375:1347

1.- Aumentar la comunicación con el paciente o allegados.

2.- Emplear 4 pasos del principio de negociación

a: Separar allegados – pocos médicos.

b: Focalizarse en intereses, no en posiciones.

(No quieren el pase a planta – aumentar enfermería)

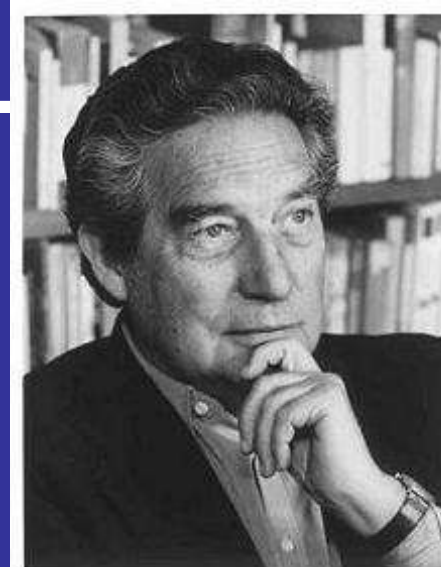
c: Generar variedad de opciones antes de acordar.

d: Insistir en que el acuerdo se basa en criterios objetivos

3.- Disputa impermeable a la negociación?

Proveer el disputado cuidado con apoyo a allegados.

Burns. Chest, 2007;132:1987



**30 min de entrevista o 10 min más de lo usual:
Reducción ansiedad, stress postraumático,
costes y estancias**

**Mortalidad 2% ---- 2 horas/semana entrevista
20% -- 2 horas/día**

IMPRESINDIBLE PARA LA DONACION

Lautrette. N Eng J Med, 2007

QUEMADOS Y LTSV

Precoz LTSV (72 horas) por extensión y complicaciones.
Revisión de 13 años, en dos períodos.
Antes y después de instauración de protocolo LTSV.

Instauración del protocolo incrementa el uso de
opiáceos (98 vs 87%)
benzodiazepinas (95 vs 49%)
sin acortamiento significativo de la vida (mediana de 5 vs 5.5 h)

Recomendación del uso de protocolo LTSV para aumentar su consistencia y paliar los síntomas del final de la vida.

> CALIDAD Y < COSTES LTSV?

1.- 25% costes: últimos años de la vida.
20% éxitus en UCI
UCI es diana por costes elevados

2.- Si en 50% hay LTSV, reducimos costes?
Dificultad: 80% costes fijos

Es posible que directivas avanzadas al final de la vida,
mejoren calidad y reduzcan costes

Datos de protocolo LTSV - paliativos parecen reducir estancias.
No todas las publicaciones en este sentido.

Curtis. Am J Respir Crit Care Med, 2012;186:587

RETIRADA EN 8 PASOS DE LA VENTILACION MECANICA

- 1.- Comunicar la LTSV y registrarlo en la historia clínica.
- 2.- Comunicar el curso probable del proceso, incertidumbre de la duración, posibles síntomas, tratamiento.
- 3.- **Evaluar el confort y tratar si no existe.**
- 4.- Retirar la PEEP y bajar la FiO₂ a 0.21.
- 5.- **Reevaluar el confort del enfermo y tratar si no existiera.**
- 6.- Reducir el soporte ventilatorio al 50%.
- 7.- Repetir pasos 5 y 6 hasta que el soporte ventilatorio se haya discontinuado.
- 8.- Retirar el ventilador y extubar al paciente o poner pieza en T.

RECONSIDERACION SOBRE LA EXTUBACIÓN TERMINAL

- Protocolos sugieren minimizar sedación.
- Tendencia a inframedicar.
- Cualquier grado de sufrimiento es inaceptable.
- La anestesia se administra antes de iniciado el procedimiento doloroso.

Por tanto: cuando la muerte es inevitable y la extubación inminente, hay que anticiparse al sufrimiento en relación a la afectación respiratoria; y se debe **administrar vigorosa sedación preventiva o anestesia general.**

Billing. Crit Care Med, 2012;40:625

ANESTESIA GENERAL PREVIA A EXTUBACION?

- **Riesgo de adelantamiento de la muerte**, que los allegados pueden aceptar.
- Compatible con la teoría del doble efecto.

Truog. Critical Care Med, 2012;40:631

REPLICAS

“La sugerencia de que la anestesia reduce el sufrimiento al final de la vida es solo especulación”

Zivot. Crit Care Med, 2012;40:2268

“Por qué no administrar relajantes musculares y medicación que produzca asistolia, además de la anestesia, antes de discontinuar la ventilación mecánica?”

Rady. Crit Care Med, 2012;40:2005

EDITORIAL

“Ayudar a nuestros pacientes a morir es un arte, que no puede aprenderse en una clase. Cada uno de nosotros, afina este arte en base a valores personales y experiencias”

Metha. Critical Care Med, 2012;40:701

**ESTAMOS REBASANDO LA LINEA ROJA?
INFRINGIENDO ALGUNA NORMA CAPITAL?
AL BORDE DEL PRECIPICIO ETICO?**

“Dead-donor rule” **DDR** (cerebral o cardiaca)

Los casi muertos no pueden donar? – Niña daño cerebral – Padres doble pérdida
Por qué no retirar los órganos antes?

“No se iba a recuperar. Entiendo el argumento del bioético, pero es totalmente ridículo.”

Definiciones se ajustan para obtener los órganos: 2 ó 5 minutos de asistolia
Y si reanimamos?

Es imprescindible un acuerdo o compromiso, o determinación de obtención de órganos

Muerte antes de retirar órganos no es un requerimiento fundamental ético

**DDR INFRINGE LA AUTONOMÍA Y
VA EN CONTRA DE LA CALIDAD DE LOS ORGANOS**

Truog. NEJM - Oct, 2013.-

Autonomía: Poder elegir en circunstancia de muerte
No maleficencia: Solo cuando la muerte es inminente

Muerte antes de retirar órganos no es un requerimiento fundamental ético

DDR INFRINGE LA AUTONOMÍA Y
VA EN CONTRA DE LA CALIDAD DE LOS ORGANOS

HAY QUE MANTENER LA CONFIANZA

Razón para mantener el DDR?

Pero la confianza la damos nosotros, no la norma ética.

Enfermos terminales quieren ayudar a vivir!

COMENZAR A ESTUDIAR LA DDR

DDR no es una ley.: Paul Morrissey, 2012

Truog. NEJM - Oct, 2013.-

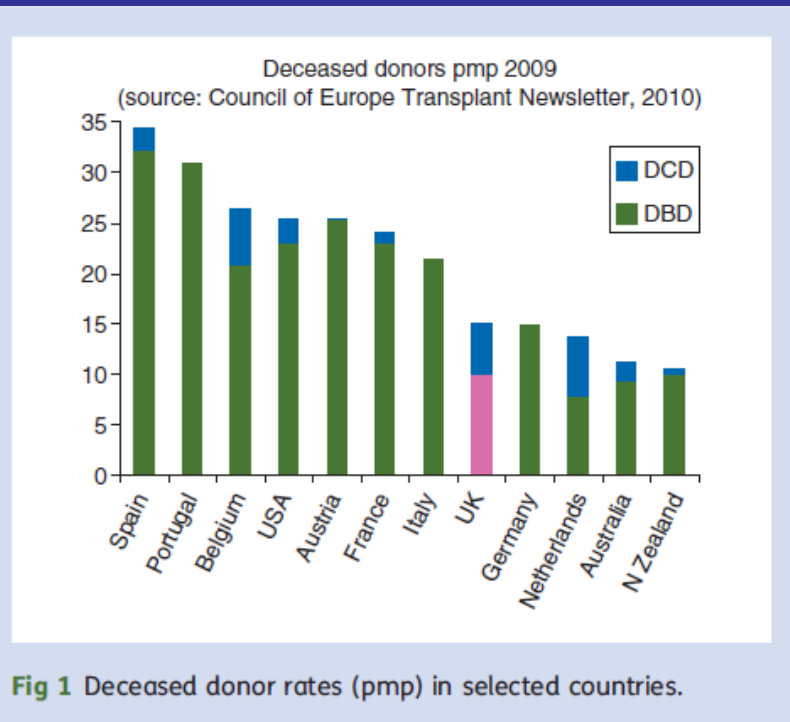
DONACION TRAS LTSV

Se amplía el criterio para órganos con menor tolerancia a isquemia caliente.

Desafío: Como mejorar la confianza de allegados y reducir isquemia caliente?

Consenso profesional ético y legal para facilitar la donación.

En países con Donación por LTSV, se acepta que la donación es una parte rutinaria del cuidado del final de la vida.



Manara. Br J Anaesth, 2012;108 Suppl1:i108

DONACION DE ORGANOS TRAS LTSV

INCIDENCIA EN NUESTRO MEDIO?

Inmaculada Fernández Simón

Servicio de Medicina Intensiva

10 octubre 2012

