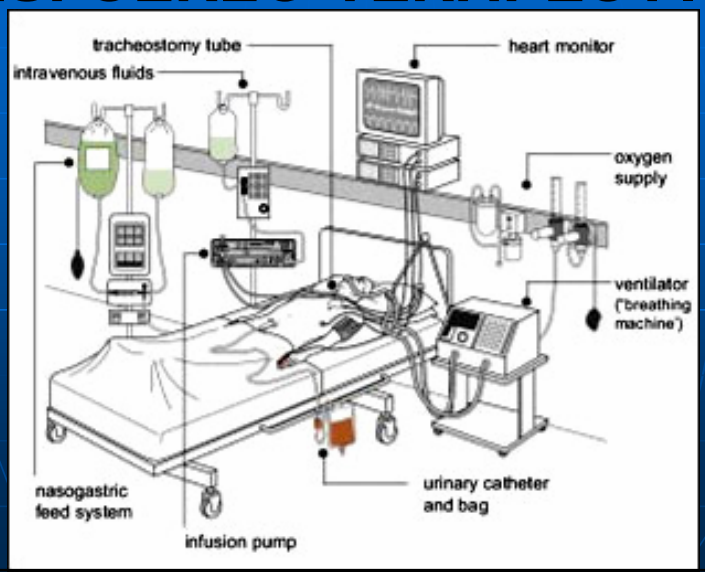
III JORNADA DE COMITES DE BIOÉTICA ASISTENCIAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

CUANDO EL PACIENTE DICE "NO"

13.05.05

Limitació de tractament
Dr. Lluís Cabré

LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO



LOS FINES DE LA MEDICINA

- **Prevención de la enfermedad y las lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud.**
- **El alivio del dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad**
- **El cuidado y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados**
- **Evitar la muerte prematura y procurar una muerte plácida.**

PRINCIPIO DE AUTONOMIA

- Dignidad de la persona. I. Kant
  - Fin en si mismo
  - Derecho innato. La LIBERTAD
- Práctica clínica
  - Derecho a la información
  - Consentimiento informado
  - Documento de voluntades anticipadas

El control de la muerte

- Reanimación cardiopulmonar
- Cuanto mas control mas dilemas éticos
- Muerte encefálica
- Estado Vegetativo Persistente (EVP)

SOPORTE VITAL

- ***Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal.***
- **Hastings Center Report**: Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff manor, NY 1987

TIPOS DE LET

- Denegar el ingreso
- No poner
- Retirar

FUNDAMENTOS DE LA LET

- Autonomía del paciente
  - Consentimiento informado
  - Voluntades anticipadas
- Futilidad terapéutica
  - Concepto
  - Futilidad fisiológica

CONCEPTO DE FUTILIDAD

- ¨Es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado¨.

- Iceta M. El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica. Tesis doctoral. Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, 1995

CONDICIONES PARA NO TRATAR

- El tratamiento es inútil o carece de sentido
  - Difícil valorar el limite de la inutilidad
- Los inconvenientes del tratamiento superan los beneficios.
  - No solo en los enfermos terminales se puede retirar el soporte vital
  - El "mejor interés" para una persona
- Juicios sobre calidad de vida

CAUSAS PARA MANTENER TRATAMIENTOS FUTILES

- El paciente teme a la muerte o el familiar "haga todo lo posible"
- Vínculo emocional entre profesional y paciente. Nociones erróneas de la obligación legal o ética.
- Muerte como fracaso personal. Estamos educados para la acción.
- Dilemas éticos como espectáculo en los medios de comunicación. Motivos políticos, religiosos, etc..

MATAR Y DEJAR MORIR

- ¿ Cuál es la diferencia?
- ¿ No instaurar un tratamiento es sinónimo de matar y si es así cuando es un suicidio y cuando un homicidio?
- Moralmente ¿es lo mismo matar que dejar morir?
- ¿En qué circunstancias podemos decidir no instaurar un tratamiento sabiendo que el paciente va a morir?

EXPERIENCIAS EUROPEAS

- Estudio en 6 hospitales universitarios españoles. El 37% de los pacientes que fallecían en la UCI se les había practicado LET. Esteban A, Intensive Care Med 2001;27:1744-1749
- Estudio francés en el que el 50% de los pacientes que fallecen en UCI se les había practicado LET. Ferrand E, Lancet 2001; 357: 9-14

FRACASO MULTIORGÁNICO

- Conocer la incidencia de pacientes afectos de Síndrome de Fracaso Multiorgánico (SFMO) en los Servicios de Medicina Intensiva de nuestro entorno
- Conocer la mortalidad de estos pacientes
- Evaluar si la medición diaria de un índice como el SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Score) puede ser de utilidad para la toma de decisiones de estos pacientes, en el sentido de limitar el esfuerzo terapéutico.
- Conocer la limitación de esfuerzo terapéutico en estos pacientes y las órdenes de no reanimación.

FMO

- Prospectivo , observacional y multicéntrico
- Se registró índice SOFA diariamente, la tendencia de su valor durante el ingreso, el SOFA max, SOFA min, SOFA promedio y edad.
- Se registraron el total de pacientes ingresados en UCI durante los meses de Febrero y Marzo del 2001, mortalidad UCI y hospitalaria, EM, LET.

FMO

- 79 unidades, cuatro de ellas de América latina
- Total pacientes 1380. Válidos 1290.
- Total pacientes según criterios del estudio 7615
- Afectos de SFMO 18,1 %

SOFA

	0	1	2	3	4
Resp	> 400	< 400	< 300	< 200 SV	<100
Plaq	150	< 150	< 100	< 50	< 25
Bili	< 1,2	1,2–1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12
Cardio	No hipo	< 70	DPM <5	DPM >5 NAD ADR < 0,1	DPM>15 NAD ADR > 0,1
CGS	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Creat	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 < 500 ml	> 5 < 200

FMO

- EM de todos los pacientes 5,4 días
- EM de los afectos de SFMO 13,3 días
- Sexo: 33,7 % mujeres y 66,2 % varones
- Exitus en UCI 37,3 %
- Exitus Hospital 44,6 %
- LET 38,4 %
- **LET en los Exitus 70,6 %**

FMO

- LET en los éxitus.
  - ODNR 54,2 %
  - Dep. Extrarrenal 36,1 %
  - Fármacos vasoactivos 30,4 %
  - FiO2 elevadas 27,9 %
  - Ventilación mecánica 18,5 %
  - RCP 14,9 %
  - Nutrición 13,3 %

FMO

- **La conjunción de las variables SOFA max > 10, SOFA min > 9, edad > 60 y tendencia positiva, durante los primeros 5 días se relacionó con una mortalidad del 100%**

IMPLICACIONES DE LA SEMICYUC

- Solsona F,Cabré LI, et al. Recomendaciones del grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. Medicina Intensiva 2002;26:253-254
- Cabré LI, Solsona F y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva 2002; 26:304-311
- Cabré LI, et al y grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Estudio multicéntrico del SDMO en los servicios de Medicina Intensiva. Utilidad del SOFA en la toma de decisiones. (Intensive Care Med 2005;)

RECOMENDACIONES. LET. SEMICYUC

- Conocimiento actual. MBE
- Consenso del equipo asistencial. Objeción de conciencia.
- Acuerdo con la familia. No responsabilizarles de la toma de decisiones.
- V.A. En especial a los pacientes crónicos.
- Tratamiento intensivo condicional. Ancianos