



**PROGRAMA PRELIMINAR**

# Curso práctico

Miércoles 18 de marzo

## Caso clínico

Donante en asistolia  
tipo III

Juan José Rubio

# Caso clínico

- ▶ Varón de 29 años, diagnosticado de Fibrosis Quística.
- ▶ Múltiples ingresos hospitalarios por infecciones repetidas
- ▶ En lista de espera para trasplante pulmonar desde hace 1 año y medio
- ▶ Muy mala situación funcional
- ▶ Ingresado en el hospital, en planta de Neumología por descompensación
- ▶ Empeoramiento importante:  
**INGRESO EN UCI**



# Caso clínico

- ▶ Ingreso en UCI prolongado
- ▶ Imposibilidad de desconexión de la VM
- ▶ Se hace traqueotomía
- ▶ Imposibilidad de desconexiones por mala mecánica respiratoria
- ▶ Necesidad de sedación para evitar sufrimiento del paciente
- ▶ Se decide, por el equipo de Tx pulmonar retirar de lista de espera definitivamente



# Ante esta situación cual sería tu conducta

- ▶ a) Seguir con desconexiones pensando en una posible extubación
- ▶ b) No añadir más tratamientos ante posibles complicaciones: hemodiálisis, antibióticos, drogas VA etc
- ▶ c) Retirar el TSV

# Formas de LTSV

- ▶ No ingreso en UCI
- ▶ Ingreso condicionado en UCI
- ▶ Limitación del soporte vital (withholding)
- ▶ Retirada del soporte vital (withdrawing)

# Formas de LTSV

No ingreso en UCI

Ingreso condicionado

Limitación soporte vital

Retirada del soporte vital



**Cuidados al final de la vida en Unidades de Cuidados Intensivos en Europa. El Estudio Ethicus**

**Table 2.** Frequencies of Patient End-of-Life Categories by Region (N = 4248)\*

Region	Patients, No (%)				
	Unsuccessful CPR	Brain Death	Withholding Life-Sustaining Treatment	Withdrawing Life-Sustaining Treatment	Active Shortening of the Dying Process
Northern (n = 1505)	154 (10.2)	48 (3.2)	575 (38.2)	714 (47.4)	14 (0.9)
Central (n = 1209)	217 (17.9)	92 (7.6)	412 (34.1)	409 (33.8)	79 (6.5)
Southern (n = 1534)	461 (30.1)	190 (12.4)	607 (39.6)	275 (17.9)	1 (0.1)
Total (N = 4248)	832 (19.6)	330 (7.8)	1594 (37.5)	1398 (32.9)	94 (2.2)
Range between countries, %	5-48	0-15	16-70	5-69	0-19
Hospital mortality, %	100	100	89	99	100

Abbreviation: CPR, cardiopulmonary resuscitation.

\* $P < .001$ ,  $\chi^2$  test for the association between region and end-of-life practice. Brain death was excluded from the analysis.

# Formas de LTSV

No ingreso en UCI

Ingreso condicionado

Limitación soporte vital

Retirada del soporte vital

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE  
Volume 16, Number 9, 2013  
© Mary Ann Liebert, Inc.  
DOI: 10.1089/jpm.2013.0136

## Evolution of End-of-Life Practices in a Spanish Intensive Care Unit between 2002 and 2009

TABLE 5. DISTRIBUTION OF THE THERAPEUTIC INTERVENTIONS WITHHELD OR WITHDRAWN IN 371 CRITICALLY ILL PATIENTS<sup>a</sup>

<i>Treatments</i>	<i>Maintained</i>	<i>Withheld</i>	<i>Withdrawn</i>	<i>N/A</i>
Mechanical ventilation	126 (34%)	116 (31.3%)	107 (28.8%)	22 (5.9%)
High FiO <sub>2</sub>	98 (26.4%)	101 (27.2%)	96 (25.9%)	76 (20.5%)
Vasoactive drugs	50 (13.5%)	67 (18.1%)	149 (40.1%)	105 (28.3%)
Dialysis	6 (1.6%)	77 (20.7%)	39 (10.5%)	249 (67.1%)
Transfusions	24 (6.5%)	52 (14%)	32 (8.6%)	263 (70.1%)
Antibiotics	143 (38.5%)	31 (8.4%)	115 (31%)	82 (22.1%)
Other active treatments	137 (36.9%)	39 (10.5%)	127 (34.2%)	68 (18.3%)
Nutrition	213 (57.4%)	17 (4.6%)	74 (19.9%)	67 (18.1%)
Hydration	231 (62.3%)	8 (2.2%)	64 (17.2%)	68 (18.3%)

<sup>a</sup>Results are presented as *n* (%).

N/A, not available from the clinical record.

# Formas de LTSV

▶ Se te plantea alguna duda?

▶ Ética?

▶ Legal?



# Formas de LTSV

El médico no tiene la obligación de realizar o mantener tratamientos que son fútiles<sup>42</sup>, entendiendo como tales aquellos tratamientos que no consiguen el objetivo que se esperaba de ellos.

S<sup>d</sup>,  
KEA<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, España.

En este sentido, mantener tratamientos fútiles se considera mala práctica clínica<sup>22</sup> por ir en contra de la dignidad humana;

V. López, A.

# Formas de LTSV

## TEMAS DE BIOÉTICA

### Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras

**Pablo Simón Lorda<sup>a</sup>, Inés María Barrio Cantalejo<sup>b</sup>, Francisco J. Alarcos Martínez<sup>c</sup>, Javier Barbero Gutiérrez<sup>d</sup>, Azucena Couceiro<sup>d</sup> y Pablo Hernando Robles<sup>f</sup>**

<sup>a</sup>*Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.*

<sup>b</sup>*Distrito Sanitario Granada. Granada. España.*

<sup>c</sup>*Cátedra Andaluza de Bioética. Facultad de Teología. Granada. España.*

<sup>d</sup>*Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

<sup>e</sup>*Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.*

<sup>f</sup>*Complejo Hospitalario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.*

Rev Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85

# Formas de LTSV

## TEMAS DE BIOÉTICA

### Ética correc

Pablo Sin  
Gutiérrez

<sup>a</sup>Escuela A

<sup>b</sup>Distrito S

<sup>c</sup>Cátedra A

<sup>d</sup>Hospital U

<sup>e</sup>Facultad d

<sup>f</sup>Complejo Hospitalario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

En cualquier caso, retirar o no iniciar dichas medidas permite a la enfermedad concluir su victoria sobre la vida del enfermo. Por lo tanto, es la enfermedad lo que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional. La LET “permite” la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la “produce” o la “causa”. Esta diferencia en-

Rev Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85

# Formas de LTSV

f) Limitación del esfuerzo terapéutico: Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

i) Obstinación terapéutica: Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación.

**Artículo 21. *Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.***

1. El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.

**Exposición de motivos**

# Con respecto a la LTSV

- ▶ Se discute en sesión la opción de la LTSV del enfermo. Algunos compañeros no están de acuerdo y consideran que se debe continuar con el tratamiento

# Cual sería tu actitud?

- ▶ a) Tomaría yo mismo la decisión de LTSV puesto que alguno de mis compañeros está en contra
- ▶ b) Llevaría el caso al CEA para que decidan
- ▶ c) Buscaría el consenso entre los miembros del equipo

# Cual sería tu actitud?

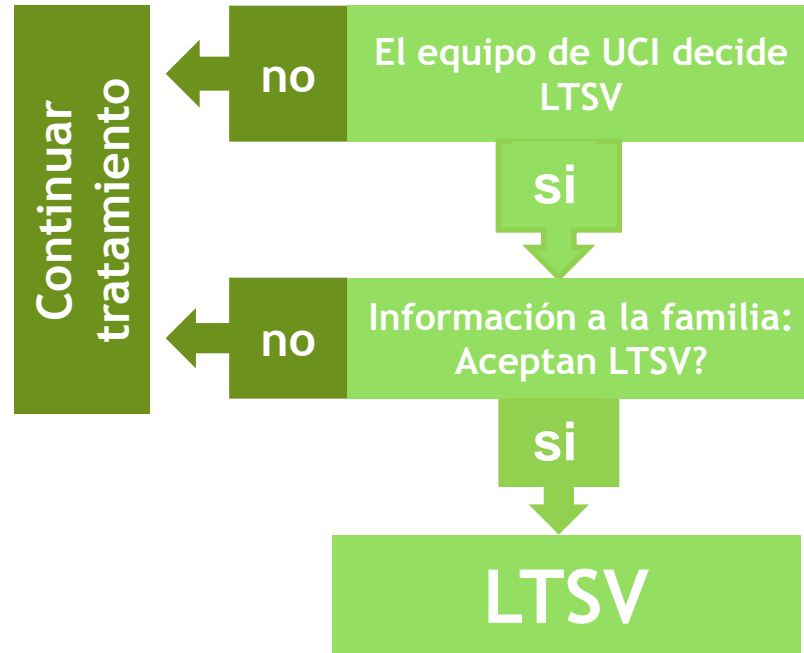
## Resumen de las recomendaciones sobre omisión o retirada del tratamiento de soporte vital

- 1 Ajustada al conocimiento actual de la medicina
- 2 Discutida colectivamente y consensuada
- 3 Informar y consultar con familiares ó representantes legales. No responsabilizarles de la toma de decisiones
- 4 En caso de falta de acuerdo entre las partes implicadas: consultar con el Comité de Ética Asistencial
- 5 Una vez decidida , no abandonar al paciente y aplicar cuidados al final de la vida
- 6 Las decisiones sobre LTSV deben constar en la Historia Clínica
- 7 Una excepción es el mantenimiento del paciente en muerte encefálica para la donación de órganos
- 8 Una vez decidida se debe avisar a de C Trasplantes para valorar al paciente como posible donante de órganos tras la muerte cardiaca

## Resumen de las medidas a adoptar en la limitación del tratamiento de soporte vital

- 1 Pautar y/o aumentar las dosis de sedoanalgesia
- 2 Continuar con los cuidados básicos
- 3 Soporte familiar. Facilitar el acompañamiento
- 4 No donante                      Donante  
  
Retirar tratamiento no destinado al confort del paciente      Retirar todo el tratamiento pautado
- 5 Retirar tratamientos invasivos o de sustitución
- 6 Retirar drogas vasoactivas
- 7 No donante                      Donante  
  
Modificar/retirar el soporte ventilatorio      Retirar el soporte ventilatorio mediante extubación terminal

# LTSV





# ¿Cómo procederías a la LTSV?

- ▶ a) Progresiva
- ▶ b) Inmediata

# ¿Cómo procederías a la LTSV?

## LTSV Progresiva

- Descenso de la FiO<sub>2</sub>
- Reducción del Vt
- Retirada de DVA
- Aumento de la sedación



# ¿Cómo procederías a la LTSV?

## LTSV Progresiva

- Descenso de la FiO<sub>2</sub>

- Reducción del Vt

- Retirada de DVA

- Aumento de la sedación

## Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit

*J Randall Curtis, Jean-Louis Vincent*

**Lancet 2010; 375: 1347-53**

### **Panel 4: An eight-step approach to terminal withdrawal of mechanical ventilation**

- 1 Communicate withdrawal process with patient (if able to communicate), patient's family, and intensive care unit team, and document decision making and communication in the medical record
- 2 Explain to patient and family the likely time course, uncertainty of that time course, and possible symptoms and treatment plan for symptoms when withdrawing life-sustaining treatment
- 3 Assess patient comfort and treat discomfort as necessary, often with opiate or benzodiazepine drugs, depending on the symptoms identified
- 4 Remove positive end expiratory pressure, and turn inspired oxygen fraction to room air
- 5 Reassess patient's comfort, and treat discomfort as necessary
- 6 Reduce ventilatory support by about 50%
- 7 Repeat steps 5 and 6 until ventilator support has been discontinued
- 8 Remove mechanical ventilator, and extubate patient or attach T-piece with humidified air

# ¿Cómo procederías a la LTSV?

## LTSV Progresiva

- Descenso de la FiO<sub>2</sub>
- Reducción del Vt
- Retirada de DVA
- Aumento de la sedación



## LTSV Inmediata

- Extubación terminal
- Aumento de la sedación

# ¿Cómo procederías a la LTSV?

## LTSV Progresiva

- Descenso de la FiO2

- Reducción del Vt

- Retirada de DVA

- Aumento de la sedación

Table 2. Methods of Withdrawing Ventilator Support

Method	Positive Aspects	Negative Aspects
Prolonged terminal weaning	Allows titration of drugs to control dyspnea Maintains airway for suctioning Creates more "emotional distance" between ventilator withdrawal and patient's death	May prolong the dying process May mislead family to think that survival is still a goal of therapy Interposes a machine between family and patient Precludes any possibility of verbal communication
Extubation	Allows patient to be free of unwanted technology Is less likely to prolong the dying process	Family may interpret noisy breathing caused by airway secretions or agonal breaths as discomfort May cause dyspnea at time of extubation, especially if anticipatory sedation is not given
Rapid terminal weaning	Maintains airway for suctioning Is less likely to prolong the dying process	Interposes machine between family and patient Precludes any possibility of verbal communication

## Dying Patients in the Intensive Care Unit: Forgoing Treatment, Maintaining Care

Kathy Faber-Langendoen, MD, and Paul N. Lanken, MD, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel

*Ann Intern Med.* 2000;133:886-893.

## LTSV Inmediata

- Extubación terminal

- Aumento de la sedación

# ¿Cómo procederías a la LTSV?

## LTSV Progresiva

- Descenso de la FiO<sub>2</sub>
- Reducción del Vt
- Retirada de DVA
- Aumento de la sedación

Existe una gran variabilidad en cuanto a la forma de limitar el TSV en las diferentes UCIs y esto plantea la cuestión de si estas diferencias reflejan los hábitos, costumbres o valores de los médicos o de las instituciones más que de los deseos y preferencias de los pacientes o sus familiares

## Dying Patients in the Intensive Care Unit: Forgoing Treatment, Maintaining Care

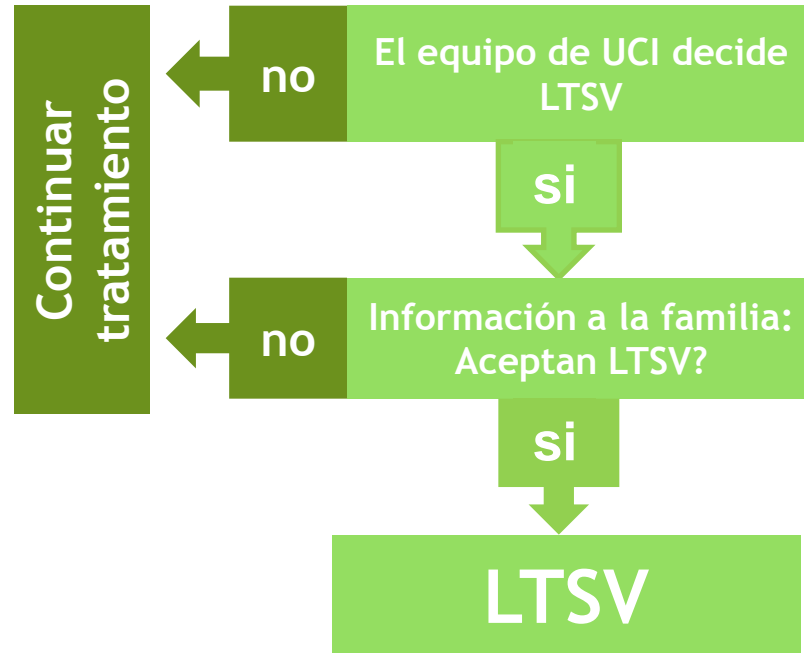
Kathy Faber-Langendoen, MD, and Paul N. Lanken, MD, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel

*Ann Intern Med.* 2000;133:886-893.

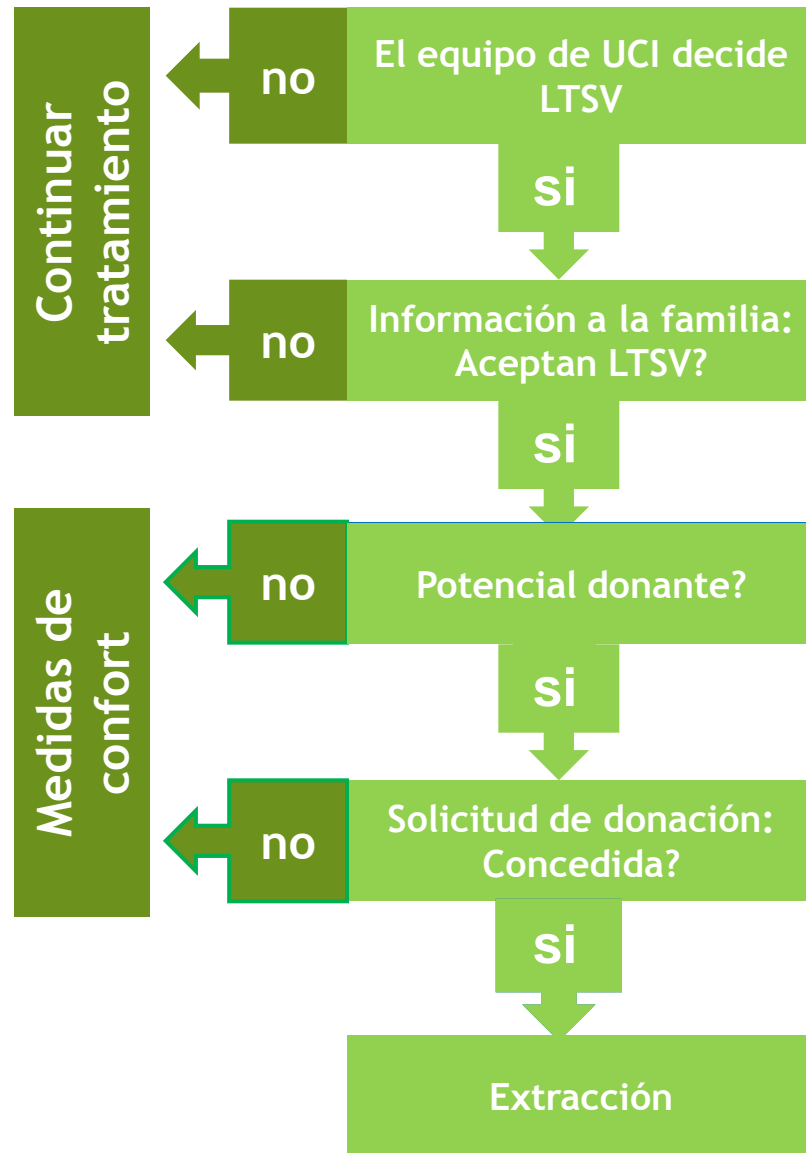
## LTSV Inmediata

- Extubación terminal
- Aumento de la sedación

# LTSV



# Donación en asistolia controlada





# ¿Dónde harías la LTSV?

- ▶ a) En la UCI
- ▶ b) En Quirófano

# ¿Dónde harías la LTSV?



**TIC más largo**  
**Ambiente más adecuado**  
**Deseo familiar**



**TIC más corto**  
**Ambiente menos adecuado**  
**Deseo familiar**

# ¿Quién haría la LTSV?

- ▶ a) Médico de la UCI
- ▶ b) Coordinador de Trasplantes
- ▶ c) Un médico del equipo de Tx

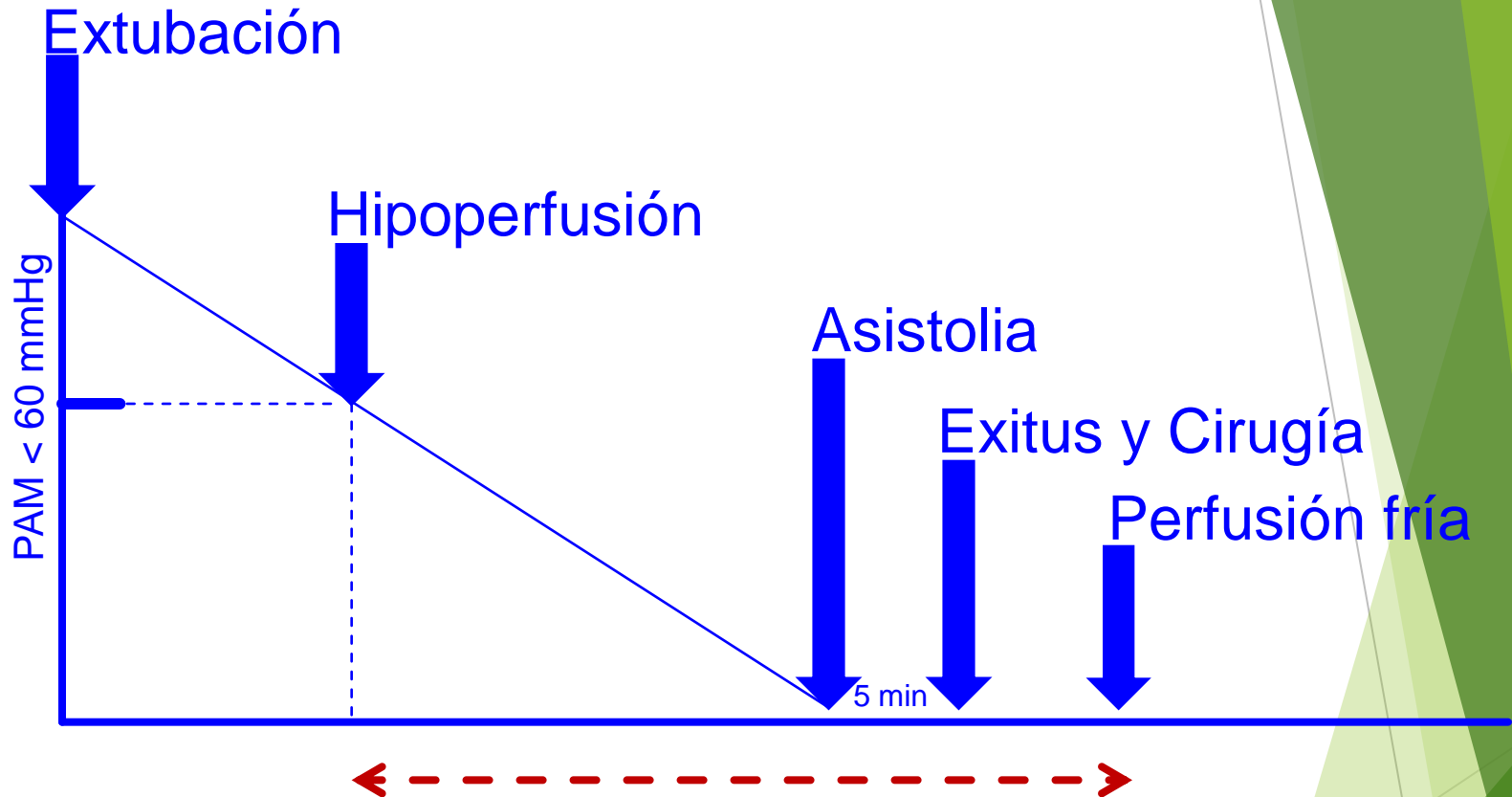
# ¿Quién haría la LTSV?



# ¿Cómo harías la extracción

- ▶ a) Con cirugía rápida
- ▶ a) Con canulación previa

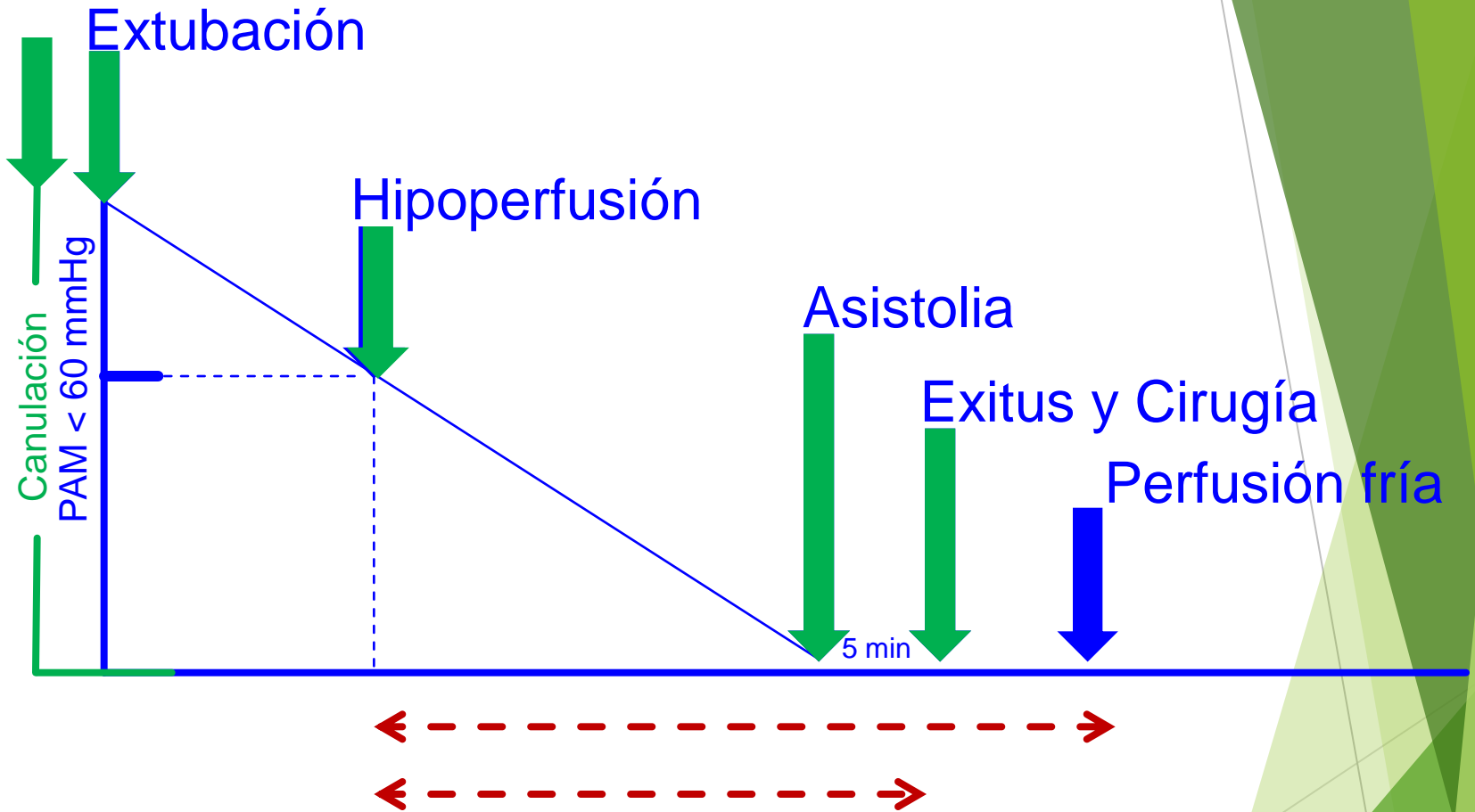
# Cirugía rápida



## Tiempo de isquemia caliente

- > 30 minutos para hígado
- > 60 minutos para riñón y pulmón

## Canulación previa



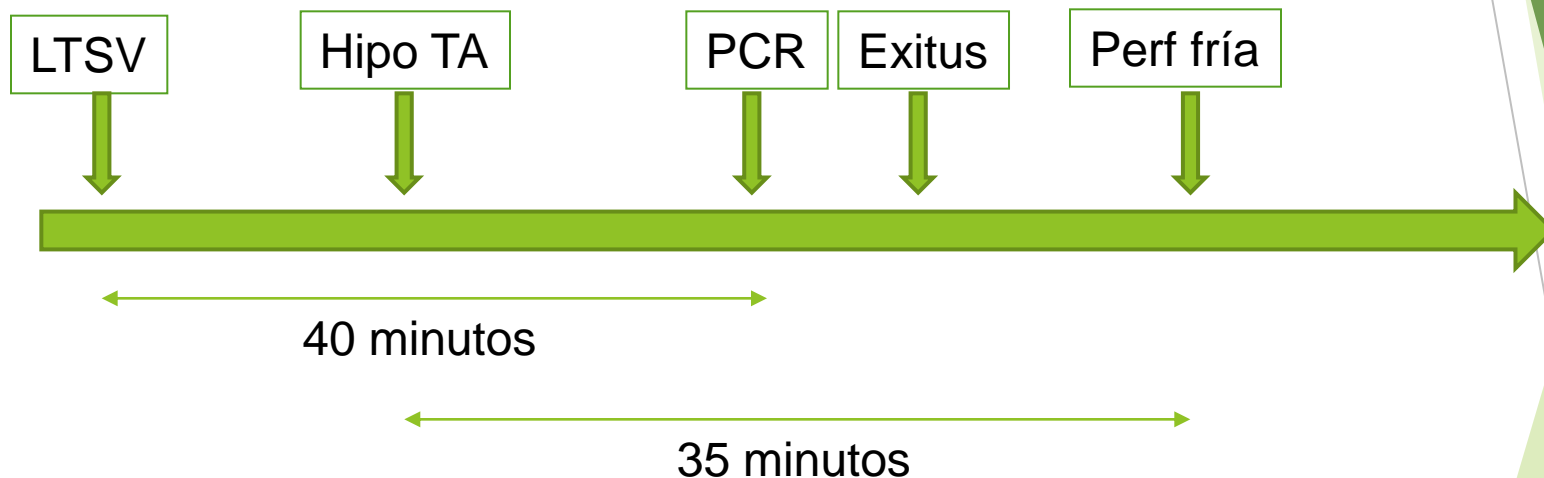
### Tiempo de isquemia caliente

> 30 minutos para hígado

> 60 minutos para riñón y pulmón

# Donante en asistolia controlada

LTSV en quirófano



Hígado no válido  
Riñones válidos



Muchas gracias