

CUESTIONES ETICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS

WHAT'S NEW IN INTENSIVE CARE



Palliative care in the ICU of 2050: past is prologue

Kusum S. Mathews^{1*} and Judith E. Nelson^{2,3}

© 2017 Springer-Verlag Berlin Heidelberg and ESICM

El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial

***Good care for patients who die in intensive care units in Spain.
A study based on international care quality indicators***

M.B. Girbau¹, P. Monedero², C. Centeno³, Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI⁴

ÉTICA

- 1.- PERTENECIENTE O RELATIVO A LA ÉTICA.
- 2.- RECTO, CONFORME A LA MORAL
- 3.- **CONJUNTO DE NORMAS MORALES QUE RIGEN LA CONDUCTA DE LA PERSONA EN CUALQUIER ÁMBITO DE LA VIDA.** ÉTICA PROFESIONAL, CÍVICA, DEPORTIVA.
- 4.- **PARTE DE LA FILOSOFÍA QUE TRATA DEL BIEN, DEL FUNDAMENTO DE SUS VALORES**

PRINCIPIOS ETICA PROFESIONAL [MEDICA]

- **AUTONOMIA:** Los individuos tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones
- **BENEFICIENCIA:** Actuar en beneficio de los enfermos.
- **NO MALEFICIENCIA:** No infringir daño intencionadamente "*primum non nocere*"
- **JUSTICIA:** Distribuir los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades.

Organización de profesionales¹ que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico con varios requisitos que garantiza **condiciones de seguridad, calidad y eficiencia** para atender a **pacientes que siendo susceptibles de recuperación** requieren:

1. Cuidados/Vigilancia especiales. Monitorización.
2. Medios diagnósticos.
3. Soporte orgánico. Tratamientos especiales
4. Medicación específica

1.-Médicos, enfermería, celadores

Organización de profesionales que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico con varios requisitos que garantiza **condiciones de seguridad, calidad y eficiencia** para atender a pacientes que siendo susceptibles de recuperación...

1. Cuidados/Vigilancia especializada
2. Medios diagnósticos
3. Soporte de procedimientos especiales
4. Medicina



CURAR

Cuidados paliativos en UCI

ALIVIAR

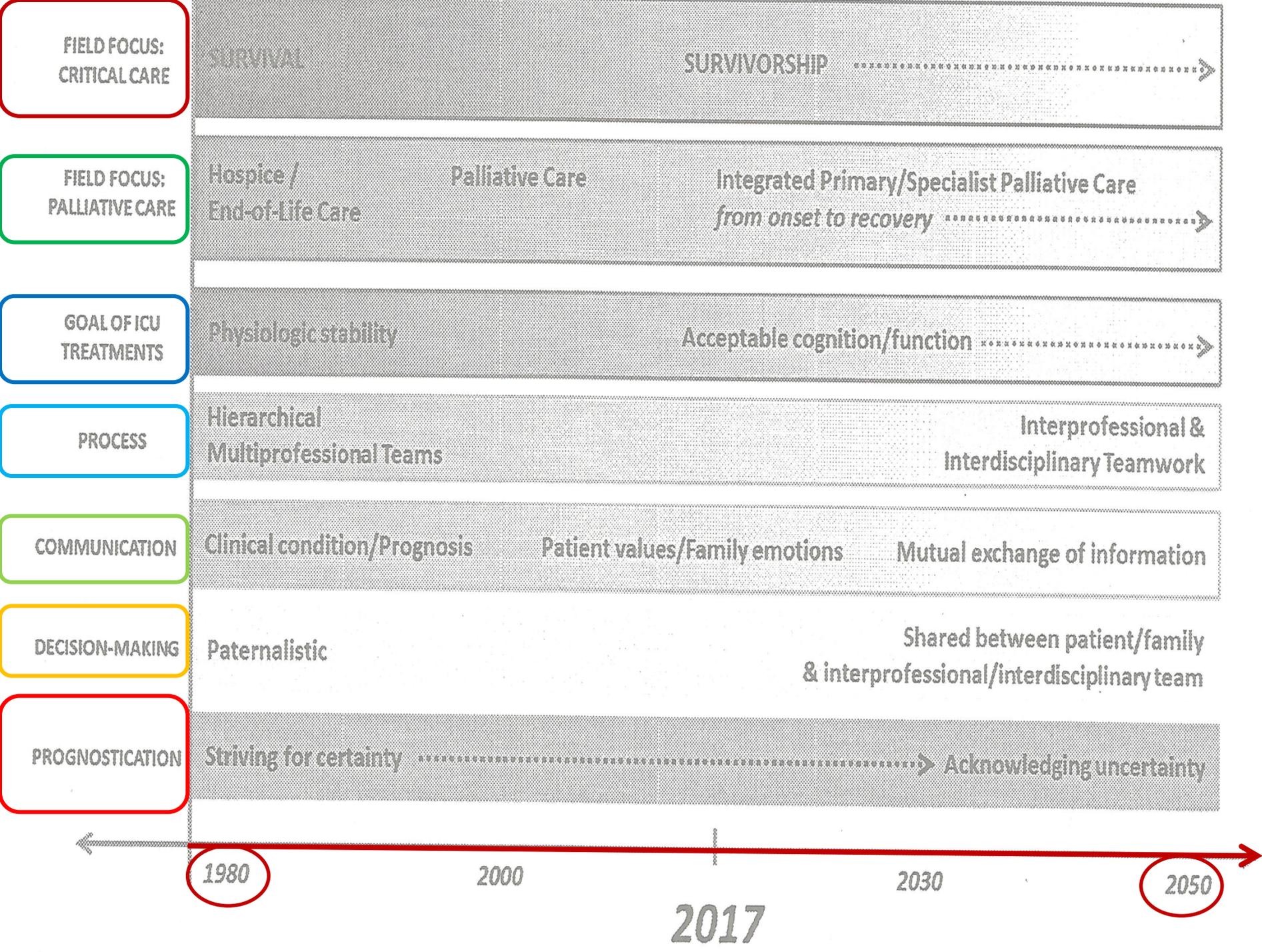
- resuscitation and stabilization
- physiological optimization of patients to prevent organ failure
- facilitation of complex surgery
- support of failing organ systems
- Mantenimiento de donantes



A young patient with poliomyelitis being manually ventilated by a medical student during the poliomyelitis epidemic in Copenhagen, 1953 [Source: Medical History Museum in Copenhagen]

CARACTERÍSTICAS DE U.C.I.

- ✓ Asistencia continua 24h/24h 365 días
- ✓ 4%-5% de las camas del hospital [30-32]
- ✓ Coste día:2.000 €
- ✓ Mucho personal según los niveles de atención¹
- ✓ Estancia media de los pacientes: 4 días
- ✓ Índice de ocupación 70%
- ✓ **Índice de mortalidad:15%**, contribuyen a un 20% de la hospitalaria
- ✓ Criterios de ingreso: supervivencia



FIELD FOCUS:
CRITICAL CARE

SURVIVAL

SURVIVORSHIP

FIELD FOCUS:
PALLIATIVE CARE

Hospice /
End-of-Life Care

Palliative Care

Integrated Primary/Specialist Palliative Care
from onset to recovery

GOAL OF ICU
TREATMENTS

Physiologic stability

Acceptable cognition/function

PROCESS

Hierarchical
Multiprofessional Teams

Interprofessional &
Interdisciplinary Teamwork

COMMUNICATION

Clinical condition/Prognosis

Patient values/Family emotions

Mutual exchange of information

DECISION-MAKING

Paternalistic

Shared between patient/family
& interprofessional/interdisciplinary team

PROGNOSTICATION

Striving for certainty

Acknowledging uncertainty

1980

2000

2017

2030

2050



404

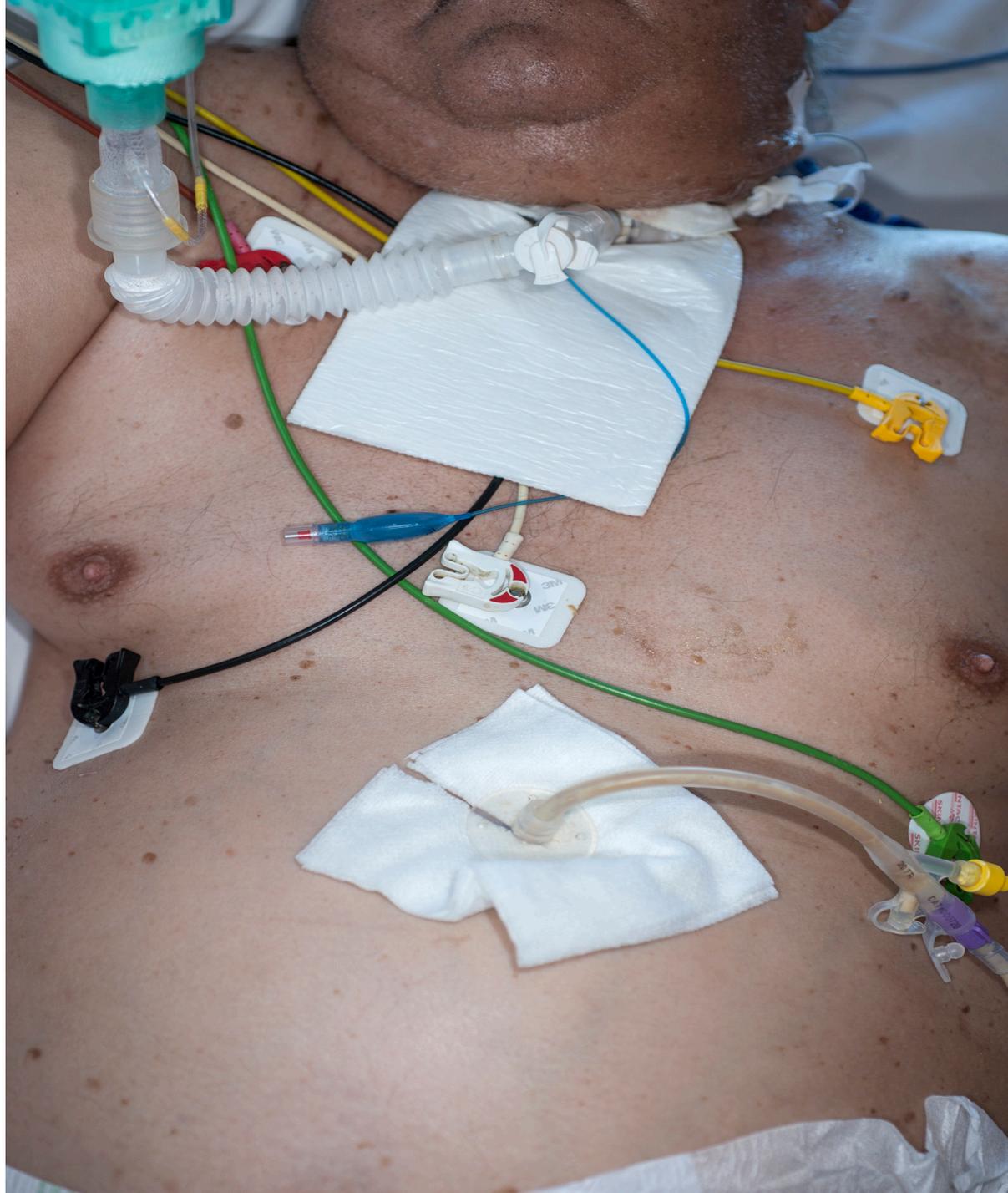
Udiger ICU 9000

79
97
24
(-14)

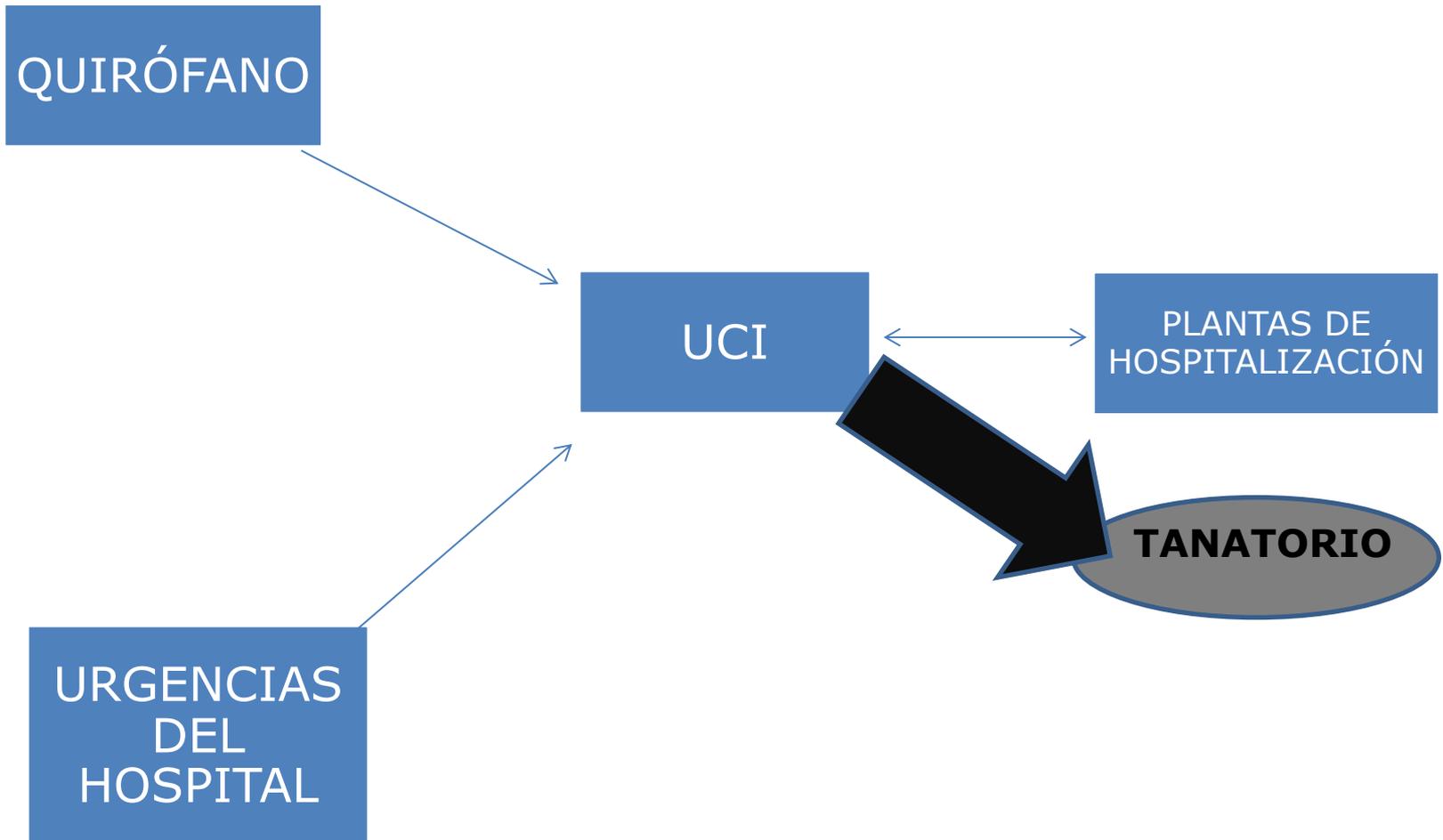


403







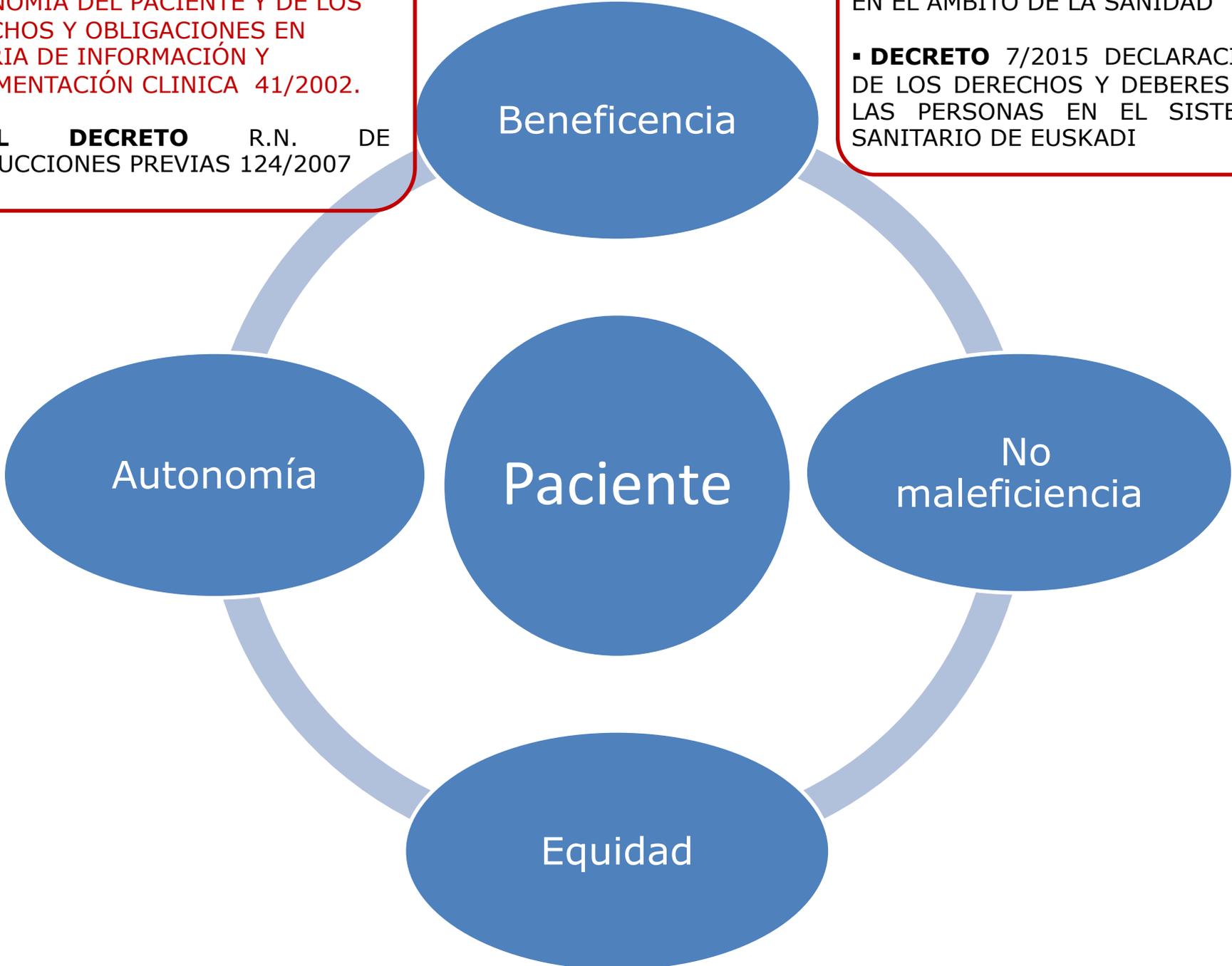


➤ **LEY BASICA** REGULADORA DE LA AUTONOMIA DEL PACIENTE Y DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA 41/2002.

➤ **REAL DECRETO** R.N. DE INSTRUCCIONES PREVIAS 124/2007

▪ **LEY** 7/2002 DE LAS VOLUNTADES EN EL AMBITO DE LA SANIDAD

▪ **DECRETO** 7/2015 DECLARACION DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI



Beneficencia

No maleficiencia

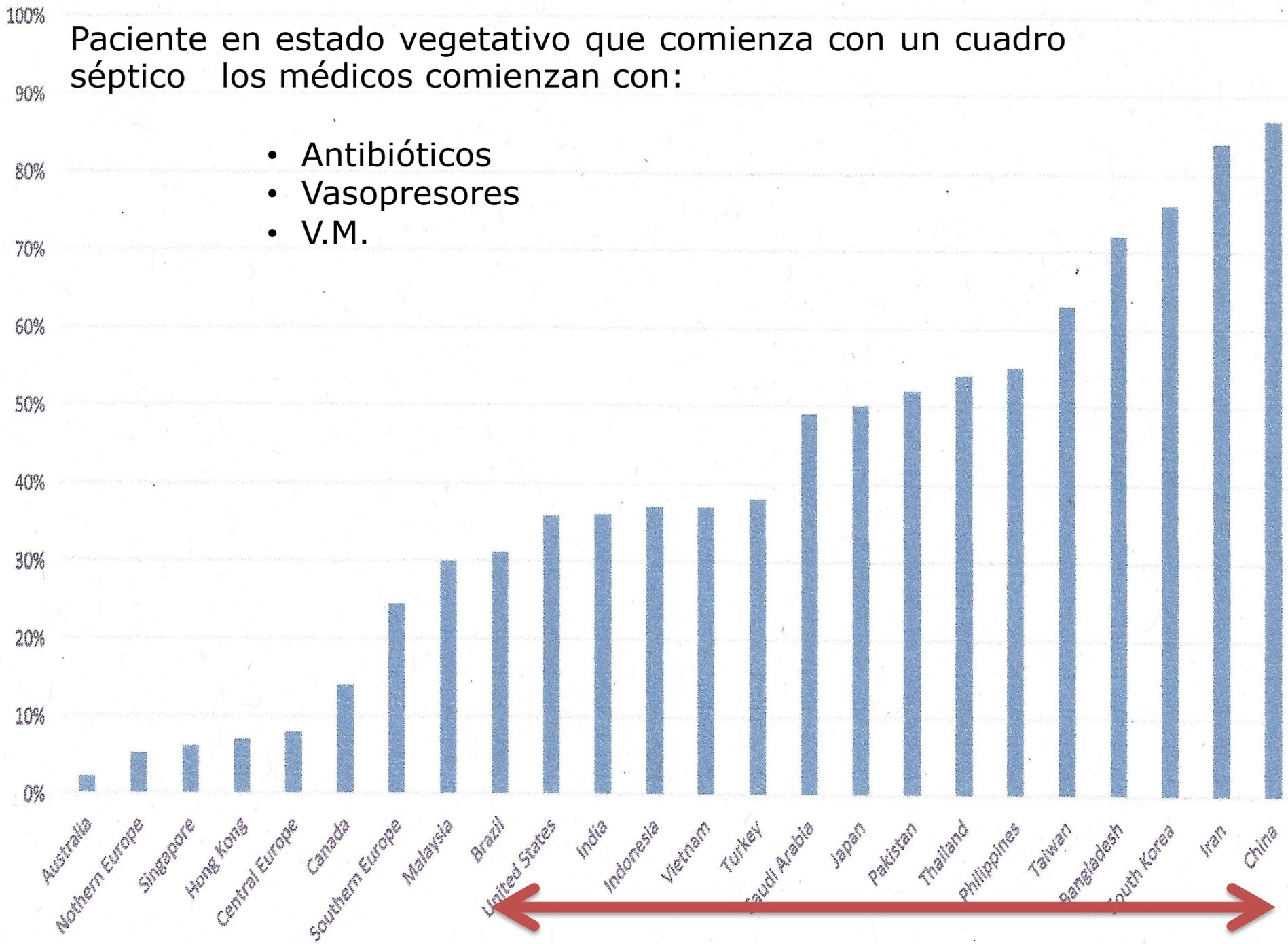
Equidad

Autonomía

Paciente

Paciente en estado vegetativo que comienza con un cuadro séptico los médicos comienzan con:

- Antibióticos
- Vasopresores
- V.M.



Ethical, legal and organizational issues in the ICU

Table 1. The various religions' views on end-of-life decisions

	Withhold	Withdraw	Double effect ^a	Withholding nutrition
Protestants	Yes	Yes	Yes	Yes
Catholics	Yes	Yes	Yes	Controversial
Greek Orthodox	No	No	No ^b	No
Orthodox Jews	Yes	No	Yes	No
Moslems	Yes	Yes	Yes	No

- Paciente agudo
- " crónico
- " incurable
- " terminal

1. Limitación del tratamiento del soporte vital.
2. Sedación paliativa/ agonía. [Doble efecto].
3. Rechazo al tratamiento [Voluntades anticipadas]

1. Eutanasia/Suicidio asistido.



Producir la muerte.

Mantenimiento del donante



No prolongar artificialmente la vida



- Holanda
 - Bélgica
 - Luxemburgo
- en el resto de UE:40% de aceptación y en Asia:15%

Limitación tratamiento del soporte vital

TOMA DE LAS DECISIONES

Cuando la situación es irremediable no es ético mantener el tto.

- Evitar ttos. fútiles/desproporcionados.
- ..pero **sí** ttos. que son necesarios:
 - 1º. Sedación/analgesia

¡ **NO ABANDONAR AL PACIENTE** ¡

2º. Hidratación /higiene



CADA UCI DEBERIA DISPONER PROTOCLO

Permitir morir no es matar

EUTANASIA VS LTSV

- El objetivo de la *LTSV* es *aliviar el sufrimiento* y *evitar la futilidad*, NO PRETENDE ACELERAR LA MUERTE.
- Es un decisión **médica** aunque puede ser propuesta por la familia y en casos menos frecuentes por el pacientes= *Voluntades anticipadas*.
- Desde el **punto de vista ético** es lo mismo *no instaurar un*
tto., que retirar.....EN EL CONTEXTO DE LA LTSV
- Todo el equipo medico tiene que estar de *acuerdo*,...en caso de duda se CONTINÚA con el TSV.

➤ El objetivo de la *LTSV* es *aliviar el sufrimiento y evitar la futilidad* , NO PRETENDE ACELERAR LA MUERTE.

➤ Es un decisión **medica** aunque puede ser propuesta y en casos menos frecuentes por el pacientes. *Ver...*

... Y quien decide.....

➤ Desde el **punto ético** es lo mismo no instaurar un tto., que retirarlo. EN EL CONTEXTO DE LA LTSV

➤ Todo el equipo medico tiene que estar de *acuerdo*,...en caso de duda se CONTINÚA con el TSV.

¿el paciente en UCI tiene la capacidad de tomar decisiones,?= NO y quien decide.....

1º.- El paciente si ha dejado el documento de voluntades anticipadas.

2º.- La familia y ¿si no esta claro?.

3º.- Los médicos si la decisión de la familia esta en contra del beneficio del paciente?

1.- Circular 1/2012 de la Fiscalía general del estado

Deseo la asistencia necesaria para proporcionar un digno final de mi vida, con el máximo alivio del dolor incluso si ello pudiera acelerar mi muerte.

Otras instrucciones que deseo que se tengan en cuenta:

- Donación de órganos y tejidos.
- Lugar donde deseo que se me atienda en el final de mi vida (domicilio, hospital,...).
- Otras: _____.

Declaración de los Testigos

Los abajo firmantes, personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que nos conste que haya sido incapacitado judicialmente, y sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión, firmamos ante la presencia del otorgante:



Yo, _____, mayor de edad, con el DNI/pasaporte/tarjeta _____ nº _____ y con domicilio en _____ CP _____, calle _____ nº _____, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, manifiesto mi aceptación y/o rechazo de los tratamientos y cuidados que describo más adelante en este documento para que se tengan en cuenta en el momento en que me encuentre en una situación, por las circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, en la cual no pueda ya expresar personalmente mi voluntad.

Deseo que el médico responsable de mi tratamiento retire o no comience los tratamientos que meramente prolonguen mi proceso de morir si yo padeciera una condición incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, como:

- a) una situación terminal.
- b) una situación con inconsciencia permanente.
- c) una situación con mínima consciencia en la cual yo sea permanentemente incapaz para tomar decisiones o expresar mis deseos.

Deseo además que mi tratamiento sea limitado a medidas que me mantengan cómodo y aliviado de dolor o sufrimiento, incluyendo aquéllos que puedan ocurrir al omitir o retirar tratamientos.

También comprendo que aún no estando obligado a especificar todos los futuros tratamientos a los que renuncio, quiero mencionar mi renuncia a las siguientes formas de tratamiento:

- No deseo reanimación cardiopulmonar.
- No deseo ventilación mecánica.
- No deseo ninguna forma de diálisis.
- No deseo alimentación e hidratación artificiales.
- No deseo antibióticos.
- No deseo _____.

68 UCIs

282 pacientes

➤ Información diaria a la familia: 97%

➤ 50% de los fallecidos ocurrió tras la LTSV

➤ Sala de informar: 82%

➤ 1º.-Retirar medidas

➤ Protocolo de LTSV: 49%

➤ 2º.- No reanimar

➤ Protocolo de contención: 40%

➤ 3º.-No instaurar medias

PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE

SOPORTE VITAL

(LTSV)

Servicio de Anestesiología- Reanimación

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Diciembre 2014

OSI BILBAO-BASURTO



- Ventilación mecánica
- Hemofiltro
- Catecolaminas
- Sangre Testigos de Jehová
- Nutrición parenteral
- RCP
- No ingreso en UCI

¿ Antibióticos ?

PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

(LTSV)

Servicio de Anestesiología- Reanimación

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Diciembre 2014

OSI BILBAO-BASURTO

Retirada de medidas [93%]

- Catecolaminas=46%
- Ventilación mecánica=43%

▪ 32 meses ▪ 53 pacientes [21,2%]	No iniciar RCP	Consulta al comité ética	Objetivos alcanzados	Donantes	¿ Asistencia Religiosa?
Respuesta afirmativa	68%	-	100%	23%	52%
Respuesta negativa	32%	100%	-	77%	48%



ELSEVIER

medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva

REVISIÓN

Ética de la investigación en el paciente crítico

A. Estella

Tabla 1 Informe Belmont: principios éticos de la investigación

Principio de respeto a las personas

Principio de beneficencia

Principio de justicia

Tabla 2 Principales dificultades en la investigación en el paciente crítico

Disminución o ausencia de capacidad para decidir

Menor tolerancia a efectos adversos

Mayor exposición a riesgos

Situaciones de urgencia

Compleja fisiopatología: variabilidad respuesta clínica

¿ Consentimiento informado ?

¿ Incentivos ?

Confidencialidad de los datos

CASOS CLINICOS

Julián es un varón de 73 años, al que le trasplantaron un riñón hace 20 años, a consecuencia de un rechazo crónico está en tratamiento con hemodiálisis, presenta además una miocardiopatía dilatada lo cual le limita mucho su actividad física, hace vida "cama-sillón", y no sale de casa.

Acude a urgencias en mal estado general, se le diagnostica de una sepsis de origen desconocido, siendo necesario conectarle a un respirador y a administrarle grandes dosis de catecolaminas por el shock séptico que evoluciona mal. En la ecografía aparece un empeoramiento de su miocardiopatía.

Todos los intentos en las próximas semanas por retirarle la ventilación mecánica y las catecolaminas fracasaron.

Se informa a la familia de la mala evolución y de la irreversibilidad de la insuficiencia respiratoria y cardiológica.

Sus hijos comenta que se "haga todo lo que se pueda" pero que no quieren que se le haga sufrir. No había realizado el documento de voluntades anticipadas

Carmen tiene 59 años y esta diagnosticada de atrofia muscular progresiva desde hace 23 años. Tetraparesia flácida y dependencia absoluta de la ventilación mecánica desde hace 11 años. Ingresada en un hospital de enfermos crónicos. No tiene familia.

Hace 1 año comentó a decir que no desea vivir en estas circunstancias, pero sólo de manera ocasional.

Sin embargo, hace 1 mes solicitó por escrito al equipo médico que la atiende que se la sedara y después se la desconectara de la ventilación mecánica.

El equipo médico ha dedicado estas semanas a valorar la autenticidad de los deseos de la paciente, su estabilidad en el tiempo y su grado de capacidad. También se han asegurado de que era consciente de que con toda probabilidad ellos le produciría la muerte.

Después, de acuerdo con la paciente, la han sedado y después han desconectado la ventilación mecánica.

La paciente ha fallecido.

María tiene 34 años, diagnosticada hace 2 años de múltiples cavernomas cerebrales, le habían recomendado tratamiento médico, ya que no era quirúrgico.

Ingresa en el hospital por un cuadro progresivo de dificultad en la marcha y parálisis facial izquierda, cuadro que había comenzado 15 días antes. El día de la admisión está embarazada de 28 semanas y es su segundo embarazo.

En los días sucesivos presenta empeoramiento neurológico, entrando en coma, es necesario ingresarla en UCI, dónde se conecta a ventilación mecánica. En la RNM presenta una extensión hemorrágica cerebral masiva, y los neurocirujanos descartan cualquier tipo de intervención quirúrgica. Se confirma la muerte cerebral.

La ecografía obstétrica muestra un feto con un perfil biodinámico y biofísico normal.

En una reunión de todo el equipo médico, confirmaron la viabilidad del feto y la posibilidad de mantenerla con vida, con ventilación mecánica hasta el parto.

El marido quería que se le retirara toda medicación y la ventilación mecánica y que María fuera donante [ya que había expresado ese deseo]. Además acepta la muerte del feto y exoneraba a los médicos de cualquier responsabilidad en su fallecimiento.