



Cuadernos de Bioética

ISSN: 1132-1989

ISSN: 2386-3773

bioetica@um.es

Asociación Española de Bioética y Ética Médica
España

González Díaz, Gumersindo

CASO: No ingreso en UCI como limitación de soporte vital

Cuadernos de Bioética, vol. XXIX, núm. 97, 2018, Septiembre-Diciembre, pp. 291-293

Asociación Española de Bioética y Ética Médica
España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87557374007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CASO: NO INGRESO EN UCI COMO LIMITACIÓN DE SOPORTE VITAL

CASE: NO ADMISSION TO THE ICU AS A LIMITATION OF LIFE SUPPORT

GUMERSINDO GONZÁLEZ DÍAZ

Ex Jefe de Servicio UCI Hospital Morales Meseguer.

Presidente Comisión Deontológica Ilustre Colegio oficial de Médicos de la Región de Murcia

Correo electrónico: chindajgd5@gmail.com

1. Descripción del caso clínico

Enfermo de 78 años con antecedentes de amputación supracondilea, volet costal y fracturas de ramas isquiopubianas por accidente de tráfico, hipertensión esencial, EPOC fenotipo mixto con enfisema y bronquiectasias basales, fibrosis pulmonar e insuficiencia respiratoria crónica precisando BIPAP nocturna y oxígeno con gafas nasales hasta completar 18 horas/día. Situación basal disnea a mínimos esfuerzos. Esteatosis hepática difusa. Múltiples ingresos anuales en Neumología por descompensación respiratoria. Ingresa para resección de neoplasia de recto a 10 cm. del margen anal realizándose laparotomía y resección anterior baja con colostomía terminal y cierre a lo Hartmann. El enfermo presenta evisceración completa de herida quirúrgica con exposición de asas de delgado en situación de íleo, se re-interviene con corrección con malla.

Es consultado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde se plantea el no ingreso en la unidad por las escasa posibilidades de recuperación del paciente, relacionada con la situación actual y los antecedentes del enfermo y la existencia de una sola cama en la unidad, necesaria para probable ingreso de un enfermo en situación de shock, recién consultado desde el servicio de urgencias.

Finalmente el enfermo, a pesar de estas consideraciones, es admitido en la UCI al quedar libre a las pocas horas una cama y a pesar de no considerar justificado su ingreso. En la unidad permaneció durante siete días, tratado con ventilación no invasiva, infusión de noradrenalina para mantenimiento de presión arterial que, se fue reduciendo hasta su retirada 24 horas antes de su alta, nutrición enteral que hubo de ser suspendida por intolerancia e hizo necesario administrar nutrición parenteral, etc. Fue dado de alta al constatar que la situación basal del enfermo no lo hacía subsidiario de otras medidas invasivas. Antes de su traslado, se realiza interconsulta con la unidad de ventilación no invasiva del hospital ante la necesidad de apoyo ventilatorio. En la evolución posterior en planta de hospitalización, el enfermo presenta una insuficiencia respiratoria progresiva a pesar de la administración de ventilación positiva no invasiva, siendo éxitus dos días después de su alta de UCI sin que fuera considerada la posibilidad de reingreso en la Unidad.

2. Consideraciones éticas

El ingreso de un paciente en la UCI está justificado si existen posibilidades de beneficio para él, cuando es posible revertir o paliar su situación crítica e, idealmente, lograr su reinserción familiar y social. En la Unidades

de Cuidados Intensivos cada vez están más implementadas las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), cuando se valora que el paciente al que se han aplicado las medidas de tratamiento necesarias, no tiene posibilidades razonables de recuperación¹. En este marco, además de la no aplicación de medidas desproporcionadas, la negativa al ingreso en la UCI debe ser considerada como una forma más de limitación de soporte vital (LSV) ya que, el seguimiento intensivo, la compleja monitorización y el uso de sofisticada tecnología, sólo son posibles en estas áreas específicas de hospitalización². Su justificación ética se fundamenta entre otras, en el principio de justicia distributiva

A pesar de ello resulta muchas veces complicado tomar determinadas decisiones ya que las formas de limitación no siempre están claras y su aplicación varía entre unos profesionales y otros³.

El 1% de los pacientes con LSV la tienen ya en el momento del ingreso, con diferente incidencia según la estructura, capacidad y política del hospital y de manera particular de la propia unidad. En cualquier caso si se admite su ingreso, desde ese momento se define que tratamientos son aplicables y cuales deben evitarse⁴.

En el caso que acabamos de exponer se produce una doble limitación, primero se rechaza su ingreso, aunque posteriormente sea admitido en la UCI y segundo se limitan las maniobras terapéuticas más agresivas, por considerarlas fútiles. Por dicho motivo el enfermo es remitido a planta de hospitalización para continuar un tratamiento conservador con apoyo ventilatorio no invasivo⁵. La decisión de limitación de soporte es toma-

¹ J.L. Monzon Marin, Isaralegui Ret, R Abizanda Campos, L. Cabré Pericas, S. Iribarren y grupo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; 32(3):121-33

² O.Rubio, J.M. Sánchez, R. Fernández. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva* 2013; 37:333-8

³ Gómez Rubí JA. La tecnología y el final de la vida. Desarrollo histórico de la medicina crítica. En: Ética en Medicina Crítica. Madrid: Ed Triacastella; 2002. p. 21-50.

⁴ García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García Olmos L. Limitation of therapeutic effort in patients hospitalised in departments of internal medicine. *Rev Clin Esp*. 2018 Jan - Feb; 218(1):1-6.

⁵ Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997; 155:15-20

da en la gran mayoría de las ocasiones, como sucede en este caso, por los médicos de la unidad de cuidados intensivos⁶.

En un estudio multicéntrico realizado en seis unidades españolas se pudo constatar que la retirada o no implementación de medidas de soporte vital es frecuente e iniciada fundamentalmente por los médicos responsables de UCI en más del 90% de los casos⁷. Es importante resaltar que cerca del 95% de los pacientes que mueren en las UCI son incapaces de expresar sus deseos en relación con los tratamientos invasivos, siendo necesario una buena comunicación con los familiares para poder consensuar decisiones relacionadas con el final de la vida⁸.

El Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España en su artículo 12 reconoce el derecho del paciente a rechazar un tratamiento y dispensa al médico de aplicar un tratamiento que considere inadecuado o inaceptable y, en el artículo 36, obliga al médico a aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo cuando la curación o mejoría de este ya no sea posible.

Referencias

- Cabré L, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the organ dysfunction syndrome in the intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med*. 2005; 31:927-33.

⁶ Cabré L, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the organ dysfunction syndrome in the intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med*. 2005; 31:927-33.

⁷ Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001; 27:1744-9.

⁸ Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS, et al. Challenges in End-of-life Care in the ICU : Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Crit Care Med*. 2004; 32:1781-4

- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001; 27:1744-9.
- García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García Olmos L. Limitation of therapeutic effort in patients hospitalised in departments of internal medicine. *Rev Clin Esp.* 2018 Jan - Feb; 218(1):1-6.
- Gómez Rubí JA. "La tecnología y el final de la vida. Desarrollo histórico de la medicina crítica". En: *Ética en Medicina Crítica*. Madrid: Ed Triacastella; 2002. p. 21-50.
- J.L. Monzon Marin, Isaralegui Ret, R Abizanda Campos, L. Cabré Pericas, S. Iribarren y grupo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; 32(3):121-33.
- O. Rubio, J.M. Sánchez, R. Fernández. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva* 2013; 37:333-8.
- Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997; 155:15-20.
- Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS, et al. Challenges in End-of-life Care in the ICU : Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Crit Care Med.* 2004; 32:1781-4.

