



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Anàlisi dels problemes ètics de la Limitació de l'Esforç Terapèutic a la Unitat de Cures Intensives

Carme Majó Roviras

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultat de Filosofia

Departament de Teorètica i Pràctica

Programa de Doctorat en Ciutadania i Drets Humans

Línia d'investigació: Bioètica i ètiques aplicades

Tesi Doctoral

Anàlisi dels problemes ètics de la Limitació de  
l'Esforç Terapèutic a la Unitat de Cures Intensives

Doctoranda: Carme Majó Roviras

Directora de Tesi: Dra. Anna Quintanas Feixas

Tutora de Tesi : Dra. Margarita Boladeras Cucurella

Índex:	pàg.
1. INTRODUCCIÓ	7
2. OBJECTIUS	9
3. GLOSSARI	11
4. MARC EMPÍRIC. RESULTATS	14
<b>4.1. Anàlisi quantitativa de dades generals</b>	<b>15</b>
4.1.1. Resultats de dades generals	15
4.1.2. Número de dies d'ingrés a la UCI	19
4.1.3. Grup diagnòstic dels pacients amb LET	22
4.1.4. Malalties més causants d'èxitus a la UCI versus les més causants de LET	23
4.1.5. Especialitat categòrica dels pacients amb LET	24
4.1.6. Motiu d'ingrés. Sèpsia	25
4.1.7. Procedència dels pacients amb LET ingressats a la UCI	26
4.1.8. Pacients no admesos a la UCI	28
<b>4.2. Anàlisi qualitativa de casos</b>	<b>30</b>
<b>4.2.1. La competència dels pacients</b>	<b>32</b>
4.2.1.1. Pacients competents	34
4.2.1.1.1. Pacients competents durant tot el temps d'ingrés	34

4.2.1.1.2.	Pacients que eren competents en el moment de l'ingrés i que varen deixar de ser-ho	34
4.2.1.1.3.	Pacients que no eren competents en el moment de l'ingrés i que posteriorment varen ser-ho	34
4.2.1.2.	Pacients no competents	35
4.2.1.2.1.	Pacients no competents per efectes dels sedants i per intubació i connexió a ventilació mecànica	35
4.2.1.2.2.	No competents per altres causes	35
<b>4.2.2.</b>	<b>La voluntat dels pacients i/o dels seus representants</b>	<b>36</b>
.		
4.2.2.1.	Voluntat expressada pel propi pacient durant l'ingrés	37
4.2.2.2.	Les Instruccions Prèvies dels pacients	37
	4.2.2.1.1. El Document de Voluntats Anticipades	38
	4.2.2.1.2. Instruccions prèvies expressades oralment	40
4.2.2.3.	Rebuig dels representants dels pacients a un tractament	43
4.2.2.4.	Constància del consens amb els representants	48
<b>4.2.3.</b>	<b>La Informació als representants dels pacients</b>	<b>53</b>
<b>4.2.4.</b>	<b>Qualitat de vida i factors sociofamiliars o socioeconòmics dels pacients</b>	<b>56</b>

4.2.2.1.	La qualitat de vida. Dependència per a les activitats de la vida diària	
4.2.2.2.	Factors sociofamiliars i socioeconòmics	64
<b>4.2.5.</b>	<b>Registre de LET a la Història Clínica</b>	<b>68</b>
<b>4.2.5.1.</b>	<b>Registre de LET a la Història Clínica</b>	<b>68</b>
<b>4.2.5.1.1.</b>	<b>No es comencen tractaments de suport vital</b>	<b>68</b>
4.2.5.1.1.1.	Per procés agut	69
4.2.5.1.1.2.	Per complicacions post quirúrgiques	69
4.2.5.1.1.3.	Per mala evolució neurològica	69
<b>4.2.5.1.2.</b>	<b>Es retiren tractaments de suport vital (extubació i retirada de ventilació mecànica)</b>	<b>73</b>
4.2.5.1.2.1.	Per procés agut	73
4.2.5.1.2.2.	Per complicacions post quirúrgiques	75
4.2.5.1.2.3.	Per mala evolució neurològica	75
<b>4.2.5.1.3.</b>	<b>Es retiren tractaments de suport vital</b>	<b>76</b>
4.2.5.1.3.1.	Per procés agut	78
4.2.5.1.3.2.	Per complicacions post quirúrgiques	82
4.2.5.1.3.3.	Per mala evolució neurològica	93
<b>4.2.5.2.</b>	<b>No registre de LET a la Història Clínica</b>	<b>98</b>
<b>4.2.5.2.1.</b>	<b>No es comencen tractaments de suport vital</b>	<b>98</b>
4.2.5.2.1.1.	Per complicacions post quirúrgiques	99

<b>4.2.5.2.2. Es retiren tractaments de suport vital (amb extubació i retirada de ventilació mecànica)</b>	<b>99</b>
4.2.5.2.2.1. Per procés agut	100
4.2.5.2.2.2. Per complicacions post quirúrgiques	101
<b>4.2.5.2.3. Es retiren tractaments de suport vital</b>	<b>103</b>
4.2.5.2.3.1. Per procés agut	104
4.2.5.2.3.2. Per complicacions post quirúrgiques	110
4.2.5.2.3.3. Per mala evolució neurològica	114
<b>4.2.5.2.4. Casos de LET no classificats i no registrats a la Història Clínica</b>	<b>119</b>
4.2.6. Terminologia utilitzada per referir-se a la LET	122
4.2.7. Dubtes ètics de la LET	122
4.2.8. En els casos en que s'ha deixat constància de LET quina és la justificació, el perquè de la limitació	122
4.2.9. Actors de la LET	122
4.2.10. En algun cas ha intervingut el Comitè d'Ètica Assistencial o el jutjat?	123
4.2.11. Antecedents personals d'interès	123
4.2.12. Sedació al final de la vida	124
4.2.13. Acompanyament dels pacients en el moment de la mort	126
<b>5. DISCUSSIÓ</b>	<b>128</b>
<b>6. CONCLUSIONS</b>	<b>138</b>
6.1. Conclusions generals	139

6.2. Principis de la bioètica sobre la LET	144
6.3. Punts forts	148
6.4. Punts febles	150
6.5. Per a la reflexió	151
7. PROPOSTES DE MILLORA	155
8. BIBLIOGRAFIA	156

# 1. INTRODUCCIÓ

El meu interès per la bioètica va començar durant els meus estudis d'infermeria, a la Diputació de Girona, entre els anys 1986-1989. L'Escola d'Infermeria estava adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona, i en el seu pla d'estudis, a més de les matèries sobre la tècnica i les cures, hi havia una assignatura sobre ètica i legislació que he tingut molt present durant el meu exercici professional.

Els meus dubtes ètics van iniciar-se durant les pràctiques clíniques i després quan vaig entrar en contacte amb la realitat assistencial hospitalària, en el treball del dia a dia. El contacte amb la mort dels pacients va ser una de les meves grans experiències professionals. La meva voluntat de treballar amb el malalt crític va venir motivada per la possibilitat d'una plena dedicació a les cures d'infermeria especialitzades.

La meva motivació pels estudis i la voluntat d'aprofundir en el coneixement de les persones des de la vessant cultural, em va portar l'any 2002 a cursar la llicenciatura d'Antropologia Social i Cultural a la Facultat de Geografia i Història de la Universitat de Barcelona, que em va ratificar en la meva vocació d'infermera, la de cuidar als altres. Però la meva millor experiència professional, va ser, sense cap mena de dubte, quan vaig entrar a formar part del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, creat voluntàriament per un grup de professionals, l'any 2003. El CEA i els companys i companyes amb els que he tingut la sort de compartir aquests anys els objectius que es proposa el comitè, em van portar a aprofundir en el camp de la bioètica. Durant aquest període, el Màster en Ciutadania i Drets Humans, i el mòdul de bioètica i ètiques aplicades del doctorat a la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona, va acabar d'ampliar la meva formació en aquest camp.

Actualment, la meva activitat professional com a infermera de la UCI de l'Hospital universitari de Girona Dr. Josep Trueta i la de professora associada a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, així com la de presidenta del CEA des de l'any 2008, m'ha incentivat a continuar treballant en una àrea



més concreta del camp de la salut derivada de les inquietuds de la pràctica clínica, unes inquietuds que venen del propi personal d'infermeria, dels estudiants d'infermeria i també del CEA i de la mateixa Institució que està interessada en obrir les portes des del punt de vista qualitatiu a actuacions concretes sobre l'ètica assistencial.

L'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, forma part de la xarxa d'hospitals públics especialitzats de l'Institut Català de la Salut que atén els pacients de les comarques de Girona. La Unitat de Cures Intensives, també anomenada Unitat de Medicina Intensiva té 18 llits en total, 16 dels quals, estan destinats a pacients crítics i 2 llits estan destinats als pacients postoperats de cirurgia cardíaca. Rep pacients procedents de la Unitat Quirúrgica i de Reanimació que inclou tan pacients que necessiten uns dies de recuperació en el postoperatori com també per complicacions postquirúrgiques. També rep pacients procedents del servei d'Urgències, de les unitats d'hospitalització o dels hospitals comarcals. Els tipus de pacients que ingressen són:

- Pacients mèdics amb insuficiència respiratòria aguda, sepsis, insuficiència cardíaca aguda, intoxicacions, neurològics, pneumònia i altres.
- Pacients quirúrgics en el postoperatori immediat de craniectomies (neurocirurgia), resecció esofàgica per càncer (cirurgia digestiva), hepatectomies, complicacions d'altres cirurgies digestives. Pacients de cirurgia cardíaca programada (valvular o coronaria).
- Pacients traumàtics després de patir accidents politraumàtics o traumatisme cranial o en el postoperatori d'intervencions complexes posttraumàtiques.

..

Es defineix la Medicina Intensiva com aquella àrea del coneixement mèdic que s'ocupa dels pacients que pateixen afeccions que alteren les seves funcions vitals amb tanta gravetat que, de manera real o potencial, posen en perill la seva vida i que poden ser susceptibles de recuperació. En aquesta definició hi ha tres conceptes bàsics a tenir en compte:

- Que s'ocupa d'alteracions fisiopatològiques que amenacen la vida
- Que l'amenaça pot ser real o potencial, és a dir, que es pot prevenir
- Que les malalties terminals amb processos irreversibles no haurien de ser objecte d'aplicació de mesures extraordinàries, tret de les destinades a controlar el patiment.

L'acceptació d'un pacient crític a la Unitat de Cures intensives la fa el metge responsable en horaris habituals i el metge de guàrdia la resta de les hores del dia.

Els llits estan destinats a tractar pacients crítics amb patologies agudes reversibles. La unitat està dotada per aplicar mesures de suport de la funció dels òrgans amb tecnologia avançada. El personal mèdic, d'infermeria i altra que hi treballa és específic i té una preparació prèvia especial. El cost del seu manteniment, fins i tot sense ocupació, és molt alt (Pla funcional de la UCI, 2012).

Les probabilitats de curació que ofereix actualment la Medicina Intensiva en el context de les Unitats de Cures Intensives són molt grans, degut a les possibilitats de la tecnologia, però en un percentatge important de casos el tractament no compleix les expectatives. És en aquests casos que malgrat ser-ne coneixedors, continua apareixent el dilema ètic entre els professionals del que està bé o el que està malament i, per tant, de seguir o limitar les tècniques de suport de la funció dels òrgans vitals.

## 2. OBJECTIUS

El document del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre les *Recomanacions als professionals sanitaris per l'atenció al final de la vida*, a l'apartat que dedica a la LET, la primera recomanació que fa a nivell teòric és “pensar-hi”, tenir-la present.

L'objectiu d'aquesta tesi és, a partir de l'acceptació que existeix un procés a totes les UCI del món i que s'anomena majoritàriament “Limitació de l'Esforç Terapèutic “ (LET), descriure com aquesta es porta a la UCI de l'hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

L'objectiu d'aquesta tesi doctoral no és teòric, no vol aportar més informació sobre el terme de LET, no és de clarificació conceptual, sinó de com es porta realment a terme la LET a la UCI d'un hospital com el nostre. Tampoc es pretén fer una reflexió filosòfica sobre els seus fonaments, sobre la terminologia de LET, l'autonomia del pacient, la futilitat, la qualitat de vida, dignitat, etc. A partir d'aquests termes, segur que hi hauria molt per reflexionar. Nosaltres els utilitzarem simplement en el seu significat més habitual, que hem reproduït en el punt següent.

El nostre objectiu és a partir de la bioètica, trobar les eines perquè la medicina intensiva pugui combinar de forma adient l'esforç de la terapèutica amb l'acompanyament, la cura i el confort.

Per poder fer una aportació respecte al debat actual sobre el tema de Limitació de l'Esforç Terapèutic s'analitzen tots els casos de LET detectats per part d'un facultatiu mèdic adjunt del Servei de UCI a la Unitat de Cures Intensives de L'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, a partir de la sessió clínica de cada dia on es recull, en un registre, l'evolució de tots els pacients distingint els que s'aplicà la LET.

La recollida dels casos es va fer des de l'1 d'octubre de 2010 fins el 30 d'octubre de 2011. Es tracta d'un estudi retrospectiu a través de la revisió de les Històries Clíniques dels pacients a qui es va aplicar una LET. L'estudi té l'objectiu d'actualitzar el debat des de l'estadística i la casuística i per aquesta

raó, per això, la tesi parteix d' un marc empíric . A la primera part, es donaran les dades estadístiques generals sobre la LET a la UCI durant el període abans esmentat. A la segona part, es realitzarà una anàlisi qualitativa dels casos de LET detectats. Finalment, es farà una síntesi dels resultats obtinguts amb una valoració des del principis de la bioètica i s'indicaran unes propostes de millora.

El projecte de la tesi doctoral va ser valorat i aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, el dia 7 de desembre de 2011. Es va sol·licitar el Consentiment Informat per la realització d'entrevistes a les famílies per completar l'anàlisi d'alguns casos.

### 3. GLOSSARI

**Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) :** Restricció o aturada dels tractaments que tenen per finalitat perllongar la vida, i mantenint només les teràpies necessàries per garantir al màxim el benestar del malalt. L'objectiu és facilitar l'evolució de la malaltia cap a la mort sense perllongar inútilment l'agonia. Inclou no iniciar o retirar tractaments de suport vital com ara la ventilació mecànica, la reanimació cardiopulmonar, la diàlisi, marcapassos, el tractament farmacològic amb drogues vasoactives, els derivats sanguinis, la nutrició enteral o parenteral i la hidratació.

**Futilitat d'un tractament:** Inutilitat d'un tractament per aconseguir l'objectiu perseguit i pactat. També parlem de futilitat d'un tractament quan es veu que pot produir perjudicis superiors o desproporcionats en relació amb el possible benefici.

Albert R.Jonsen i Mark Siegler al seu llibre *Ética Clínica* (2005), distingeixen dos tipus de futilitat, la futilitat fisiològica i la futilitat probabilística:

- **Futilitat fisiològica:** Fa referència a la impossibilitat absoluta d'aconseguir una la resposta fisiològica desitjada. Al seu judici aquest tipus de futilitat és una norma substantiva (important i fonamental) i que per tant hauria de permetre als metges ignorar les preferències del pacients i dels seus familiars.
- **Futilitat probabilística:** Correspondria a la futilitat quantitativa. És una norma procedimental que hauria de fomentar el diàleg franc entre els facultatius, els pacients i les seves famílies sobre la conveniència de renunciar un tractament que perllongui la vida.

**Principi d'autonomia:** S'entén *l'autonomia* com, la capacitat per escollir lliurement entre diferents concepcions la manera que volem viure. L'exercici d'aquesta autonomia, que dona un sentit genuí a la nostra vida, inclou la manera com volem que sigui el final. Per tant, quan se'ns nega la possibilitat de

decidir sobre el final de la nostra vida o sobre les decisions que l'acompanyen, se'ns priva d'autonomia.

**Competència:** La competència d'una persona s'estableix sobretot per la "capacitat d'enteniment i de voluntat", en definitiva d'exercici de la seva autonomia. La no competència pot ser a causa d'un tractament farmacològic, com els sedants, per una desorientació temporoespacial transitòria, etc. Pot ser reversible.

**Representant:** Tota persona malalta té dret a tenir un representant que la substitueixi en les decisions quan ja no sigui competent o bé quan vol delegar-les. Habitualment és el familiar més proper, però pot ser qui la persona malalta vulgui anomenar. El Document de Voluntats Anticipades és una bona ocasió per fer-ho.

**Qualitat de vida:** L'Organització Mundial de la Salut considera que la qualitat de vida respon a un concepte molt ampli i que inclou diferents àrees com la salut física, l'estat psicològic, el nivell de dependència, les relacions socials, les creences personals i a la seva relació amb el medi ambient. En l'anàlisi que ens ocupa, fa referència al grau de dependència per les activitats de la vida diària. Es pot valorar a través d'escales.

**Pacient Crònic Complex (PPC):** És el pacient que pateix diverses patologies alhora (multi morbiditat, pluripatologia), o en pateix només una però amb prou gravetat amb una evolució progressiva que requereix sovint ingressos.

**Pacient amb malaltia crònica avançada (MACA):** Pacient amb una o més malalties -o condicions de salut- cròniques amb una evolució progressiva i amb un pronòstic de vida inferior a 2 anys.

**Voluntats anticipades:** Desigs, prioritats o decisions d'un persona formulats anticipadament en previsió d'una situació d'incapacitat en què no pugui manifestar-los directament. Es tracta d'una manera de poder continuar exercint

el dret de ser respectat amb els valors propis en una situació de més vulnerabilitat. L'atorgament es pot fer mitjançant un document, tal com estableix la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya.

**Pla anticipat de cures (PAC):** Planificació anticipada de les decisions seguint un model d'atenció deliberativa que inclou el respecte a la persona malalta, especialment a les seves preferències i els seus límits, i que té en compte el seu entorn i l'essència de les cures pal·liatives d'atenció integral. Aquesta planificació ha de constar a la Història Clínica, però també pot ser la base d'un document de voluntats anticipades (DVA) si es creu prudent una formalització més fefaent.

**Cures Pal·liatives:** Cures actives destinades a malalts en processos avançats i incurables i als seus familiars, amb especial atenció al confort i a la qualitat de vida. És funció dels metges i de tots els professionals sanitaris alleugerir tan el dolor com altres símptomes i el patiment dels malalts que estan en una fase terminal o prop de la fi de la vida. Aquests malalts tenen el dret de rebre assistència de qualitat, suport psicològic i ajut social que contribueixi a humanitzar el procés de la seva mort.

## 4. MARC EMPÍRIC. RESULTATS

L'estudi retrospectiu es va fer a partir de la identificació dels casos de LET recollits durant les sessions clíniques mèdiques que es fan diàriament a la Unitat de Cures Intensives. Posteriorment a la identificació dels casos, es va fer una revisió retrospectiva de les Històries Clíniques, principalment de la part de la història que correspon als cursos clínics de medicina i d'infermeria i en els que es registra l'evolució del pacient dia a dia i torn per torn. També es va revisar el pla de medicació els últims dies d'ingrés.

Els casos de LET identificats es varen produir entre el dia 1 d'octubre de 2010 i el dia 30 setembre de 2011, un any en total.

Els pacients identificats amb LET durant les sessions clíniques diàries tenien en comú que algun dels responsables mèdics dels pacients i/o l'equip manifestaven tenir algun dubte ètic relacionat amb l'evolució clínica d'alguns dels seus pacients i per tant, amb la instauració, prolongació o retirada dels tractaments de suport vital.

Aquests pacients es varen considerar que formaven part del grup de pacients ingressats a la UCI als quals el tractament de suport vital no és clínicament eficaç i no millora els símptomes ni el pronòstic.

A la primera part dels resultats, s'exposen les dades obtingudes de l'anàlisi quantitatiu considerades rellevants per l'estudi.

A la segona part dels resultats, s'exposen les dades obtingudes de l'anàlisi quantitativa i qualitativa dels casos.

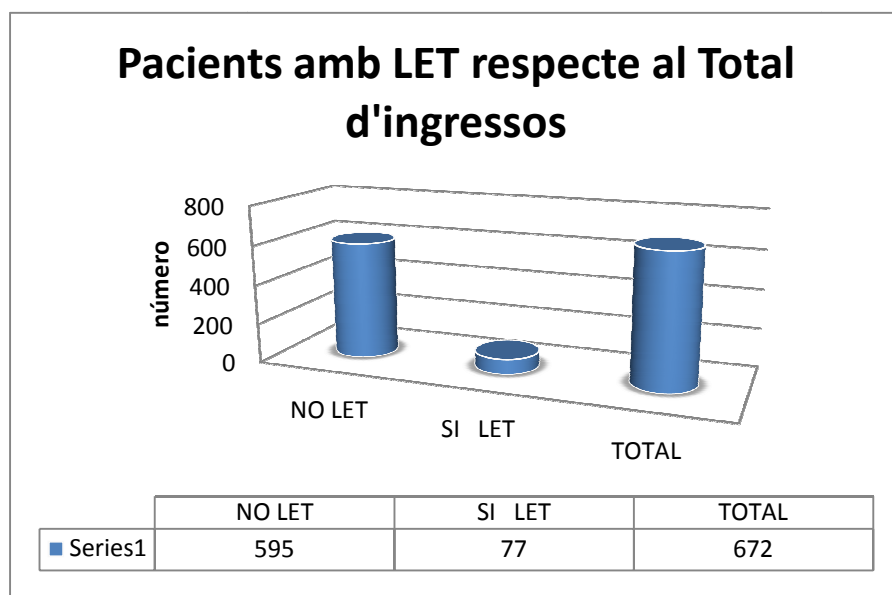


## 4.1. ANÀLISI QUANTITATIVA DE DADES GENERALS

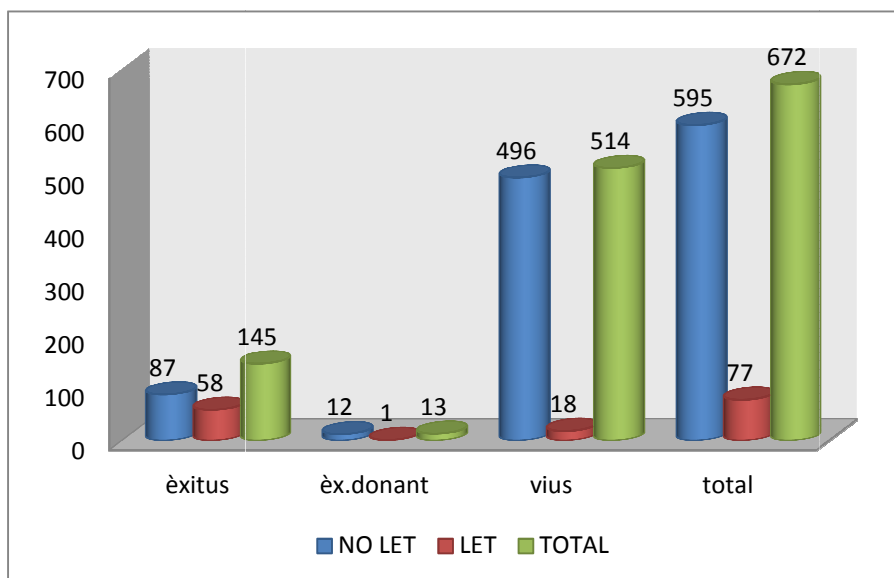
Per l'estudi quantitatiu de les dades generals es va utilitzar el programa estadístic SPSS.

### 4.1.1. Resultats de dades generals

- Durant l'any objecte d'estudi, varen ingressar un total de 672 pacients a la UCI i es va fer LET a un total de 77 pacients que representa un 11,5% respecte al total d'ingressos.



- De 672 pacient ingressats durant l'any d'estudi, varen morir 158 pacients que representa un 23,5% de mortalitat a la UCI.



- Dels 158 pacients que varen morir, en el 8,7% (59) es varen limitar tractaments de suport vital i varen morir a la UCI. 13 varen ser Donants d'òrgans. 1 d'ells va ser donant d'òrgans i teixits després de fer LET.

El 14,7% restant (99) no se'ls va aplicar LET.

El 2,7% (18) sobre el total d'ingressos, es varen limitar tractaments de suport vital a la UCI però el seu destí final va ser l'alta a una unitat d'hospitalització.

- El destí final dels 18 pacients amb LET que varen ser donats l'alta de la UCI va ser el següent:

- 10 pacients es varen morir a una Unitat d'Hospitalització (Medicina Interna, Neurologia, Neurocirurgia i Cirurgia General).
- 1 pacient es va donar d'alta al domicili particular i va reingressar posteriorment al Servei de Cirurgia General on va morir per un procés neoplàsic.
- 3 pacients varen ser donats d'alta a una unitat d'hospitalització i posteriorment a un Centre Sociosanitari: 1 d'ells posteriorment a l'ingrés a un sociosanitari, es traslladà al seu domicili particular i va morir tractat per la UFISS i la Unitat de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia. 1 pacient posteriorment a l'ingrés al Centre Sociosanitari

va anar al seu domicili on encara hi viu. Del tercer pacient, es desconeix el seu destí donada la seva situació d'estranger.

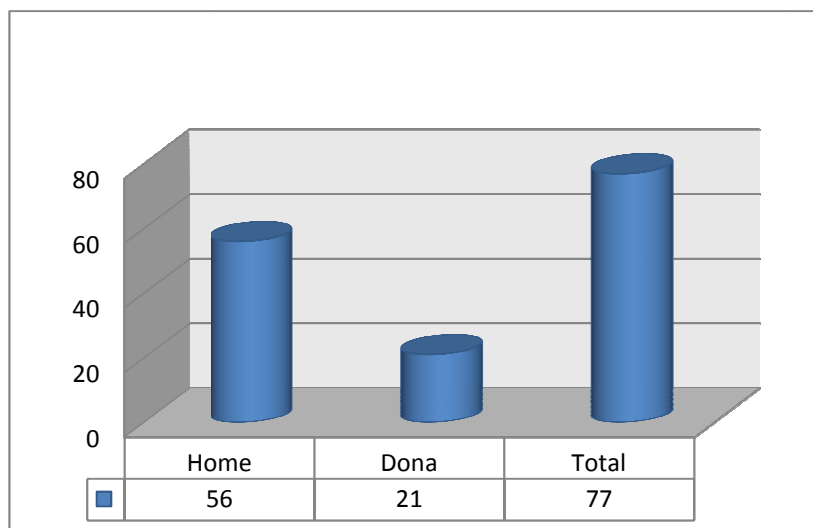
- 2 pacients van ser traslladats a un Hospital Comarcal. 1 d'ells es traslladà novament a una altra UCI on va morir després de 3 dies. 1 d'ells posteriorment va ser traslladat a un Centre Sociosanitari on encara hi és.
- 1 pacient va ser traslladat a l'Institut Gütman de Barcelona per fer rehabilitació i tornà al seu domicili particular on encara hi viu.
- 1 va ser donat d'alta al seu domicili particular.

• Actualment, dels 18 pacients que es varen donar d'alta de la UCI i que es varen limitar tractaments de suport vital, 4 es troben vius:

- 3 pacients tenen limitacions. 1 d'ells manifesta portar colostomia, i urostomia, i té una fístula entre la bufeta urinària i el colon que és incurable. És autònom per les activitats de la vida diària i tractat amb antidepressius. 1 pacient és totalment depenent per les activitats de la vida diària, està conscient i orientat i va en cadira de rodes, la família va haver de canviar de domicili. Actualment té un 80% d'invalidesa. 1 pacient va ser depenent per les activitats de la vida diària, però en estat depressiu en un Centre Sociosanitari. Finalment va sol·licitar el tancament de la colostomia i la fístula mucosa acceptant qualsevol risc derivat de la intervenció quirúrgica, acceptant inclòs la mort. Actualment encara roman en el Centre Sociosanitari malgrat que ha millorat la seva qualitat de vida. Actualment té 86 anys.

-1 pacient amb 91 anys d'edat no té cap limitació per les activitats de la vida diària i fa una vida absolutament normal que li permet fins i tot cuidar del seu marit.

• Respecte a la edat i el sexe dels pacients limitats, el 72,7%(56) eren homes i el 27,3% (21) eren dones.



- Tenien una mitjana de 69,3 anys.

#### Descriptivos

		Estadístico	Error estándar
Anys	Media	69,36	1,273
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	66,83 71,90
	Media recortada al 5%	70,12	
	Mediana	72,00	
	Varianza	124,734	
	Desviación estándar	11,168	
	Mínimo	29	
	Máximo	86	
	Rango	57	
	Rango intercuartil	13	
	Asimetría	-1,128	,274
	Curtosis	1,567	,541

#### Percentiles

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (Definición 1)	Anys	47,00	52,00	64,00	72,00	77,00	82,20	83,20
Bisagras de Tukey	Anys			64,00	72,00	77,00		

#### **4.1.2. Número de dies d'ingrés a la UCI**

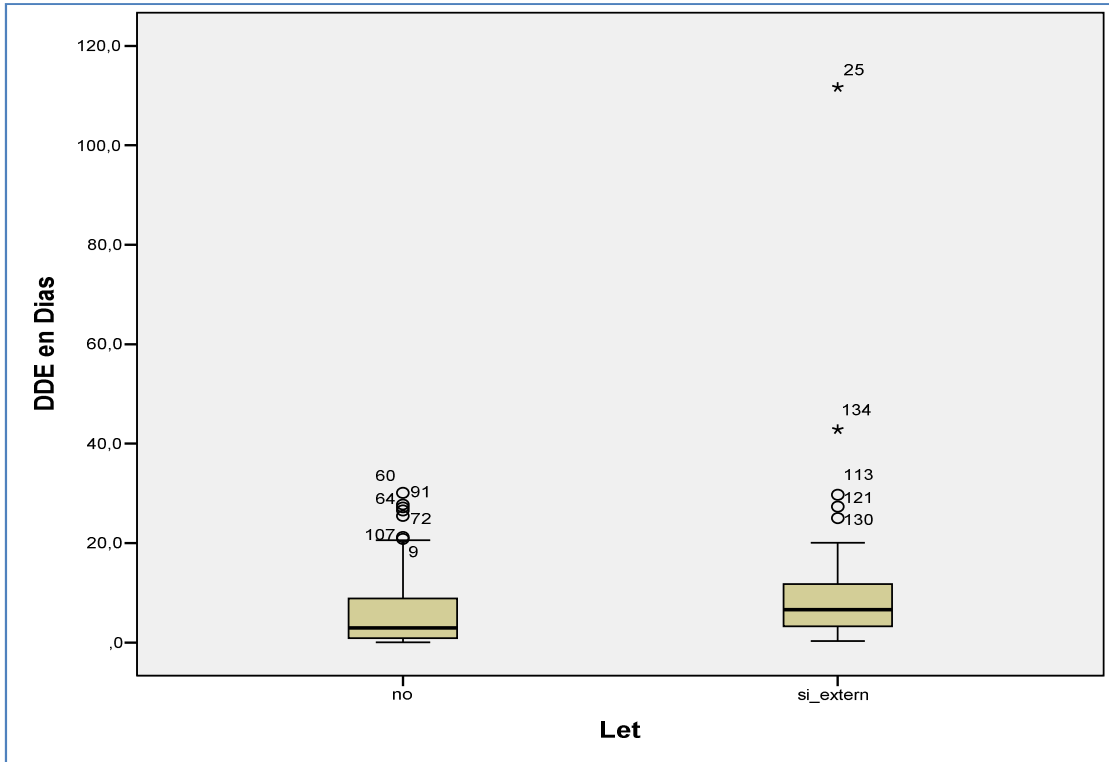
- Els pacients que varen morir a la UCI varen estar-hi una mitjana de 6,01 dies mentre que els pacients que varen ser considerats amb LET varen estar-hi una mitjana de 10,4 dies.
- Segons el t-student per a dades independents hi ha diferències estadísticament significatives en la mitjana del temps d'ingrés entre pacients amb LET i pacients sense LET.
- Dels 58 pacients que varen morir a la UCI, la majoria dels pacients, 14, varen morir en les 12 primeres hores d'haver decidit LET. 10 pacients es varen morir a les 24 hores després d'haver decidit la LET. 2 pacients es varen morir a les 48 hores següents d'haver decidit la LET. 1 pacient va morir després de 4 dies i 1 pacient va morir després de 9 dies.
- 9 pacients varen reingressar a la UCI després d'haver estat donats d'alta, 2 d'ells corresponen a postoperatoris de cirurgia hepàtica programada, 2 per cirurgia toràcica programada, 1 per postoperatori de cirurgia cardíaca programada, 1 per postoperatori de cirurgia otorrinolaringològica programada, 1 per postoperatori de cirurgia digestiva urgent, 1 per pneumònia adquirida a la comunitat en un pacient amb pluripatologia, 1 per accident de trànsit amb traumatisme cranioencefàlic (TCE) i que va patir una caiguda a la planta d'hospitalització amb nou TCE.
- 8 pacients varen morir durant el segon ingrés a la UCI. Només un d'aquests pacients va ser donat d'alta de l'hospital, encara viu i té un grau d'invalidesa del 80%.

### Descriptivos

Let			Estadístico	Error estándar		
DDE en Dias	no	Media	6,011	,7392		
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,544		
			Límite superior	7,478		
		Media recortada al 5%	5,150			
		Mediana	2,914			
		Varianza	54,100			
		Desviación estándar	7,3553			
		Mínimo	,0			
		Máximo	30,1			
		Rango	30,1			
		Rango intercuartil	8,0			
		Asimetría	1,633	,243		
		Curtosis	1,932	,481		
		si_extern		Media	10,441	2,0429
				95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	6,352
Límite superior	14,530					
Media recortada al 5%	8,134					
Mediana	6,618					
Varianza	246,223					
Desviación estándar	15,6915					
Mínimo	,3					
Máximo	111,7					
Rango	111,4					
Rango intercuartil	9,0					
Asimetría	4,968			,311		
Curtosis	30,428			,613		

### Percentiles

Let			Percentiles						
			5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (Definición 1)	DDE en Dias	no	,165	,363	,866	2,914	8,873	17,798	25,449
		si_extern	,693	1,276	3,188	6,618	12,185	20,072	29,698
Bisagras de Tukey	DDE en Dias	no			,899	2,914	8,859		
		si_extern			3,236	6,618	11,747		



**.T-student per a dades independents:**

P-valor = 0.017 < 0.05 → hi ha diferències estadísticament significatives en la mitjana del temps d'ingrés entre pacients amb LETS i pacients sense LET.

**Estadísticas de grupo**

	Let	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
DDE en Dias	no	99	6,011	7,3553	,7392
	si_extern	59	10,441	15,6915	2,0429

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
DDE en Dias	Se asumen varianzas iguales	3,075	,081	-2,404	156	,017	-4,4294	1,8427	-8,0693	-,7895
	No se asumen varianzas iguales			-2,039	73,439	,045	-4,4294	2,1725	-8,7588	-,1001

### 4.1.3. Grup diagnòstic dels pacients amb LET

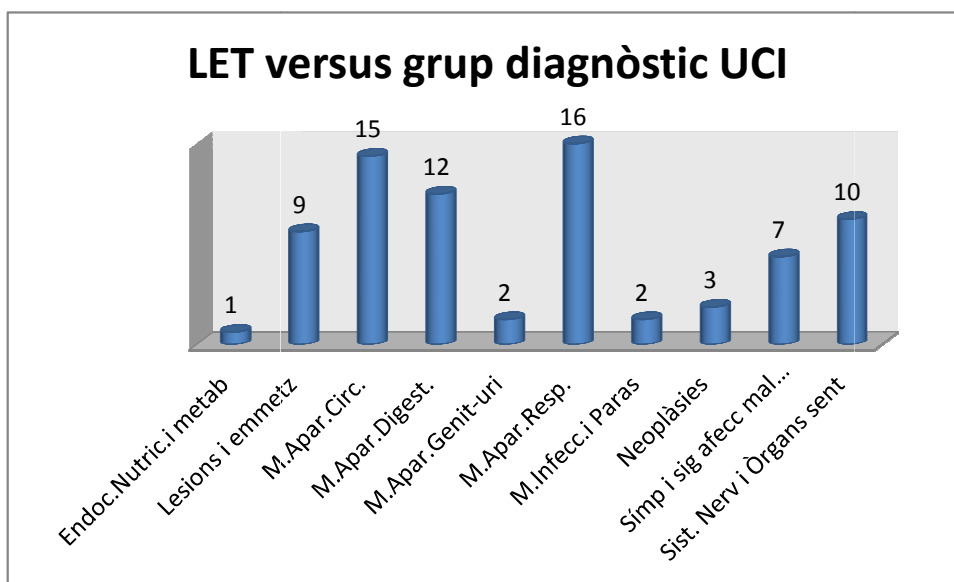
El grup diagnòstic dels pacients de la UCI es registra segons la Classificació Internacional de Malalties i que actualment correspon a la revisió que el Departament de Salut va fer de la 9ena edició de la *International Classification of diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)* editada pel govern dels EEUU i que es va traduir al català. L'ús principal d'aquesta classificació és la codificació amb finalitats clíniques, estadístiques i gestores dels diagnòstics i procediments efectuats en els centres hospitalaris.

A continuació es descriuen els pacients amb LET respecte al grup diagnòstic, i per tant de la classificació internacional, en el moment de l'ingrés:

- 2 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties infeccioses i parasitàries. Aquest grup inclou malalties relacionades amb infeccions intestinals, tuberculosi, etc.
- 1 pacient amb LET es trobava en el grup diagnòstic d'una malaltia endocrina nutricional i metabòlica. Aquest grup inclou les malalties endocrines, trastorns de la immunitat, diabetis, etc.
- 9 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic per lesions i emmetzinaments. Aquest grup inclou els accidents, etc.
- 15 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties de l'aparell circulatori. Aquest grup inclou les cardiopaties isquèmiques, malalties hipertensives, trastorns valvulars, etc.
- 12 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties de l'aparell digestiu. Aquest grup inclou malalties d'esòfag, estómag i duodè, cavitat abdominal, etc.
- 16 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties de l'aparell respiratori. Aquest grup inclou les pneumònies, bronquitis crònica, asma, bronquiectàsies, etc.
- 2 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties de l'aparell genito-urinari. Aquest grup inclou el fracàs renal agut, les malaltia renal crònica, etc.



- 3 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties neoplàsiques.
- 7 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties per símptomes, signes i afeccions mal definits. Aquest grup inclou les alteracions de la consciència, el coma, convulsions, febre no especificada, etc.
- 10 pacients amb LET es trobaven en el grup diagnòstic de malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits. Aquest grup inclou meningitis, encefalitis, malalties del sistema nerviós, lesions cerebrals, etc.



#### 4.1.4. Malalties més causants d'èxits a la UCI versus les més causants de LET

Les malalties que causen més èxits a la UCI sense LET estan relacionades en primer lloc, amb lesions i emmetzinaments (accidents), en segon lloc, amb malalties de l'aparell circulatori, en tercer lloc, amb malalties de l'aparell respiratori i, en quart lloc, amb les malalties neoplàsiques i símptomes i signes i afeccions mal definits.

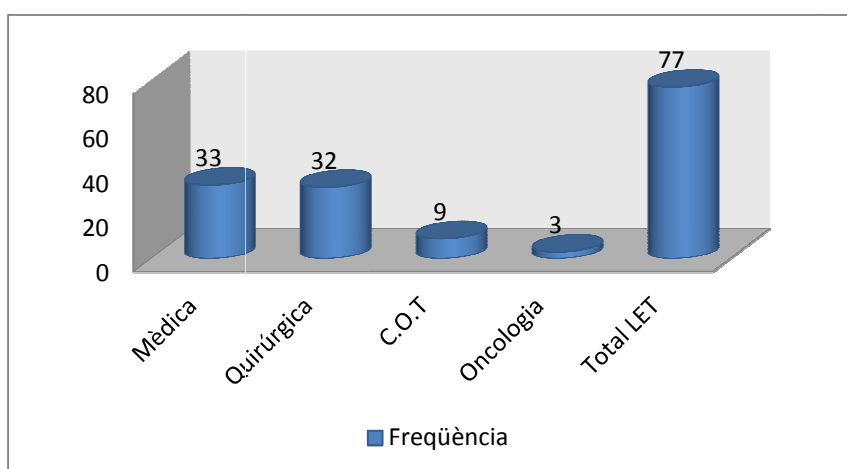
Les malalties que són més causa de LET a la UCI estan relacionades en primer lloc amb malalties respiratòries, en segon lloc, amb malalties de l'aparell circulatori, en tercer lloc amb malalties de l'aparell digestiu i en quart lloc amb malalties dels sistema nerviós i òrgans dels sentits.

Les malalties causants de LET a la UCI, per tant, serien les malalties respiratòries, circulatories, de l'aparell digestiu i neurològiques.

#### 4.1.5. Especialitat categòrica dels pacients amb LET

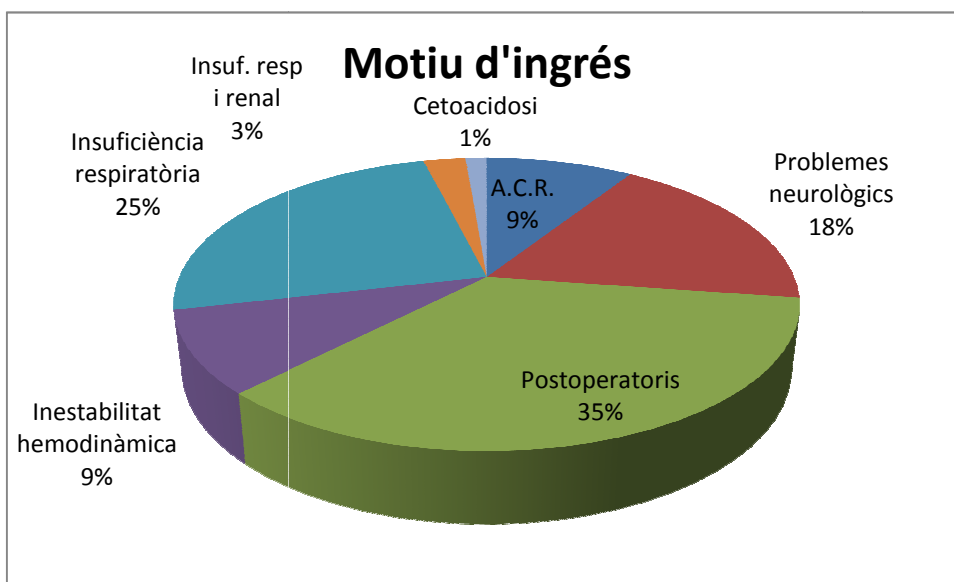
En el moment de l'ingrés, els pacients es van relacionar amb 4 especialitats categòriques i els resultats són els següents:

- Especialitat mèdica: 33 pacients amb un percentatge del 42,9% (malalties de l'aparell respiratori i circulatori).
- Especialitat quirúrgica: 32 pacients amb un percentatge del 41,6 % (malalties de l'aparell digestiu).
- Especialitat cirurgia ortopèdica i traumatològica: 9 pacients amb un percentatge del 11,7% (politraumatisme, TCE).
- Especialitat oncològica: 3 pacients amb un percentatge del 3,9% (neoplàsies).

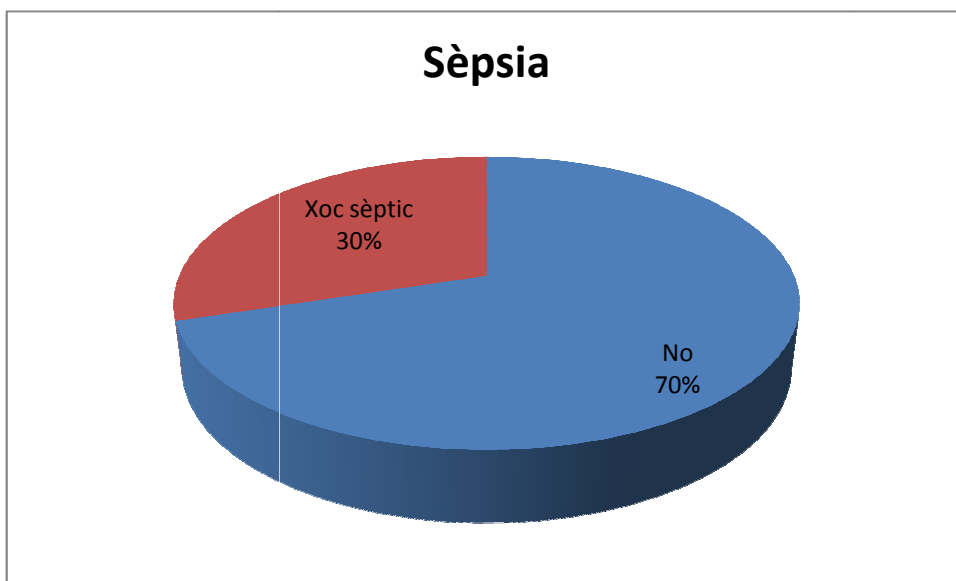


#### 4.1.6. Motiu d'ingrés. Sèpsia.

El 35% (27) dels pacients que varen ingressar a la UCI, eren postoperats, el 25% (19) tenien insuficiència respiratòria, el 18% (14) es varen associar amb problemes de tipus neurològic, el 9% (7) havien patit una aturada cardiorespiratòria, el 9% (7) tenien inestabilitat hemodinàmica, el 3% (2) a més de tenir insuficiència respiratòria tenien insuficiència renal. 1 pacient tenia una cetoacidosi diabètica.



Un 30% del total, 23 pacients, durant l'ingrés a UCI van patir una sèpsia. La sèpsia sorgeix quan la resposta del cos per lluitar contra una infecció danya els propis teixits i òrgans de la persona que la pateix.



#### 4.1.7. Procedència dels pacients amb LET ingressats a la UCI

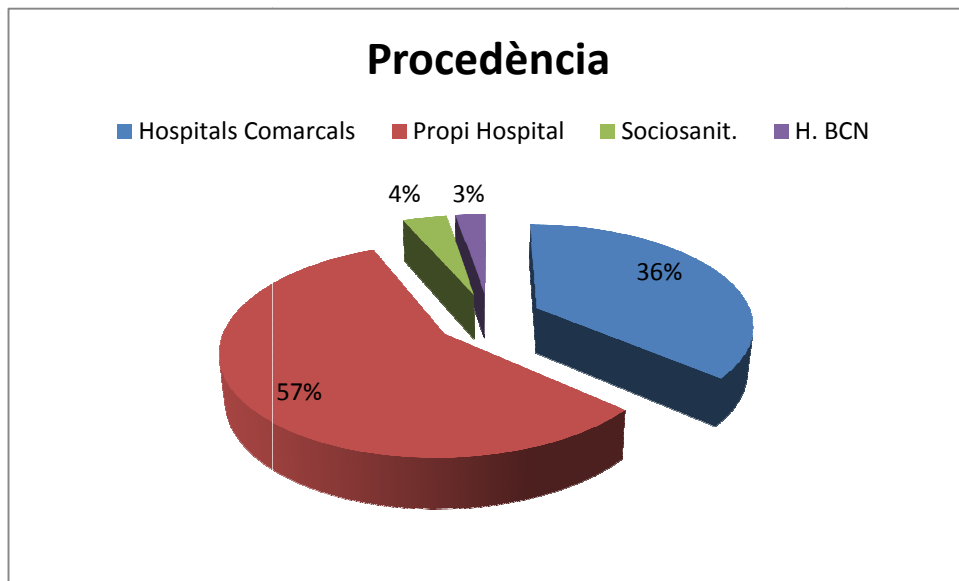
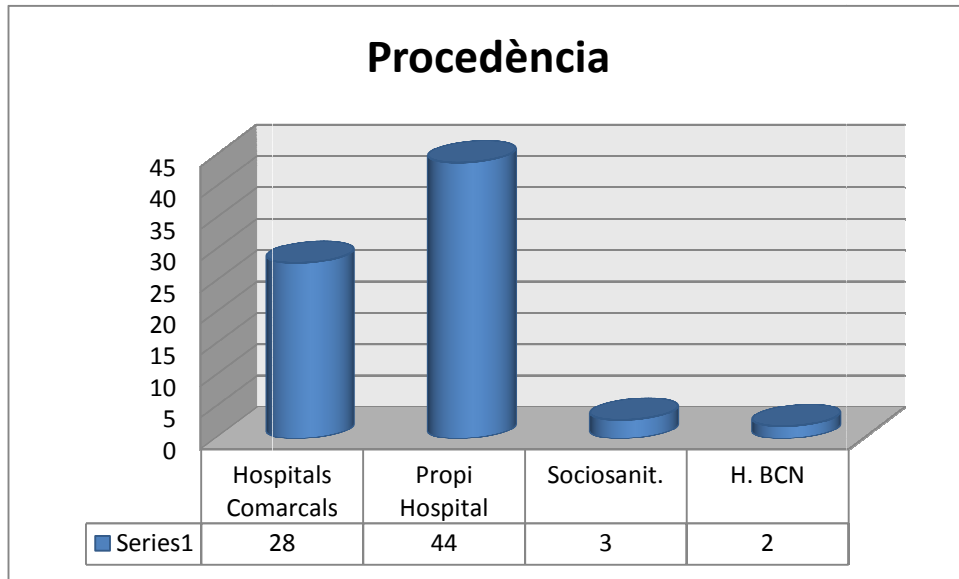
- En relació al lloc de procedència dels 77 pacients amb LET directament anterior a l'ingrés a la UCI, el 57% (44) provenien de diferents serveis del mateix hospital, a destacar el 37% (16) de l'Àrea Quirúrgica i Reanimació, i el 32 % (14) del Servei d'Urgències.

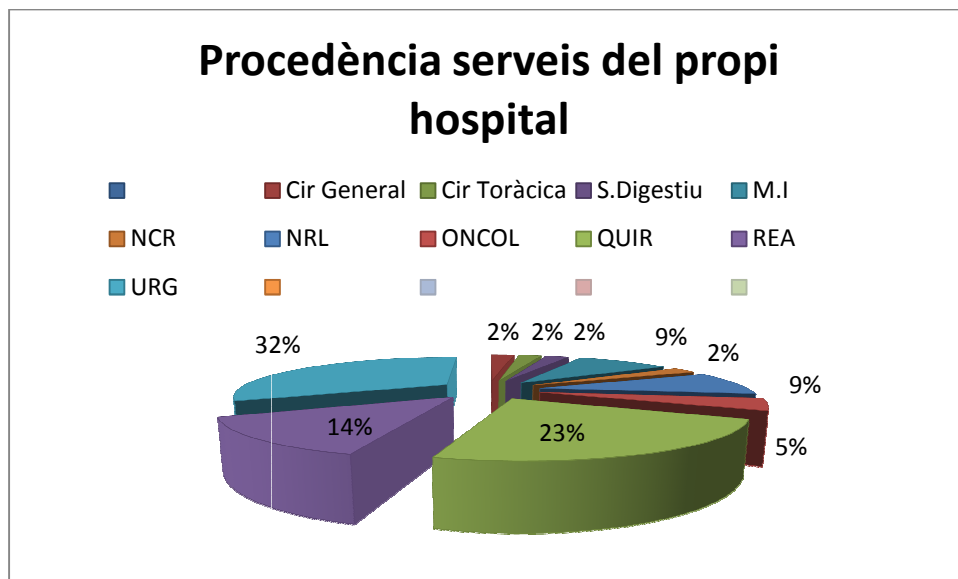
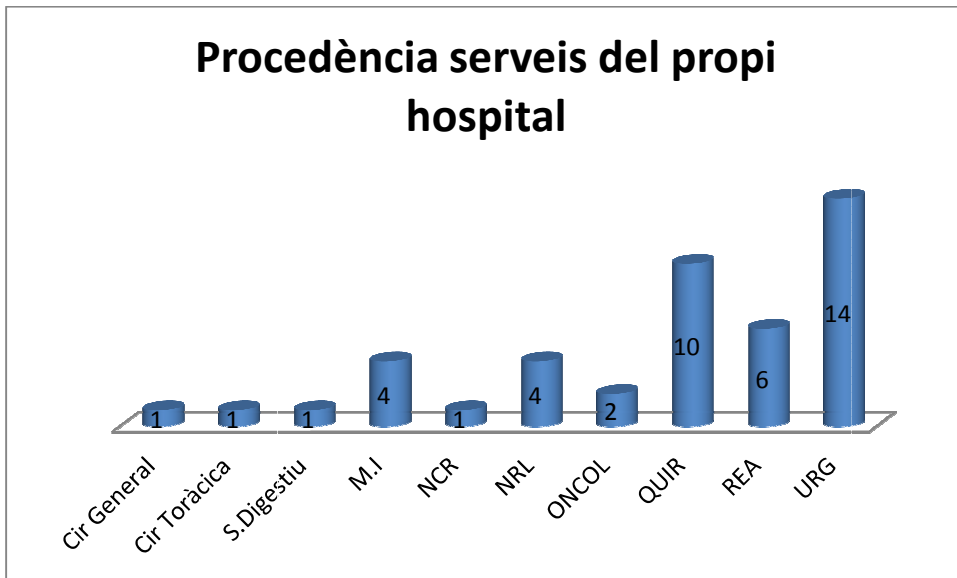
Amb menys freqüència, 4 pacients procedien del Servei de Medicina Interna, 5 pacients procedien del Servei de Neurologia, 2 procedien del Servei d'Oncologia, 1 del servei de Cirurgia General, 1 del Servei de Cirurgia Toràctica, 1 del Servei de Digestiu.

- El 36% (26) pacients que procedien d'Hospitals Comarcals: 12 provenien de Hospital Comarcal de Figueres, 5 de l'Hospital Comarcal de Blanes, 4 de l'Hospital de Santa Caterina, 4 de l'Hospital de Palamós, 1 de l'Hospital de Calella.

- 2 pacients procedien d'una hospitalització prèvia a un Hospital de la ciutat de Barcelona.

- 3 pacients procedien d'un Centre Sociosanitari





#### 4.1.8. Pacients no admesos a la UCI

En el mateix període estudiat, es varen descartar 25 pacients que els facultatius mèdics de la UCI varen valorar a partir d'una consulta d'altres metges del propi hospital. Aquests 25 pacients, no es varen considerar

tributaris d'ingrés a la UCI ja que no reunien els criteris establerts de possibilitats terapèutiques mitjançant tractaments de suport vital.

Per una altra banda, es varen valorar 4 pacients a través d'una trucada telefònica d' Hospitals Comarcals en les que es va desestimar el trasllat a l'Hospital de Referència i l'ingrés a UCI per les mateixes raons.

## 4.2. ANÀLISI QUALITATIVA

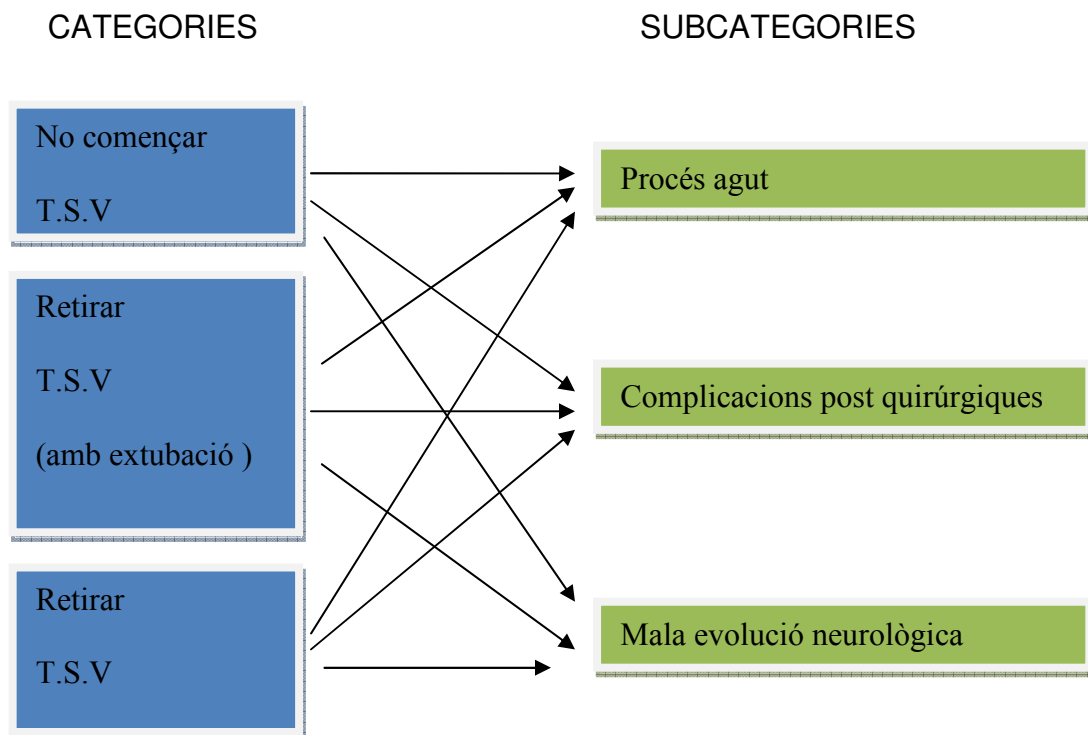
Per l'anàlisi qualitativa es va utilitzar la metodologia per l'anàlisi de casos proposada per *Montero, F i Morlans, M* "Para deliberar en los comités de ética" (2009:186-189), cosa que va permetre analitzar en profunditat tots els casos per poder identificar els fets i les circumstàncies de cada cas, els valors dels agents i les conseqüències. Es varen tenir en compte principalment els apartats que contempnen les expectatives del pacient i les qüestions relatives al principi d'autonomia :

- 1) La competència dels pacients i la seva voluntat
- 2) Els representants dels pacients
- 3) La informació dels professionals als malalts i/o representants
- 4) La Qualitat de vida dels pacients
- 5) Els factors sociofamiliars i socioeconòmics
- 6) Els antecedents personals d'interès

En relació als altres principis de la bioètica (principi de beneficència, no maleficència i justícia), s'ha portat a terme la distribució següent:

- 1) Agrupació o classificació dels casos en 3 categories i 3 subcategories.
- 2) Les tres categories es varen establir d'acord amb no començar o retirar tractaments de suport vital. En la retirada de tractaments, s'ha volgut diferenciar als pacients als quals es va retirar la ventilació mecànica a partir de l'extubació.
- 3) Les tres subcategories es varen establir segons el motiu d'ingrés: per un procés agut que es complica, per complicacions que apareixen després d'una intervenció quirúrgica, o bé per una mala evolució neurològica.





- 4) Aquesta classificació s'ha dividit en dos apartats en funció de si la LET constava a la Història Clínica (punt 5.1) o si no hi constava (punt 5.2)
- 5) També s'ha dedicat un apartat a l'anàlisi de la terminologia utilitzada pels professionals sanitaris per referir-se a la LET (punt 6)
- 6) Si en algun cas s'ha descrit el dubte ètic o conflicte de LET (punt 7)
- 7) En els casos en que s'ha deixat constància de LET quina és la justificació, el perquè de la limitació (punt 8)
- 8) Actors de la LET (punt 9)
- 9) Si en algun cas ha intervingut el Comitè d'Ètica Assistencial o el Jutjat (punt 10)
- 10) Sedació al final de la vida (punt 11)
- 11) Acompanyament dels pacients en el moment de la mort (punt 12)

Nota:

Per tal de poder disposar de la informació necessària per portar a terme l'anàlisi d'alguns dels casos amb més profunditat es va contactar amb les seves famílies.

1- En alguns casos es va sol·licitar una entrevista:

- 1 relacionada amb un cas de LET en un pacient jove amb antecedents crònics d'interès.
- 1 relacionada amb un Document de Voluntats Anticipades.
- 1 relacionada amb el rebuig al tractament per part de la família.
- 1 relacionada amb un pacient d'edat avançada amb antecedents crònics d'interès i ingressat a un Centre Sociosanitari.
- 1 relacionada amb un pacient jove amb un ingrés perllongat en número de dies. En aquest cas, la família va rebutjar ser entrevistada.

2- Posteriorment a l'alta dels pacients amb LET de l'hospital, també es va contactar amb les seves famílies per esbrinar la seva evolució i avaluar la qualitat de vida dels pacients que han sobreviscut.

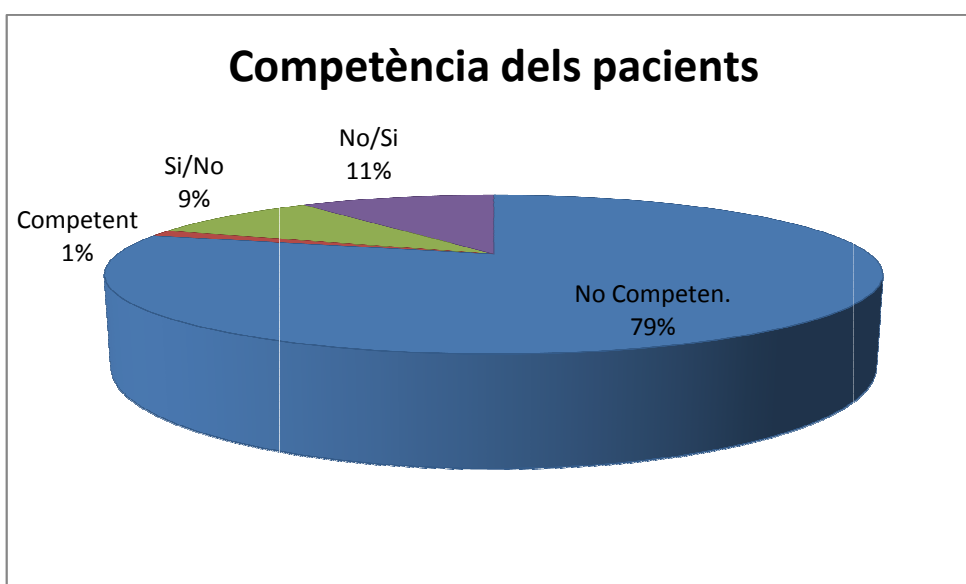
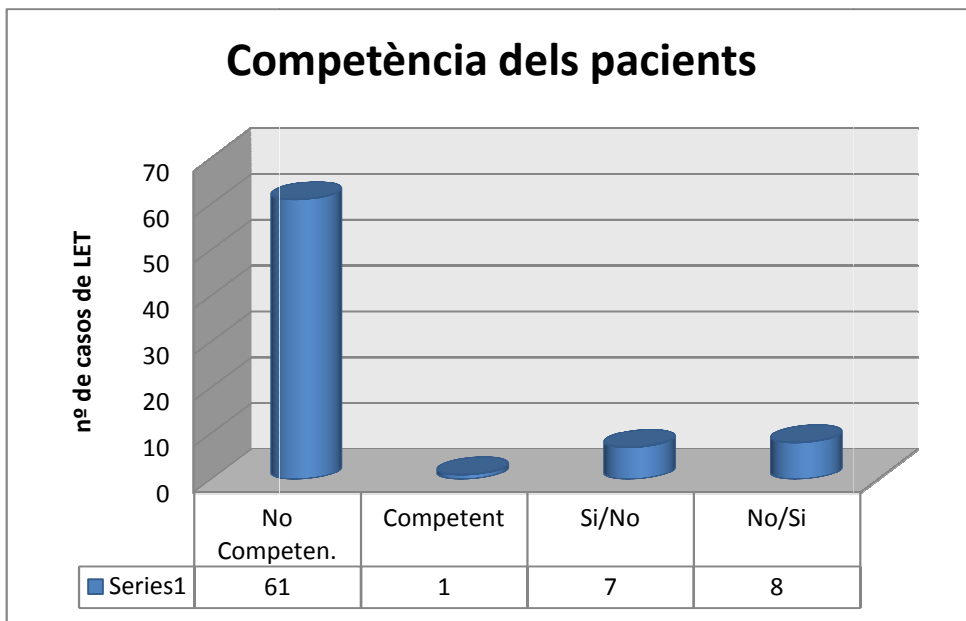
### **4.2.1. La competència dels pacients**

En aquest apartat es respon a la pregunta de si els 77 pacients ingressats a la UCI i que varen ser casos de LET, eren competents o no per prendre decisions. En cas que no fossin competents, si tenien representants i qui eren aquests representants.

Dels 77 casos analitzats, la gran majoria, un total de 61, que representa un 79%, no varen ser competents en cap moment dels seu ingrés per prendre lliurement les seves decisions ja que el seu estat físic o psíquic no els permetia

de fer-se responsables de la seva situació o bé no eren competents per altres qüestions.

Només un pacient va ser competent durant tots els dies d'ingrés. De 15 pacients, 7 varen ser competents en el moment de l'ingrés i posteriorment varen deixar de ser-ho. 8 pacients no eren competents en el moment de l'ingrés i posteriorment varen ser-ho.



### **4.2.1.1. Pacients Competents**

#### **4.2.1.1.1. Competents durant tot el temps d'ingrés**

Només 1 pacient va ser competent durant tots els dies d'estada a la UCI. Es va trobar conscient i orientat en temps, espai i persones i va ser considerat competent per ser informat i prendre lliurement les seves decisions. Malgrat això no va manifestar res.

#### **4.2.1.1.2. Competents en el moment de l'ingrés i que varen deixar de ser-ho**

Per una altra banda, 7 pacients que varen ser competents en el moment d'ingressar, ja que estaven conscients i orientats i tenien capacitat d'enteniment, varen deixar de ser-ho pels motius següents:

1 degut a una encefalopatia hepàtica, caracteritzat per un quadre de somnolència

3 varen empitjorar respiratòriament i varen requerir sedants i intubació orotraqueal urgent i connexió a la ventilació mecànica.

3 per un empitjorament sistèmic progressiu cosa que els va provocar un estat de coma.

#### **4.2.1.1.3. No competents en el moment de l'ingrés i que posteriorment varen ser-ho**

Alguns pacients, 8 en total, que no eren competents en el moment de l'ingrés, varen ser-ho posteriorment degut a que es varen poder retirar els sedants i els tractaments de suport vital com la ventilació mecànica. Es tracta de pacients que, tot i haver-se limitat algun tractament de suport vital, es varen donar d'alta de la UCI i es trobaven conscients i orientats. Presentaven els següents símptomes:

- Cap dels pacients no patien dolor
- Alguns dels pacients tenien problemes de son o depressió

#### **4.2.1.2. Pacients no competents**

##### **4.2.1.2.1. No competents per efectes dels sedants i per intubació i connexió a la ventilació mecànica**

Dels 61 pacients que no eren competents, 50 no ho eren perquè es trobaven sota els efectes dels sedants i es trobaven intubats i connectats a un ventilador mecànic.<sup>1</sup>

##### **4.2.1.2.2. No competents per altres causes**

S'ha considerat que 11 dels 61 pacients (2 d'ells varen ser donats d'alta malgrat haver estat casos de LET) no eren competents per altres motius, ja que, tot i estar desperts i per tant sense rebre sedants i respirant espontàniament, presentaven algun dels següents símptomes:

- Es trobaven desorientats en temps, espai i persones
- Patien un deteriorament neurològic (amb baix nivell de consciència, no dirigien la mirada, no connectaven amb el medi, no obeïen ordres)
- Patien un estat d'agitació psicomotriu com el deliri
- Tenien ansietat, dolor, esgotament, postració o adormiment

---

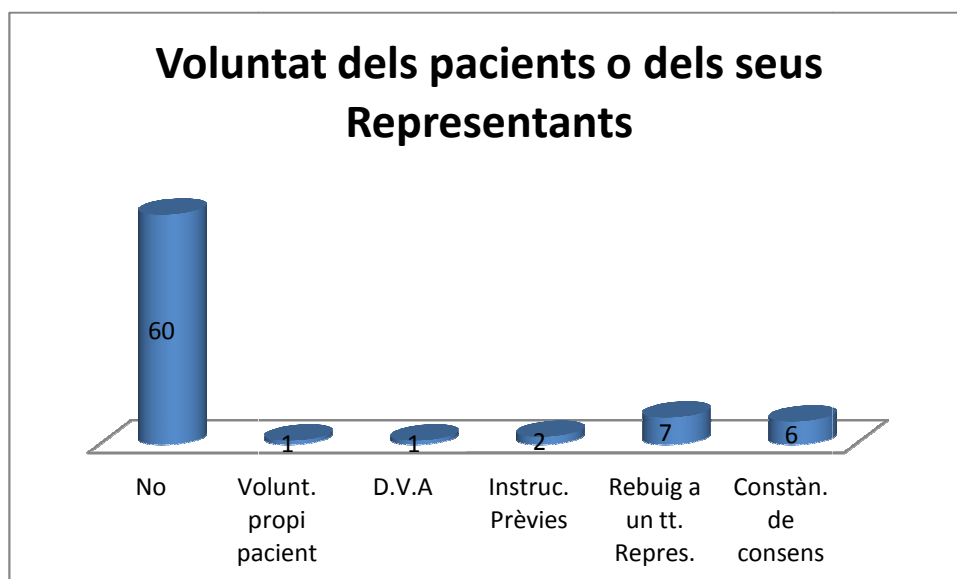
<sup>1</sup> L'estat físic o psíquic dels pacients que estan ingressats a la UCI està alterat. Els sedants que se'ls administra pel fet d'estar intubats i connectats a un ventilador mecànic provoca una depressió del sistema nerviós central, per la qual cosa, els pacients no poden ser competents.

## 4.2.2. La voluntat dels pacients i/o dels seus representants

Partint del fet que la gran majoria de pacients no eren competents per prendre lliurement les seves decisions, en aquest apartat es vol respondre a la pregunta de si a la Historia Clínica hi havia constància sobre alguna voluntat prèviament expressada pel pacient, si es disposava algun document de Voluntats Anticipades o si tenien alguna persona de referència que els representés.

Per el que respecta a la voluntat dels pacients i els seus representants només en 17 casos, queda constància a la Història Clínica que els pacients o els seus representants haguessin manifestat alguna voluntat, rebutjat algun tractament o consensuat la retirada de tractaments de suport vital.

Només en un cas és el propi pacient que manifesta la seva voluntat de no ser reintubat ni reanimat durant el temps d'ingrés. Només trobem un Document de Voluntats Anticipades. 2 famílies varen rebutjar un tractament per haver rebut Instruccions Prèvies. 7 famílies varen rebutjar un tractament. En tots 9 casos rebutjar la tècnica de la traqueotomia. En 6 casos es troba que hi ha un consens entre els professionals mèdics i la família sobre els tractaments a limitar o la seva retirada.



#### **4.2.2.1. Voluntat expressada pel propi pacient durant l'ingrés**

Només en 1 cas es va anotar a la Historia Clínica que el propi pacient havia expressat la seva voluntat de no ser intubat ni reanimat de nou.

##### ***Cas nº.309.***

Home de 66 anys amb una Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) de llarga evolució, que consultà a l'Hospital Comarcal per empitjorament progressiu de la seva dificultat respiratòria habitual. Durant l'ingrés empitjorà progressivament i requerí intubació orotraqueal i ventilació mecànica. És traslladà a la UCI de l'Hospital de Referència on des del primer dia d'ingrés, es proposà un weaning precoç. Després de ser extubat, i d'haver-se retirat la ventilació mecànica i trobar-se conscient i orientat, manifestà personalment la seva voluntat de no tornar a ser intubat ni ser reanimat. El metge responsable parlà amb la família (fill, filla i dona) de la fase terminal de la seva malaltia. Aquest pacient és va donar d'alta a la planta de Medicina Interna i posteriorment a l'Hospital Comarcal de procedència.

En el control telefònic sobre la seva qualitat de vida, la família informà que durant l'ingrés a l'Hospital Comarcal va ser traslladat i reingressat de nou a una altra UCI, que hi va arribar inconscient i que hi va morir al cap de 3 dies.

#### **4.2.2.2. Les Instruccions Prèvies dels pacients**

Només en 3 casos trobem que els pacients havien fet o donat instruccions prèvies als seus familiars.

En 1 cas trobem una pacient que havia fet un Document de Voluntats Anticipades. En dos casos trobem que els pacients havien donat instruccions prèviament a les seves famílies.

#### 4.2.2.2.1. **El Document de Voluntats Anticipades**

Només en un cas trobem que una pacient havia fet un Document de Voluntats Anticipades. El marit de la pacient va portar el document durant l'ingrés a UCI. L'havien fet davant de notari i segons el que estableix la llei 21/2000 de 29 de novembre de la Generalitat de Catalunya. En el primer punt disposava com a representant al seu marit. En cas de premorienza o incapacitat substituïa al nomenat per la seva filla. En el tercer punt, declarava la seva voluntat expressa que la seva vida no fos allargada o mantinguda artificialment i es complís la seva voluntat de morir dignament.

Tot i que el document es va incloure a la Història Clínica seguint el circuit establert en cas que un pacient o familiar porti un Document de Voluntats Anticipades, no va quedar documentada l'existència d'aquest document i les instruccions a tenir en compte.

Posteriorment a la mort de la pacient, es va realitzar una entrevista al seu marit per esbrinar la motivació de la pacient per realitzar un DVA.

#### **Cas nº 52**

Dona de 74 anys intervinguda d'una neoplàsia de colon i que va rebre tractament amb quimioteràpia. Va acudir a Urgències per presentar un quadre de dolor abdominal agut per brides i es va intervenir d'urgències, podent resoldre-les i reconstruir la ileostomia que tenia pendent en un segon temps per la neoplàsia de base. En el postoperatori immediat va aparèixer una insuficiència respiratòria aguda que necessità intubació. S'atribuí a un problema abdominal, però aquest es descartà mitjançant dos TAC d'abdomen i una segona cirurgia. Els cultius extrets durant l'ingrés s'orientaren com un focus infecció respiratori. S'inicià el tractament específic amb antibioteràpia i els paràmetres sèptics van millorar però persistí en rangs de distrés que impedièren l'avenç en el weaning a més tenia una miopatia extrema del pacient crític. D'altra banda tenia un fracàs renal agut i necessitava hemodiàlisi de forma permanent sense poder-se recuperar. Es va mantenir hemodinàmicament inestable precisant drogues vasoactives i tractament per les arítmies cardíques.



El 18è dia, per totes aquestes raons, i afegint a més en els últims dies, una infecció que causà rectorràgies i isquèmia del colon global, es decidí de forma conjunta amb la família, de no realitzar més mesures agressives terapèutiques i garantir el confort i l'analgèsia de la pacient.

A continuació es reproduïx una entrevista amb el seu marit , el qual segons l'indicat en el Document de Voluntats anticipades era el seu representant. La intenció va ser esbrinar la motivació que la pacient va tenir per fer el document i la seva utilitat.

**Entrevista amb el seu marit respecte al Document de Voluntats Anticipades:**

***Ella havia manifestat alguna voluntat? “...ella hi tenia confiança cega amb això del testament vital “ (m'ensenyà el testament fet davant de notari dels dos conjugues).***

***On se'n varen assabentar de la possibilitat de fer un Testament Vital? “Doncs miri...hi ha gent del poble que ho han fet i al CAP ens varen informar com s'havia de fer. Ens varen dir que necessitàvem testimonis que no fossin de la família i varem anar a un notari. Així ho varem arreglar. Varem dir que si ella estava malalta jo era el responsable i, si jo estava malalt, ella era la responsable”.***

***Varen establir algunes limitacions en el document? Per què volien que els servís a vostès? “ Que si teníem una enfermetat molt forta... eh?, que no hi haguessin possibilitats de deixar-la patir. Això només”.***

***Era bàsicament pel dolor que varen fer el document? “Sí...sí....sí”.***

***No havien pensat per exemple en cas de trobar-se en un estat vegetatiu? ...“No...no... era per evitar el dolor...”***

**Quan varen anar a fer el document, el varen fer per tots dos?** “Sí, per tots dos, Sí”.

**Vostè, quan va ser a l'hospital el va portar per iniciativa pròpia ?** “Sí, el vaig portar perquè pensava que estava a la UCI i que podia empitjorar i no volia que patís, que no patís...”

**Com se'n va recordar vostè d'això, del testament?** “Me'n vaig recordar quan es va començar a trobar malament”.

**Quan hi varen anar al notari?** “Quan ella es va posar malalta, sí. Varem anar al CAP tots dos. Però jo veig que quan els metges veuen que estàs molt malalt ja no et deixen patir, però també em sembla que això pot pesar més”

#### 4.2.2.2.2. **Instruccions Prèvies expressades oralment**

En dos casos ens trobem que les famílies manifestaren als professionals haver rebut instruccions prèviament pels part dels pacients i varen rebutjar la realització d'una traqueotomia.

#### **Cas nº 37**

Dona de 74 anys que es despertà al matí amb disminució de la força i la sensibilitat del braç dret i la mà dreta. Acudeix inicialment a l'Hospital Comarcal, on s'observa una tensió arterial molt alta, s'administren antihipertensius i es deriva al Servei d' Urgències de l'Hospital de Referència per sospita d'un ICTUS. Empitjora neurològicament amb convulsions. Donat el deterior neurològic progressiu, s'intuba i es connecta a ventilació mecànica. S'ingressa a la UCI. Al 6è dia d'ingrés, hi ha una mala evolució neurològica, roman en estat de coma. Al 8è dia la família no dona consentiment perquè es realitzi la traqueotomia a la pacient. Donada l'evolució de la pacient, i amb la comprensió de la família, es decideix no fer mesures extraordinàries.

A continuació es reproduïx una part de l'entrevista en que la filla de la pacient explica els motius pels quals la pacient no volia quedar-se en un estat en que no podria ser útil a la família, no poder relacionar-se adequadament amb el medi i ocasionar-los inconvenients.

**Entrevista amb la seva filla respecte a les Instruccions Prèvies manifestades oralment:**

**Quan vareu acudir a l'Hospital Comarcal perquè ella no podia moure el braç, ella va manifestar alguna cosa o va pensar que podia passar alguna cosa greu?** *“Ella si... perquè el meu pare s'hi havia trobat amb això, que havia tingut una mica de feridura però el varen tractar de seguida i es va recuperar, i ella ja estava al cas, anava dient... “serà lo del teu pare”. Jo li deia: “mama, no ploris, al papa li varen donar un tractament i en poc temps es va recuperar”. Ella sempre havia vist un món en això: “si quedem ferit,s com ho faràs?”. I jo li deia: “no pateixis per això”. Ella ho va veure, se'n va donar compte i quan estava aquí encara més. Quan es va quedar paralizada vaig veure que estava conscient, perquè plorava i anava dient: “l el teu pare?”. Ja veia que quedaria sol i a la seva manera se n'adonava. Poc a poc va perdre la seva capacitat per parlar i ho demostrava plorant ja que no es podia expressar, a mi em coneixia però no podia parlar, li sortia alguna cosa però no es podia expressar bé. Només plorava, estava angoixada, volia dir coses i no li sortien. “Va arribar a dir alguna cosa però pràcticament res”.*

**(En el moment que la pacient va ser intubada i va deixar de ser competent, aleshores van ser el seu marit i la seva filla els qui van prendre les decisions en funció del que ella i la seva família havien parlat en reunions familiars):** *“Era un parlar amb la família i ella era una de les persones que ho deia, posar coses artificials, si tu tens un mínim de consciència, sí, però tenir-te per tenir-te... només viu... això no. És la nostra manera de pensar, potser estem equivocats... potser no”.*

**Ho vareu decidir en funció del que ella havia anat manifestant tota la vida?** *“Sí, i de la manera que nosaltres pensàvem, a casa tots ho tenim això.*

*Potser és per les maneres que hem parlat sempre, els meus fills i el meu home també pensen el mateix. Experiències que tens i amb gent que parles a vegades, parents que tenim. Coneixem una dona de 95 anys que porta 10 o 11 anys i això tu creus que és vida? No, ni per ella hi pels altres, però a ella li va venir suposo una altra cosa. Aquella companya de feina que tinc, que són catòlics, varen decidir que li fessin la traqueotomia. No sé, aquesta dona no coneix a ningú, és mantenir-la viva. Jo, és la meva ètica, la meva manera de pensar i el meu pare pensa el mateix”.*

**La informació que va rebre la família va ser adequada?** *“A la UCI, sí. El metge passava cada dia i ens explicava i ens varen parlar de que no es podia fer res més i que s’havia de posar la traqueotomia”.*

**Li varen proposar la realització d’una traqueotomia?** *“ Si...i els vaig dir...bé... i per què li servirà això a ella?” I em varen dir, per intentar si respira per ella sola que no ho assegurem. Jo vaig preguntar: “bé...ella tornarà en sí?” Diu no, em va dir que això no, que el cap estava molt danyat i que seria una cosa molt rara. I és clar, perquè només respiri i això... ai mira...en fi...varem pensar que no l’havíem de martiritzar més encara. Ens va semblar que fer-li un forat per quedar així, entre tots varem decidir que no. El meu pare va ser el primer que va dir que no, que no volia veure-la enxufada a una màquina, qui sap quan temps o a vegades els hi diuen que serà un dia i després són anys enxufats a una màquina.*

### **Cas nº 56**

Dona de 39 anys natural d’Anglaterra, vivia i treballava a Catalunya des de feia alguns anys. Com a antecedents d’interès destaquen al·lèrgies a fàrmacs que li van provocar tres episodis de xoc anafilàctic. Ingressà a la UCI procedent d’un Hospital Comarcal, perquè va patir un xoc anafilàctic després de la inducció anestèsica per una intervenció quirúrgica de baix risc en la que es produí una Aturada Cardiorespiratòria. Es va fer Reanimació Cardiopulmonar i posteriorment es traslladà a la UCI. Durant els dies d’ingrés es realitzà un seguiment neurològic. Malgrat que mantenia les seves constants vitals i obria

els ulls espontàniament, segons l'exploració neurològica i les proves complementàries presentava un mal pronòstic funcional. El facultatiu mèdic responsable plantejà a la família la realització d'una traqueotomia però la família rebutjà aquesta possibilitat basant-se en les instruccions prèvies fetes per la pacient on havia dit clarament que rebutjava qualsevol tractament que la deixés en un estat de coma vegetatiu.

Degut a la negació per part de la família de la realització de la traqueotomia, es va decidir procedir a una retirada del tub endotraqueal de la pacient que respirà espontàniament i es va produir la mort després de 24 hores.

#### **4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament**

7 representants familiars varen rebutjar algun tractament. 6, varen rebutjar la tècnica de la traqueotomia i 1, va sol·licitar que no es fessin més tractaments de suport vital.

Per la tècnica de la traqueotomia el metge responsable dels pacients sol·licità el Consentiment Informat.

#### ***Cas nº 38***

Home de 80 anys amb patologia crònica prèvia, al qual es va intervenir quirúrgicament d'un tumor de pulmó. Com antecedents d'interès destaca que no tenia al·lèrgies conegudes. Va ser fumador de 10 cigarrets al dia durant 48 anys i des de feia 20 anys que no fumava. No tenia altres hàbits tòxics. Tenia una hipertensió arterial en tractament, una diabetis mellitus tipus II i una dislipèmia en tractament. Va tenir una tuberculosi pulmonar a la infància amb lesions als lòbuls superiors del pulmonar. Es trobava en estudi pel Servei de Neurologia per microembòlies cerebrals i infarts ja que el pacient tenia tremolors sense que s'hagués diagnosticat una malaltia de parkinson i sense que li repercutís sobre la qualitat de vida, malgrat que tenia inestabilitat al caminar. També havia patit un ulcus gàstric perforat que havia requerit cirurgia feia 25 anys i s'havia operat de cataractes als dos ulls.

Es va reintervenir al cap de 24 hores de la intervenció per sagnat i va ser politransfòs motiu pel qual ingressà durant 24 hores a la UCI podent-se extubar posteriorment i donant-se d'alta altra cop a la unitat d'hospitalització. Durant l'estada a la unitat, van reaparèixer alteracions del ritme cardíac i dificultat respiratòria progressiva. S'orientà com a probable pneumònia nosocomial. També es va acompanyar de fracàs renal agut. Després de 5 dies i malgrat el tractament instaurat, no evolucionà bé, tenia hipoxèmia severa, va aparèixer hipertensió arterial i reapareixien arítmies cardíques. Degut a la insuficiència respiratòria ràpidament progressiva es decidí l'ingrés a la UCI on fou intubat urgentment i connectat a la ventilació mecànica. Després de 10 dies d'ingrés el pacient no avançava en el weaning i es proposà a la família la realització d'una traqueotomia però van descartar aquesta intervenció.

### **Cas nº 50**

Home de 82 anys enviat des de l' Hospital Comarcal després de dues setmanes d'ingrés per una pancreatitis amb mala evolució. Es tractava d'un pacient immunosuprimit, en tractament quimioteràpic per sarcoma de Kaposi. Tenia una malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) greu i de llarga evolució hospitalària. Ingressà a la Unitat de Cirurgia hepato-biliar per una pancreatitis amb pseudoquist i necrosi. Durant 27 dies es realitzaren diverses proves diagnòstiques i s'aplicaren diverses tècniques de drenatge. Finalment es decidí intervenir quirúrgicament produint-se una aturada cardiorespiratòria durant la intervenció. Segons la família, en el previ ingrés a l'Hospital Comarcal ja havia fet dues aturades cardíques que no constaven als informes mèdics. Després d'una segona intervenció, en el 10è dia d'ingrés a UCI, va tenir una mala evolució clínica i la família va referir no voler més mesures agressives davant el plantejament de la possibilitat de realitzar una traqueotomia. El pacient presentà tendència a la inestabilitat hemodinàmica amb diüresi molt justa. Sortida de pus franc per un drenatge amb contingut gàstric. L'11è dia el pacient, en situació d'impossibilitat de cura, només es quedà amb mesures de confort i amb absència de qualsevol mena de dolor.

S'informà a la família i no s'incrementà tractament instaurat, es morí el mateix dia.

### **Cas nº 77**

Home de 47 anys d'origen gambià que acudí a Urgències per un deteriorament neurològic. Ingressà a la UCI per una meningitis bacteriana. Durant els dies d'ingrés es produí un deteriorament neurològic progressiu i una absència de resposta, per la qual cosa s'informà al seu fill del mal pronòstic neurològic i vital.

Després de la realització de proves diagnòstiques en la que es detectaren múltiples lesions cerebrals i una encefalopatia anòxica, el 8è dia d'ingrés s'informà a la família del mal pronòstic. El seu fill sol·licità que no es fessin més mesures agressives i rebutjà la proposta de la realització d'una traqueotomia. Va morir l'11è dia.

### **Cas nº 97**

Dona de 85 anys que s'intubà urgentment degut a una insuficiència respiratòria progressiva a un Hospital Comarcal. Es trobava ingressada per una sospita d'una diverticulitis. En necessitar ventilació mecànica i al no haver-hi disponibilitat de llits a l'Hospital de Referència es traslladà a un Hospital de Barcelona per un empitjorament respiratori, diagnosticant-se un tromboembolisme pulmonar (TEP). Després d'una llarga estada a la UCI d'aquest hospital, un total de 26 dies, no va ser possible el weaning i els responsables mèdics proposaren la realització d'una traqueotomia. La família que no va veure clara aquesta opció, sol·licità el trasllat a la UCI de l'Hospital de Referència. Durant l'ingrés a UCI es proposà de nou una traqueotomia com a única possibilitat per poder retirar la ventilació mecànica. La família rebutjà novament aquest tractament, acceptant les conseqüències de la retirada del tub endotraqueal que suposaria molt probablement la mort de la pacient. El 5è dia després de retirar-li el tub endotraqueal i la ventilació mecànica morí al cap de 24 hores.

### **Cas nº 108**

Home de 75 anys que va ser portat per la Unitat de Suport Vital Avançat (USVA) a Urgències per TCE sense pèrdua de coneixement després d'una caiguda fortuïta per unes escales. Es realitzà un bodyTAC que informà d'una fractura cranial i un hematoma cerebral. Va ser valorat per el Servei de Neurocirurgia sent no tributari per la cirurgia. Ingressà a la UCI. Com a antecedents d'interès tenia una malaltia de Parkinson coneguda i era autònom per les activitats de la vida diària però amb dificultat. No es considerava tributari de mesures agressives. El 6è dia, la família manifestà que no volien que després del tractament fos més depenent per les activitats de la vida diària de que ho era prèviament al traumatisme.

El facultatiu mèdic va decidir que si no millorava la resposta neurològica i tenint en compte la voluntat de la família no era candidat a la realització d'una traqueotomia. Es va considerar que el pacient no era tributari a mesures extraordinàries en cas d'un empitjorament de la malaltia de Parkinson que limitava la seva qualitat de vida. Va morir el 8è dia.

### **Cas nº 295**

Home de 67 anys, natural del Regne Unit, vivia a Catalunya des de feia 9 anys. Consultà al Centre d'Atenció Primària (CAP) per malestar general i dificultat per caminar en els últims 3 dies. S'objectivaren problemes cardíacs. Era un fumador actiu de 1.5 paquets de tabac al dia des dels 15 anys. La seva dona manifestà que la seva vida diària la passava fumant i que no es movia d'assegut a la cadira. Patia una úlcera per decúbit pel fet d'estar sempre assegut i enllitat. Tenia un enolisme moderat, una hipertensió arterial, una dislipèmia, una cardiopatia isquèmica amb un infart de miocardi. Tenia una dificultat respiratòria habitual per una MPOC severa en tractament. També tenia una Insuficiència Renal Crònica (IRC) i una insuficiència venosa crònica amb dolor muscular intens, rampa o entumiment dels músculs a les cames i un quadre de dolor articular.



Ingressà a la UCI per una IRC reaguditzada per ingesta d'antiinflamatoris orals. Precisà hemodiàlisi contínua i perfusió de drogues vasoactives. Tenia tendència a la bradicàrdia degut a la seva malaltia cardiològica.

El 2on dia d'ingrés es produí una important millora. El pacient es trobava conscient i responia a ordres, per la qual cosa es procedí a la retirada del tub endotraqueal i la ventilació mecànica. Els dies posteriors es trobà més endormiscat i es realitzaren sessions de Ventilació Mecànica No Invasiva (VMNI). Es donà d'alta el 8è dia a la planta de Medicina Interna. La seva dona sol·licità que no es fessin més mesures de suport vital. Posteriorment es traslladà a un Centre Sociosanitari i es desconeix el seu destí donada la seva condició d'estranger.

### **Cas nº 471**

Home de 68 anys que patia un infart cerebral transitori hemorràgic (ICTUS) de gran tamany i un edema cerebral i que a causa d'això patia una hemiplègia dreta i un trastorn de la comunicació lingüística (problemes per comprendre i generar llenguatge). Es trobava ingressat en un centre de convallescència per a rehabilitació. Tenia un ranking previ de 5 a l'escala de Barthel<sup>2</sup> per la valoració de la dependència, i era depenent per totes les activitats de la vida diària. Tenia una fibril·lació auricular de llarga evolució en tractament, una diabetis mellitus tipus II i una dislipèmia de llarga evolució. També una hipertensió arterial de llarga evolució, hiperuricèmia, una valvulopatia mitral i dificultat respiratòria. Tenia una hèrnia hiatal i va ser intervingut de colecistectomia als 46 anys també d'una migdalectomia a la infantesa. Tenia antecedents familiars de poliposi i feia controls per fibrocolonoscòpies biannuals. Va acudir a l'Hospital de Referència per a la realització d'una arteriografia per descartar una malformació com a origen de l'hemorràgia que havia tingut. Durant el procediment el pacient patí una crisi comicial generalitzada. Es realitzà un TAC cranial urgent que mostrà un hematoma cerebral en evolució. Ingressà al servei de Neurologia i posteriorment a la UCI per una mala evolució

---

<sup>2</sup> És un instrument que medeix la capacitat de la persona per la realització de 10 activitats de la vida diària. A partir d'aquesta valoració s'obté una estimació quantitativa del grau de dependència de la persona.

neurològica per la qual cosa va ser intubat i connectat a la ventilació mecànica. El 4art dia d'ingrés a la UCI es va poder avançar en el weaning i la família expressà la voluntat de no realitzar més mesures extraordinàries de suport vital davant la nul·la millora en les darreres 72h. Varen demanar no allargar la situació si el pronòstic no era d'una bona qualitat de vida. El 7è dia es retirà el tub endotraqueal i es va donar d'alta a la unitat d'hospitalització. El 9è dia respirava espontàniament però no connectava amb el medi. Ja ingressat altra cop al Servei de Neurologia no presentà milloria neurològica per la qual cosa es va decidir realitzar un nou TAC cranial que informà d'un infart cardioembòlic i un hematoma ja coneguda. Atès el mal pronòstic del pacient i sense milloria clínica amb estat de coma, s'informà a la família de l'estat del pacient i es va mantenir amb mesures de confort. Va morir a la unitat d'hospitalització

#### **4.2.2.4. Constància de consens amb els representants**

En 6 casos hi ha constància a la Història Clínica que la decisió de LET va ser presa per l'equip mèdic i no només va estar comunicada als representants dels pacients sinó que a més es diu explícitament que la família hi va estar d'acord.

#### ***Cas nº 14***

Home de 74 anys que com a antecedents d'interès tenia una cardiopatia isquèmica, havia patit un Infart de Miocardi Agut (IAM) que havia requerit una intervenció quirúrgica amb triple bypass i biopròtesi aòrtica. Realitzà tractament immunosupressor i tenia una insuficiència renal crònica amb nefroangiosclerosi maligne. També tenia una gammapatia monoclonal de significat incert (GMSI) que cursà amb una producció anormal de immunoglobulines i l'aparició d'un tumor de plasmòcits amb secreció de grans quantitats d'anticossos. També tenia una hipertensió arterial, bronquiectàsies, un carcinoma maligne de la pell i aixafaments vertebrals múltiples a tots els cossos lumbar, múltiples fissures i fractures a les costelles. També va tenir una ple pleuritis a la infància. Ingressà amb símptomes d'un procés infecció que requerí 3 ingressos a Medicina Interna. Es desconeixia l'origen de la infecció i es realitzaren diverses proves

diagnòstiques i es detectà una lesió lítica a la columna vertebral i crani que correspondria a metàstasis. El pacient empitjorà hemodinàmicament i ingressà a la UCI on es tractaren els símptomes d'empitjorament. Es sospità d'una infecció sobre la vàlvula protètica. Al 4art dia, evolucionà malament i es decidí Limitació de l'Esforç Terapèutic conjuntament amb la família, quan ja era evident un empitjorament clar a nivell clínic. Conjuntament amb el servei de radiologia degut a la situació greu del pacient es descartà la possibilitat d'una prova diagnòstica que consistia en l'extracció de moll d'ós per la situació greu del pacient. Morí el mateix dia.

### **Cas nº 69**

Dona de 82 anys que consultà al Servei d' Urgències per un dolor abdominal d'inici agut. Es realitzà un TAC d'abdomen i es diagnosticà de colecistitis aguda. Durant aquesta exploració disminuí el seu nivell de consciència i va fer una pre-aturada cardiorespiratòria que es recuperà amb maniobres d'RCP. Es va intervenir de forma urgent, degut a la inestabilitat hemodinàmica i ingressà a la UCI en el postoperatori immediat. Com a antecedents d'interès, destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes, una dubtosa al·lèrgia a penicil·lina. Hipertensió arterial, diabetis mellitus tipus II, dislipèmia, colelitiasi asimptomàtica, anèmia atribuïda a pèrdues per gastritis crònica, hemorroides. Estava pendent d'un estudi de sang en femta. Tenia una fibril·lació auricular en tractament, un goll multinodular, una cardiopatia isquèmica de llarga evolució amb IAM, angina de pit i 2 bypass aorto-coronaris. Actualment seguia controls per cardiologia.

A l'ingrés a la UCI es considerà que donats els antecedents, probablement no era tributària a augmentar les mesures terapèutiques en cas de no resposta al tractament inicial. El 2on dia de UCI presentà un fracàs multisistèmic secundari a la colecistitis. Davant la milloria de la pacient, de moment no es realitzaren més mesures invasives. Del 4art al 9è dia, s'intentà weaning i la pacient no era tributària de mesures agressives si presentava ACR degut als antecedents cardiològics. L'estat de consciència impedia plantejar l'extubació. El 9è dia d'ingrés, la pacient encara que es va anar recuperant del quadre infecció, els antecedents cardiològics eren de molt mal pronòstic i irreversibles pel que no

es va creure possible superar aquest quadre. Tenia una miopatia del malalt crític accentuada i la família estava ben informada i sensibilitzada al respecte. Es fa fer Limitació de l'Esforç Terapèutic. Si feia alguna complicació cardiovascular, infecciosa, renal, metabòlica o d'un altra tipus no era tributària de tractaments de suport vital, excepte de cures pal·liatives i de confort. L'11è dia es va produir una mala evolució clínica amb diüresi escassa. Estava arítmica, tenia una hipotensió arterial, estava molt edematosa i tenia un pronòstic infaust. Morí el mateix dia.

### **Cas nº 80**

Home de 72 anys que referia que des de feia 3 dies tenia dificultat respiratòria progressiva fins fer-se de repòs, tos i expectoració. Dels antecedents destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. Era un ex-fumador des de feia 25anys, no tenia enolisme ni altres hàbits tòxics. Tenia una cardiopatia isquèmica que va requerir una intervenció quirúrgica de triple by-pass. Tenia una angina inestable i es va realitzar una coronariografia que va mostrar lesions severes de les venes, requerint una nova cirurgia de revascularització. Seguia controls per part del Servei de Cardiologia. Tenia una hipertensió arterial d'anys d'evolució i una insuficiència renal crònica que va requerir ingrés. Aneurisma d'aorta abdominal intervinguda i hiperplàsia benigna de pròstata.

Acudí a l' Hospital Comarcal on es diagnosticà de pneumònia adquirida a la comunitat. S'intubà, es connectà a la ventilació mecànica i es traslladà a la UCI. Hemodinàmicament es trobava molt inestable però evolucionà satisfactòriament. Va ser extubat i el 4art dia de UCI va ser donat d'alta a la planta de Medicina Interna, conscient i orientat .Posteriorment a la seva estada a planta que va ser de 7 dies, es donà d'alta l seu domicili. El diagnòstic s'orientà com a mixt degut a un component d'edema agut de pulmó en relació a cardiopatia isquèmica de base i la presència de fibril·lació auricular. Va ser valorat pel Servei de Cardiologia, decidint-se realitzar un estudi ambulatori amb una prova d'esforç.

A les 24 hores de l'alta, va ser portat a Urgències de nou per presentar un quadre de cefalea de 24 hores d'evolució amb empitjorament de la seva

dispnea habitual i febre. Tenia una insuficiència respiratòria i un baix nivell de consciència. Es decidí la realització d'un TAC de crani, però el pacient es trobava massa hipòxic i hipotens i va requerir intubació i connexió a ventilació mecànica. El TAC de crani mostrà hematomes subdurals crònics. Re-ingressà a la UCI inestable hemodinàmicament. El 3er dia, s'inicià el weaning i al 6è dia destacà la falta de resposta neurològica. Degut a que s'aguditzà la seva insuficiència renal crònica es considerà que no era tributari a tècniques d'hemodiàlisi. Per tota la història del pacient es decidí d'acord amb la família de no augmentar la intensitat terapèutica pel que no es va fer hemodiàlisi. El 8è dia, hi ha va haver un fracàs renal agut amb oligúria, inestabilitat hemodinàmica amb necessitat de drogues vasoactives a altes dosis i s'informà a la família del mal pronòstic a curt termini. Es va considerar que no era tributari a l'hemodiàlisi. Morí el mateix dia.

### ***Cas nº 152***

Dona de 77 anys, vianant que va ser atropellada per una moto, essent projectada uns metres. A l'arribada del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) i donada la falta de resposta neurològica, procediren a intubació orotraqueal i la connexió a ventilació mecànica. Es va traslladar a l'Hospital de Referència on el Servei de Neurocirurgia descartà una intervenció quirúrgica per evacuació de l'hematoma. Ingressà a la UCI on es realitzà tractament mèdic conservador farmacològic per l'edema cerebral que no era efectiu. A l'exploració la pacient presentà una flexió anormal de les extremitats superiors i tenia mal pronòstic neurològic. D'acord amb la família es va determinar que la pacient no era tributària de mesures agressives. Es decidí la no realització de traqueotomia. S'extubà i es col·locà un tub de Mayo. S'informà a la família del mal pronòstic. Finalment la pacient va ser èxitus i la família donà consentiment per la donació i extracció de teixits.

### **Cas número 246**

Dona de 83 anys que consultà al servei d'Urgències de l' Hospital Comarcal per un quadre d'insuficiència respiratòria progressiva associat a símptomes d'un refredat. Empitjorà a nivell respiratori, s'intubà i es connectà a la ventilació mecànica. S' inestabilitzà hemodinàmicament i empitjorà la seva funció renal. Com a antecedents personals d'interès destacava que no tenia al·lèrgies a cap medicament. Tenia una hipertensió arterial, una diabetis mellitus tipus II de llarga evolució. Asma bronquial severa en control per metge de capçalera. Va estar ingressada per una pneumònia adquirida a la comunitat que va requerir intubació orotraqueal durant 7 dies. Va desenvolupar una arítmia cardíaca per fibril·lació auricular. També tenia una dislipèmia i un síndrome depressiu en tractament. Va ser intervinguda d'apendicectomia i amigdalectomia a la joventut. Tenia una hipoacusia bilateral, glaucoma i cataractes bilaterals. Fractura de maluc esquerra feia dos anys.

Es traslladà a la UCI per un fracàs renal agut que es recuperà però destacà un fracàs del weaning repetidament. El 2on dia s'inicià weaning sense resposta. El 6è dia davant situació límit s'intentà extubar amb èxit. Es comentà amb la família la situació i van ser conscients de la situació límit. En cas de dispnea que la incomodés, calia sedar-la i intubar, si evolucionava a la somnolència sense incomoditat, només mesures de confort. Mantenia saturacions però molta dificultat respiratòria, estava molt adormida, obeïa ordres senzilles i apareixia arítmia cardíaca. El 8è dia, la situació clínica era semblant a la seva de base i es decidí l'alta a planta de Medicina Interna. L'evolució era desfavorable i d'acord amb la família es decidí pal·liació dels símptomes davant la persistència de la insuficiència respiratòria refractària al tractament. Pujà a planta amb tractament amb morfina. Va morir a la unitat d'hospitalització.

### **Cas número 306**

Dona de 83 anys sense antecedents rellevants (anèmia, i síncope), intervinguda de neoplàsia al colon al Hospital Comarcal. En el postoperatori, va tenir complicacions notables amb fallida de sutura i abscess abdominal que es

drenà a través d'una punció i que obligà a una nova re-intervenció quirúrgica després del trasllat a l'Hospital de Referència. Es realitzà una ileostomia amb fístula mucosa. En el postoperatori es trobava hemodinàmicament inestable i requeria drogues vasoactives i ventilació mecànica. Degut a la mala evolució, es realitza una tercera intervenció 48 hores més tard , amb neteja i nova resecció intestinal . En el postoperatori d'aquesta 3era. intervenció, ingressà a la UCI. Les primeres hores requerí altes dosis de drogues vasoactives que progressivament es van poden disminuir. Mantenia la funció renal i des del punt de vista quirúrgic evolucionava bé per la qual cosa s'intentà progressar en la desconexió de la ventilació mecànica.

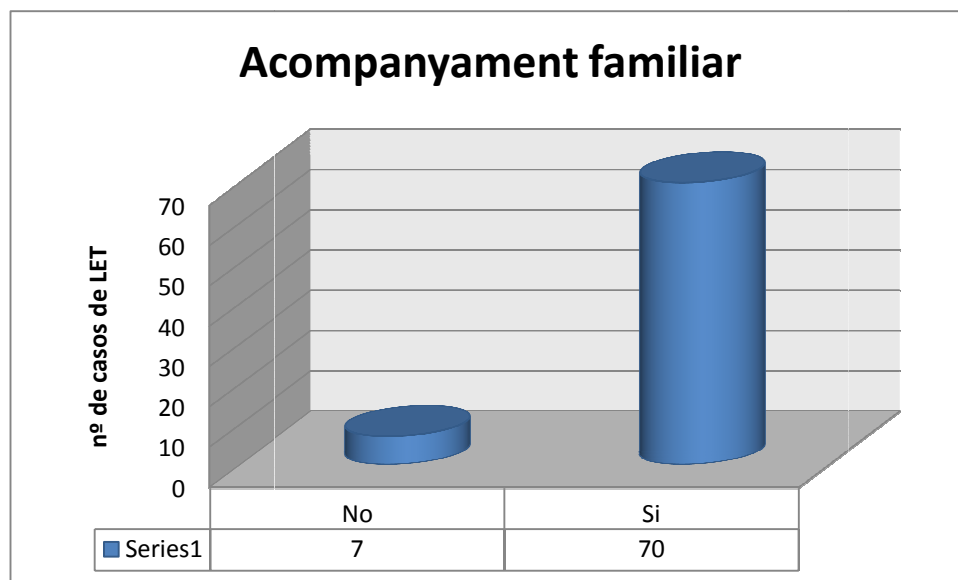
El 2on dia, de comú acord amb la família de la pacient, evitar l'aferrissament terapèutic, en principi, es va decidir no fer més re-intervencions quirúrgiques. Degut a la seva bona evolució va ser extubada. La pacient es va donar d'alta 10 dies després, a la Unitat de Cirurgia General. Es trobava en bon estat general, conscient però desorientada en temps, espai i persones. Un cop a la Unitat de Cures Intermèdies i d'acord amb la família es decidí traslladar-la de nou a l'Hospital Comarcal d'origen per completar la convalescència.

Després de l'estada a l'Hospital Comarcal, en que va ser necessària la rehabilitació per miopatia, va ingressar a un Centre Sociosanitari. La pacient mai va acceptar la ileostomia i la fístula mucosa per la qual cosa tenia depressió. Va sol·licitar el tancament i la reconexió acceptant tots els riscos fins hi tot el de la mort. El postoperatori va ser complicat fins que va recuperar el peristaltisme. Actualment té problemes d' incontinència rectal, per la qual cosa fa rehabilitació però ha millorat la seva qualitat de vida. Encara es troba ingressada en el Centre Sociosanitari.

### 4.2.3. La Informació als representants dels pacients

En aquest apartat es vol examinar el procés d'informació a través del qual els professionals varen comunicar als representants dels pacients la seva evolució, així com també conèixer qui eren aquests representants.

- En la gran majoria dels casos, el 90,9% (70) consta que els pacients estaven acompanyats. A les Histories Clíniques es parla de “família” però en molt pocs casos s'especifica quin era el vincle familiar concret.
- Només en el 9,1% de casos no hi va haver representació familiar. Es tracta de 7 casos de pacients que vivien sols. Eren casos amb antecedents d'hàbits tòxics (enolisme), en situació d'indigència o sociopatia. En alguns casos tenien mala relació familiar i en altres no tenien parentiu conegut. En 1 cas es tractava d'un pacient estranger que es trobava sol de vacances i la família no es va traslladar des del seu país a l'hospital.



- A la majoria dels casos consta al curs clínic mèdic i d'infermeria que es va donar informació a “la família”.



- Al curs clínic d'infermeria queda registrat si va venir algú de la família, a quins torns de visita varen venir (matí, tarda o nit) i si se'ls va informar, malgrat que, en poques ocasions s'esmenta, de quin familiar es tracta i de què s'ha informat concretament.

- En el curs clínic mèdic es sol fer esment a la família només durant els últims dies abans de la mort del pacient, quan s'augura un mal pronòstic.

- Dels 77 casos analitzats, en 20 casos no consta en el curs mèdic cap referència respecte a la informació als representants.

- Es pot dir que hi ha 3 nivells de registre de la informació:

- a) No consta la informació que s'ha donat a la família.

- b) Es fa referència només a que s'ha informat a la família però sense explicitar els detalls. Exemples: "s'informa a la família del mal pronòstic", "s'informa a la família del mal pronòstic a curt plaç", "es comenta a la família la situació i el pronòstic fatal i d'imminència d'èxitus", "família informada", "s'informa a la seva família de la mala evolució i escasses possibilitats de milloria", "família informada, s'avisava de l'empitjorament".

- c) En alguns casos es fa referència al motiu de la LET. Exemples: "s'ha informat a la família de la situació del pacient, així com de la limitació de mesures donada la disfunció ventricular tan severa que presenta", "degut al pronòstic vital de la seva malaltia de base, es decideix no realitzar més mesures agressives i garantir mesures de confort. S'informa a la família del mal pronòstic a curt plaç", "donada l'evolució de la pacient, i amb la comprensió de la família, es decideix no fer mesures extraordinàries", "per totes aquestes raons, i afegint a més en els últims dies, una infecció que causa rectorràgies i isquèmia del colon global, es decideix de forma conjunta amb la família, no realitzar més mesures agressives terapèutiques i garantir el confort i analgèsia de la pacient".

#### **4.2.4. Qualitat de vida i factors sociofamiliars o socioeconòmics dels pacients**

En aquest apartat es pretén posar de relleu que alguns pacients amb LET es trobaven:

- 1.- Amb limitacions de la seva qualitat de vida (nivell de dependència) cosa que, en alguns casos, els comportava residir en un Centre Sociosanitari.
- 2.- Alguns d'ells vivien sols, tenien antecedents d'hàbits tòxics, tenien problemes de relació familiars, indigència o sociopatia.

##### **4.2.4.1. La Qualitat de vida. Dependència per a les activitats de la vida diària<sup>3</sup>**

En 8 pacients constava alguna referència a la seva qualitat de vida limitada relacionada al seu grau de dependència per a les activitats de la vida diària.

En 3 casos no s'iniciaren tractaments de suport vital.

En 2 casos es començaren tractaments de suport vital, malgrat la limitada qualitat de vida del pacient.

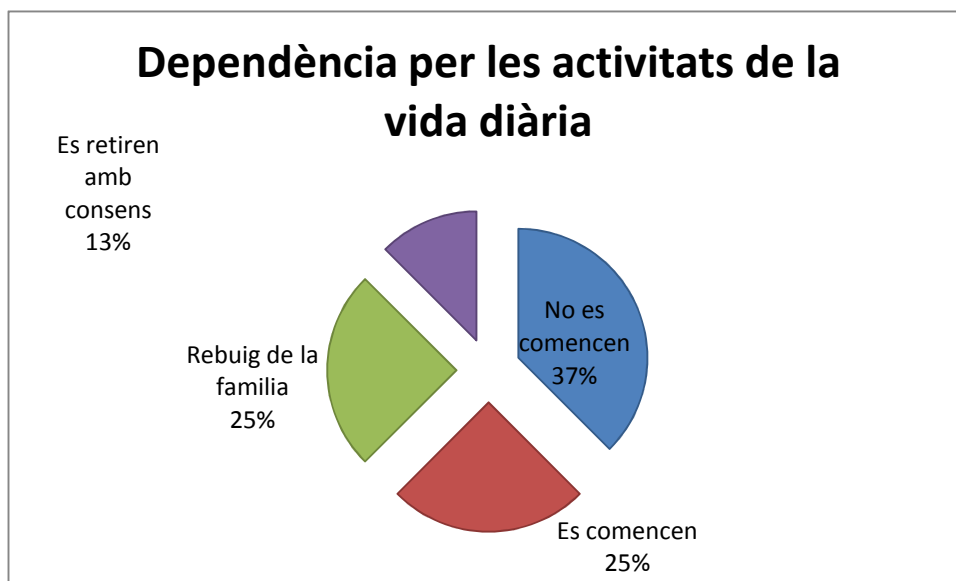
En 2 casos és la pròpia família que rebutjà tractaments de suport vital basant-se en la poca qualitat de vida.

En 1 cas es retirà la ventilació mecànica a petició de la família.

---

<sup>3</sup> L'Organització Mundial de la Salut considera que la qualitat de vida respon a un concepte molt ampli i que inclou diferents àrees com la salut física, l'estat psicològic, el nivell de dependència, les relacions socials, les creences personals i a la seva relació amb el medi ambient.

En aquest cas, es vol fer referència al grau de dependència per les activitats de la vida diària.



#### 4.2.4.1.1. En 3 casos no s'iniciaren tractaments de suport vital.

##### **Cas nº 19**

##### ***No es varen començar tractaments de suport vital (intubació i ventilació mecànica) després de complicacions post quirúrgiques per una neoplàsia***

Dona de 76 anys que feia vuit mesos havia patit un Accident Vascular Cerebral (AVC) isquèmic. Tenia una hipertensió arterial i una dislipèmia. Es trobava ingressada en un Centre Sociosanitari perquè patia una hemiplegia esquerra residual i deambulava amb cadira de rodes. Es va diagnosticar d'una neoplàsia gàstrica. En el postoperatori programat, va aparèixer una fístula i començà un quadre d'insuficiència respiratòria i fracàs renal. Ingressà a UCI i s'orientà com una pneumònia intrahospitalària. No responia al tractament instaurat amb VMNI i va fer un fracàs renal. Davant la situació, s'avisà a la família de la situació i del mal pronòstic a molt curt temps. La família era conscient de la situació de la malalta. Es provà VMNI i no s'intubà. S'informà a la família del pronòstic incert al migdia i morí el primer dia d'ingrés.

### **Cas nº 54**

***No es varen començar tècniques d'hemodiàlisi a un pacient amb intervenció cirurgia cardíaca no resolutiva i patologia crònica.***

Home de 80 anys que va estar hospitalitzat durant 2 mesos a la UCI d'un hospital de Barcelona per un postoperatori de cirurgia cardíaca en la que no es va poder fer un by-pass per calcificacions i en el que presentà un xoc cardiogènic, una disfunció ventricular dreta severa residual i insuficiència renal aguda mantinguda amb tractament amb diürètics i un weaning perllongat pel que es va realitzar finalment traqueotomia, sense possibilitat de poder-la retirar a causa d'un granuloma a les cordes bucals. Durant 23 dies va estar una clínica en règim de convalescència de mitja estada. Portava una traqueotomia i patia un episodi agut d'hemoptisi i dolor abdominal. Ingressà al Servei de Medicina Interna però al cap de dos dies empitjorà el seu estat amb oligoanúria (ja tenia un fracàs renal establert i de llarga evolució) i anasarca secundària, tenia una hipotensió arterial i una insuficiència respiratòria per la qual cosa ingressà a la UCI. El 2on dia, donada la comorbiditat que presentava, l'ingrés hospitalari prolongat i la seva situació clínica, s'informà a la família del mal pronòstic del pacient i es limità l'hemodiàlisi donada la disfunció ventricular tan severa que presentava. Morí el 2on dia d'ingrés.

### **Cas nº136**

***No es varen començar tractaments de suport vital (intubació) degut a una pancreatitis greu i patologia crònica.***

Dona de 73 anys que consultà a l'Hospital Comarcal per dolor abdominal d'una setmana d'evolució i que s'aguditzà en les últimes hores i es diagnosticà d'una pancreatitis aguda greu. Tenia una obesitat mòrbida, era dependent per les activitats de la vida diària, necessitava ajuda per anar al lavabo, vestir-se i no sortia de casa seva. Tenia una miocardiopatia dilatada de feia més de 10 anys amb falta d'adherència als controls, una insuficiència cardíaca congestiva amb dispnea a mínims esforços i ortopnea. A l'ingrés a UCI es trobava

conscient i orientada però amb inestabilitat hemodinàmica. Es realitzà un TAC d'abdomen que mostrà una pancreatitis aguda molt greu. Poc després de l'ingrés presentà una fibril·lació auricular ràpida i un fracàs renal agut, amb tendència a l'estat comatós en relació a l'empitjorament sistèmic. S'inicià tractament amb drogues vasoactives però no s'iniciaren tractaments de rang superior com la ventilació mecànica i va ser èxitus. Morí el mateix dia d'ingrés.

**4.2.4.1.2. En 2 casos es varen començar tractaments de suport vital malgrat la limitada qualitat de vida de la pacient.**

***Cas nº 29***

***Es varen començar tractaments de suport vital (intubació) després d'una mala evolució a l' Hospital Comarcal d' un procés agut per pneumònia***

Dona de 69 anys que consultà al seu Centre d'Atenció Primària (CAP) per augment de la seva insuficiència respiratòria crònica. Es trobava en tractament amb oxigen domiciliari i tenia una dispnea a mínims esforços, sense cap milloria i amb limitació important per les activitats de la vida diària. Va ser ingressada per una pneumònia i intubada després d'uns dies de tractament amb antibioteràpia i VMNI amb mala evolució. Va ser derivada a la UCI on es va fer una extubació precoç amb ordres de no reintubació. Morí 12 hores després.

***Cas nº 44***

***Es varen començar tractaments de suport vital per la complicació d'un procés de sagnat agut de la via digestiva***

Home de 85 anys, que tenia una demència senil, arrossegava els peus i tenia una dificultat per fer activitats complexes. Es trobava controlat pel Servei de Neurologia per demència però li permetia passejar sense desorientar-se i dormia bé a les nits. Tenia una hipertensió arterial en tractament, una MPOC, un carcinoma urotelial tractat amb radioteràpia feia 5 anys sense recidiva. Es

va realitzar una cistoscòpia feia dos anys per un gran adenoma de pròstata i una bufeta urinària amb múltiples diverticles. Tenia una insuficiència venosa, angor i glaucoma. Aleshores s'intubà per un procés agut, un sagnat de les vies digestives, després d'una fibrogastroscòpia en la que es cauteritzaren les lesions sagnants i en la que presentà un vòmit i una aturada cardiorespiratòria que es recuperà. A l'ingrés a UCI, i degut a la seva mala evolució, necessità ser sedat, intubat i connectat a ventilació mecànica. Posteriorment a la intubació van aparèixer més complicacions i morí a les poques hores d'haver ingressat.

**4.2.4.1.3. En dos casos és la pròpia família que rebutjà tractaments de suport vital basant-se en la poca qualitat de vida.**

#### **Cas nº 108**

***Rebuig dels representants del pacient a un tractament de suport vital (traqueotomia) per la seva per qualitat de vida limitada per malaltia de Parkinson.***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

#### **Cas nº 471**

***Rebuig de la família a rebre més tractaments de suport vital tenint en compte la qualitat de vida.***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

#### **4.2.4.1.4. En un cas es retirà la ventilació mecànica**

##### ***Cas nº 64.***

##### ***Es retiraren tractaments de suport vital i es donaren ordres de no reanimar***

Home de 80 anys que va estar ingressat 12 dies a l'Hospital Comarcal per reducció d'una fractura periprotèsica amb un postoperatori correcte, posteriorment es va donar d'alta per recuperació a un Centre Sociosanitari. Després d'acudir de nou a l'Hospital Comarcal per insuficiència respiratòria i de tornar-lo a donar d'alta al Centre Sociosanitari, consultaren a l'Hospital de Referència on es valorà per dispnea a mínims esforços i tos sense expectoració. Es van fer un seguit de proves diagnòstiques i es decidí l'alta i el trasllat de nou a l'Hospital Comarcal al servei de Medicina Interna per continuar un estudi per eritroblastosi, plaquetopènia, alteració del perfil hepàtic i taquipnea. Durant l'ingrés, una altra vegada evolucionà malament per insuficiència respiratòria aguda. Després d'una fibrolaringoscòpia normal i un TAC de crani que mostra una atròfia cortico-subcortical va ser traslladat a petició de la família al nostre centre. Com a antecedents d'interès era un fumador important feia anys. Aleshores fumava algun pur. Consumia habitualment alcohol. Tenia una hipertensió arterial, una cardiopatia isquèmica amb fibril·lació auricular, una insuficiència renal crònica amb un ronyó atròfic. Es va realitzar una pròtesi total de maluc dret que es va complicar amb una fractura periprotèsica al cap de 7 anys. L'últim ingrés va ser per la reducció de la fractura periprotèsica de fèmur dreta i col·locació d'una placa amb postoperatori sense complicacions. Hiperplàsia benigna de pròstata. Ingressà a la UCI per sèpsia d'origen respiratori. Es va intubar durant el trasllat per baix nivell de consciència i insuficiència respiratòria aguda. Inicialment s'orientà com una agudització de l'insuficiència renal crònica en el context d'una sobreinfecció respiratòria i baix nivell de consciència per encefalopatia metabòlica d'origen urèmic. El pla a la UCI va ser de weaning per fer una valoració neurològica. S'extubà el 2on dia, el 5è dia si feia un problema vital sever no s'havia de reanimar. El 7è dia es trobà molt postrat, dirigia la mirada

però no connectava amb el medi i no obeïa ordres. El 8è dia es va decidir aplicar LET degut a una mala evolució. Es va iniciar perfusió de morfina a la nit per abundants secrecions purulentes que no podia expectorar, portà trompeta nasal. Morí amb ordres de no reanimació.

A continuació es reproduïx l'entrevista amb la seva filla que manifestà que va trobar a faltar un diagnòstic i un pronòstic més concret pel seu pare. Després d'obtenir un diagnòstic i un pronòstic clar, varen consensuar amb el metge responsable la limitació de tractaments de suport vital.

### **Entrevista amb la seva filla respecte a la valoració de la seva qualitat de vida i dels motius d'ingrés a un Centre Sociosanitari**

**Quan temps feia que estava malalt el teu pare?** *“Des de feia uns 3 o 4 anys perquè va tenir una operació de pròstata entre mig, també es va trencar el fèmur, la cadera dues vegades”.*

**Ho associes a què era un persona gran?** *“Sí, no s'havia cuidat gaire mai i lo típic....que queia i es trencava alguna cosa”.*

**El motiu d'ingrés a l'hospital quin va ser?** *Al Trueta va ingressar perquè estava en una residència, semblava que tenia dificultat respiratòria, el varem portar a l'Hospital Comarcal i varen dir que no tenia res, que estava bé i el varen tornar a portar cap a la residència, i a les hores com que continuava molt malament i com que el centre de referència de la residència era el Trueta, el varem portar al Trueta i el metge del Trueta es va ficar les mans al cap. Ens varen dir: “com pot ser que us enviïn a casa de la manera que està aquest home?” Ens varen dir que l'enviarien altra cop a l'Hospital Comarcal perquè no el podien ingressar allà. Varem estar ingressats uns dies allà però va ser horrorós, un desastre. No els varem demandar perquè Déu no va voler, però varem estar a punt, no li posaven ni suero, i la resposta d'un dels infermers, va ser...”total se va a morir para que necessita suero?” Al final ens van dir que es moriria i com que no ens van tractar bé, varem dir que el volíem traslladar a Girona. És que a Girona la primera vegada ens van dir: “no, no, no, és que li*



*toca anar a l'Hospital Comarcal". Jo li vaig dir, sisplau, perquè vaig ser jo qui va ser a urgències i li vaig demanar "sisplau ingressi'l aquí perquè no me'n fio".*

**Quan va ser al Trueta, va anar a Urgències i després a la UCI? Te'n recordes?** *Que jo sàpiga va anar de l'Hospital Comarcal directament a la UCI a Girona.*

**Tenia insuficiència respiratòria?** *Bueno, ja li fallava tot, el fetge....., jo crec que ja no era gaire conscient, perquè ja ni parlava, ni res, ja estava intoxicat totalment, i ja li fallava tot.*

**Us va manifestar algun tipus de voluntats anticipades? Quan el vareu portar al centre?** *"No, ell no va dir mai res".*

**Consideres que tu i la família vareu tenir suficient informació?** *Al Trueta si, a l'Hospital Comarcal no ens deien res, un dia ens deien una cosa i un altra dia l'altra, no sabíem ben bé què passava i varem demanar un trasllat al Trueta. Ens va costar molt, en tinc molt mal record, inclòs vaig intentar fer una denúncia però després me'n vaig desdir, n'hi ha sort que quan passen els dies, penses...bueno deixo estar. Hi va haver un infermer o un zelador que em va dir: "para que trasladarlo si se va a morir"... A mi això m'ha quedat gravat, van tenir molt poca delicadesa i falta d'humanitat. I ens va costar molt i molt aconseguir el trasllat. Molt eh?*

**On es donava la informació?** *"La que més recordo és la que ens varen donar a la saleta d'espera, però no hi havia ningú més eh? Però n'estem contents, del Trueta no en tenim cap queixa, sort que hi varem venir. Ens explicaven tot molt bé i cada dia, ens informaven en el mateix box".*

**El pacient va acceptar els tractaments sense inconvenients...?** *"Si, nosaltres decidíem el que s'havia de fer perquè ell no podia".*

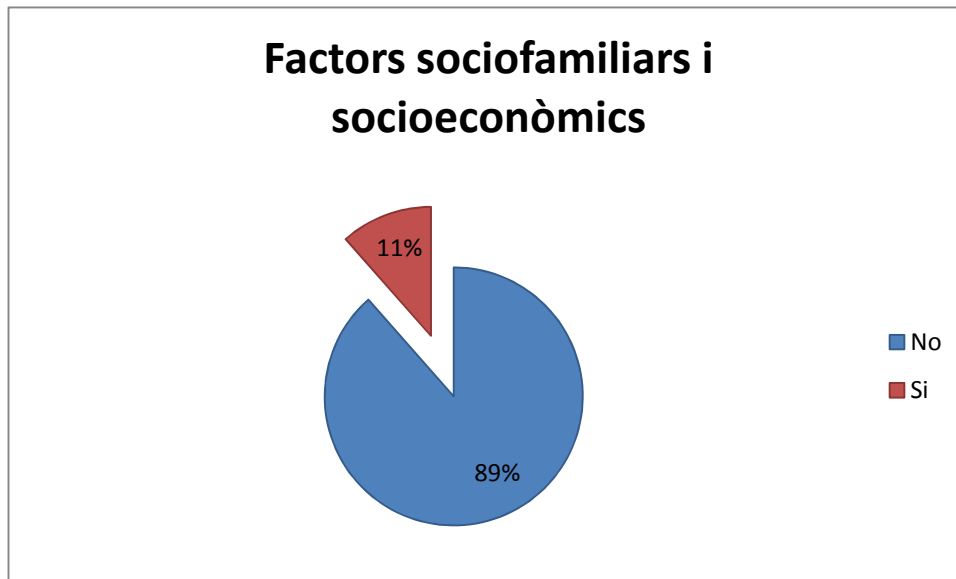
**Quina mort creus que va tenir...?** *"Jo crec que no va patir, al Trueta ja no era pràcticament conscient. Crec que li varen posar els sedants que necessitava".*

**Quina avaluació en fas del procés per part de la família de l'acompanyament?** “Jo només vaig trobar a faltar que les hores de visita no fossin tan restrictives, perquè t’havies d’organitzar per poder venir els horaris fixats. Però també entenc que no pot ser que sigui obert tot el dia...”.

**En cas que se li hagués proposat un suport especialitzat a domicili...** “Si però no va ser així, ni tan sols a l’hospital comarcal..., perquè allà no li feien res. Almenys estem tranquils perquè d’aquesta manera se li va intentar fer alguna cosa, després ens varen dir que no es podia fer res més i ja ho varem entendre. Ens varen deixar entrar a tota la família i tot molt bé, n’estem contents i no tenim res a dir, tot el contrari”.

#### **4.2.4.2. Factors sociofamiliars i socioeconòmics**

- En un 11% (10 pacients) es detectaren problemes de tipus sociofamiliar i/o socioeconòmic amb una relació directe amb l’absència de família durant l’ingrés.
- 7 pacients no varen tenir o no varen rebre suport familiar durant l’ingrés.
- A la resta de pacients malgrat que en algun cas venien els familiars es consideraren de poc suport ja que acudien poques vegades a les visites.
- Alguns pacients no es varen considerar en aquest apartat ja que malgrat que tenien un hàbit enòlic es trobaven acompanyats de família.



#### Cas nº 8

Home de 80 anys d'origen anglès i que residia a la Costa Brava. Vivia i cuidava a la seva esposa que tenia esclerosi múltiple. No parlava espanyol i tenia una amiga que l'acompanyava durant els dies d'ingrés i que li feia de traductora. Només l'últim dia es desplaçà el seu fill d'Anglaterra.

#### Cas nº 53

Home de 66 anys que vivia sol en una pensió, tenia mala relació amb els fills segons els informes previs. La família no acudia a l'hospital. Se'ls informà telefònicament però no quedà registrat a qui s'informà.

#### Cas nº 89

Home de 70 anys que en una de les visites de seguiment al Servei d'Oncologia per una antiga neoplàsia gàstrica, es descobrí una metàstasi hepàtica per la qual va ser intervingut. Al curs d'infermeria va quedar constància que no es va detectar cap familiar. S'avisà a un amic el dia de la mort ja que no constava que tingués família.

### **Cas nº 98**

Home de 63 anys que va ser portat pel SEM a Urgències per una aturada cardiorespiratòria recuperada amb asfíxia per un cos estrany en la via aèria. Tenia un enolisme molt important, en tractament de deshabitació, una hipertensió i un síndrome depressiu. El dia que passa l'accident els seus amics referiren que no ha begut. No va rebre visites de familiars. Es varen informar telefònicament el dia que es va produir la mort però no quedà registrat a qui es va informar.

### **Cas nº111**

Home de 76 anys que va ser portat pel SEM a l'Hospital Comarcal per una caiguda a l'intentar pujar unes escales. El pacient sol·licità l'alta voluntària. Vivia sol, tenia una MPOC i era fumador actiu. El mateix dia va ser portat de nou per la policia amb un agreujament de la insuficiència respiratòria. A l'ingrés es detectà una higiene molt deficient i es va intentar localitzar algun familiar. No va venir ningú de la família en tots els dies de l'ingrés.

### **Cas nº 112**

Home de 52 anys que va ser trobat al carrer amb una aturada cardiorespiratòria i un traumatisme cranial associat. A la Història Clínica es destacà que era un indigent amb un hàbit enòlic sever, hepatitis C, ulcus gàstric i feia cosa d'1 any, ja havia patit un altra traumatisme cranioencefàlic. Va patir una crisi comicial en probable relació amb el consum d'alcohol. No va rebre visites. S'informà de la mort a la família telefònicament.

### **Cas nº 132**

Home de 66 anys va patir un TCE per una caiguda en el context d'intoxicació enòlica. Va ser visitat en un centre sanitari, sense objectivar-se dèficits neurològics ni signes d'alarma. Va ser suturat de la ferida incisa a la zona

dorsal i donat d'alta al seu domicili. Patia un enolisme sever, tabaquisme i cremades de grau II a les cames feia dos anys que van requerir una intervenció amb empelts cutanis. Va ser portat a Urgències per un quadre de disminució del nivell de consciència amb episodis de crisis epilèptiques. Tenia una disminució del nivell de consciència amb crisis comicials repetides, per la qual cosa s'intubà i es connectà a la ventilació mecànica sota sedació i relaxació. En aquest cas es va avisar a la seva família i aquesta va venir. Degut al seu l'empitjorament respiratori es parlà amb la família (germana, germà i nebodes) del mal pronòstic a molt curt termini.

### **Cas nº 133**

Home de 80 anys que es trobava de vacances i va ser portat pel SEM al Servei d' Urgències per un semiofegament a la platja. S'avisà al Consulat del seu país donada la falta d' acompanyants en el viatge.

### **Cas nº 432**

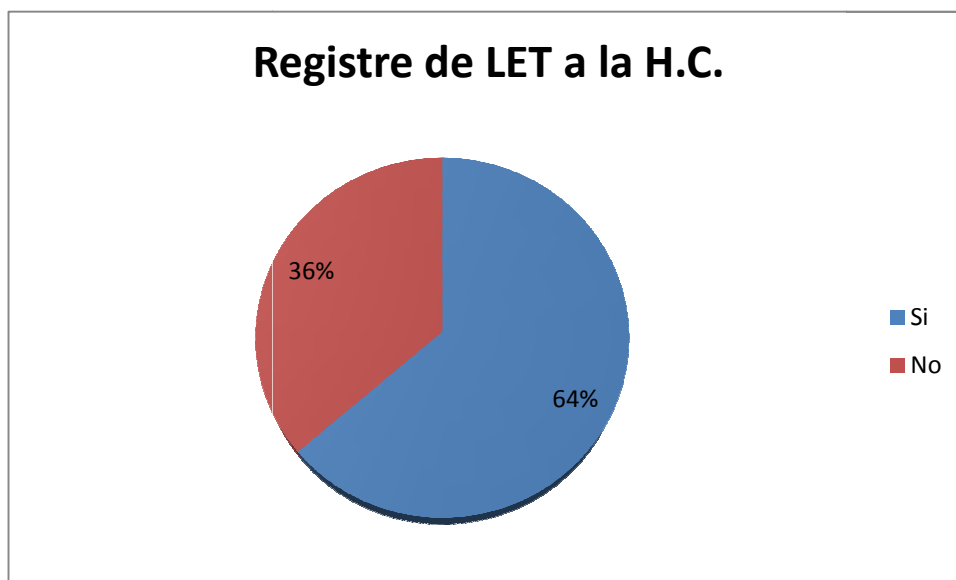
Home de 53 anys, d'origen holandès, que va acudir a l'Hospital Comarcal per una insuficiència respiratòria aguda que s'orientà com a pneumònia aguda greu de la comunitat. S'intubà i es connectà a la ventilació mecànica i es traslladà a la UCI de l'Hospital de Referència. Com a antecedents d'interès destacava una història clínica difícil, els informes mèdics no aportaven informació per falta de seguiment i compliment terapèutic. A més hi ha una barrera idiomàtica. Segons la seva germana era bastant individualista i sociòpata, molt bebedor i fumador, que feia 1 any havia estat ingressat a Holanda per important ascitis i que prenia habitualment antihistamínics pe un asma al·lèrgic. Tenia broncopaties freqüents a la infància i es desconeixien pneumònies. Tenia crisis epilèptiques. Va ser donat d'alta per seguir tractament a la planta convencional. Li va caldre hemodiàlisi i traqueotomia. Després de 38 dies va ser decanulat de la traqueotomia amb èxit i va ser donat d'alta a planta de Medicina Interna. Posteriorment va ser donat d'alta a un Centre Sociosanitari i es desconeix el destí final donada la seva condició d'estranger.

## Cas nº 610

Home de 47 anys amb un alcoholisme crònic, pancreatitis i cirrosi hepàtica que ingressà a Hospital Comarcal per un quadre de poliartràlgia que s'acompanyava d'abscessos subcutanis a nivell de extremitat inferior dreta que afectaven a l'ós i que en un principi es diagnosticà de pioderma gangrenosa. Es traslladà a UCI de l'Hospital de Referència per un quadre d'insuficiència respiratòria i insuficiència renal. Destacava una sobreinfecció de les lesions de la cama dreta i tenia una descompensació hepàtica. Donada la sospita pronòstica del pacient no va ser tributari de mesures extraordinàries i va poder seguir el seu curs a la planta d'hospitalització habitual. L'equip mèdic de Medicina Interna estava informat i d'acord amb la decisió. La família acudia poc a les visites.

### 4.2.5. Registre de LET a la Historia Clínica

D'un total de 77 casos, hi ha constància de LET al 64% (49) de les Històries Clínicas. No hi ha constància de LET al 36% (28) de les Històries Clínicas.



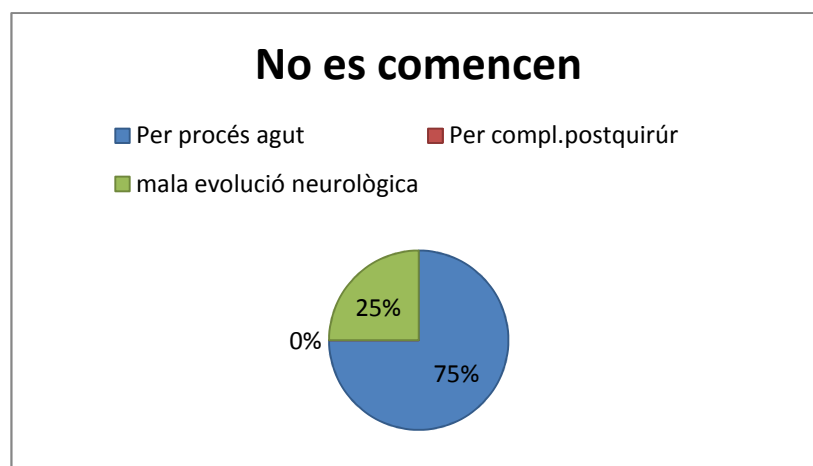
#### 4.2.5.1. Registre de LET a la Història Clínica

En el 64% de les Històries Clíniques (49 casos) es va registrar la LET.

##### 4.2.5.1.1. No es comencen tractaments de suport vital

En un total de 4 pacients no es varen començar tractaments de suport vital però es va realitzar tractament mèdic conservador. El tractament mèdic conservador, considerat no agressiu, consisteix en provar tractaments o tècniques considerades no invasives com ara la Ventilació Mecànica No invasiva (VMNI) els antibiòtics, diürètics, hemoderivats, però si no hi ha una resposta evolutiva satisfactòria, no s'inicien tècniques de rang superior com són la intubació orotraqueal i la ventilació mecànica i l' hemodiàlisi.

- En 3 casos, l'ingrés va ser per un procés agut. Es tots 3 es tractava de pacients amb antecedents de patologia crònica. En 2 a més tenien patologia oncològica i una qualitat de vida limitada.
- No hi va haver cap cas per complicacions post quirúrgiques.
- En 1 cas es tractava d'un pacient amb mala evolució neurològica per hàbits tòxics (enolisme) i es va detectar un procés oncològic durant l'ingrés.



#### **4.2.5.1.1.1. Per un procés agut**

##### ***Cas nº18***

##### ***Per un procés agut en un pacient crònic i oncològic***

Home de 69 anys que va acudir a l'Hospital Comarcal per un quadre de cansament i malestar general d'una setmana d'evolució. Referia que havia tingut un episodi de deposicions acompanyades amb sang. Amb la realització d'una fibrogastrososcòpia es detectaven varius a l'esòfag i lesions a l'estòmac que havien sagnat recentment. Mentre estava ingressat, tenia dificultat respiratòria i es derivà a l'Hospital de Referència per una sospita d'una malaltia d'origen hematològic. Degut al seu empitjorament general, ingressà a la UCI i es produí un empitjorament respiratori associat a la inestabilitat hemodinàmica i al fracàs renal. El 1er dia d'ingrés, destacà que, apart d'una cirrosis avançada que ja havia presentat prèviament descompensacions, s'identificaren cèl·lules atípiques en el líquid ascític suggestives d'un carcinoma. Per tota la patologia prèvia, amb descompensació hepàtica, es considerà que el pacient tenia molt mal pronòstic i no era tributari de mesures agressives. A les 48 hores d'ingrés a la UCI no responia al tractament mèdic i als diürètics. Per la patologia prèvia i la descompensació hepàtica, l'equip considerà que el pacient tenia molt mal pronòstic i que no era tributari de mesures agressives. No s'intubà i no es posà hemodiàlisi. Morí el 1er dia d'ingrés.

##### ***Cas nº76***

##### ***Per un procés agut en un pacient crònic Guillain Barré***

Home de 75 anys que consultà al Servei d'Urgències per un quadre d'insuficiència respiratòria i debilitat muscular de les 4 extremitats amb impossibilitat per caminar i també tenia dificultats en la deglució. Els símptomes i les proves diagnòstiques eren compatibles amb el síndrome de Guillain-Barré (és un trastorn neurològic en el que el sistema immunitari del cos ataca a una part del sistema nerviós perifèric, el resultat és la incapacitat de sentir calor,



dolor i altres sensacions, a més de paraitzar progressivament varis músculs del cos) i ingressà al Servei de Neurologia on va rebre tractament amb immunoglobulines i inicià un quadre d'insuficiència respiratòria. Es sospità de pneumònia necrotitzant per MARSA. Ingressà a UCI i es va posar tractament amb diürètics. Es va limitar l'hemodiàlisi i es retirà la sedació al 4art dia per iniciar el weaning. Neurològicament estava bé, estava conscient, responia a ordres només amb moviments oculars. El 7è dia, el pacient no acabava de millorar, es va intentar progressar en el weaning però el pacient no acaba de despertar prou ni tenia la força necessària per procedir a una extubació, de manera que encara es va seguir amb la ventilació assistida. En vistes de l'allargament dels dies d'ingrés es va sol·licitar el consentiment als familiars per realitzar la traqueotomia però la família s'ho va voler pensar. Si el pacient deixava d'orinar, si feia alguna complicació hemodinàmica o un altre complicació (trombosi venosa o arterial de la cama esquerra, per exemple) es va considerar que no era tributari de cap maniobra de reanimació. Es morí el 9è dia d'ingrés.

### **Cas nº 136**

#### ***Per un procés agut en una pacient crònica i una qualitat de vida limitada***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.1. La qualitat de vida. Dependència per les activitats de la vida diària*

#### **4.2.5.1.1.2. Per mala evolució neurològica**

### **Cas nº 8**

#### ***Per mala evolució neurològica en un pacient amb hàbits tòxics i història oncològica***

Home de 70 anys, vivia sol però tenia família. Era fumador important de 2 paquets de tabac diari, tenia un enolisme sever i una dislipèmia en tractament. Va ser derivat del seu metge de capçalera al Servei d'Urgències i s'ingressà al

Servei de Medicina Interna per estudi d'un síndrome tòxic. El diagnòstic va ser de cirrosi hepàtica d'origen alcohòlic. Els diagnòstics secundaris van ser d'encefalopatia hepàtica. Es detectà una fibril·lació auricular no coneguda prèviament i signes de fallida cardíaca, tenia una insuficiència respiratòria i renal i ingressà a la UCI on empitjorà ràpidament i progressivament al llarg de les 10 primeres hores d'ingrés, presentant un augment del grau d'encefalopatia hepàtica fins a estat de coma. Va morir Mort a la UCI. Es realitzà tractament mèdic i farmacològic però no s'intubà ni es posà hemodiàlisi. Morí després 10 hores d'ingrés.

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.2. Factors sociofamiliars i socioeconòmics*

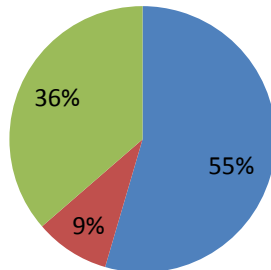
#### **4.2.5.1.2. Es retiren tractaments de suport vital (amb extubació i retirada de ventilació mecànica)**

En 11 pacients es varen retirar tractaments de suport vital, en tots els casos va consistir en l'extubació i la retirada de la ventilació mecànica.

- En 6 casos va ser per un procés agut en pacients amb patologia crònica prèvia. d'aquests, 5 per problemes respiratoris i 1 per problemes renals. Dels 5 pacients que tenien problemes respiratoris, en 3 era per pneumònia i en 1 pacient va ser degut a una exacerbació de la seva malaltia respiratòria crònica. El pacient que tenia insuficiència renal aguda, a més tenia pluripatologia i factors de risc.
- En 1 cas va ser per complicacions postquirúrgiques en un postoperatori complicat de metàstasi secundària a una neoplàsia gàstrica, la qual no va ser resolutive.
- En 4 casos va ser per mala evolució neurològica, 1 d'ells després d'un xoc anafilàctic i aturada cardiorespiratòria, 1 per ofegament i aturada cardiorespiratòria, 1 per politraumatisme, i 1 per ICTUS.

## Es retiren (amb extubació i retirada de ventilació mecànica)

■ Procés agut ■ Complicacions postquirúrgiques ■ Mala evolució neurològica



### 4.2.5.1.2.1. Per un procés agut

#### **Cas nº 29.**

***Per un procés agut per pneumònia en una pacient respiratòria crònica i amb qualitat de vida limitada***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.1.La Qualitat de vida. Dependència per les activitats de la vida diària*

#### **Cas nº 97**

***Per un procés agut (tromboembolisme pulmonar) en una pacient d'edat avançada. Impossibilitat en el weaning***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

### **Cas nº 242**

#### ***Per un procés agut per pneumònia en un pacient amb patologia respiratòria crònica***

Home de 63 anys que va acudir a l'Hospital Comarcal per un quadre d'insuficiència respiratòria. Tenia una MPOC molt avançada amb oxigen domiciliari. Tenia un aparell de CPAP nocturna. Feia pocs mesos que havia requerit un ingrés per un quadre de sobreinfecció respiratòria. Tot i així, segons informes previs, la família comentava que tenia poca limitació per activitats de la vida diària. Té una miocardiopatia dilatada, fibril·lació auricular crònica i era portador de marcapàs definitiu. També tenia psoriasis. Es diagnosticà d'una pneumònia que es tractava inicialment amb antibiòtics, broncodilatadors i CPAP. El mateix dia de l'ingrés va fer un quadre d'aturada respiratòria que es va recuperar sense precisar intubació orotraqueal. Finalment, estant a la planta de Medicina Interna presentà un nou empitjorament respiratori que va requerir fer VMNI que en aquesta ocasió, no va ser eficaç. Es procedí a intubació i connexió a ventilació mecànica. Durant la inducció el pacient va fer una taquicàrdia ventricular. També destacà una important epistaxis i hematúria. Va ser traslladat a la UCI i es va fer un weaning precoç i s'extubà el 2on dia. Es donà d'alta una unitat d'hospitalització. El pacient estava conscient i orientat. Durant l'ingrés a planta empitjorà, va ser transfós i es realitzaren proves diagnòstiques com un TAC. Es comentà de nou a la UCI per possible reingrés però no es considerà procedent. Va morir a la planta.

### **Cas nº 246**

#### ***Per un procés agut per pneumònia en una pacient amb patologia respiratòria crònica***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.4. Constància de consens amb la família*

### **Cas nº 295**

#### ***Per un procés agut renal en un pacient pluripatològic i factors de risc***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

### **Cas nº 309**

#### ***Per un procés agut respiratori (exacerbació o descompensació) en un pacient respiratori crònic***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.1. Voluntat expressada pel propi pacient durant l'ingrés*

#### **4.2.5.1.2.2. Per complicacions post quirúrgiques**

### **Cas nº 89.**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques per metàstasi secundària a neoplàsia. Reintervencions no resolutives.***

Home de 77 anys que en el postoperatori d'una metàstasi hepàtica secundària a una neoplàsia gàstrica amb dificultat per resolució abdominal. Després de 4 cirurgies es descartà una nova intervenció. Es decidí avançar amb el pacient donada la seva bona resposta i milloria hemodinàmica renal i respiratòria, però a causa de la mala situació abdominal no es considerà tributari de mesures extraordinàries. S'extubà al 13è dia d'ingrés a la UCI, es trobava amb una encefalopatia i no podia col·laborar en l'extracció de secrecions. Va morir el 15è dia.

#### **4.2.5.1.2.3. Per mala evolució neurològica**

##### **Cas nº 58**

***Per mala evolució neurològica: mal pronòstic funcional degut a una anòxia cerebral***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

##### **Cas nº 133**

***Per mal pronòstic neurològic. Encefalopatia anòxica***

Home de 80 anys va ser portat pel SEM al Servei d'Urgències per patir un semiofegament a la platja. Va ser assistit inicialment pels socorristes amb maniobres de reanimació cardiopulmonar bàsiques. A les 72 hores es confirmà un dany cerebral típic de lesions severes per encefalopatia anòxica amb mal pronòstic. S'extubà i es continuà tractament aeri amb cànula de Mayo. Va morir al cap de 12 hores.

##### **Cas nº 152**

***Per mal pronòstic neurològic. Hemorràgia cerebral per politraumatisme***

*Pacient referida a l'apartat 2.2.2.4. Constància de consens amb la família .*

##### **Cas nº 228**

***Per mal pronòstic neurològic. ICTUS en pacient amb patologia crònica***

Home de 79 anys que va patir un ICTUS, la seva filla el va trobar amb impossibilitat per emetre paraules, sense cap més focalitat neurològica. S'activà el Codi Ictus, s'intubà i ingressà a la UCI. Com a antecedents d'interès tenia

una hipertensió arterial, una diabetis mellitus tipus II, una retinopatia diabètica, una dislipèmia. També tenia una neoplàsia de pròstata aleshores lliure de malaltia. També li varen fer una cirurgia a la cama dreta, però caminava i era autònom. El 3er dia, per mala evolució neurològica es proposà suprimir la intubació orotraqueal de forma ràpida i limitar accions terapèutiques si no hi havia més resposta. S'extubà i es posa un tub de mayo. Es donà d'alta a la planta de Neurocirurgia. Durant les primeres 12 hores d'observació el pacient continuà empitjorant des del punt de vista hemodinàmic amb dificultat i insuficiència respiratòria important pel que es decidí iniciar clorur mòrfic davant els signes de sofriment respiratori. Morí a la planta d'hospitalització.

#### **4.2.5.1.3. Es retiren tractaments de suport vital**

En 34 casos en els que quedà constància de LET a la Historia Clínica es varen retirar tractaments de suport vital.

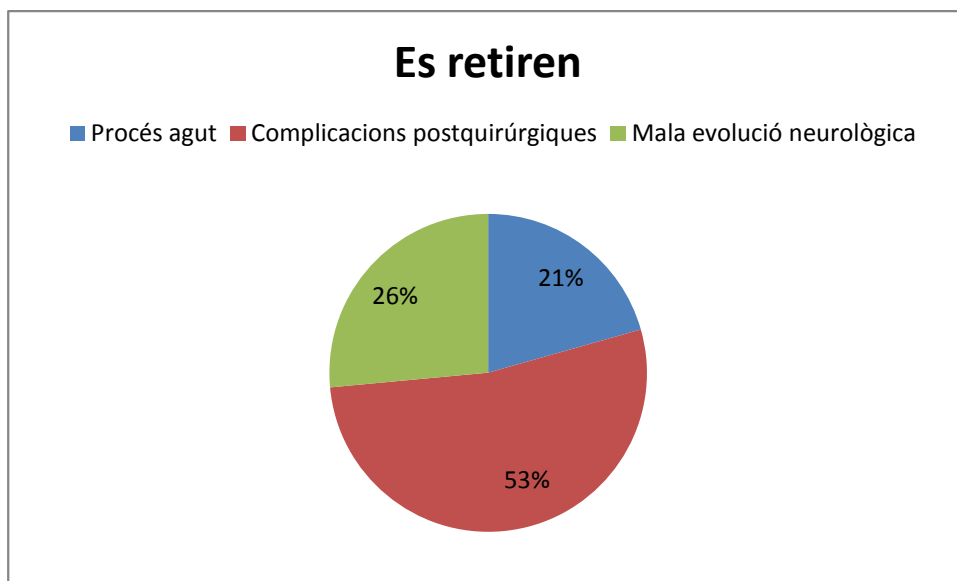
- En 7 casos va ser per un procés agut, en tots 7, es tractava de pacients crònics amb complexitat. 4 d'ells havien ingressat per una pneumònia, 2 per úlceres vasculars i 1 per una pancreatitis. Un d'aquests pacients a més tenia factors de risc i un procés oncològic. Un altra a més estava ingressat en un Centre Sociosanitari amb una qualitat de vida limitada per les activitats de la vida diària.
- Dels 18 casos que varen ingressar per complicacions post quirúrgiques.

Dels 11 pacients varen ingressar per un postoperatori de caràcter urgent, 6 es relacionaven amb una neoplàsia i 3 a més tenien patologia crònica. 4 pacients es varen intervenir per patologia digestiva i tots 4 tenien patologia crònica. Un d'ells a més tenia hàbits tòxics. 1 va ingressar després d'una cirurgia cardíaca urgent.

Dels 7 pacients que varen ingressar per un postoperatori de caràcter programat, 6 eren per neoplàsies i un era per cirurgia cardíaca

programada. Dels 4 pacients programats per intervenció quirúrgica programada de neoplàsia, 4 a més tenien patologia crònica.

- Dels 9 pacients que varen ingressar per mala evolució neurològica, 4 varen patir una aturada cardiorespiratòria. Un dels pacients que va partir una aturada cardiorespiratòria tenia una patologia crònica complexa i feia CPAP nocturna. 2 pacients varen tenir mala evolució neurològica degut a un ICTUS. Un dels pacients amb ICTUS tenia patologia crònica complexa i es trobava ingressat en un Centre Sociosanitari amb limitacions per les activitats de la vida diària. 2 varen evolucionar malament per una meningitis i 1 per traumatisme craneoencefàlic per una caiguda. A més tenia malaltia de Parkinson.



#### 4.2.5.1.3.1. Per un procés agut

##### **Cas nº 14**

***Per un procés agut infecció en un pacient pluripatològic i oncològic***



*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.4. Constància de consens amb la família*

### **Cas nº 32**

***Per un procés agut infecció pulmonar en una pacient amb patologia crònica.***

Dona de 74 anys que ingressà per un empiema de pulmó amb afectació de les parts toves. No es coneixen al·lèrgies a medicaments, no tenia hàbits tòxics, era obesa i tenia un hipotiroïdisme. També tenia una hipertensió arterial, una fibril·lació auricular crònica d'anys d'evolució i era portadora d'un marcapàs definitiu des de feia 13 anys. Tenia una diabetis mellitus de tipus II. Havia tingut una cel·lulitis a la cama dreta feia 5 anys per la qual va requerir ingrés. També havia tingut un hipernefoma de ronyó i es va practicar d'una nefrectomia radical amb una recidiva posterior al múscul psoes un any després per la qual es va fer radioteràpia. També havia patit una úlcera plantar al peu dret que es va desbridar i es va tractar. Tenia una fractura i aixafament entre 3 vèrtebres lumbars. Se li va sol·licitar una gammagrafia òssia on es varen captar múltiples imatges suggestives de metàstasis. Una ressonància magnètica va descartar malignitat segons indicà la pacient. Ingressà a la UCI per un xoc sèptic d'origen respiratori. Tenia un empiema pel qual calia realitzar la resecció parcial de la mama i sorgiren complicacions com una perforació intestinal. Després de 18 dies d'ingrés a la UCI amb impossibilitat de weaning i de persistència de la infecció. Es comentà amb la família la situació, decidint-se no fer mesures extraordinàries. Morí 24 hores després.

### **Cas nº 64**

***Per procés agut infecció respiratori i insuficiència renal en pacient amb patologia crònica i ingrés a un Centre Sociosanitari***

*Pacient referit a l'apartat 2.2.2.1. La qualitat de vida. Dependència per les activitats de la vida diària.*

### **Cas nº 80**

#### ***Per procés agut per pneumònia en pacient crònic cardíac***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.4. Constància de consens amb la família.*

### **Cas nº 93**

#### ***Per procés agut en un pacient crònic cardíac***

Home de 66 anys que consultà a l'Hospital Comarcal per un augment del dolor i eritema d'ambdues extremitats inferiors. Tenia úlceres vasculars cròniques. Es diagnosticà d'una cel·lulitis a les cames i quedà ingressat amb tractament antibiòtic. Com a antecedents d'interès no es coneixia cap al·lèrgia a medicaments, tenia una obesitat mòrbida, una diabetis mellitus tipus II, una insuficiència renal crònica, una hipertensió arterial, una insuficiència cardíaca congestiva, una miocardiopatia dilatada, una insuficiència venosa crònica. També tenia una hèrnia gegant hiatal, una fibril·lació auricular crònica, una hiperuricèmia de llarga evolució. Probable MPOC i un trastorn d'angoixa i depressió.

Es traslladà a la UCI per a tractament, estabilització i control evolutiu d'una infecció de probable origen a les cames es realitzà una traqueotomia al 15è dia. El 42è dia d'ingrés a UCI, malgrat tots els esforços terapèutics, el pacient no va evolucionava bé per disfunció miocàrdica severa, no tolerava el weaning i tenia una insuficiència renal més aguditzada. Es parlà amb la seva dona i s'explicà la situació. El pla era seguir evolució i si es produïa una aturada cardiorespiratòria no reanimar. Morí 4 dies després.

### **Cas nº 499**

#### ***Per un procés agut en una pacient crònica***

Dona de 78 anys que va ser derivada des de l'Hospital Comarcal per un quadre de 2 dies d'evolució sospitós de pancreatitis aguda amb empitjorament respiratori. Com a antecedents personals d'interès destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. No tenia hàbits tòxics. Tenia una hipertensió arterial, diabetis mellitus tipus II, arítmia cardíaca. Probable cardiopatia isquèmica en seguiment (no es disposaven informes). Havia patit 3 episodis d'angor i era portadora d'un pegat diürn de nitroglicerina. Tenia una anèmia que s'estava estudiant i una història prèvia de colelitiasi. A més tenia dislipèmia i obesitat. També una insuficiència venosa crònica a les extremitats inferiors, una hèrnia de hiatus i una hipoacúsia lleu. Va tenir una febre tifoidea a la juvenut. Gonartrosi. Trastorn mixte angoixa i depressió. Alteració de la fórmula leucocitària. Polimiàlgia reumàtica. Ingressà a la UCI per una pancreatitis aguda greu de grau C amb vessament pleural de possible origen cardiològic i oligoanúria.

Al 1er dia d'UCI neurològicament la pacient estava conscient i orientada, mobilitzant les 4 extremitats, tenia una insuficiència cardíaca crònica. Tendència a l'hipotensió, oligúria i signes de fallida cardíaca. Davant de la mala resposta al tractament es decidí la limitació del esforç terapèutic. S'informà a la família de mal pronòstic de la pacient. Es donà d'alta a la planta de Medicina Interna per seguir la pauta de confort. S'inicià perfusió de morfina. Morí a la unitat d'hospitalització.

### **Cas nº 610**

#### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia crònica, factors de risc i procés oncològic***

Home de 47 anys que ingressà a Hospital Comarcal per un quadre de poliartralgia que s'acompanya d'abscessos subcutanis a nivell de extremitat inferior dreta que afectava a l'ós i que en un principi es diagnosticà de piodèrnia gangrenosa. Com a antecedents personals d'interès, destacava una possible al·lèrgia a la penicil·lina. Fumador de 20 cigarrets dia des de feia 30 anys. Consumidor habitual d'alcohol. Gastritis crònica en tractament. Anèmia no tractada. El quadre es complicà amb una ascitis que va requerir

paracentesi. L'estudi informà d' hepatopatia alcohòlica, presència d' hemangiomes i signes de pancreatitis crònica, hipertensió portal lleu sense varius esofàgiques. Davant la mala evolució del pacient es derivà al servei de Medicina Interna del nostre centre. El servei de dermatologia orientà el cas com una paniculitis pancreàtica. Ingressà a la UCI per insuficiència respiratòria i renal amb tendència a la hipotensió i a la taquicàrdia que es va corregir sense necessitats de drogues vasoactives, amb diüresi conservada malgrat la insuficiència renal.

El primer dia d'ingrés a UCI la sospita pronòstica del pacient va ser de neoplàsia de pàncrees i cirrosi hepàtica. Es considerà que no era tributari de mesures extraordinàries i que podia seguir el seu curs a la planta d'hospitalització habitual. Els responsables de Medicina Interna estaven informats i d'acord amb la decisió. Morí a la unitat d'hospitalització .

#### **4.2.5.1.3.2. Per complicacions post quirúrgiques**

##### ***Cas nº 16***

##### ***Per complicacions post quirúrgiques d'un procés neoplàsic agut***

Dona de 67 anys amb antecedents d'una neoplàsia de mama intervinguda quirúrgicament i amb radioteràpia posterior. Al cap de 10 anys aproximadament i arrel d'un quadre constitucional amb una pèrdua de pes, es detectà la presència d'un càncer gàstric. No havia acudit als controls per voluntat pròpia. S'ingressà a la UCI per control postoperatori. El 1er dia d'ingrés van aparèixer complicacions, cada vegada tenia més dificultat respiratòria i es decidí intubació orotraqueal i ventilació mecànica. El segon dia hi va haver un empitjorament del seu estat ja que necessitava altes dosis de drogues vasoactives. La impressió era que la neoplàsia gàstrica estava estesa i que el xoc sèptic era secundari a la perforació que augurava un pronòstic infaust de la malaltia de base amb complicació letal associada. L'objectiu del responsable mèdic va ser informar a la família del ominós pronòstic a curt termini i probable limitació de recursos del tractament. S'informà a la família i es decidí seguir tractament de manteniment valorant el seu curs clínic. El tercer dia l'evolució

continuava essent desfavorable i s'informà a la família del mal pronòstic. Morí el mateix dia.

### **Cas nº 27**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques d' un procés neoplàsic agut i patologia crònica***

Home de 64 anys que ingressà enviat de l'Hospital Comarcal on hi havia anat per dolor abdominal. Va ser diagnosticat d'una neoplàsia de colon-sigma perforada amb signes de peritonitis. Degut a hipotensió i xoc va ser derivat a l'Hospital de Referència per intervenció. Dels seus antecedents destacava una hipertensió arterial. Era portador d'un marcapàs definitiu des de feia un any i mig. Tenia un carcinoma escamós d'amígdala esquerra diagnosticat feia una setmana i pendent d'estudi d'extensió que li provocava des de feia 4 mesos dolor cervical. També tenia febre a dies alterns i un quadre tòxic amb 15 Kg de pèrdua de pes.

No es coneixien al·lèrgies als medicaments. No tenia hàbits tòxics. Es va intervenir urgentment, la intervenció va ser complexa i es realitzà una hemicolectomia per perforació d'una neoplàsia de colon a nivell del sigma i colostomia amb compromís d'un urèter. Va fer un fracàs renal agut per el que va ser necessària l'hemodiàlisi. Degut a les dificultats en el weaning es realitzà una traqueotomia. El 29è dia d'ingrés a UCI es realitzà un EEG que informà de la greu afectació neuronal difusa. El 30è dia es realitzà un TAC que descartà patologia quirúrgica. Per aquest motiu, i coincidint amb empitjorament clínic amb elevació de paràmetres sèptics, hipotèrmia, acidosi metabòlica i clínicament necessitant més suport de drogues vasoactives, es decidí garantir el confort del pacient i limitar l'esforç terapèutic. S' Informà a la família de mal pronòstic a curt plaç, Morí el mateix dia.

### **Cas nº 38**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient neoplàsic programat i patologia crònica.***

*Pacient referit a l'apartat 2.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

#### **Cas nº 42**

##### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient neoplàsic programat per intervenció i amb patologia crònica respiratòria***

Home de 74 anys que va ser intervingut quirúrgicament de forma programada per un tumor vesical infiltrant practicant-se una cistectomia radical amb reconstrucció tipus Bricker. Com a antecedents d'interès destacava que no es coneixien al·lèrgies a medicaments. Era un ex-fumador de feia 4 anys . No tenia hàbit enòlic. Tenia una hipertensió arterial i una MPOC amb trastorn ventilatori obstructiu greu que va precisar oxigenoteràpia domiciliària durant un temps. Aleshores no la precisava. Tenia una amputació traumàtica del braç esquerre. Feia 6 mesos que s'havia practicat una resecció transuretral per un tumor vesical. Un TAC d'abdomen al cap d'un mes informà d'una neoformació que infiltrava el meat ureteral dret, sense poder descartar infiltració del meat ureteral per la qual cosa es va fer la cirurgia. Ingressà a la UCI per xoc sèptic, es trobà hemodinàmicament inestable amb requeriments de drogues vasoactives. Tenia un fracàs renal per la qual cosa s'inicià hemodiàlisi. També va fracassar el weaning en 4 ocasions per la qual cosa es realitzà una traqueotomia El 8è dia, evolucionava malament, amb gran inestabilitat hemodinàmica, fallida del weaning, insuficiència respiratòria, insuficiència renal aguda, acidosi metabòlica i ili paralític. El TAC informà d'una distensió de budell prim probablement en relació a hematoma pelvià postquirúrgic. Es descartà un nou tractament quirúrgic. El pacient no va respondre a les mesures terapèutiques instaurades. Davant de mala evolució i la nul·la resposta al tractament, es va decidir la LET. S'avisà a la família. Morí el mateix dia.

#### **Cas nº 50**

##### ***Per complicacions post quirúrgiques en pacient amb patologia crònica***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3.. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

### **Cas nº 52**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un procés neoplàsic reaguditzat .***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.1.1. El Document de Voluntats Anticipades*

### **Cas nº 54**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient crònic cardiològic***

Home de 80 anys que va ser derivat al servei d'Urgències per un episodi d'hemoptisi a través de la cànula de traqueotomia. Es trobava ingressat a una Clínica en règim de mitja estada després de 23 dies d'una intervenció de cirurgia cardíaca a un Hospital de Barcelona.

Com antecedents previs d'interès destacava que a partir d'un infart que va patir fa dos mesos i diagnosticat d'una cardiopatia isquèmica amb una lesió coronària severa i una ruptura del múscul papil·lar, el servei de cardiologia de l'Hospital de Referència el va derivar a l'hospital de Barcelona per ser intervingut d'urgència i se li va col·locar una vàlvula mitral biològica, sense que es pogués realitzar un bypass per calcificació severa de les artèries coronàries. Durant la cirurgia, el pacient va presentar un episodi de fibril·lació auricular que va revertir amb antiarítmics i en el postoperatori immediat el va condicionar amb una insuficiència mitral severa.

Durant els dos mesos d'ingrés a la UCI després de la intervenció, presentà un xoc cardiogènic, una disfunció ventricular dreta severa residual, una insuficiència renal aguda mantinguda amb tractament amb diürètics. Es realitzà un weaning que va ser perllongat pel que es realitzà una traqueotomia, sense possibilitat de poder-la retirar a causa d'un granuloma a les cordes bucals. També tenia un il·li paralític sense resposta al tractament amb procinètics. No

tenia al·lèrgies a medicaments coneguts. Enolisme lleuger, sense altres hàbits tòxics, Hiperuricèmia i gota , hipertensió arterial i obesitat.

Ingressà a la Unitat de Medicina Interna i als dos dies d'ingrés empitjorà el seu estat amb oligoanúria (ja tenia un fracàs renal establert i de llarga evolució) i anasarca secundària, tenia una hipotensió arterial i una insuficiència respiratòria per la qual cosa ingressà a la UCI. El 3er dia d'ingrés a la UCI, es va informar a la família de la situació del pacient així com de la limitació de tractaments donada la disfunció ventricular tan severa que presentava. Degut a un fracàs renal establert amb anúria es va decidir no fer hemodiàlisis donada la situació del pacient. Morí el mateix dia.

### **Cas nº 57**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un procés neoplàsic agut en un pacient amb patologia crònica***

Home de 64 anys que ingressà per un quadre d'hemorràgia digestiva alta. La fibrograstroscòpia mostrà un sagnat de l'estomac. Calien transfusions i es decidí la realització d'un TAC abdominal que mostrà una perforació gàstrica amb un important pneumoperitoni. Es decidí una intervenció quirúrgica urgent mitjançant laparoscòpia, evidenciant-se una gran perforació gàstrica. El pacient ingressà en el postoperatori al Servei de Cirurgia General on es trobà ingressat durant 13 dies amb una anèmia progressiva que en requerí en 4 ocasions, la realització d'una fibrogastroscòpia per diagnòstic i esclerosi. Es va politrasfondre i es realitzà una intervenció quirúrgica en dues ocasions més. La tercera, va ser de caràcter urgent ja que el pacient presentava un estat general de mala perfusió generalitzada, dificultat respiratòria, hipotensió i distensió abdominal. Va fer una broncoaspiració prèvia a la intervenció. Es realitzà una gastrectomia total deixant la cara posterior ja que penetrava al pàncrees. El pacient ingressà a la UCI procedent en el postoperatori, després d'haver passat els 3 últims dies al servei de Reanimació per falta de llits a UCI.

Com a antecedents d'interès destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. Era un ex- fumador de 40 cigarrets al dia, tenia



un enolisme lleuger-moderat. Va patir poliomièlitis en la infància. Tenia hipertensió arterial i dislipèmia. També estava operat d'una hèrnia inguinal. Portava una traqueotomia permanent des de feia un any per una neoplàsia de laringe que actualment estava en remissió. Prèviament a la traqueotomia es va fer radioteràpia. Tenia una disfonia d'un any d'evolució, sense otàlgia ni disfàgia. Ingressa a UCI en el postoperatori immediat. El pacient evolucionà amb inestabilitat hemodinàmica, augment de la insuficiència respiratòria i infecció pulmonar. Sagnava per la cavitat bucal. Destacava el mal estat nutricional i la fallida renal aguda en progressió. Degut a l'estancament, el 9è dia es limità una reintervenció quirúrgica però es reoperà el 12è dia sense reversibilitat i noves complicacions. S'informà a la família de mal pronòstic. El 17è dia el pla va ser fer una LET i va morir el 18è dia.

#### **Cas nº 61**

##### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient neoplàsic programat per intervenció***

Home de 64 anys intervingut de forma programada per una neoplàsia de pulmó. Durant la intervenció s'observà una gran massa tumoral afectava els tres lòbuls pulmonars. Després de la intervenció presentà una aturada cardiorespiratòria per un xoc hemorràgic. Ingressà a la UCI per valoració del pronòstic neurològic així com de properes intervencions. Es confirmà una anòxia cerebral. El 6è dia S'informà a la família del diagnòstic d'anòxia cerebral així com del mal pronòstic. El pacient no era tributari de mesures extraordinàries. Morí el mateix dia.

#### **Cas nº 69**

##### ***Per complicacions post quirúrgiques per un procés agut quirúrgic i pluripatologia***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.4. Constància de consens amb els representants*

### **Cas nº 73**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient neoplàsic programat per intervenció i amb patologia crònica***

Home de 74 anys intervingut de pneumonectomia dreta extrapericàrdica. Presentat al Comitè Tumors que decidí la intervenció. Durant la cirurgia el pacient presentà inestabilitat hemodinàmica motiu pel qual s'iniciaren drogues vasoactives i sagnat moderat pel que es va transfondre. Ingressà a UCI en el postoperatori immediat.

Com a antecedents d'interès destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. Era un ex-fumador important. Tenia una hipertensió arterial, una diabetis mellitus tipus II. Va ser intervingut feia 15 anys d'una gastrectomia parcial per un ulcus gàstric i d'una obstrucció intestinal per brides feia 6 anys. Tenia una insuficiència venosa a les extremitats inferiors, i estava intervingut d'un bypass arterial, també d'una fauquetomia bilateral.

Es va realitzar una angioplàstia coronària amb la col·locació de 2 stents convencionals fa dos anys. Tenia una anèmia després d'un infart de miocardi severa. Feia dos anys es va intervenir d'un carcinoma de pulmó pel que es va realitzar lobectomia inferior dreta. Aleshores patia una recidiva del tumor diagnosticada per fibrobroncoscòpia feia dos mesos i que també es tracta d'un carcinoma. Ingressà a la UCI en el postoperatori, el pla era fer un weaning precoç i s'extubà. Als dos dies va ser donat d'alta la planta. Al cap de 6 dies, va ser donat d'alta de la planta al domicili particular però al cap de 4 dies, acudí a l'Hospital Comarcal per dolor toràcic compatible amb angina de pit. Hi va haver un empitjorament clínic i un fracàs de la ventilació mecànica no invasiva. Decidiren intubació orotraqueal i va ser portat altra cop amb sospita de xoc sèptic d'origen respiratori i edema agut de pulmó. El 8è dia d'ingrés a la UCI s'havien fet múltiples intents de weaning fallits. El 14è dia seguia amb mala evolució clínica. Els paràmetres del ventilador eren incompatibles amb la vida i, malgrat que, es solucionés el procés infecciós, la funció respiratòria de l'únic pulmó que tenia era molt precària. Tot això, acompanyat d'una cardiopatia

isquèmica que es presentà en forma d'angor hemodinàmic va impedir en tot moment l'avançar en el despertar del pacient. Consideraren que aquest pacient tenia un pèssim pronòstic vital. El pla va ser la LET i no es va augmentar la dosi de drogues vasoactives. La família fou informada del pronòstic infaust. Morí el mateix dia.

## **Cas nº 82**

### ***Per complicacions post quirúrgiques en un procés agut amb patologia crònica***

Home de 51 anys que acudí al Servei d'Urgències per un quadre de dolor abdominal i febre de 2 ó 3 dies d'evolució. S'acompanyava de vòmits i es trobava ictèric. Tenia una taquicàrdia sinusal. Es tractava d'una colecistitis aguda gangrenosa. Va ser valorat pel Servei de Cirurgia que decidí una intervenció quirúrgica urgent.

Com a antecedents d'interès destacava que no tenia al·lèrgies conegudes a medicaments. Era ex-fumador de feia 5 anys. També tenia un ex-hàbit enòlic moderat. Tenia una hipertensió arterial en tractament farmacològic, una diabetis mellitus tipus II, complicacions de la diabetis amb polineuropatia. Feia un seguiment a clínica del dolor. Tenia una insuficiència renal crònica secundària a la nefropatia diabètica, vasculopatia perifèrica, retinopatia diabètica. També tenia una dislipèmia.

Ingressà a la UCI en el postoperatori immediat. L'abdomen cada dia estava més distès i es va considerar que no hi havia cap més opció quirúrgica. Tenia una anúria completa tot i perfusió contínua de diürètics i es va retirar l'hemodiàlisi.

S'explicà a la família el mal pronòstic tot i les mesures pautades. Es recol·locà l'hemodiàlisi i el 17è dia es trobava estancat, neurològicament no despertava. El 20è dia continuava la mala evolució clínica i donada la falta de resposta clínica es va decidir no augmentar els tractaments de suport vital. Va morir el 27è dia a causa de la situació d'irreversibilitat.

### **Cas nº 83**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient neoplàsic programat per intervenció***

Home de 76 anys, diagnosticat de neoplàsia de laringe amb radioteràpia posterior i portador d'una traqueotomia permanent. Es va intervenir per una recidiva de la neoformació laríngia, realitzant-se una laringuectomia total. Durant la intervenció presentà inestabilitat hemodinàmica amb sagnat i passà al Servei de Reanimació amb necessitat de drogues vasoactives a dosis baixes i profilaxi antibiòtica. Com a antecedents patològics d'interès destacava que no tenia al·lèrgies a cap medicament. Jubilat, havia treballat a la metal·lúrgica. Era autònom per les activitats de la vida diària. Era un ex-fumador, Tenia hipertensió arterial, fibril·lació auricular, endocarditis, edema agut de pulmó i hiperplàsia de pròstata benigne pel que es va fer resecció transuretral. Posteriorment va ingressar al servei de Medicina Interna per infecció respiratòria i urinària.

Ingressà a UCI en el postoperatori immediat. El primers dia, hi va haver una mala evolució global i precisà hemodiàlisi. El 2on dia, la gravetat va ser extrema i es descartà una nova intervenció. El 9è dia es troba en una situació estacionària el weaning era molt difícil amb reconnexions a la ventilació mecànica freqüents. El 18è dia es va produir un sagnat important freqüent i també tenia una miopatia important. Es va produir un sagnat massiu per la traqueotomia i per la ferida quirúrgica. Es va procedir a la sedació del pacient i es va deixar connectat per traqueotomia a la ventilació mecànica en controlada. Es decidí la LET i morí el mateix dia.

### **Cas nº 91**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques d'un procés agut en un pacient crònic i mala evolució neurològica***

Home de 59 anys que es trobava de vacances amb la seva esposa i 2 néts, i que inicià un quadre de sudoració i insuficiència respiratòria aguda. Avisaren al SEM que es procedí a intubació orotraqueal i connexió a la ventilació mecànica. També s'inicià perfusió de drogues vasoactives. La seva esposa referí que tenia un malestar general de 5 dies d'evolució amb dolor abdominal i des de feia 24 hores amb diarrees sanguinolentes.

Es traslladà a Hospital de Referència per valoració i ingressà a la UCI on es va realitzar un pla de weaning precoç.

El 12è dia d'ingrés va ser donat d'alta a la planta de cirurgia i es practicà un CREP però el pacient presentà una dessaturació brusca i una disminució del nivell de consciència. El TAC informà del col·lapse d'un pulmó. Es traslladà al servei de Reanimació i va fer una aturada cardiorespiratòria.

El 2on dia de reingrés l'EEG informa d'una molt greu afecció neuronal difusa. Calia esperar mal pronòstic funcional.

.El 3er dia de re-ingrés a la UCI, feia una extensió d'extremitats superiors com a resposta al dolor i moviments involuntaris. L' EEG informà de poca activitat cerebral. L' estudi de TAC cranial mostrà troballes compatibles amb un infart establert.

El 5è dia si feia una aturada cardiorespiratòria, no era tributari de reanimar. Morí el 5è dia de reingrés.

### **Cas nº 95**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un procés agut neoplàsic***

Dona de 54 anys, que ingressà a l' Hospital Comarcal per un dolor abdominal còlic de 15 dies d'evolució. La pacient referia síndrome tòxica amb astènia, anorèxia i pèrdua de 5kg de pes en l'últim mes. Com a antecedents patològics d'interès destacava un melanoma toràcic diagnosticat feia 20 anys i que es va tractar amb quimioteràpia i radioteràpia. Segons la família feia 15 anys que voluntàriament no acudia als controls. No prenia cap tipus de medicació.

Es realitzà un TAC abdominal que mostrà una oclusió intestinal a nivell de l'angle esplènic del colon. També tenia un vessament pleural bilateral i una atelectàsia en el lòbul inferior dret. Es contactà amb el servei d'endoscòpia

digestiva de l'hospital de referència per a col·locació d'stent (pròtesi en el càncer avançat de colon, es considera un tractament paliatiu per evitar una oclusió intestinal). Ingressà a la UCI per aturada cardiorespiratòria recuperada durant una fibroscòpia per oclusió intestinal de probable origen neoplàsic i en el postoperatori de massa oclusiva al colon i implants múltiples suggestius de carcinomatosi peritoneal. Evolucionà desfavorablement i a les 6 hores posteriors a l'ingrés, D'acord amb la família no es van fer més mesures terapèutiques i morí.

### **Cas nº130**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient crònic i hàbits tòxics***

Home de 77 anys que ingressà a l'Hospital Comarcal per artroplàstia de maluc dret, sense complicacions immediates i iniciant deambulació. Durant l'ingrés es diagnosticà de sobreinfecció respiratòria i posteriorment presentà vòmits, dolor abdominal, peritonisme, febreta, signes de gravetat i empitjorament progressiu. Es realitzà un TAC i es va intervenir quirúrgicament per neoplàsia de colon.

El pacient va ser extubat i reintubat en el postoperatori immediat per mala evolució. Evolucionà amb xoc, mala perfusió i necessitat de drogues vasoactives pel que es decidí trasllat a l'Hospital de Referència per ser valorat pel Servei de Cirurgia General que decidí una exploració quirúrgica.

Ingressà a la UCI en el postoperatori immediat per xoc sèptic secundari a una peritonitis per isquèmia i intervingut d'una doble neoplàsia. Tenia una insuficiència renal aguda i una hepatopatia per hepatitis C, també enolisme. No va recuperar la consciència en cap moment. Al 15è dia es va informar a la família del mal pronòstic i de l'objectiu d'evitar l'aferrissament terapèutic i morí.

### **Cas nº 138**

#### ***Per Complicacions post quirúrgiques en un pacient crònic cardiològic amb dany cerebral***

Home de 77 anys ingressat a la Unitat Coronària. Se li realitzà un estudi amb coronariografia que informà d'una malaltia de 3 vasos tributària de tractament quirúrgic. Va ser derivat a l'Hospital Comarcal tot esperant la intervenció quirúrgica. Presentà dolor toràcic i atès que se li negà la intervenció quirúrgica a Barcelona per motius administratius, es traslladà de nou a la Unitat Coronària en espera del procediment quirúrgic. Ingressà a la UCI en el postoperatori immediat de triple bypass. Es trobava inestable i es proposà un weaning precoç. No evolucionava bé i al l'11 dia tenia un dany cerebral. Només movia una mica el braç esquerre com a acte a l'estimulació dolorosa. Es considerà que no era tributari d'hemodiàlisi o altres mesures agressives i morí.

### **Cas nº 306**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en una pacient neoplàsica que es reverteixen***

*Pacient referida l'apartat 4.2.2.4. Constància de consens amb els representants*

#### **4.2.5.1.3.3. Per mala evolució neurològica**

### **Cas nº 37**

#### ***Per mala evolució a nivell neurològic***

*Pacient referida a l'apartat 4.2.2.2. Les instruccions prèvies dels pacients*

### **Cas nº 77**

#### ***Per mala resposta neurològica***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

## **Cas nº 92**

### ***Per mala evolució neurològica***

Dona de 61 anys que va acudir a Urgències de l'Hospital Comarcal per un quadre de tres dies d'evolució de febre de 39 °C mantinguda, amb vòmits i diarrea. A l'ingrés tenia una escala de coma de Glasgow de 15 que disminuï fins a 4 amb insuficiència respiratòria i necessità intubació orotraqueal i connexió a la ventilació mecànica. Es realitzà un TAC cerebral en el que no s'aprecià edema cerebral ni signes d'hemorràgia. Es diagnosticà de meningitis pneumocòccica i es traslladà a la UCI. El 5è dia s'observaren clars moviments de descerebració i es confirmà un dany cerebral difús. La pacient tenia seqüeles neurològiques i continuava amb arítmies cardíques, hipotensió, oligúria i dessaturació per la qual cosa es va decidir la LET i el 19è s'informà a la família. Morí el dia següent.

## **Cas nº 102**

### ***Per mala evolució neurològica en un pacient crònic***

Home de 52 anys que va ser portat pel SEM al Servei d' Urgències des del seu domicili particular on es va reanimar per aturada cardiorespiratòria. Segons va explicar la família feia 2 dies que inicià un quadre respiratori amb tos sense expectoració, tenia febreta i dificultat respiratòria. Tenia antecedents d'MPOC amb diversos ingressos per descompensació respiratòria, fumador i enolisme actius, SAHOS (síndrome de l'apnea obstructiva del son) amb CPAP domiciliària. Va patir una tuberculosi a la infància. Ingressà a la UCI per descompensació respiratòria amb insuficiència respiratòria i una aturada cardiorespiratòria recuperada.

El 1er dia d'ingrés, presentava mioclònies peribucals quasi constants. Els resultats de l'EEG varen ser indicatius d'anòxia cerebral severa.

El segon dia constava que el pla era LET i morí el mateix dia.



### **Cas nº108**

#### ***Per mal pronòstic neurològic en pacient amb una qualitat de vida limitada***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

### **Cas nº 111**

#### ***Per mala evolució neurològica.***

Home de 76 anys que va ser portat pel SEM a l'Hospital Comarcal per una caiguda a l'intentar pujar unes escales. El pacient referí recordar el què havia passat sense clara pèrdua del coneixement. Es realitzà tractament amb oxigenoteràpia i tractament broncodilatador. Tenia una lleu insuficiència renal i una infecció d'orina i s'inicià tractament antibiòtic. El pacient sol·licità l'alta voluntària i va ser portat de nou per la policia amb més insuficiència respiratòria. Presentà una aturada cardiorespiratòria i s'inicià reanimació cardiopulmonar, intubació i connexió a ventilació mecànica. Es traslladà a la UCI. Els primers dies es valorà un weaning precoç però el pacient no responia neurològicament. El pacient es trobà estancat a nivell neurològic i a més hi va haver un empitjorament respiratori sobreafegit. El 5è dia, es realitzà un nou EEG de control que constatà un status mioclònic generalitzat molt sever, secundari a anòxia cerebral, amb molt mal pronòstic. El pla va ser evitar l'aferrissament terapèutic i evitar mesures extraordinàries. Morí el dia següent.

### **Cas nº 379**

#### ***Per mala evolució neurològica***

Es tracta d'un home de 53 anys, toxicòman. La seva dona i familiars referiren que tenia un mal estat general des de feia 3-4 dies amb astènia, desorientació puntual i marxa trontollant. Feia 3 setmanes que havia presentat un accident laboral amb traumatisme toràcic. Quan va arribar el SEM el va trobar en una

situació de pre-aturada cardíaca, respiracions agòniques i midriasi esquerra arreactiva pel que iniciaren maniobres de reanimació cardiopulmonar, el varen intubar i connectar a la ventilació mecànica.

Ingressà a UCI per valoració neurològica. El 6è dia, el pacient es trobava estancat i sense resposta neurològica. L'EEG era compatible amb anòxia cerebral i mal pronòstic. Hemodinàmicament tenia una hipertensió molt difícil de controlat tot i portar tractament amb 4 fàrmacs. També tenia febre persistent. Es considerà que el pacient no era tributari de mesures extraordinàries, es va retirar el tractament antihipertensiu i es va informar la família. Morí el dia següent.

### **Cas nº 471**

#### ***Per mala evolució neurològica***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.3.. Rebuig dels representants dels pacients a un tractament*

### **Cas nº 473**

#### ***Per mala evolució neurològica***

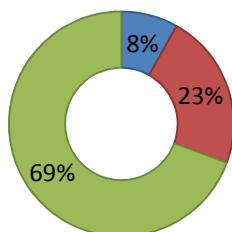
Home de 73 anys amb antecedents d'MPOC amb aguditzacions estacionals, que estant prèviament bé, presentà una insuficiència respiratòria aguda al seu domicili amb aturada cardiorespiratòria secundària presenciada per la seva esposa. La família va començar a fer maniobres de reanimació cardiopulmonar fins que va avisar el SEM que trobà al pacient amb asistòlia i realitzaren reanimació cardiopulmonar avançat.

El primer dia d'ingrés es proposà LET degut a les característiques i el context del pacient. Es decidí no realitzar mesures agressives terapèutiques.

Si presentava una altra aturada cardiorespiratòria el pacient no era candidat a l'RCP. El 2on dia l'orientació diagnòstica del dia anterior es va confirmar i el pla va ser LET garantint el confort del pacient i morí.

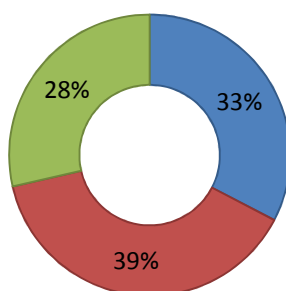
## Resultats per categories

- No es comencen
- Es retiren (amb extubació)
- Es retiren (sense extubació)



## Resultats per subcategories

- Procés agut
- Complic.postq
- Mala ev. Neurol



## 4.2.5.2. No Registre de LET a la Història Clínica

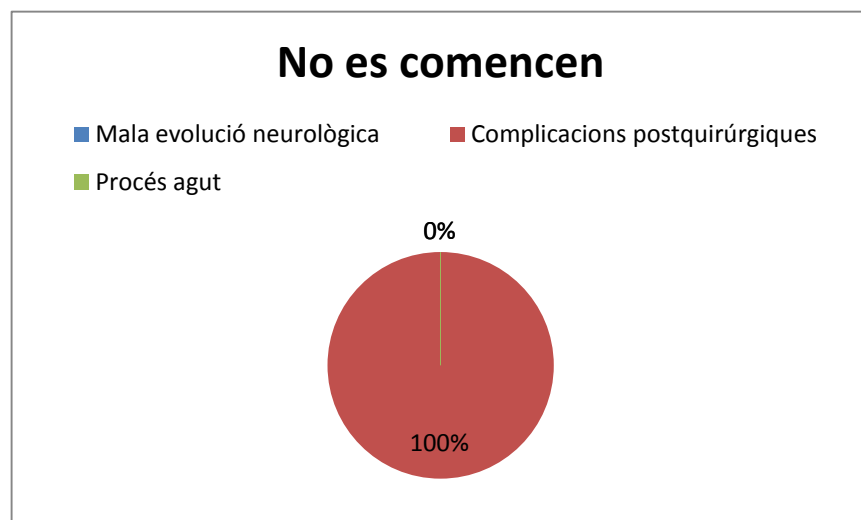
En el 36% de les Històries Clíniques (28 casos) no es va registrar la LET.

En aquest apartat es vol respondre a les següents preguntes:

- Encara que no s'hagi deixat constància de LET a la Historia clínica, es poden considerar LET?
- Tenen les mateixes característiques dels casos en que es va realitzar LET i se'n va deixar constància escrita a la Història Clínica?
- Tenen algun tret que els diferenciï?
- Per què no consta la LET?

### 4.2.5.2.1. No es comencen tractaments de suport vital

- Només hi ha 1 un cas en que no es van començar tractaments de suport vital i va ser per complicacions post quirúrgiques. El pacient tenia una qualitat de vida limitada i es trobava ingressat en un Centre Sociosanitari.
- No hi va haver cap cas per procés agut ni per mala evolució neurològica



#### **4.2.5.2.1.1. Per complicacions post quirúrgiques**

##### **Cas nº 19**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient amb una qualitat de vida limitada i que es trobava ingressat en un Centre Sociosanitari***

*Pacient referit a l'apartat 4.2.2.1. La qualitat de vida. Dependència per les activitats de la vida diària*

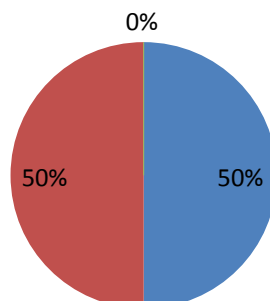
#### **4.2.5.2.2. Es retiren tractaments de suport vital (amb extubació)**

En 4 casos es varen retirar tractaments de suport vital relacionats amb l'extubació i la retirada de ventilació mecànica.

- En 2 casos es varen retirar tractaments de suport vital amb extubació per un procés agut. Un dels pacients tenia patologia respiratòria crònica i es va intubar per exacerbació o descompensació de la seva malaltia. L'altra pacient va ingressar per una pneumonia i també tenia patologia respiratòria crònica . Aquest últim es va poder extubar i donar d'alta.
- En 2 pacients es va fer un un weaning precoç després d'un postoperatori complicat tots dos per fallides de sutura. Un d'aquests pacients es va donar d'alta i encara viu. Actualment porta una colostomia, una urostomia i té una fístula incurable.
- No hi va haver cap pacient amb mala evolució neurològica.

## Es retiren (amb extubació i retirada de ventilació mecànica)

■ Procés agut ■ Complicacions postquirúrgiques ■ Mala evolució neurològica



### 4.2.5.2.2.1. Per un procés agut

#### **Cas nº 432**

#### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia crònica***

Home de 53 anys i origen holandès, va ser enviat per el seu metge de capçalera a l'Hospital Comarcal per una insuficiència respiratòria aguda amb infiltrats pulmonars bilaterals i que s'orientà com a pneumònia aguda greu de la comunitat. Estant al Servei d' Urgències presentà febre i hemodinàmicament es trobà inestable amb tendència a la hipotensió arterial i necessità perfusió de drogues vasoactives. Com a antecedents d'interès destacava una història clínica difícil ja que existia una barrera idiomàtica. No tenia al·lèrgies conegudes. Segons la seva germana era molt bebedor i fumador i feia 1 any que havia ingressat a una Clínica d'Holanda per ascitis. Tenia broncopaties freqüents a la infància. Es desconeixien pneumònies i havia tingut crisis epilèptiques. Es diagnosticà d'una hepatopatia crònica d'origen enòlic. Va estar 14 dies amb ventilació mecànica i es va poder extubar, però al cap de 3 dies donat que tenia moltes secrecions, va empitjorar i es reintubà de nou. Necessità altes dosis de drogues vasoactives i també hemodiàlisi degut a un

fracàs renal. Es va realitzar una traqueotomia. Es va iniciar el weaning de nou i es va poder retirar la traqueotomia. Va ser donat d'alta el 38è dia de la UCI a la planta de Medicina Interna. Estava conscient i orientat. Posteriorment es traslladà a un Centre Sociosanitari i es deconeix el destí final donada la seva condició d'estranger.

#### **Cas nº 654**

##### ***Per procés agut en un pacient amb patologia respiratòria crònica (MPOC exacerbada)***

Home de 83 anys que va ingressar a l'Hospital Comarcal per una nova descompensació cardíaca amb edemes. Durant l'ingrés es realitzà tractament però malgrat això, presentà empitjorament bruscat de la dispnea amb hipoxèmia pel que s'inicià VMNI així com tractament intensiu amb broncodilatadors i corticoteràpia. Tot i així, presentà empitjorament pel que procediren a intubació orotraqueal i ventilació mecànica. En aquest context presentà inestabilitat hemodinàmica pel que es va iniciar perfusió de drogues vasoactives i es recuperà. Es va aturar la sedació a les poques hores d'ingrés. Neurològicament va respondre lentament però va despertar correctament sense observar focalitat aparent. Tolerava la sedestació. Millorà l'anàlisi progressivament i donada la correcta evolució clínica i analítica, es decidí l'alta a planta de Medicina Interna al 3er dia. Es traslladà de nou a l'Hospital Comarcal de procedència on morí al cap de pocs dies.

#### **4.2.5.2.2. Per complicacions post quirúrgiques**

#### **Cas nº 304**

##### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient amb patologia crònica***

Home de 73 anys que ingressà a planta de Cirurgia General per a la realització d'una intervenció quirúrgica de tancament d'una colostomia. Durant la intervenció es trobà una gran eventració i un colon sigmoide amb grans

diverticles. Realitzaren resecció, anastomosi i reforç amb una malla. S'inicià dieta a les 24h amb bona tolerància i el quart dia del postoperatori inicià un quadre de vòmits biliosos amb abdomen distès i dolorós, pel que es decidí realitzar un TAC abdominal urgent on s'objectivà un pneumoperitoni important amb líquid lliure, suggestiu de dehiscència de sutura, pel que es decidí nova intervenció quirúrgica urgent. Es confeccionà de nou un estoma. Com antecedents d'interès no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. Era un ex-fumador des de feia 8 anys d'1 paquet al dia. Tenia hipertensió arterial, dislipèmia, hipertriglicèridèmia, un AVC amb una lleugera parèsia facial amb disàrtria. Una lleu hipertrofia del ventricle dret. Intervingut quirúrgicament de pròtesi maluc. Intervingut de prostatectomia amb complicació d'abscess de paret. Al mateix any va tenir una fístula uretro-rectal que es va intervenir amb col·locació d'una sonda vesical permanent. Va reingressar múltiples vegades per complicacions de la fístula, fins que es va realitzar la colostomia i posteriorment una cistectomia amb fístula vessico-rectal.

Es proposà fer un weaning precoç.

Es donà d'alta el 6è dia a la planta de Cirurgia General, posteriorment a un Centre Sociosanitari. Actualment es troba en el seu domicili particular és portador d'una colostomia i una urostomia. Té un fístula incurable i és independent per les activitats de la vida diària.

### **Cas nº 449**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient amb patologia neoplàsica***

Home de 68 anys que va ser intervingut d'una tumoració oclusiva a nivell de colon. Es decidí no realitzar una anastomosi per risc d'una fallida de sutura, pel que es realitzà una colostomia terminal permanent. Cursà amb inestabilitat hemodinàmica en el postoperatori immediat i es va mantenir a la planta amb un evolució fluctuant, a més d'insuficiència respiratòria amb atelèctasia basal pulmonar dreta. Va precisar intubació i connexió a ventilació mecànica i va ingressar a la UCI. Dels seus antecedents destacava que tenia al·lèrgia a les



proteïnes de la llet, era ex-fumador, tenia enolisme, obesitat, hipertensió arterial, dislipèmia, hiperglicèmies no tractades, cardiopatia isquèmica amb IAM. Intervingut de by-pass. Tenia una vasculopatia perifèrica i una MPOC. Havia tingut una pancreatitis crònica amb reingrés dues vegades. Se li realitzaren 3 reseccions trasurretrals de la bufeta urinària per neoplàsia. Havia patit còlics nefrítics i vessament pleural feia anys.

Després de 16 dies es donà d'alta altra cop a la planta d'hospitalització.

El pacient es mantení estable progressivament i es varen poder retirar les drogues vasoactives i es pogué extubar. Va ser donat d'alta a la unitat d'hospitalització. Posteriorment un Centre Sociosanitari i tornà al seu domicili. Va ser tractat per la UFISS i la Unitat de Cures pal·liatives de l'ICO on morí.

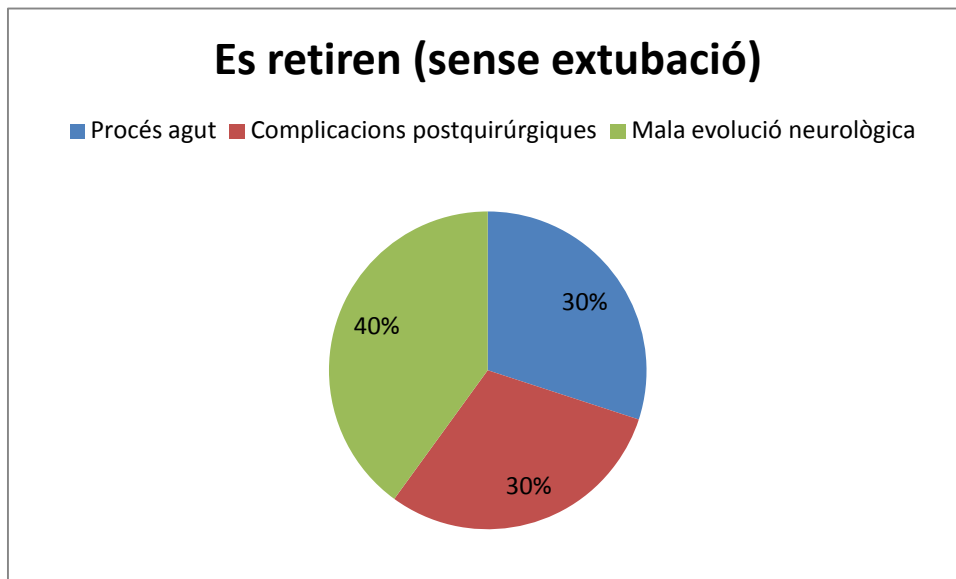
#### **4.2.5.2.3. Es retiren tractaments de suport vital**

En 20 casos es varen retirar tractaments de suport vital.

- En 6 casos es tractà d'un procés agut. 4 pacients ingressaren per insuficiència respiratòria, 1 per sagnat de la via digestiva, 1 per cetoacidosi. Dels 4 pacients amb insuficiència respiratòria, 2 tenien patologia crònica respiratòria, un d'ells a més tenia patologia crònica cardíaca. El pacient que va ingressar per un sagnat digestiu era un pacient d'edat avançada, amb patologia crònica i depenent per les activitats de la vida diària. Els altres dos pacients que varen ingressar per insuficiència respiratòria tenien un procés oncològic.
- En 6 casos es tractava de complicacions post quirúrgiques. 3 dels pacients tenien neoplàsia. 1 d'aquests 3 pacients a més tenia patologia crònica, 1 havia estat operat 8 vegades i 1 es tractava del postoperatori d'una metàstasi secundària a un tumor primari ja operat.

Els altres 3, corresponien a un postoperatori d'una isquèmia de colon, 1 postoperatori de cirurgia vascular en un pacient amb patologia crònica i 1 pacient va ingressar per un postoperatori d' un abscess renal.

- En 8 casos es tractava de mala evolució neurològica. En 5 pacients va ser a causa de caigudes que els van provocar un TCE amb mala evolució neurològica, 1 d'ells a més va tenir una aturada cardiorespiratòria. 1 pacient va ser a causa d'un ofegament a la platja. 1 va ser a causa d'una insuficiència respiratòria i posterior aturada cardiorespiratòria.  
1 pacient va tenir mala evolució neurològica per un accident de carretera amb un TCE.



#### 4.2.5.2.3.1. Per un procés agut

##### **Cas nº 17**

##### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia respiratòria crònica***

Home de 58 anys que ingressà procedent de l'Hospital Comarcal per empitjorament d'un dolor lumbar després d'una contusió accidental per una caiguda. Referí una dificultat respiratòria amb falta d'aire progressiva des de feia 1 mes. Durant els dies següents a l'ingrés, es constatà febre, amb mal control del dolor, i presentà pancitopènia (un dèficit de glòbuls rojos, blancs i

plaquetes degut a malalties que afecten a la medul·la òssia) amb empitjorament de la dificultat respiratòria fins fer-se a mínims esforços.

Com a antecedents d'interès destacava que era fumador. Tenia una MPOC amb una paquipleuritis esquerra residual després d'una tuberculosi a la infància. També destacaven bronquiectàsies. Arrel d'això va estar ingressat per dificultat respiratòria i secrecions amb sang. Es va fer un TAC toràcic que va confirmar aquests canvis i una broncoscòpia que va ser normal. Tenia una artritis reumatoidea seropositiva en tractament farmacològic amb immunosupressors. Tenia una gonartrosi severa i una estenosi severa del canal raquidi a nivell lumbar que es va fixar quirúrgicament i estava pendent de reintervenció per inestabilitat de l'artrodesi. Tenia una lumbociatàlgia severa i clínica de claudicació vertebral controlada per la Clínica del Dolor i pel Servei de Neurocirurgia. També va ser ingressat en aquest servei per descartar una espondilodiscitis (inflamació d'una vèrtebra i del disc intervertebral).

També a la seva història clínica hi constava que havia patit una colecistitis aguda i es va intervenir practicant una colecistectomia. No tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Després de 8 dies d'ingrés a la UCI, el pacient no evolucionava bé, però hi ha haver una lleugera millora i es proposà avançar en el weaning. Del 9è dia al 13è dia no s'avançà. El pacient tenia una hipotensió mantinguda i evolucionava malament amb un estat de xoc irreversible. S'avisà a la família que varen venir i van estar amb ell. S'oferí servei religiós que rebutjaren. No constava LET ni que s'hagués limitat cap tractament.

A continuació es reproduïx l'entrevista amb la seva filla que va descriure la patologia crònica del pacient, el seu estil de vida i com va viure el seu ingrés a la UCI. Encara es trobava en situació de dol per la mort del seu pare.

#### **Entrevista amb la seva filla:**

***Quan temps feia que estava malalt?*** “A la joventut va tenir una TBC i tenia problemes respiratoris. Varem anar a l'hospital Comarcal, és clar, això és greu però la gent no es mor d'això. Li varen posar antibiòtics i va estar així uns dies.

*El tema de qualitat de vida d'ell era relacionat amb l'artrosi. Ell tenia problemes d'artrosi i d'artritis i l'havien d'operar però no tenia res a veure amb això.*

*Va ingressar a l'hospital, ell a casa no es trobava massa bé, no tenia ganes de menjar, no volia anar al metge però li varem dir que no podia ser perquè no es podia gairebé llevar i anar al lavabo. Estava molt dèbil. Vaig trucar el 112 i em varen recomanar que anés al CAP que vingués a fer un reconeixement el seu metge i que si creia que era urgent, tot seria més fàcil. Va venir el seu metge. Ens va dir que s'automedicava ( va ser molt desagradable),això era el migdia i a la tarda em varen trucar la meva mare i la meva germana que estava molt malament. Era veritat que prenia moltíssimes coses, però prenia el que li havien dit i ho portava tot molt controlat.*

*El varem portar a l'hospital comarcal i em va dir que també havia tingut un brot d'artrosi i jo crec que se li va barrejar tot. No estava prou curat del pulmó i va tenir un brot d'artrosi. Havia estat ingressat. Primer va estar uns dies que no acabava d'evolucionar i després li varen posar una bomba amb uns medicaments que ell es va notar super bé, inclús em va dir que anés a dormir a casa. La bomba li varen posar pel dolor, tothom corria amb un carret i jo diria que va fer una aturada perquè se li veien unes marques, però no ens varen explicar massa res. El varen baixar a baix per poder-lo portar aquí”.*

**Vares rebre suficient informació?** *“En aquell moment tot és molt ràpid, tampoc no em queixo. Ens varen dir que el portarien cap aquí perquè estaria més vigilat. Era la nit, només va venir la meva mare. L'endemà ens varen dir que portava una mascareta grossa per respirar, però estava conscient, no parlava però quan em va veure em va aixecar la ma, ens coneixia ( plora...), ja estava a la UCI”.*

**Us varen informar a la UCI?** *“Bueno...si... és clar jo ja no ho recordo... Hi havia la meva mare. Li varen dir que estaria a la UCI perquè estaria més vigilat i li varen donar els horaris de visita. L'endemà abans d'entrar ens varen explicar lo de la mascareta i lo del medicament, que li anirien canviant fins que anés bé. No sé quants dies varen passar, una setmana, 15 dies, no me'n recordo. Un dia ens varen dir que tenia molt de dolor que el sedàven que no ens preocupéssim, que era per estabilitzar-lo, li varen posar “el tubo i la sonda per*

menjar” i pels vols de Nadal, un dia abans, ens varen dir que intentarien despertar-lo que tot anava bé. Que li baixarien les medicaments, però no va anar bé... varen dir que havia tingut una crisi, no sé com ho varen dir, i que no podien. El varen tornar a sedar i com que no hi havia la seva doctora, quan va tornar la seva doctora ens va dir, que ara si que semblava que anava tot bé i que intentarien despertar-lo i després va ser quan ens va dir que havia fallat el sistema digestiu i que no es podia trasplantar, ens varen dir això, hi érem tots tres, a la sala abans d'entrar, que el sistema digestiu havia fallat i que no hi havia possibilitat d'un transplantament que ella creia que seria el dia de demà demà (la mort) que si volíem avisar la família i varen venir els meus cosins , la meva tia...”

**Estava totalment dormit?** “Si..., els dies anteriors que el varen intentar despertar a mi em va semblar que es movia. Després ja va estar sedat completament. Que podíem venir a la 7 del matí però ens recomanava que dormíssim i vinguéssim al migdia. Ens va dir que tornéssim l'endemà al migdia però ens va trucar abans dient que li semblava que aniria més ràpid. Varem venir tots i varem entrar tots, ens va dir si volíem parar les màquines li varem preguntar si patiria, que no patís , va dir que no perquè i que era més per nosaltres per no haver d'estar tot el dia allà que no hi havia res més a fer”.

**Et va semblar bé això de treure les drogues?** “Si perquè no hi havia res a fer i si ell no patia i érem tots tres, si...(plora) va dir que només eren les màquines que anaven funcionant”.

**Havia manifestat algun tipus de voluntat?** “No, si ell estava bé!!!” (sorpresa per la pregunta), (plora).

**La informació la vares trobar adequada?** “No ho sé perquè en aquell moment no ho saps. En cap moment vares pensar que es podia morir? Si clar, quan ens cridaven. Quan varem anar a l'Hospital Comarcal no m'ho podia pensar, era molt greu però no perquè es morís. Era molt fort...”

**A que atribueixes que passes tot això?** *“El meu pare estava molt cansat, cansat de tenir dolor. Molt dèbil els últims dies i a l'hospital va anar empitjorant. No se si ell va trobar que era el moment de marxar (plora molt, arranca a plora) però jo no estava preparada per quedar-me sense pare, i la meva filla sense avi. El meu cap en aquell moment, moltes coses que ens van dir sens varen escapar. Varem estar d'acord en ajudar-nos, en explicar-nos, no tenim cap queixa, ens varen deixar estar tots allà a l'hora. El tracte va ser molt bo, amb això estem d'acord tots”.*

**Creus que va patir?**

*“Espero que no, els dies anteriors si, en el moment de morir no. A l'Hospital Comarcal, sí, no sabia com posar-se”.*

**Et va dir alguna cosa?** *“Era una persona molt serena, que quan vingués la mort vindria, treballava al Mútuam, li agradava parlar amb els avis, la meva avia es molt gran i li deia que marxés quan ella vulgues i jo vaig intentar fer-ho igual per ell”.*

**Cas nº 34**

**Per un procés agut en un pacient amb patologia oncològica**

Home de 68 anys que acudí a Urgències per una dificultat respiratòria des de feia una setmana en el seu domicili, coincidint amb l'administració de una última dosis de quimioteràpia que havia rebut. També referia un augment del diàmetre de la seva cama dreta amb dolor. Al interrogar al pacient va dir que tenia tos des de feia uns 2 mesos i febreta.

No hi ha constància de LET a la Història Clínica, el 2on dia d'ingrés a la UCI s'informà d'un pronòstic molt greu a la família. va tenir mal pronòstic fins el 8è dia que morí.

#### **Cas nº44.**

##### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia crònica***

*S'ha referit a aquest cas l'apartat 4.1. La Qualitat de vida. Dependència per les activitats de la vida diària*

#### **Cas nº 53**

##### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia crònica***

Home de 66 anys que vivia sol en una pensió. Va ser portat per la Unitat de Suport Vital a Urgències per un quadre de disminució del nivell de consciència. Dels antecedents d'interès destacava que era un ex-fumador, tenia hipertensió arterial, dislipèmia, antecedents d'hemorràgia digestiva, diabetis mellitus de més de 40 anys d'evolució amb mal control i múltiples complicacions (retinopatia, nefropatia, arteriopatia), cardiopatia isquèmica i 3 bypass aorocoronari. AVC isquèmic. Múltiples descompensacions diabètiques. S'orientà el quadre com a un nou quadre de cetoacidosis diabètica amb fallida multiorgànica. Posteriorment s'objectivaren crisis parcials jacksonianes del braç dret i de la cara. Es realitzà un TAC cranial que no mostrà alteracions agudes. Es decidí l'ingrés a la UCI per optimització terapèutica i seguiment. S'inicià hemodiàlisi i tenia un probable nou esdeveniment isquèmic sobreafegit. No constava LET a la Historia Clínica. Es produí una aturada cardiorespiratòria i s'avisà telefònicament a la família.

#### **Cas nº 79**

##### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia oncològica***

Home de 29 anys amb una neoplàsia mediastínica que ingressà per una insuficiència respiratòria i sèpsia. Havia estat diagnosticat recentment de neoplàsia, havia rebut 4 sessions de quimioteràpia, la darrera feia 15 dies. Es valorà la ressecabilitat del tumor amb una Ressonància Magnètica de tòrax i

tenia un alt risc quirúrgic d'afectar a estructures veïnes vasculars i als nervis. Va ser valorat pel Servei de Cirurgia Toràcica, es decidí que no era operable en aquell moment donat l'estat general del pacient i l'estat en curs de la quimioteràpia. Es va produir la mort del pacient.

### **Cas nº 86**

#### ***Per un procés agut en un pacient amb patologia crònica respiratòria i cardíaca.***

Home de 77 anys que avisà al SEM per augment de la seva dispnea habitual. Com a antecedents d'interès destacava que era al·lèrgic a la penicil·lina. Era un ex-fumador. Tenia una hipertensió arterial, una miocardiopatia hipertròfica intervinguda. Una vasculopatia perifèrica amb claudicació intermitent. Es va realitzar una extirpació d'un pòlip de colon que era benigne i també tenia una esteatosi hepàtica. Tenia una bronquitis crònica obstructiva i era portador d'oxigen domiciliari des de feia 4 mesos. Es trobava en estudi per descartar una fibrosi pulmonar. A l'Hospital Comarcal es decidí intubació orotraqueal i connexió a la ventilació mecànica. Es va traslladar per una insuficiència respiratòria crònica reaguditzada i ingressà a la UCI, El pacient es bradicarditzà i es col·locà un marcapàs temporal per un bloqueig. Morí al cap de 3 dies. No constava LET.

#### **4.2.5.2.3.2. Per complicacions post quirúrgiques**

#### ***Cas nº 7. Complicacions post quirúrgiques en un pacient amb patologia crònica***

Home de 80 anys, jubilat d'origen anglès i resident a la Costa Brava. Cuidava a la seva esposa que tenia esclerosi múltiple. No parlava espanyol. Tenia una amiga que parlava castellà i els feia de traductora. Va ser derivat de l'Hospital Comarcal a l'Hospital de Referència per intervenció quirúrgica de neoplàsia de colon. Es realitzà resecció i ileostomia. Van aparèixer complicacions en el postoperatori un cop es trobà al seu domicili, utilitzava 7 bosses diàries per la



ileostomia i patia una insuficiència renal. A més patí una caiguda i va haver d'ingressar per intervenir-lo d'una fractura de fèmur. Posteriorment, anava amb cadira de rodes.

Vaj ser intervingut de nou per connexió de la ileostomia i van aparèixer noves complicacions. Va ser necessari una resecció àmplia del colon, instaurant de nou la ileostomia. Va ingressar a la UCI en el postoperatori Post operatori, va ser extubat. En el curs clínic mèdic consta el mal estat general al 6è dia i també consta que s'informà el seu fill de mal pronòstic a curt plaç pel metge responsable.

### **Cas nº 12**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en una pacient amb metàstasis secundàries a una neoplàsia primària***

Dona de 67 anys que es va intervenir quirúrgicament d'un adenocarcinoma de colon a nivell del sigma practicant-se una resecció de recte. Ja tenia metàstasis hepàtiques. Posteriorment es va realitzar un tractament amb quimioteràpia. Es practicà una hepatectomia per metàstasis en la que es va haver de posar una pròtesi venosa. Es produïren complicacions en el postoperatori per insuficiència hepàtica i encefalopatia d'origen hepàtic i ingressà a la UCI. Va ser donada d'alta per milloria però reingressà per empitjorament i fracàs renal. No hi havia constància de LET a la Història clínic, tampoc no es plantejà en cap moment i es va morir amb l'hemodiàlisi.

### **Cas nº 33**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient amb patologia crònica***

Home de 60 anys que ingressà enviat de l'Hospital Comarcal per xoc sèptic d'origen urinari, tenia un abscess al ronyó, per la qual cosa requerí intervenció quirúrgica urgent. Durant la intervenció s'inicià una insuficiència respiratòria molt severa per la qual cosa ingressà a UCI. No tenia al·lèrgies

medicamentoses conegudes. Enolisme actiu. Hipertensió arterial mal controlada. Diabetis mellitus tipus II mal controlada amb complicacions de nefropatia diabètica. Pancreatitis crònica. Ingressos previs per pancreatitis d'origen enòlic. També tenia una discopatia lumbar intervinguda pendent de reintervenir.

Va estar ingressat a la UCI durant 3 mesos i 21 dies per mala evolució renal i respiratòria malgrat el tractament intensiu. Morí. No consta que es fes LET.

### **Cas nº 120**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques per procés agut en pacient d'edat edat avançada***

Dona de 83 anys que presentava des de feia aproximadament unes 72 hores dolor abdominal que s'acompanyava de vòmits, nàusees i diarrees.

Com a antecedents patològics d'interès destacava que no tenia al·lèrgies medicamentoses conegudes. Tenia una hipertensió arterial de llarga evolució i una artrosi degenerativa també de llarga evolució ,intervinguda per aquest motiu dels dos genolls.

Consultà a l'Hospital Comarcal i quedà ingressada al Servei de Medicina Interna amb el diagnòstic de gastroenteritis aguda i deshidratació. S'inicià tractament amb antibiòtics però evoluciona desfavorablement amb augment de paràmetres sèptics, augment del dolor i distensió abdominal i tendència a la inestabilitat hemodinàmica per la qual cosa s'iniciaren drogues vasoactives. Es realitzà un TAC abdominal que fou normal. Es decidí realitzar una laparotomia exploradora i ingressà a UCI en el postoperatori immediat. Al 2on dia d'ingrés degut a la mala evolució global es decidí fer una colonoscòpia ja que l'estat de la pacient no permetia baixar-la a radiologia per la realització d'un TAC. Es realitza una Colonoscòpia en comptes de TAC que confirmà una isquèmia del colon. Es reuniren els serveis anestesia, cirurgia i medicina intensiva per a decidir actitud. S'informà a la família de la mala evolució i morí.

### **Cas nº 232**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient amb patologia neoplàsica.***

Home de 76 anys que ingressà de forma programada per resecció de recidiva vesical de tumor d'alt grau. Presentà bona evolució postoperatòria i va ser donat d'alta a les 48h. Al cap de 24 hores, consultà a l'Hospital Comarcal per quadre de diarrees i vòmits. A urgències se li realitzaren cultius i restà en observació. A les 12h presentà empitjorament analític sèptic, hipotensió, oligoanúria i insuficiència respiratòria, pel que es derivà al nostre centre previ contacte telefònic. Ingressà a la UCI després d'una aturada cardiorespiratòria que requerí intubació i ventilació mecànica. Es descartà una nova cirurgia després de 8 intervencions. Necessità hemodiàlisi i altes dosis de drogues vasoactives. També se li practicà una traqueotomia. Es donà d'alta després de 2 mesos a la unitat de Medicina Interna. No costà LET malgrat es descartà una nova intervenció quirúrgica.

Es donà d'alta al seu domicili particular i ingressà posteriorment on es diagnosticà una neoplàsia de colon i morí al mateix hospital.

### **Cas nº 420**

#### ***Per complicacions post quirúrgiques en un pacient programat de Cirurgia Vasculard amb patologia crònica***

Home de 62 anys intervingut de forma programada per dissecció aòrtica tòraco-abdominal. Com a antecedents d'interès destacava que era ex-fumador de feia 10 anys. Tenia hiperuricèmia, artritis reumatoide, hipertensió arterial, dislipèmia, neoplàsia pulmonar ja intervinguda, insuficiència renal crònica, fibril·lació auricular, cardiopatia isquèmica, pròtesi total de maluc i de genoll. Es varen realitzar 3 by-pass per a revascularització i col·locació d'endopròtesi vascular.

Al despertar-se el pacient es mantenia conscient i orientat sense evidència de focalitat neurològica. Donada la bona evolució clínica i analítica del pacient i l'estabilitat hemodinàmica es va creure que podia continuar el seu curs a planta

convencional de cirurgia vascular després de 12 dies. El pacient va ser donat d'alta però reingressà per optimització respiratòria degut a una pneumònia nosocomial. Va morir al 5è dia. No constava LET.

#### **4.2.5.2.3.3. Per mala evolució neurològica**

##### ***Cas nº 39***

##### ***Per mala evolució neurològica. Caiguda, TCE i anòxia cerebral secundària a una aturada cardiorespiratòria***

Dona de 70 anys que va patir una caiguda per les escales del seu edifici. L'endemà dels fets va ser trobada inconscient al seu domicili. A l'arribada del SEM es trobà en una escala en estat de coma i amb una aturada cardiorespiratòria. S'inicià massatge cardíac, es col·locà el desfibril·lador extern automàtic i tornà a ritme sinusal. S'intubà a la pacient que no tenia reflexes corneals i va ser portada al Servei d'Urgències on arribà hipotensa. Es realitzà un body-TAC que no mostrà cap lesió traumàtica aguda. Es sospità d'un xoc medul·lar i ingressà a la UCI. Destacava el fet que era autònoma, que vivia sola, tenia dificultat per caminar i s'ajudava amb una crossa. No es coneixen al·lèrgies a cap medicament. Era obesa, tenia una anèmia per dèficit de vitamines. Tenia hipertensió arterial, hipertrigliceridèmia, artrosi i estava intervinguda de pròtesi de genoll i d'una cataracta. Es realitzà una traqueotomia però no evolucionà bé. El 10è dia despertava malament sense resposta a ordres i amb progressiu empitjorament i morí.

##### ***Cas nº 87***

##### ***Per mala evolució neurològica. Caiguda. Hemorràgia cerebral***

Dona de 71 anys que vivia sola que va ser trobada en coma al seu domicili i va ser traslladada de Hospital Comarcal. Es trobava estable hemodinàmicament i neurològicament localitzava el dolor amb l'extremitat superior esquerra amb desviació de la mirada i una hemiparèsia. Progressivament va disminuir el seu

nivell de consciència a més de fer una crisi comicial. Es decidí intubació i connexió a ventilació mecànica. Es realitzà un TAC cranial que informà d'un hematoma cerebral important. Es traslladà a l'Hospital de Referència i va ser valorada pel Servei de Neurocirurgia que decidí no fer tractament quirúrgic, només mèdic o farmacològic per la qual cosa ingressà a la UCI. Morí el 7è dia per mala evolució neurològica.

### **Cas nº 98**

#### ***Per mala evolució neurològica. Asfíxia. ACR. Hàbits tòxics***

Home de 63 anys que va ser portat pel SEM per aturada cardiorespiratòria recuperada amb asfíxia per un cos estrany en la via aèria.

El SEM arribà al seu domicili on portava 15 minuts sense assistència, amb asistòlia com a ritme i en estat de coma. Es va realitzar reanimació cardiopulmonar. Van trobar un bolus alimentari en la via aèria superior i quan arribà a Urgències s'intubà i es connectà a ventilació mecànica. Neurològicament es trobava sense signes d'activitat, amb estabilitat hemodinàmica. Els amics referiren que no havia pres alcohol. Morí el 4rt dia per signes d'anòxia cerebral. No hi havia constància de LET a la Historia Clínica.

### **Cas nº 112**

#### ***Per mala evolució neurològica. TCE. ACR***

Home de 52 anys que va ser trobat al carrer amb una aturada cardiorespiratòria i un TCE associat. A l'arribada de la Unitat Bàsica de Suport Avançat s'iniciaren maniobres de reanimació cardiopulmonar bàsica durant 15 minuts i posteriorment es mantenia hemodinàmicament estable. A l'arribada a Urgències es trobava estable i es realitzà un TAC de crani urgent que descartà una patologia aguda. Tenia tòxics en orina per benzodiazepines. Es desconeixia presa d'alcohol.

El primer dia d'ingrés a la UCI el pacient seguia amb mioclònies des del moment de l'ingrés i fasciculacions generalitzades. Reflexes primaris, obertura dels ulls espontània, però sense responia a ordres ni seguia amb la mirada. No hi havia constància de LET a la Història Clínica i va morir el 2on dia.

### **Cas nº118**

#### ***Per mala evolució neurològica.***

Home de 77 anys que consultà a l'Hospital Comarcal per una clínica de febre termometrada de fins a 39°C i augment de la seva dispnea habitual de 24 hores d'evolució. Dels seus antecedents destacava que era al·lèrgic a un antibiòtic. Era fumador d'1 paquet de tabac al dia i no tenia hàbits enètics. Tenia criteris clínics d'MPOC, hipertensió arterial i un tumor vessical diagnosticat i intervingut feia dos anys.

A l'anàlisi destacaren paràmetres sèptics i fracàs renal agut per la qual cosa ingressà al Servei de Medicina Interna amb orientació diagnòstica de pneumònia basal dreta i s'inicià tractament. Presentà un quadre agut de broncoespasme sever que no va respondre a la intensificació del tractament broncodilatador i precisà intubació orotraqueal i connexió a ventilació mecànica. Durant la inducció va patir una aturada cardiorespiratòria que precisà reanimació cardiopulmonar. El 1er dia d'ingrés a la UCI va evolucionar malament, no tenia reflexes neurològics i un empitjorament de la funció renal. Es va informar a la família del mal pronòstic i morí el mateix dia.

### **Cas nº 125**

#### ***Per mala evolució neurològica. Caiguda. TCE***

Home de 74 anys, que estant sol a casa seva presentà una caiguda al terra amb pèrdua de la consciència, amb sudoració freda profusa. Al recuperar-se, l'endemà consultà al CAP a on li realitzaren un ECG i s'objectivà un buff cardíac. Al cap de 48 hores, acudí a l'Hospital Comarcal per un quadre d'instabilitat i tint ictèric. Com a antecedents d'interès destacava que no tenia

al·lèrgies ni hàbits tòxics. Havia patit una infecció de tuberculosi per contacte amb un mallat que va requerí quimioprofilaxi. Havia tingut una febre tifoidea. Ingressà a la planta per estudi d'una anèmia hemolítica però s'ineestabilitzà i es decidí traslladar-la a l'hospital de Referència. Durant el trasllat empitjorà progressivament i fou intubada. A l'arribar va ser intervinguda d'urgència d'aneurisma d'aorta abdominal.

Es fa un weaning precoç que no va ser efectiu ja que el pacient neurològicament es trobava molt adormilat. Un TAC de crani informà d'un infart establert. Va fer un vòmit amb broncosapiració i empitjorà el seu nivell de consciència. A la Història Clínica constava el seu "mal pronòstic funcional vital". No hi havia constància de LET a la H.C. Morí el 8è dia d'ingrés.

### ***Cas nº 132***

#### ***Per mala evolució neurològica .Caiguda. TCE***

Home de 66 anys que patí un TCE per una caiguda des de la seva pròpia alçada en el context d'una intoxicació enòlica. Va ser visitat en un centre sanitari, sense objectivar-se dèficits neurològics ni signes d'alarma, pel que va ser suturat de la ferida incisa i donat d'alta al seu domicili. Es va portar de nou al Servei d'Urgències per disminució del nivell de consciència. El TAC crani de control post craniectomia mostrà progressió de les lesions hemorràgiques i es va intervenir quirúrgicament. Ingressà a la UCI en el postoperatori. Es trobava inestable hemodinàmicament amb insuficiència renal i sense millora neurològica. S'intentà extubar el 3r dia però evolucionà malament.

Per l'empitjorament respiratori es parlà amb la família (germana, germà i nebodes) a l'hora de la visita de la nit del mal pronòstic a molt curt termini i morí.

### **Cas nº 139**

#### ***Mala evolució neurològica. Accident. Politraumatisme***

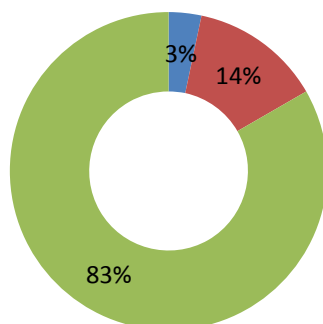
Home de 64 anys que pateix un accident de trànsit per impacte del seu vehicle contra un mur. A l'arribada del SEM objectivaren que el pacient estava en coma i aturada cardiorespiratòria. Com a antecedents d'interès destacava que era un ex-fumador, tenia obesitat, hipertensió arterial i diabetis mellitus tipus II.

S'iniciaren maniobres de RCP amb recuperació del ritme, el diagnòstic va ser d'anòxia cerebral i dany cerebral sever. Ingressà i morí el 1er dia de l'ingrés a UCI. No constava LET.



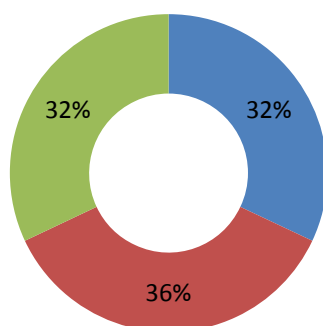
## Resultats per categories

■ No es comencen ■ Es retiren (amb extubació) ■ Es retiren (sense extubació)



## Resultats per subcategories

■ Procés agut ■ Complicacions postquirúrgiques ■ Mala evolució neurològica



### **4.2.5.3. Casos de LET no classificats i no registrats a la Història Clínica**

En 3 casos no es varen poder classificar en els categories descrites. Eren pacients en els que no constava LET a la Història Clínica.

- En un cas es tracta d'un pacient que després de ser donat d'alta de la UCI, va patir una caiguda a la unitat d'hospitalització amb resultat d'un TCE i posterior Intervenció quirúrgica per drenar-lo. Actualment es troba amb una discapacitat del 80%.
- En un cas només es varen aplicar drogues vasoactives, no essent necessària la intubació orotraqueal perquè la pacient es recuperà. Actualment té una bona qualitat de vida.
- En un cas es tractava de 24 hores d'ingrés a la UCI per control postoperatori de cirurgia complexa (el pacient tenia un meningioma que li provocava una qualitat de vida limitada i a més tenia patologia crònica). A més de la resecció es realitzà una traqueotomia. Va ser donat d'alta.

#### ***Cas nº 335***

#### ***Per mala evolució neurològica. Accident i posterior caiguda durant l'ingrés***

Home de 73 anys, que va patir un accident de trànsit per xoc frontal amb un vehicle d'alta energia amb politraumatisme de alta energia. Va ser portat pel SEM, amb agitació psicomotora, vòmits i descens progressiu del nivell de consciència per el que va ser intubat i connectat a la ventilació mecànica.

Es va extubar el 3er dia d'ingrés i donat d'alta a la Unitat de Neurocirurgia. Durant l'ingrés es produí una caiguda del llit i una hemorràgia cerebral que exigí intervenir d'urgències. Reingressà de nou durant 20 dies a la UCI. Al donar-lo d'alta altra cop a la unitat d'hospitalització obria els ulls, obeïa ordres però feia moviments d'extensió de les extremitats.

El pacient es traslladà a la Clínica Gütman per rehabilitació, actualment es troba al seu domicili amb un 80% d'incapacitat i es totalment dependent per les activitats de la vida diària, va en cadira de rodes.

### **Cas nº 419**

#### ***Per un procés agut en una pacient d'edat avançada***

Dona de 86 anys que la família referí que des de feia 9 dies tenia un quadre de restrenyiment i després diarrea secundària a l'ingesta de laxants. També referiren l'administració d'antiinflamatoris per una artropatia. Posteriorment havia ingerit pocs líquids i tenia oligúria i malestar general.

No hi ha constància de LET a la H.C. es fa tractament que és efectiu. Es va donar d'alta a la unitat d'hospitalització i posteriorment al seu domicili particular. Té una bona qualitat de vida que li permet inclòs cuidar al seu marit.

### **Cas nº 637**

#### ***Per control postoperatori de neurocirurgia amb risc quirúrgic en pacient respiratori crònic***

Home de 71 anys amb un quadre clínic de 9 mesos d'evolució d'inici progressiu que es va caracteritzar per parestèsies en el braç i la mà dreta, tractat a l'Hospital comarcal. Posteriorment al tractament hi va haver un empitjorament del quadre, disminució de la força de les extremitats superiors i inferiors fins que no pot caminar i necessitat de cadira de rodes. Va ser valorat pel servei de Neurocirurgia i li diagnosticaren una lesió compatible amb un meningioma.

Es realitzà una resecció tumoral i una traqueotomia de manera programada. Ingressà a UCI en el postoperatori immediat i va ser donat d'alta al cap de 2 dies a la unitat d'hospitalització.

#### **4.2.6. Terminologia utilitzada per referir-se a la LET**

En la majoria dels casos per referir-se a la limitació de tractaments de suport vital, s'utilitzà el terme "LET" o "Limitació de l'Esforç Terapèutic" i també "que el pacient no era tributari de mesures extraordinàries".

En 1 cas es va utilitzar el terme Limitació de Tractaments de Suport Vital (LTSV).

En dos casos es va utilitzar Limitació de Recursos de Tractament (LRT).

També es va fer referència a "no realitzar més mesures agressives terapèutiques", "veure evolució sense augmentar la terapèutica" i "evitar l'aferrissament terapèutic".

#### **4.2.7. Dubtes ètics de la LET**

En cap de les Històries Clíiques consta que s'hagués tingut un dubte ètic relacionat amb la LET.

#### **4.2.8. En els casos en que s'ha deixat constància de LET quina és la justificació, el perquè de la limitació**

Quan en el curs clínic consta que es fa LET, abans s'ha escrit en el curs mèdic la mala evolució i per tant el fracàs dels tractaments de suport vital.

#### **4.2.9. Actors de la LET**

En aquest apartat es tracta de respondre qui ha intervingut en la deliberació sobre l'aplicació de la LET: el metge responsable, el metge responsable conjuntament amb l'equip mèdic, el metge responsable conjuntament amb l'equip mèdic i d'infermeria. O bé el metge responsable, conjuntament amb l'equip mèdic, el personal d'infermeria i el pacient i els seus representants del pacient.

En la majoria dels casos la decisió de LET va ser presa pel metge responsable del pacient, en pocs casos es cita que fos una decisió de l'equip.

En 1 cas va ser el propi malalt que va rebutjar que se li apliquessin novament tractaments de suport vital.

En 9 casos la família és qui rebutjà un tractament proposat.

En 6 casos va quedar registrat l'acord de retirar tractaments de suport vital entre el metge responsable i la família.

#### **4.2.10. En algun cas ha intervingut el Comitè d'Ètica Assistencial o el Jutjat?**

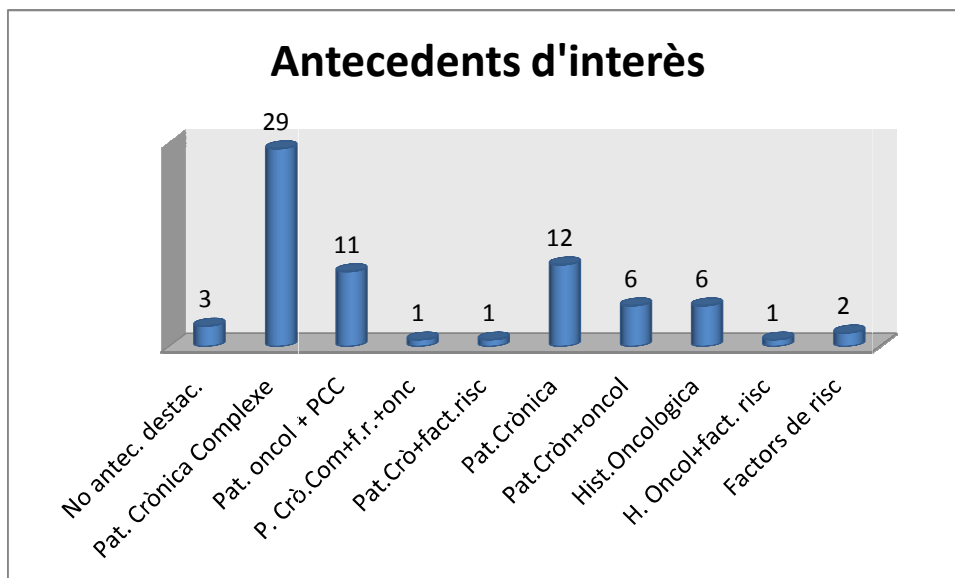
En cap cas va intervenir el Comitè d'Ètica Assistencial o el Jutjat.

#### **4.2.11. Antecedents personals d'interès**

En aquest apartat es vol posar de relleu les següents dades:

- La majoria dels pacients als que es va fer una LET, tenien antecedents de patologia crònica complexa o una neoplàsia associada a patologia crònica complexa. Un 37,7% dels casos (29) tenien patologia crònica complexa. El 14,3% (11) pacients tenien una història oncològica associada a patologia crònica complexa.
- 1 pacient tenia antecedents de patologia crònica complexa, història oncològica i factors de risc (enolisme)
- 1 pacient tenia patologia crònica complexa amb factors de risc (enolisme).
- Un 15,5% (12 pacients) tenien patologia crònica sense complexitat.
- Un 14,3% (11 pacients) tenien història crònica sense complexitat i història oncològica.
- 6 pacients eren oncològics.
- 1 pacient era oncològic amb factors de risc (enolisme).
- 2 pacients tenien factors de risc (enolisme).

- En 3 pacients no es va considerar que tinguessin antecedents destacables i es relacionaven directament amb un politraumatisme com a motiu d'ingrés.



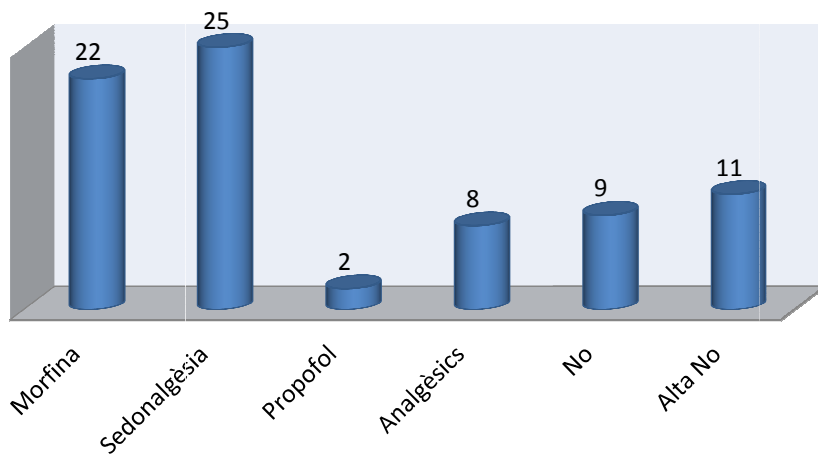
#### 4.2.12. Sedació al final de la vida

- Els 59 pacients amb LET que varen morir a la UCI, la majoria, en el moment de la mort portaven algun tipus de sedant o analgèsic. Siguent el més habitual l'administració de sedoanalgèsia, que es trobava en el 32 % dels casos (25), la morfina, que es trobava en el 29 % dels casos (22) i el propofol que es trobava en un 3 % dels casos (2). A un 10% dels casos (8) se'ls administrava algun tipus d'analgèsic com el paracetamol o el nolotil.

- En un 12% dels pacients (9) no constava que s'administrés cap sedant o analgèsic. 5 d'aquests pacients, tenien deterior neurològic i dany cerebral. 4 pacients no portaven sedants o analgèsics després d'una extubació que els comportà la mort.

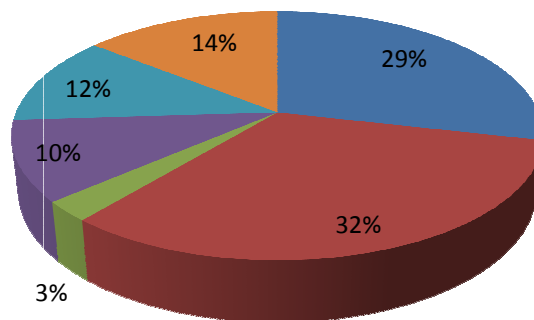
11 pacients, dels 18 que varen ser donats d'alta, no portaven sedants ni analgèsics.

### Sedants al final de la vida



### Sedants al final de la vida

■ Morfina ■ Sedonalgèsia ■ Propofol ■ Analgèsics ■ No ■ Alta No

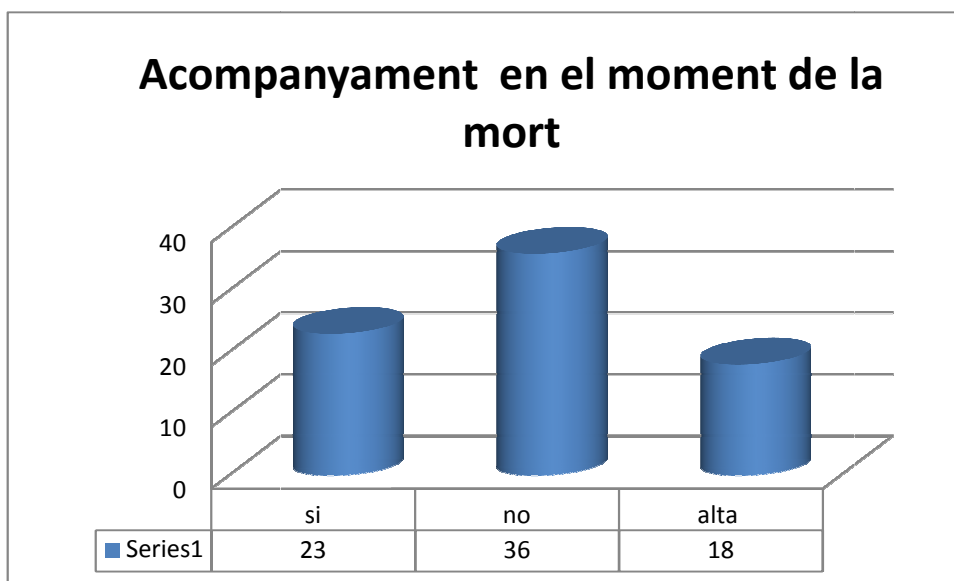


### 4.2.13. Acompanyament dels pacients pels seus representants en el moment de la mort

Malgrat que els horaris de visita a la UCI es troben restringits i repartits en 2 hores i 30 minuts al dia (de 7:15 a 7:45, de 13 a 14 hores i de 20 a 21 hores), als familiars dels pacients que tenen un mal pronòstic vital se'ls permet entrar durant el torn de tarda.

Dels 59 pacients amb LET que es varen morir a la UCI, el 39 % (23) es trobaven acompanyats pels seus familiars en el moment de la mort.

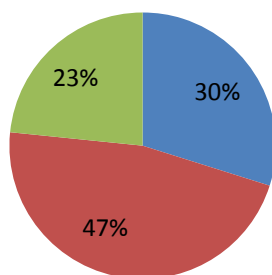
El 47 % (36) no estaven acompanyats pels seus familiars en el moment de la mort. El 23% (18), són els pacients que es varen donar d'alta a una unitat d'hospitalització. En aquest cas sempre s'avisava a la família quan es fa el trasllat del malalt.





## Acompanyament en el moment de la mort

■ si ■ no ■ alta



## 5. DISCUSSIÓ

La funció de les Unitats de Cures intensives és la de donar atenció a pacients greument malalts i que tenen, o estan en risc de tenir, insuficiència en algun dels seus òrgans vitals. Les raons del fracàs d'aquests òrgans poden ser múltiples donada l'heterogeneïtat dels pacients i la complexitat de les tècniques i les cures per a la seva atenció (*The Lancet*, 2010).

Des del punt de vista ètic, la LET és una decisió que cal prendre en els pacients que realment no es beneficiaran de la utilitat dels tractaments de suport vital.

Del nostre estudi i respecte a les dades estadístiques generals, podem dir que s'ha fet LET a un 11,5% (77) dels pacients que varen ingressar a la UCI, i que representen una mica menys de la meitat del total d'èxits a dins de la UCI. De tots els pacients amb LET, el 2,7% (18) varen ser donats d'alta. 10 d'aquest pacients varen morir abans de l'alta de l'hospital i 4 varen morir en altres hospitals. 4 encara sobreviuen, 3 amb limitacions de la qualitat de vida i 1 té una bona qualitat de vida amb 92 anys.

En quan als resultats que es troben en altres treballs de recerca nacionals i internacionals realitzats a l'àrea de malalts crítics, els casos dels pacients amb LET es troba al voltant del 10%-15%. Un estudi de l'hospital de Sabadell, sobre un total de 1.510 pacients, es va fer LET en un 10% dels casos i hi va haver una relació directe entre l'edat i les comorbiditats. Dels pacients que varen morir a l'àrea de malalts crítics, el 55% tenien algun tipus de LET (Fernández, R., 2005). Un altra exemple de resultats el trobem en un estudi a un hospital de Vitoria, en el que, de 409 pacients ingressats es va fer LET a un total del 12% . La decisió es va prendre el 8è dia de mitjana i es relaciona amb l'edat, la qualitat de vida prèvia i la patologia mèdica (Iribarren-Diarasarri,S., 2005).

A nivell internacional, hi ha dos estudis fets a França on es troben dades similars. En un estudi prospectiu (Ferrand, F., 2001) varen veure que en un 53% de les morts de la UCI anaven precedides d'una decisió de no començar o retirar tractaments de suport vital. Un altra estudi multicèntric a París a 7 UCI, varen estudiar 1385 pacients. La decisió de no començar o retirar tractaments

es va aplicar a 80 pacients (58,7%) incloent els 47 (10,8%) que varen ser donats d'alta després de les 48 hores i que van morir abans de l'alta hospitalària. En aquest estudi, es troben dades de LET més altes i la mort dels pacients amb LET es produeix més habitualment fora de la UCI i abans de ser donats d'alta de l'hospital. La mortalitat es va associar amb l'edat avançada, el mal estat de salut crònic, comorbiditats greus, les puntuacions del fracàs dels òrgans i la sèpsia (Azulay,E., 2003).

Un estudi a la UCI de dos hospitals regionals danesos, d'un total de 1665 pacients, 176 (10,6%) varen morir amb algun tipus de LET. D'aquets, 34 (19,3%) varen morir sense deixar de rebre tractament actiu total i 25 (14,2%) varen morir després que no s'hagués començat el tractament. 117 (66,5%) varen morir després que els tractaments fossin retirats. 88 pacients addicionals (5,3%) varen ser donats d'alta amb vida després de no haver començat o retirat tractaments de suport vital. Els pacients que varen morir tenien majors puntuacions de gravetat, eren més grans i tenien més probabilitats de ser homes. Els principals motius de la limitació eren una malaltia aguda i la futilitat atribuïda als tractaments. La mitjana de dies des de l'ingrés fins a la decisió de limitar va ser de 1,4 dies (Jensen,H.I., 2010). L'exemple danès tindria similituds amb el nostre, malgrat que sembla que es donarien més altes amb limitació de tractaments i sembla que es seguiria un procediment de limitació des de les 24-48 hores d'ingrés.

Un estudi multicèntric italià a 84 UCI i 3.793 pacients va detectar que en el 62% de les morts, havia estat precedit per algun tipus de LET, la meitat de les limitacions havien estat per ordres de No reanimació cardiopulmonar. En quan a la resta, estaven dividits per igual entre els pacients als que no es varen començar tractaments de suport vital i als que es varen retirar (Bertolini,G.,2010).

Respecte a no començar o retirar tractaments de suport vital, el nostre estudi no contempla per quin motiu es varen limitar tractaments de suport vital abans d'ingressar a UCI. Sabem que varen ser un total de 29 pacients que no es varen considerar tributaris d'ingrés ja que no reunien els criteris establerts de possibilitats terapèutiques mitjançant tractaments de suport vital. Tot i que no hem estudiat per quins motius aquests pacients no varen ingressar a UCI, un estudi multicèntric recent (Rubio,O., 2015), a partir d'una enquesta a 43 UCIS

nacionals, descriu els motius pels quals s'ingressen pacients als que prèviament s'ha limitat algun tractament de suport vital. El 93% de les enquestes consideren la possibilitat d' ingressar pacients a la UCI amb alguna limitació de tractaments de suport vital prèvia, i només en 3 hospitals no ingressen pacients a UCI si tenen alguna ordre de limitació. Es decideix majoritàriament per la presència d'una malaltia crònica severa prèvia (95%), el respecte a les voluntats anticipades del pacient (95%), la limitació funcional prèvia (85%), y la futilitat qualitativa (82%). La disponibilitat de llits i l'ús de criteris restrictius també es va associar a l'ingrés de pacients amb LET.

En aquest línia, podríem dir que conforme augmenten el número de dies d'ingrés és més habitual decidir la LET com demostra un estudi sobre 589 pacients de UCI en 75 UCI espanyoles, en el que es planteja alguna limitació del tractament en el 34,3% pacients amb estada perllongada a UCI que pateixen complicacions greus. Troben que la incidència és major en pacients amb pneumopatia moderada o greu, malaltia oncològica, tractaments immunosupressors i en pacients dependents (Hernández-Tejedor, A., 2015).

En tots els estudis sobre LET, les categories de la limitació es concreten en dues que són: no començar els tractaments de suport vital o retirar-los/interrompre'ls. En el nostre estudi s'han utilitzat les mateixes categories, però en la retirada de tractaments, s'ha volgut diferenciar entre la retirada de ventilació mecànica a partir de l' extubació i la retirada dels tractaments sense extubació. En el primer cas no va comportar la mort de tots els pacients i alguns varen ser donats d'alta. En el segon cas, va comportar la mort de tots a la mateixa UCI. Respecte als motius de la limitació, en el nostre estudi , la majoria de pacients amb LET va ser per complicacions postquirúrgiques i estaven relacionades amb el risc quirúrgic per una cirurgia programada o urgent complexa, en la majoria de casos oncològica associada a patologia crònica, poca qualitat de vida i edat avançada. En segon lloc, varen ser per un procés agut de gravetat que produí descompensacions per la patologia crònica que tenien els pacients, sobretot patologia amb complexitat, per l'edat avançada i per la poca qualitat de vida. Hi ha va haver alguns casos que va ser per falta d'adherència al tractament. En tercer lloc, va ser per mala evolució neurològica després d'haver patit un ICTUS, TCE, ACR, crisis comicials i

meningitis que varen cursar amb mal pronòstic neurològic i amb anòxia cerebral.

Respecte al temps total d'ingrés i el temps transcorregut entre la decisió de LET, la majoria dels nostres pacients varen morir dins les 12 primeres hores d'haver-se decidit LET, seguit de les primeres 24 hores. Entre els 2 i 9 dies hi trobem 5 pacients.

En aquest mateix sentit un estudi a 28 UCI australianes demostra que la meitat dels seus pacients moren després de 60 minuts d'haver retirat el suport cardiorespiratori el que permet fer canvis dins la organització per millorar la pal·liació dels símptomes (Brieva, J., 2013 ).

L'any 2001, el Comitè d'Ètica de la Societat Americana de Cures Intensives (SCCM) va elaborar un document de recomanacions al final de la vida a les UCI, en el que distingia entre el model curatiu o indicacions mèdiques per a procediments diagnòstics i terapèutics de cara a una curació del pacient, i el model pal·liatiu en relació a l'alleujament de símptomes, la millora de l'estat funcional, la millora de les preocupacions emocionals, psicològiques o espirituals. El primer model es refereix al tractament de les malalties, el segon, als tractaments dels símptomes fent un èmfasi especial al dolor i a l'alleujament del patiment (Robert D, Truog., 2001). El grup de bioètica de la Societat Espanyola d' Unitats de Cures Intensives i Unitats Coronàries també va posar de relleu una proposta molt concreta en base a l'autonomia i la mort digna com a dret individual (Monzón et al., 2008). Només justifiquen l'ingrés d'un pacient a la UCI si existeixen probabilitats de benefici tenint en compte també la qualitat de vida al sortir d'aquesta unitat. Aquest document està pensat amb unes iniciatives de millora al final de la vida del pacient de la UCI tenint en compte les cures pal·liatives que creuen que han de coexistir amb les cures de UCI. Una de les iniciatives de millora proposades per aquest grup de treball és l'administració de cures al final de la vida, i per tant, diuen, la incorporació de la medicina pal·liativa a la medicina intensiva.

A partir de la proposta concreta que fa el grup de bioètica de la Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica, Unitats Coronàries (SEMICYUC) del principi d'autonomia (Monzón et al., 2008) en el nostre treball es veu com la gran majoria dels pacients no són competents per prendre decisions. Donada aquesta circumstància i que altres persones actuen com a substituïts, la

comunicació del metge amb aquestes persones és fonamental per prendre decisions (Randall Curtis,J., 2010). Un estudi recent i extens sobre la falta de la competència en els pacients de UCI (Hernández-Tejedor,A., 2014) posa de manifest que la forma d' actuar en les situacions en les que el pacient no pot prendre decisions varia d'un major a menor valor als desitjos manifestats per els familiars quan no hi ha un representant prèviament designat. En el model paternalista, el metge basa les seves decisions en una apreciació subjectiva de la qualitat de vida i pren les decisions segons les seves preferències que poden ser o no les del pacient, ja que estan influïdes per factors subjectius com les creences, la personalitat i els valors. Pel contrari, quan en el model predomina l' autonomia, els pacients prenen les seves decisions lliurement i el metge té una funció consultiva i procurarà que el pacient compregui la informació, les opcions terapèutiques i les seves conseqüències. Si ha perdut la capacitat de prendre decisions, es tindrà en compte el que prèviament ha expressat, les instruccions prèvies. Hernández-Tejedor, en aquest treball, fa referència a que des de l'any 2004 existeix un consens entre les associacions professionals europees i dels Estats Units en que un enfocament compartit en la presa de decisions entre metges i familiars és el més òptim. En aquest model els metges treballen amb els pacients i els seus familiars per a determinar els valors dels pacients, creences i preferències.

Un estudi nord-americà, a partir de la constatació que 1 de cada 5 americans es moren a una UCI, varen fer una anàlisi bibliogràfica sobre la importància de comunicació al final de la vida a les UCI, concloent que la comunicació amb els representants dels pacients és la clau per la millora de la qualitat de les cures al final de la vida en aquestes unitats. La reunió amb les famílies i la implementació de la presa de decisions compartida poden millorar els resultats del pacients com ara la reducció dels símptomes de trauma psicològic, depressió i ansietat, i escurçar l'estada a la UCI; i la millora de la qualitat de la mort i el morir (Levin et al., 2010).

En quan als desitjos dels pacients i la lliure determinació, per un costat, trobem estudis sobre què opinen els professionals sanitaris, per altra banda trobem opinions sobre el Document de Voluntats Anticipades i els perfils dels pacients que tenen aquest document. Un qüestionari recent realitzat a 331 professionals

de Madrid (Velasco-Sanz,T.R., 2015) constata que el 90,3% no coneix totes les mesures que contemplen les Instruccions Prèvies. El 82,8% opina que el DVA es un instrument útil per als professionals en la presa de decisions. El 50,2% opina que els DVA no es respecten. El 85,3% dels metges respectaria el DVA d'un pacient en cas d' urgència vital en front al 66,2% de les infermeres. Només el 19,1% dels metges i el 2,3% de las infermeres coneixen si els pacients que tenen al seu càrrec tenien un DVA.

Una enquesta transversal realitzada a 210 famílies dels pacients ingressats a la UCI i la Unitat de Semi-intensius de L'Hospital Universitari Mútua de Terrassa amb 2500 ingressos aproximadament, el 42,4% de les persones enquestades havia sentit a parlar de la llei 21/2000 i el 16,2% va dir que coneixia el contingut total o parcial de a llei. Un 8% coneixia a algú que havia redactat un DVA i un 5% havia confeccionat el seu propi document. El 85% dels enquestats estava interessat en rebre informació més detallada de en que consistia el DVA i com s'havia de redactar, el 21% s'havia plantejat redactar un DVA en algun moment de la seva vida i el 51% creia que el fet de tenir un familiar o amic invitava a reflexionar sobre aquest tema. Finalment el 76% pensava que el fet que el pacient tingués un DVA redactat ajudava en la presa de decisions (Arauzo,B. et al., 2010).

Sobre el perfil dels pacients amb DVA i l'ús en la pràctica assistencial de tots els DVA registrats en un hospital universitari terciari en el període 2001-2011, es varen trobar 130 DVA. En el moment del seu atorgament, l'edat mitjana era de 61 anys, un 64% estava diagnosticat de malaltia neoplàsica, un 73% era totalment independent segons l'escala de Barthel per les activitats de la vida diària, i un 36,4% no presentava comorbiditat segons l'escala de Chalson. Les dones tenien, pel que fa als homes, una edat lleugerament superior, atorgaven en major mesura, la seva malaltia era menys rellevant i presentaven una menor comorbiditat. Es van revisar 361 actes mèdics. En finalitzar l'estudi, 74 pacients estaven vius (57%), 37 havien mort (28%) i en 19 casos (15%) s'havia perdut la seva evolució. Dels morts, 13 (35,1%) presentaven incapacitat de decisió en la fase terminal de la seva malaltia i en 9 (69%) es van realitzar ús i

referència expressa als DVA en la fase final de la seva malaltia (Antolin, A. et al., 2014).

Un estudi noruec a partir de 28 entrevistes sobre experiències familiars al final de la vida a la UCI constata que les famílies voldrien tenir un paper més actiu en la presa de decisions per tal de poder comunicar els desitjos del pacient. No obstant això, molts consideren que el seu paper va ser poc clar a l'hora de fer-ho. L'expressió del metge " esperar i veure " és vista per part de la família com un retard en la informació honesta i clara. Consideren que quan els metges prenen la decisió ja no s'està a temps per a la participació de la família. Els resultats també indiquen que les infermeres han d'estar més involucrades en la comunicació del metge amb la família (Lind,R., 2010)

Un estudi sobre la comunicació també detecta contradiccions a partir de les converses entre els metges i les famílies a l'hora d'aturar els tractaments de suport vital i proposa estratègies tenint en compte que existeixen aquestes contradiccions. En lloc d'un assessorament genèric, proposen comunicar-se amb claredat i compassió (Hsiu-Fang , Hsieh., 2006).

La necessitat d'un equip multidisciplinari que inclogui el personal d'infermeria com un actiu dins les decisions de LET també és freqüent en els treballs, tan per el treball fonamental de les cures individualitzades com per preservar l'autonomia del pacient i donar recolzament a les famílies. En relació a la necessitat d'un equip multidisciplinari a l'hora de prendre decisions un estudi a 14 UCI de diferents regions de Virgínia, 29 metges i 196 infermeres, demostra que les infermeres experimenten més ansietat moral i uns nivells de col·laboració més baixos, el seu entorn ètic és més negatiu i estaven menys satisfetes amb l'atenció, que els metges. La qualitat de l'atenció es va relacionar fortament amb la percepció de la col·laboració. El grup de recerca entenia que calia millorar el clima ètic de la UCI a través de la discussió del patiment moral i el reconeixement de les diferències en els valors de la infermera i el metge. La millora en la col·laboració podia mitigar la frustració derivada de les diferències de perspectiva (Hamric, Ann B., 2007).

En un estudi infermer a Suècia, considera que la presa de decisions de LET la realitzen principalment els metges en col·laboració amb altres metges i que, en pocs casos, incorporen algunes reflexions ètiques. Els pacients, els familiars i



les infermeres no tenen un paper important en la presa de decisions (Svantesson, M., 2003). Malgrat que les infermeres tenen un paper central en les cures dels pacients a la UCI, no sempre participen en les decisions de no començar o retirar tractaments de suport vital. Malgrat això, en l'experiència, els sentiments, el sentir-se defensores dels drets dels pacients i el recolzament a la família adquireixen una importància cabdal que cal tenir en compte a l'hora de prendre decisions (Mc. Millen, R., 2008). El fet de participar o no en les decisions varia de més a menys entre diferents països analitzats. En un estudi a nivell internacional es troben algunes diferències perceptibles en relació amb les dinàmiques de poder en les relacions metge-infermera, particularment en relació amb les perspectives culturals sobre la mort i el morir. Per una altra banda, aquest mateix estudi fa referència que les qüestions ètiques de les infermeres sorgeixen a l'hora de realitzar dues pràctiques concretes, la necessitat de la recerca de diàleg i consens a l'hora de prendre decisions per la retirada de suport vital i amb la necessitat d'establir unes cures adequades amb el patiment dels pacients i les seves famílies. (Gallagher, A., 2015). Sobre les qüestions ètiques, un estudi aprofundeix més en els dilemes de les infermeres a partir de l'experiència amb malats als que no s'ha començat o retirat un tractament i estan relacionats amb la comoditat i l'atenció del malalt, les tensions i els conflictes entre l'equip, el fet de no fer mal, les relacions entre la infermera i la família i evitar de dolor i el patiment (Halcomb, E., 2004).

Les infermeres han d'assumir un gran desafiament ètic que consisteix en avaluar els tractaments que han de ser utilitzats en el procés de morir garantint que, quan la cura no és possible, la fase final ha de ser de qualitat. (Knopp de Carvalho, K., 2009). Un estudi internacional sobre la qualitat de la informació entre les infermeres en quan a l'evolució dels pacients varia molt entre les unitats i els països, però, prenia més rellevància quan es tractava de la qualitat de la gestió de les cures del final de vida, la qual cosa, segons els autors, indica que les infermeres realitzarien algun tipus de decisió discrecional (Ganz, F., 2015). Un estudi japonès identifica 5 factors per part de les infermeres que impliquen dificultats per proporcionar cures al final de la vida, el fet que la finalitat principal de la UCI sigui la recuperació i la supervivència, el model de cures d'infermeria per l'atenció al final de la vida, la creació de confiança, tenir cura dels pacients i les famílies i el canvi de l'atenció curativa

al de l'atenció al final de la vida (Kinoshita, S., 2011). Un estudi multicèntric des de la perspectiva d'infermeria, a 4 hospitals del Canadà a partir de 98 pacients als que s'havia retirat suport vital ventilatori, es trobava que la majoria de les infermeres i terapeutes es sentien còmodes amb la presa de decisió de retirar tractaments de suport vital com la ventilació mecànica, però que s'havia de fomentar un enfocament multidisciplinari més significatiu respecte a la millora de l'atenció al final de la vida a partir de la discussió entre tots els membres de l'equip abans de retirar el suport vital i un enfocament de cures estandarditzat més consistent en ser compassiu i centrat en la família. (Graeme, M., 2004).

En un estudi de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Wisconsin a partir de l'alta mortalitat dels pacients a les UCI, es varen descriure els símptomes més freqüents que tenien després de la retirada de la ventilació mecànica, la qual cosa va suggerir la necessitat d'una preparació de les famílies. Es varen identificar 8 descriptors que es varen relacionar directament amb "sensacions físiques i símptomes" que eren mencionats per més del 50% de les infermeres i tenien a veure amb els canvis del color de la pell, els canvis de temperatura, diferents nivells de consciència, l'esforç en la respiració, el període de temps variable per la mort, el patró de respiració i la pèrdua de control de l'intestí o incontinència. (Kirchhoff et al., 2003).

En relació a unes bones cures d'infermeria, depenen de la continuïtat, el coneixement, la competència i la cooperació amb l'equip (Hov, R., 2007).

Una enquesta enviada a 3000 membres de la Associació Americana de Infermeres de cures de pacients crítics sobre el final de la vida, recolzava amb fermesa el bon maneig del dolor per els pacients moribunds i aturar o retirar els tractaments de suport vital per permetre una mort inevitable. Per això es proposaven ampliar el diàleg professional i de cara als pacients i les famílies en l'atenció al final de la seva vida en les unitats de cures intensives (Puntillo Kathleen, A., 2001)

A nivell nacional, les infermeres perceben com a prioritari el control adequat del dolor, que entre l'equip mèdic hi hagi unanimitat de criteris en la presa de decisions i que s'afavoreixi tan al pacient com a la família un entorn digne durant tot el procés (Del Barrio Linares, M., 2007). Es considera que el procés a la UCI és molt tècnic, i que la LET pot tenir a veure amb una desproporció de les cures i la futilitat. És per això que s'ha convertit en un pont entre les cures

intensives i cures pal·liatives, el seu objectiu és garantir una mort digna i sense dolor als malalts terminals (Bueno Muñoz, M.J., 2013). Des de la infermeria es veu necessari canviar el disseny de la UCI i obrir les portes, i liberalitzar l'horari de visites per humanitzar-la, millorar la privacitat, el benestar i el confort dels pacients i famílies especialment les seves demandes personals i emocionals. (Escudero,D., 2014).

## 6. CONCLUSIONS

### 6.1. Conclusions generals

- Dels 672 pacients que van ingressar a la UCI durant el període d'estudi, a 77 se'ls va aplicar una LET (un 11,5% del total). Aquests 77 pacients representen una mica menys de la meitat dels pacients que van morir a la UCI durant l'any de l'estudi.
- Dels 77 pacients a qui se'ls va aplicar una LET, un 2,7% (18) varen ser donats d'alta. Dels 18 pacients donats d'alta de la UCI, 9 varen morir posteriorment a l'alta, d'1 pacient se'n desconeix el destí final donada la seva condició d'estranger.
- Actualment només 4 dels pacients limitats han sobreviscut. Un d'ells resideix en un Centre Sociosanitari i els altres 3 al domicili particular. Respecte a la seva qualitat de vida, 1 d'ells és portador d'una colostomia, i una urostomia i té una fístula incurable. És autònom per les activitats de la vida diària i es troba tractat amb antidepressius. 1 pacient és totalment dependent per les activitats de la vida diària, està conscient i orientat i va en cadira de rodes, té un 80% d'invalidesa. 1 pacient va ser dependent per les activitats de la vida diària i es trobava en estat depressiu en un Centre Sociosanitari. Finalment, va sol·licitar el tancament de la colostomia acceptant qualsevol risc derivat de la intervenció quirúrgica, inclòs la mort. Actualment té 86 anys i encara roman en el Centre Sociosanitari malgrat que percep que ha millorat la seva qualitat de vida. 1 pacient, amb 91 anys d'edat, no té cap limitació per les activitats de la vida diària i fa una vida absolutament normal que li permet fins i tot cuidar del seu marit.
- Els 77 pacients amb LET tenien una mitjana de 69 anys. El 72,7% (56) eren homes i el 27,3% (21) eren dones.

- El número de dies d'ingrés dels pacients amb LET va ser superior al número de dies de pacients que es varen morir sense LET.
- Dels que van ser èxits, la majoria (14) varen morir les 12 primeres hores d'haver decidit la LET. 10 pacients varen morir les 24 hores posteriors de la decisió de LET, 2 pacients a les 48 hores, 1 pacient després de 4 dies i 1 pacient després de 9 dies.
- 9 pacients varen reingressar a la UCI després d'haver estat donats d'alta i 8 varen morir en aquest segon ingrés.
- Les malalties més causants de LET són les malalties de l'aparell respiratori, seguit de l'aparell circulatori, en tercer lloc de l'aparell digestiu i finalment per malalties del sistema nerviós.
- 33 pacients corresponien a l'especialitat mèdica de malalties de l'aparell respiratori i circulatori, i 32 pacients a l'especialitat quirúrgica, la majoria digestiva. 9 pacients corresponien a l'especialitat ortopèdica i de traumatologia (politraumatisme i TCE). L'especialitat oncològica es va trobar en 3 pacients (neoplàsies). Aquests 3 pacients provenien del Servei d'Oncologia, però cal tenir en compte que les neoplàsies es troben associades també en pacients d'especialitat mèdica i quirúrgica.
- El 68% dels pacients a qui se'ls va aplicar la LET provenien d'altres unitats del propi hospital, sobretot d'Urgències i la Unitat Quirúrgica i de Reanimació. El 36% provenien d'altres hospitals, la gran majoria d'Hospitals Comarcals. Dos pacients provenien d'Hospitals de Barcelona i 2 pacients de Centres Sociosanitaris.
- Respecte als motius d'ingrés dels pacients a la UCI, en el 35% (27) eren per complicacions postoperatòries, el 25% (19) tenien insuficiència respiratòria, el 18% (14) es varen associar amb problemes de tipus

neurològic, el 9% (7) havien patit una aturada cardiorespiratòria, el 9% (7) tenien inestabilitat hemodinàmica el 3% (2) a més de tenir insuficiència respiratòria, tenien insuficiència renal. 1 pacient tenia una cetoacidosis diabètica.

- Dels 77 pacients a qui se'ls va aplicar una LET, un 30% (23) varen patir una sèpsia durant l'ingrés a UCI.
- La majoria dels pacients no varen ser competents a l'hora de prendre decisions. Dels 77 casos analitzats, la gran majoria, el 79% (61), no varen ser competents en cap moment dels seu ingrés per prendre lliurement les seves decisions ja que el seu estat físic o psíquic no els permetia de fer-se responsables de la seva situació o bé no eren competents per altres motius com la desorientació, el deterior neurològic, el deliri o altres símptomes com el dolor, l'esgotament, el postrament o l'adormiment.
- Només un pacient va ser competent durant tots els dies d'ingrés i no va manifestar cap voluntat. De 15 pacients, 7 varen ser competents en el moment de l'ingrés i posteriorment varen deixar de ser-ho. 8 pacients no eren competents en el moment de l'ingrés i posteriorment varen ser-ho. Es tracta de pacients que tot i haver-se limitat algun tractament de suport vital es varen donar d'alta de la UCI i es trobaven conscients i orientats. Cap dels pacients no patien dolor. Alguns dels pacients tenien problemes de son o depressió.
- S'han trobat poques referències a les voluntats dels pacients o dels seus representants a la Història Clínica. Només un pacient, que no era competent en el moment de l'ingrés però després va ser-ho, va manifestar la seva voluntat de no ser intubat i reanimat de nou. Només 1 pacient tenia un Document de Voluntats anticipades, però a la Història Clínica no constava cap referència a les instruccions d'aquest document.

9 representants dels pacients varen rebutjar un tractament, 2 d'ells ho varen fer per haver rebut instruccions prèvies per part del propi pacient. 8 d'aquests representants van rebutjar la tècnica de la traqueotomia i estava relacionat amb la mala evolució neurològica i una qualitat de vida limitada. En 2 pacients, malgrat que l'ingrés va ser llarg no milloraven i tenien una edat avançada.

En 6 casos es va deixar constància a la Historia Clínica que hi havia consens entre el metge responsable i la família sobre la limitació de les tècniques de suport vital. Tots 6 pacients tenien patologia crònica complexa.

- En el 91% dels casos, els pacients es trobaven acompanyats per la família durant l'ingrés. La resta (el 9%) van estar sols i tenien problemes de caràcter sociofamiliar o socioeconòmic.
- 7 pacients tenien limitacions de la seva qualitat de vida relacionats amb la dependència per les activitats de la vida diària. En 3 casos no s'iniciaren tractaments de suport vital. En 2 casos es començaren tractaments de suport vital malgrat la limitada qualitat de vida del pacient. En 2 casos va ser la pròpia família que rebutjà tractaments de suport vital basant-se en la poca qualitat de vida. En 1 cas es retirà la ventilació mecànica a petició de la família.
- En quan a les categories, en la gran majoria dels casos, 54, es varen retirar tractaments de suport vital, sense extubació. Per tant, es va produir la mort d'aquests els pacients amb intubació i connexió a la ventilació mecànica.
- A 15 pacients se'ls va retirar el tub endotraqueal i la ventilació mecànica. La majoria dels casos (7) varen ingressar per una pneumònia i tenien patologia respiratòria crònica o bé s'havien intubat per una descompensació de la seva malaltia respiratòria crònica. En 1 cas va ser

per un procés renal agut. En 3 casos per complicacions postquirúrgiques, i en 4 per mala evolució neurològica. En alguns casos, la mort no va ser immediata. En pocs casos es va produir la mort a la mateixa UCI (4) i 10 varen morir després de l'alta de la UCI.

- En molt pocs casos (5) no es varen començar tractaments de suport vital, però es va realitzar tractament mèdic conservador. El tractament mèdic conservador, considerat no agressiu, consisteix en provar tractaments o tècniques considerades no invasives com ara la Ventilació Mecànica No invasiva (VMNI), els antibiòtics, diürètics, hemoderivats, però si no hi ha una resposta evolutiva satisfactòria, no s'inicien tècniques de rang superior com són la intubació orotraqueal i la ventilació mecànica i l' hemodiàlisi. En 3 casos va ser per un procés agut en pacients oncològics que a més tenien patologia crònica i una qualitat de vida limitada. En 1 cas va ser per complicacions postquirúrgiques degut a una neoplàsia a una pacient amb una qualitat de vida limitada i ingressada en un Centre Sociosanitari. En 1 cas va ser per mala evolució neurològica.
- En quan a les subcategories, en primer lloc, els pacients amb LET varen ser per complicacions postquirúrgiques programades o urgents. En la majoria de casos oncològiques associades a antecedents de patologia crònica, poca qualitat de vida i edat avançada.

En segon lloc, varen ser per un procés agut de gravetat que produí descompensacions pels antecedents de patologia crònica que tenien els pacients, sobretot patologia crònica amb complexitat, per l'edat avançada i per la poca qualitat de vida. Hi ha va haver alguns casos que va ser per falta d'adherència al tractament.

En tercer lloc, va ser per mala evolució neurològica i després d' un ICTUS, TCE, aturada cardiorespiratòria, crisis comicials i meningitis que varen cursar amb mal pronòstic neurològic i amb anòxia cerebral.



- 3 casos no es varen poder classificar i en cap dels 3 constava LET. En un cas es tractava d'un pacient que després de ser donat d'alta de la UCI, va patir una caiguda a la unitat d'hospitalització amb resultat d'un TCE amb hemorràgia i la necessitat d'intervenció quirúrgica per drenar-lo. Actualment es troba amb una discapacitat del 80%. En un cas només es varen aplicar drogues vasoactives, no essent necessària la intubació orotraqueal perquè la pacient es recuperà. Actualment té una bona qualitat de vida. En un cas es tractava d'un control de 24 hores d'ingrés a la UCI per una cirurgia complexa (el pacient tenia un meningioma que li provocava una qualitat de vida limitada i a més tenia patologia crònica). A part de la resecció es realitzà una traqueotomia. Va ser donat d'alta.

- S'ha distingit entre els pacients en que es va registrar la LET al curs clínic mèdic i als que no es va registrar. En el 65% de pacients es va registrar que s'havia fet una limitació de tractaments de suport vital. Es varen relacionar amb patologia aguda, complicacions postoperatòries i mala evolució neurològica i tots ells tenien antecedents crònics, la majoria amb complexitat, oncològics i alguns tenien factors de risc i no adherència al tractament. Només 3 pacients no es varen associar a cap antecedent d'interès i estaven relacionats amb un accident.

Respecte als pacients als que no es va registrar LET a la Història Clínica, es va fer més molta més LET als pacients amb processos aguts, poca LET per complicacions postquirúrgiques, i en molt pocs casos per mala evolució neurològica.

- Els 59 pacients amb LET que varen morir a la UCI, la majoria, el 32 % dels casos (25), en el moment de la mort portaven algun tipus de sedant o analgèsic. El més habitual era l'administració de sedoanalgèsia, seguit de la morfina, i el propofol que només es trobava en dos casos. A un 10% dels casos (8) se'ls administrava algun tipus d'analgèsic com el paracetamol o el nolotil. A un 12% dels pacients (9) no constava que s'hagués administrat cap sedant o analgèsic. 5 d'aquests pacients,

tenien deterior neurològic i dany cerebral. 4 pacients no portaven sedants o analgèsics després d'una extubació que els comportà la mort.

- Dels 18 pacients que varen ser donats d'alta, 7 portaven sedants o analgèsics i 11 no portaven cap tipus de sedant o analgèsic.
- El 47 % (36 pacients) no estaven acompanyats pels seus familiars en el moment de la mort.

## **6.2. Principis de la bioètica sobre la LET**

### **6.2.1. Principi d'autonomia**

La gran majoria dels pacients que varen ingressar a la UCI, el 79% (61), no es trobaven competents per rebre informació i prendre decisions. Només un pacient va ser competent durant tot l'ingrés però no va manifestar cap voluntat. I només un pacient, que en el moment de l'ingrés no era competent i després ho va ser, va rebutjar ser reanimat i intubat de nou. Tenia una patologia respiratòria crònica i ja havia patit més descompensacions. Es va donar d'alta a la unitat d'hospitalització. Després va tornar a l'Hospital Comarcal de procedència, des d'on es va traslladar novament a una altra UCI, on morí després de 3 dies.

Només 1 pacient tenia un Document de Voluntats anticipades, però a la Historia Clínica no constava cap referència a les instruccions d'aquest document.

9 representants dels pacients varen rebutjar un tractament, 2 d'ells ho varen fer per haver rebut instruccions prèvies per part del propi pacient. 8 d'aquests representants van rebutjar la tècnica de la traqueotomia i estava relacionat amb la mala evolució neurològica i una qualitat de vida limitada. En 2 pacients, malgrat que l'ingrés va ser llarg no milloraven i tenien una edat avançada.

S'ha deixat constància del fet que, durant el seu ingrés, la majoria dels pacients en el 91% dels casos, van estar acompanyats per familiars o persones properes. La resta, el 9% van estar sols i tenien problemes de caràcter sociofamiliar o socioeconòmic, enolisme o sociopatia.

Només en pocs casos es pot saber quin era el tipus de vincle que aquestes persones tenien amb el pacient (pares, esposos, fills, amics, etc.) i si alguna d'elles era el representant nomenat pel pacient, perquè aquesta dada generalment no s'ha fet constar ni en el curs mèdic ni en el d'infermeria.

No hi ha costum de preguntar als pacients o als seus representants si tenen algun DVA o si prèviament han expressat alguna voluntat respecte a la situació d'ingrés en estat crític. Són els propis representants dels pacients els que comuniquen als professionals l'existència d'un DVA o els informen d'altres tipus d'instruccions prèvies manifestades amb anterioritat. Hi ha representants dels pacients que han rebutjat algun tractament i es relaciona majoritàriament amb la tècnica de la traqueotomia. Tenien un mal pronòstic neurològic. Alguns prèviament ja tenien una qualitat de vida limitada.

En molt pocs casos es va deixar constància del consens dels professionals amb la família a l'hora de retirar els tractaments de suport vital i aquests estaven relacionats amb pacients amb patologia crònica complexa, edat avançada, amb molt mala evolució neurològica i per complicacions postoperatòries amb reintervencions no resolutives.

Com s'ha vist, un alt percentatge del pacients tenien patologia crònica complexa o patologia crònica complexa associada a una història neoplàsica.

De les entrevistes amb les famílies es desprèn que la pacient que havia fet un DVA era perquè l'havien diagnosticat d'un procés neoplàsic i havia volgut portar a terme una planificació respecte a com volia morir. Dos pacients havien manifestat als seus familiars el seu desig de no tenir seqüeles neurològiques que els impedissin tenir una bona qualitat de vida. En 1 cas, la família desitjava tenir el diagnòstic i el pronòstic clar abans de poder decidir com a representants. Dues famílies, que havien perdut els seus familiars durant l'ingrés a la UCI, amb 58 i 60 anys, encara es trobaven en procés de dol.

## 6.2.2. Principi de Beneficència i No maleficència

Les UCI estan dotades d'alta tecnologia i de personal especialitzat en les cures intensives. Alguns pacients no ingressen a la UCI perquè s'ha valorat prèviament que no reuneixen els criteris establerts de possibilitats terapèutiques mitjançant tractaments de suport vital. En molts casos, els pacients ingressen necessàriament per un procés vital que els compromet la vida.

En el nostre estudi, hem vist com el motiu d'ingrés principal és per un procés agut, per una mala evolució després d'intervencions quirúrgiques complexes o perquè el pacient pateix algun tipus de problema neurològic secundari.

Tots aquests motius d'ingrés que han sigut causa de LET, s'ha associat a antecedents d'interès i fan pensar que els tractaments i les cures a la UCI encara seran de més complexitat. Sovint, com s'ha vist, amb el motiu d'ingrés s'hi associen antecedents de cronicitat respiratòria o cardíaca, pluripatologia, processos oncològics, edat avançada. En menys freqüència, (però si per ser citats), s'hi troben hàbits tòxics com l'enolisme i falta d'adherència o abandonament als tractaments.

En els casos que els pacients ingressen per processos vitals és evident que és convenient actuar (principi de beneficència) però a vegades aquest fet, comporta que s'apliquin tractaments de suport vital, els quals, amb una patologia crònica de base, tenen poques possibilitats de ser efectius i per tant, els pacients poden romandre ingressats més temps ( exemple en els casos nº 27, nº 32, nº 38, nº 83 nº 92, nº 93 ) tenint poques possibilitats de supervivència. Caldria que ens plantegéssim que, en algunes ocasions els tractaments podrien no haver estat proporcionats i preguntar-nos si eren necessàries per exemple les re-intervencions i si calien més proves diagnòstiques. Els símptomes també podrien suggerir que els tractaments haurien esdevingut fútils i per tant es pogués vulnerar el principi de dignitat.

Aquests dos principis, (beneficència i no maleficència), se solen plantejar des del punt de vista de les intervencions mèdiques, malgrat això, les infermeres tenen un paper central en les cures dels pacients a la UCI i no sempre participen en les decisions de no començar o retirar tractaments de suport vital. A l'apartat de la discussió es pot veure com l'experiència, els sentiments, el sentir-se defensores dels drets dels pacients i el recolzament a la família adquireixen una importància cabdal que cal tenir en compte a l'hora de prendre decisions (Mc Millen, R.,2008). Les qüestions ètiques de les infermeres sorgeixen a l'hora de realitzar dues pràctiques concretes, la necessitat de la recerca de diàleg i consens a l'hora de prendre decisions per la retirada de suport vital i amb la necessitat d'establir unes cures adequades amb el patiment dels pacients i les seves famílies (Gallagher, A., 2015), (Halcomb,E., 2004). Les infermeres han d'assumir un gran desafiament ètic que consisteix en avaluar els tractaments que han de ser utilitzats en el tractament del procés de morir garantint que quan la cura no és possible, la fase final sigui de qualitat (Knopp de Carvalho, K.,2009).

### **6.2.2. Principi de Justícia**

Tot sembla indicar que no es varen produir discriminacions pel que fa al principi de justícia formal. Tots els pacients van ser atesos sense discriminació en relació a l'edat, el sexe, l'ètnia, la pluripatologia, els hàbits tòxics o la no adherència al tractament, etc.

En alguns casos, però, no deixa que els tractaments hagin pogut ser desproporcionats (per exemple en els casos nº 29 i 44 ) i que apart de vulnerar el principi de no maleficència s'hagi vulnerat el principi de justícia distributiva. Es vulnera el principi de justícia distributiva quan, tot i sabent que no hi pot haver una recuperació funcional amb una qualitat de vida mínima es comencen o es continuen aplicant tractaments de suport vital.

### 6.3. Punts forts

A partir del que s'ha indicat en l'apartat sobre la "Discussió" i de la comparació de les xifres de LET amb altres UCI nacionals i internacionals, veiem que en la nostra unitat hi ha més o menys les mateixes xifres sobre els casos de LET, que oscil·len en general entre el 10% i el 15%, com l'estudi de l'hospital de Sabadell,(Fernández,R.,2005), l'hospital de Vitòria (Iribarren-Diarasarri,S.,2005) i Dinamarca (Jensen, H.I.,2010). En els estudis fets a França (Ferrand, F., 2001) i Itàlia (Bertolini,G., 2010 ) tenen xifres més altes de LET.

En altres UCI (Rubio,O., 2015), a part de la decisió de LET que es pot fer a dins de la UCI, es pot plantejar la possibilitat d'una limitació prèvia a l'ingrés. En el nostre estudi, no s'ha aprofundit sobre aquest aspecte, però sí que sabem que a un total de 29 pacients se'ls va valorar a partir d'una consulta d'altres metges del propi Hospital o d'Hospitals Comarcals. Aquests pacients no es van considerar tributaris d'ingrés a la UCI ja que no reunien els criteris establerts de possibilitats terapèutiques mitjançant tractaments de suport vital.

Treballs molt recents (Hernández-Tejedor,A.,2015), troben que la incidència de LET és major en pacients amb pneumopatia moderada o greu, malaltia oncològica, tractaments immunosupressors i en pacients dependents. Aquesta incidència coincideix en tres aspectes amb el nostre estudi, les malalties de caràcter respiratori, les malalties oncològiques i els pacients dependents.

Els treballs científics sobre la LET van en la direcció de respectar l'autonomia del pacient i creixen el nombre de persones que estan interessades en conèixer el Document de Voluntats Anticipades, sobretot si coneixen algú que es troba ingressat en una UCI. Creuen que aquest document pot ajudar a decidir (Arauzo,B. et al.,2010). El fet que en 1 cas es disposés d'un Document de Voluntats Anticipades, en 1 cas el propi pacient expressés el seu rebuig a un tractament i en 2 casos els pacients haguessin expressat anteriorment instruccions prèvies de forma oral als seus familiars o persones properes, indica que, tal com afirmen els treballs científics sobre la LET i el principi

d'autonomia (Monzón et al.,2008) que l'exercici de l'autonomia del pacient tendeix a incrementar-se.

En fet que el 91% dels casos, els pacients es trobessin acompanyats per la família durant l'ingrés és interessant pel fet que podem afirmar que hi ha representants. Donada aquesta circumstància i que altres persones actuen com a substituïts, la comunicació del metge amb aquestes persones és fonamental per prendre decisions (Randall Curtis,J.,2010).

Els 59 pacients amb LET que varen morir a la UCI, la majoria, el 32 % dels casos (25), en el moment de la mort portaven algun tipus de sedant o analgèsic.

A un 10% dels casos (8) se'ls administrava algun tipus d'analgèsic com el paracetamol o el nolotil. A un 12% dels pacients (9) no constava que s'hagués administrat cap sedant o analgèsic. 5 d'aquests pacients, tenien deterior neurològic i dany cerebral. 4 pacients no portaven sedants o analgèsics després d'una extubació que els comportà la mort.

#### **6.4. Punts febles**

En el registre de l'evolució clínica dels pacients, s'ha constatat que els aspectes tècnics tenen més rellevància. Estem parlant d'aspectes relatius a les analítiques, les proves diagnòstiques i quirúrgiques, el fracàs dels òrgans, etc. Després d'aquests aspectes, els que més es registren, però amb menys incidència, són el dolor o nivell de sedació, les lesions secundàries als tractaments, etc. En canvi, sovint no es deixa constància d'aspectes com el nivell de competència dels pacients, la informació que es dona a les famílies, com aquesta és rebuda o si manifesten alguna opinió al respecte. Per altra banda, no queda identificat el representant del malalt. Sovint només es parla de "família" en general i sol ser durant els últims dies, quan el mal pronòstic és imminent. En poques ocasions, s'han registrat les instruccions prèvies dels pacients i si hi ha hagut algun tipus de manifestació per part de la seva família o els seus representants.

Les decisions de LET les pren majoritàriament el metge responsable. En cap cas es fa referència a la decisió d'un equip multidisciplinar (equip mèdic, infermeria, i treballadors socials o psicòlegs) i, en molt pocs casos, ha quedat registrat que hi hagi un consens amb la família.

En relació a la família, en general s'obté més informació en el curs clínic d'infermeria que en el curs mèdic, ja que és on es registra si la família ha vingut o no per acompanyar els pacients, durant quins horaris, o si han vingut fora dels horaris establerts, i si la família ha estat informada.

No hi ha un pla d'actuació i de cures establert després d'haver decidit la LET i que correspondria a un protocol establert per les cures paliatives al final de la vida a la UCI.

Malgrat que la majoria dels pacients es varen morir amb algun tipus de sedació, alguns varen morir sense, es tractava de pacients que tenien mala evolució neurològica o que es varen morir poc després d'una extubació.

## **6.5. Per a la reflexió**

**En relació a l'ingrés o no dels pacients a la UCI.** Quan ingressa un pacient a la UCI és perquè els professionals tenen l'obligació d'actuar. A partir d'aleshores, es constata si els tractaments de suport vital són beneficiants o resulten maleficients i es determina en quins casos resulta raonable l'obtenció de beneficis o, pel contrari, provocarien més danys.

Un pacient que ingressa per un dels motius subcategoritzats (procés agut, complicacions post quirúrgiques o mala evolució neurològica) amb antecedents de patologia crònica o pluripatologia, amb neoplàsies, amb una qualitat de vida limitada, amb patologia respiratòria crònica, alguns amb oxigen domiciliari, ingressats en un Centre Sociosanitari, etc., s'han d'ingressar a la UCI? Cal iniciar tractaments de suport vital com ara la ventilació mecànica invasiva? Quins tractaments de suport vital seran beneficiants per aquests pacients i



quins no? Alguns tractaments de suport vital seran més maleficients i fútils? Sovint els motius d'ingrés són estrictament biològics. En general, s'intuben i es connecten a la ventilació mecànica els pacients crònics per un procés agut com una pneumònia o una exacerbació de la seva malaltia crònica però, es plantegen els antecedents d'interès que dificultaran el progrés cap a la seva recuperació? Es tenen en compte els factors que poden intervenir en que l'evolució no sigui favorable? (exemple del cas nº.50). En els casos analitzats s'ha vist que, malgrat això, s'inicien tractaments de suport vital en pacients amb poques possibilitats de supervivència i que es moren després d'haver-los començat (exemples dels casos nº 29 i nº 44, nº86).

**Amb el fet de no començar o retirar els tractaments de suport vital.** Es té més tendència a començar els tractaments de suport vital, tal i com s'ha vist en l'anàlisi de casos. Molt pocs tractaments no es comencen i aquests estan condicionats a un tractament mèdic de baixa intensitat (per exemple tractaments farmacològic i amb ventilació mecànica no invasiva (VMNI)).

Com s'ha vist en els casos, alguns familiars de pacients crònics, amb una qualitat de vida limitada, rebutgen els tractaments. Respecte a l'entrevista a la filla d'un pacient crònic ingressat en un Centre Sanitari (cas nº 64), també es pot veure que hi ha famílies que volen saber amb claredat el diagnòstic i el pronòstic, perquè només així tenen percepció del que passa, ho poden entendre i poden decidir.

Respecte a la retirada de tractaments de suport vital no se n'haurien d'afegir més o s'haurien de retirar quan no suposen cap benefici pel pacient? En molts casos no es retiren les drogues vasoactives cosa que pot fer allargar l'agonia. La nutrició enteral no es retira pràcticament mai, s'hauria de considerar un tractament de suport vital i retirar si no es beneficiant?.

**En relació al Weaning precoç i l'extubació precoç.** El weaning precoç es relaciona amb la limitació precoç de l'esforç terapèutic i a vegades no és efectiu. És correcte aquesta forma de retirar? Si el pacient està inestable, i no evoluciona bé, per què es continua el weaning com s'ha vist en alguns casos (exemples en els casos nº 29, nº 32, nº 73, nº 76, nº 83, nº86, nº 89, nº97, nº152). A vegades comporta la retirada de la sedació i el pacient no evoluciona

correctament, “té mal despertar”. En comptes de forçar el weaning, s’hauria de decidir d’aturar? Seria millor aturar? Si el pacient no evoluciona bé per què s’ha d’extubar? (exemple del cas nº 132). Si és així, s’hauria de sedar correctament? Hauria de ser pactada l’extubació i la sedació amb la família?

**Amb el total de dies d’ingrés.** El fet que ingressin pacients amb antecedents de patologies cròniques complexes, oncològiques, amb una qualitat de vida limitada, etc., fa que apareixin dubtes ètics als professionals sanitaris?

L’anàlisi de dies del t-student demostra que els pacients amb LET estan ingressats més dies en comparació amb els que no es limiten. Aquest fet demostraria que la LET en general es decideix massa tard? A vegades s’informa a la família de molt mal pronòstic a curt termini i romanen ingressats uns dies més. A vegades la família manifesta que no vol que es faci res. S’han de retirar els tractaments de suport vital quan la família ho sol·licita? (exemple en els casos del rebuig a la tècnica de la traqueotomia).

**Intervencions quirúrgiques de risc.** En quins casos s’han d’operar els pacients amb pluripatologia? El comitè de tumors decideix quins pacients són tributaris de tractament quirúrgic. A l’estudi s’ha demostrat que alguns pacients intervinguts de cirurgia d’alta complexitat programada tenien antecedents crònics que augmentaven el risc de complicacions i dificultaven la seva recuperació (exemple en els casos nº 50, nº 61 i nº 73). Potser hi hauria d’haver un metge de la UCI o un membre del CEA, o algun professional format en bioètica en el comitè de tumors? A vegades es focalitza massa l’atenció sobre l’òrgan afectat però sense tenir prou amb compte la situació de conjunt del pacient i els seus antecedents previs que poden causar inconvenients?

**Possibles contradiccions.** En alguns casos sembla que s’observen contradiccions entre les ordres o plans de diferents professionals (exemple en els casos nº27, nº32, nº 76, nº 89, nº92). Aquestes contradiccions poden portar a l’allargament dels dies d’ingrés i a la futilitat dels tractaments? Se sol tractar de casos relacionats amb més d’una especialitat implicada? Per exemple es tornen a instaurar tractaments de suport vital a pacients als quals ja s’havien

limitat els tractaments (exemple en el cas nº 82). Es segueixen fent tractaments malgrat que el primer dia d'ingrés s'alerta que el pacient no és tributari a mesures terapèutiques i el pacient morí al cap de 10 dies (exemple en el cas nº34, nº69). A vegades es diu que no hi ha possibilitats quirúrgiques i s'opera una altra vegada essent aquest intervenció no resolutiva i suposant un deterior del pacient encara més gran (exemple en el cas nº 27).

**Les proves diagnòstiques.** Es relaciona amb la limitació de l'esforç diagnòstic. En alguns casos es continuen realitzant proves diagnòstiques o exploratòries que habitualment són per certificar la mort del pacient i que diagnostiquen problemes greus sense resolució (isquèmies de colon, d'esòfag, etc.). Cal fer aquestes proves diagnòstiques?( exemple en el cas nº 14, nº 17, nº 57).

**La desproporció dels tractaments.** El fet de no limitar els tractaments quan seria necessari fer-ho comporta conseqüències com ara la futilitat i el fet de vulnerar la dignitat del pacient. Quins símptomes s'haurien de tenir en compte per retirar tractaments de suport vital? ( exemple en el cas nº 18, nº 32, nº 57 nº 89). S'ha fet una recopilació de símptomes que podrien suggerir una desproporció dels tractaments (edemes generalitzats, úlceres per decúbit, miopatia extrema, hipotèrmia, glicèmies inestables, hipoglicèmies, ferides incurables, intolerància a la dieta enteral i regurgitacions de líquid biliós, abdomen distès, empitjorament de l'estat nutricional, inestabilitat per la qual cosa no es pot moure al pacient, taquicàrdies i arítmies, no tolerància del weaning, isquèmia de colon, isquèmia d'esòfag, cultius i nous antibiòtics, aïllament per infeccions intrahospitalàries i immunodepressió, sagnats per boca, etc.)? Potser el fer més intervencions, complica aquests pacients tan fràgils? On posar els límits per no caure en l'error de fer més quan això implica acabar fent més mal que bé?

**La Traqueotomia.** S'ha de plantejar una traqueotomia quan el pacient està estancat, amb miopatia i impossibilitat de weaning? Per què es planteja fer una traqueotomia en un pacient que no es desperta i que no millora

neurològicament? És prudent? Pot realment produir-se una millora? Revertirà el dany neurològic? S'han valorat les conseqüències d'una traqueotomia de cares a la qualitat de vida? S'ha de proposar la traqueotomia als representants del pacient davant d'un pronòstic tan greu i una mala evolució neurològica? (exemple cas nº 37, nº 42, nº 58, nº 77, nº 97).

**No adherència als tractaments.** Per part dels professionals hi ha l'obligació d'actuar i es fa malgrat que, en alguns casos, se sap que voluntàriament els pacients no anaven als controls. Caldria explorar més en el principi d'autonomia d'aquests pacients? (exemple en els casos nº18, nº 95, nº 111).

**En alguns casos no s'ha deixat constància de la LET en les Històries clíniques.** Per què es realitza la LET i no se'n deixa registre? En els casos en que no s'ha registrat la LET, és a causa de dubtes en relació als aspectes ètics o legals de la LET?

## 7. PROPOSTES DE MILLORA

A partir dels casos estudiats, de la discussió i de l'anàlisi dels principis de la bioètica es fan les següents propostes de millora:

1. Explorar més en el principi d'autonomia i disposar d' un registre per fer constar la competència o no del pacient i identificar el seu representant. Tenir en compte els DVA i fer constar les voluntats escrites en aquest document a la Historia Clínica per tenir-les en compte a l'hora de prendre les decisions. Si no hi ha voluntats escrites, preguntar als representants del pacient si aquests havien donat Instruccions Prèvies. Fer constar la informació que es dona a les famílies i les seves opinions i preferències.
2. És evident que hi ha una pressió social sobre les intervencions sanitàries, però cal apel·lar al principi de responsabilitat dels professionals per portar a terme només aquelles que puguin ser més beneficiants que maleficients.
3. En alguns casos de futilitat fisiològica és el metge i l' equip qui ha de decidir els tractaments que s'han de limitar. En els casos en que es tracti de futiltat probabilística (que és en la majoria dels casos que s'han estudiat) cal prendre les decisions conjuntament amb la família i caldria fer-ho a partir d'una valoració dels antecedents de patologia crònica prèvia, el diagnòstic actual fent una previsió del pronòstic i l'estil o qualitat de vida. Es podrien utilitzar escales per fer una aproximació.
4. Establir un procediment en els que s'avaluïn els pacients tenint en compte que el número de dies ingressats supera la mitjana del nº de dies dels pacients que no varen ser LET. Els treballs analitzats en l'apartat de la discussió parlen de la necessitat de fer una valoració de LET les 24-48 hores (Jensen,H.I.,2010) i fer reorientacions diagnòstiques freqüents acompanyades amb informació familiar i

valorant el principi d'autonomia del pacient. Als 8 o 10 dies es decideix LET de mitjana (Iribarren-Diarrasari,S.,2005). L'estada perllongada comporta complicacions greus (Hernández-Tejedor, A., 2015).

5. Per les decisions de LET caldria que l'equip fos multidisciplinari. Que inclogués a una infermera per donar el seu punt de vista i el seu sentit crític sobre símptomes que poden ser causa de desproporció en els tractaments i de la valoració del dolor i del patiment que pot experimentar el pacient o la família. També hauria de participar un treballador social en els casos de problemes sociofamiliars, socioeconòmics, com l'enolisme i la sociopatia. Un psicòleg de suport també podria incorporar-se a l'equip.
6. Planificar la sedació al final de la vida. La infermera hauria de tenir un paper rellevant per la seva condició de cuidadora. Als pacients que cal limitar tractaments de suport vital perquè ja no son útils, només cal que es planifiquin mesures de confort incloent-hi el recolzament psicològic a les famílies i facilitar la seva entrada a la unitat i l'acompanyament en el moment de la mort.
7. Evitar les contradiccions. Seguir les ordres de l'equip i del responsable mèdic.
8. Utilització del Consentiment informat a l'hora de fer una intervenció quirúrgica d'alt risc. Oferir una informació clara i veraç a l'hora de fer aquest tipus d'intervenció i també en les tècniques com la traqueotomia que poden comportar importants lesions i limitacions als pacients. En aquest darrer cas, com s'ha vist, algunes famílies la rebutgen en determinades circumstàncies.
9. Per els pacients crònics amb complexitat, pluripatològics i neoplàsics potenciar la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada

(PCC i MACA). Potenciar l'ús del Pla Anticipat de Cures (PAC) i el Document de Voluntats Anticipades (DVA).

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Abel, F., Sans J. Obstinació terapèutica. (2005). *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* 20 (5): 68-72.
2. Antolín, A., Jiménez, S., González, M., Gómez, E., Sánchez, M., & Miró, O. (2014). Characteristics and use of advance directives in a tertiary hospital. Period 2001-2011. *Revista Clínica Española*, 214 (6), 296–302.
3. Ameneiros Lago, E.; Carballada Rico, C.; Garrido Sanjuán, J.A. (2006). Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? *Medicina paliativa*;13(4):174-7
4. Arauzo, V., Trenado, J., Busqueta, G., & Quintana, S. (2010). Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva Degree of knowledge on the law of advance directives among the relatives of the patients admitted to ICU, *Med Clin (Barc)* ,34(10):448-451.
5. Azoulay, E.; Christophe Adrie; Arnaud De Lassence; Frederic Pochard; Delphine Moreau ; Guillaume Thiery ; Christine Cheval ; Pierre Moin; Maïté Garrouste-Orgeas ; Corinne Alberti ; Yves Cohen ; Jean-François Timsit. (2003). Determinants of postintensive care unit mortality: A prospective multicenter study. *Crit Care Med*; Vol. 31, No. 2.
6. Barbero Gutiérrez, J.; Romeo Casabona, C.; Gijón, P.; Júdez, J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*; 117:586-94.
7. Beauchamp, T.L; Childress, James F. (1998) Principios de Ética Biomédica. Versión española de la 4ª edición original. Barcelona: Masson.
8. Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C, Tomelleri S, Spada S, Satolli R, Gridelli B, Lizzola I, Mazzon D (2010)



- End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units. *Intensive Care Med* 36:1495–1504.
9. Boladeras Cucurella, M.(2009).*El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*. Barcelona: Lince.
  10. Boladeras Cucurella, M.(2015).*Qué significa humanizar la asistencia?* Madrid:Tecnos.
  11. Borrell, F., Júdez, J., Segovia, JL., Sobrino, A., Álvarez, T. El deber de no abandonar al paciente. (2001). *Med Clin (Barc)*; 117:262-73.
  12. Brieva,J.;Coleman,N;Lacey,J;Harrigan,P;Levin,F.J.;Carter,GL.(2013). Prediction of death in less 60 Minutes following withdrawal of cardiorespiratory support in ICUS. *Critical Care Medicine*.Volume 41-Issue 12 – p 2677-2687.
  13. Broggi, M.A. (2001). El Documento de Voluntades Anticipadas. *Med Clin*, Barcelona,117:114-5.
  14. Bueno Muñoz, M.J. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: aproximación a una visión de conjunto.(2013). *Enferm Intensiva* ;24(4):167-174.
  15. Burns, JP. Truog, RD. (2007). Futility: a concept in evolution. *Chest*; 132:1987-93.
  16. Cabré Pericas,L; Solsona Duran,J.F; y grupo de trabajo de la SEMICYUC. (2002). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*, 2002;26(6):304-11.
  17. Cabré, L; Mancebo, J;Solsona J.F; Saura,P; Gich, I; Blanch, L; Carrasco, G; Martín M.C; and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. (2005) Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units. The usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive care Med* ; 31:927-933.
  18. Cabré, Lluís; Casado, Maria, Mancebo, Jordi.(2008). End of life care in Spain. Legal framework. *Intensive Care Med*, 34:2300-2303.
  19. Camps, V. (2001) . *Una vida de calidad*. Barcelona: Ares y mares.

20. Casado, M. (2009). *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO*. Navarra: Aranzadi.
21. Consell de Co.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.(2009). Codi d'ètica. Barcelona.
22. Consejo Internacional de Enfermería.(2006).Código deontológico. Ginebra.
23. Couceiro Vidal, A. (2007). Las voluntades anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Rev Calidad Asistencial*; 22(4):213-22.
24. Couceiro, A. (2004). *Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Triacastella
25. Comitè de Bioètica de Catalunya (2006). Informe sobre l'eutanasia i l'ajuda al suïcidi. Informe sobre l'eutanasia y la ayuda al suicidio. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
26. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). Recomanacions davant el rebuig dels malalts al tractament. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
27. Comitè de Bioètica de Catalunya.(2010). Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
28. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2013). L'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA).
29. Convenio de Oviedo. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respeto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Aprobado por el consejo de ministros el 19 de noviembre de 1996.
30. Del Barrio, M., Jimeno, L., López, P., Ezenarro, A., Margall, M.A., & Asianin M.C.(2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben la enfermeras de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18 (1),3-14.
31. Del Barrio Cantalejo, IM., Simón Lorda, P. (2006). Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces *Rev Esp Salud Pública*;80(4):303-15.

32. Del Barrio Linares, M., Jimeno San Martín, L., López Alfaro, P., Ezenarro Muruamendiaraz, A., Margall Coscojuela, M. A., & Asiain Erro, M. C. (2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(1), 3–14.
33. Dworkin, R. (1994) *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel
34. Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*, 38(6), 371–5.
35. Falcó, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos: aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería Intensiva*. 20(3), 104-109.
36. Fernández, Fernández, F.; Baigorri, Gonzalez, Y., Artigas, Raventós, A. (2005). Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. *Med. Intensiva* ;29(6):338-41.
37. Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P., Lemaire, F., for de French LATAREA group. (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet* ;357:9-14.
38. Gallagher, A., Bousso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794–803.
39. Gamboa, F. (2010). Limitación del Esfuerzo Terapéutico ¿Es lo mismo retirar un tratamiento que no iniciarlo? *Medicina Intensiva*, 135 (9), 410-416.
40. Ganz, F. D., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Ben Nun, M., Ryan, H., Spooner, A. (2015). The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: a descriptive comparative

- international study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 49–56.
41. Gracia, D. (2007) .*Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastella
  42. Gracia, D. (2004). Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastella.
  43. Gracia, D., Júdez, J.(2004). Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastella
  44. Gracia, D. (2006). Limitación del Esfuerzo Terapéutico: lo que nos enseña la historia A: De la Torre,J; Madrigal,S; Fernández del Riesgo,M; Gracia, D; Trueba, Juan L; Clavé,E; Bátiz,J; González, L; Terribas,N; Torres,A. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
  45. Graeme M. Rocker, Deborah J. Cook, Christopher J. O'Callaghan,, Deborah Pichora, Peter M. Dodek, Wendy Conrad,, Demetrios J. Kutsogiannis, Daren K. Heyland.(2005) Canadian nurses' and respiratory therapists' perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2005 Mar;20(1):59-65
  46. Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 20(4), 214–22.
  47. Hamric, Ann B., Blackhall, Leslie J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 35(2):422-9.
  48. Hastings Center. (2009). *Els fins de la medicina. Los fines de la medicina*. Barcelona: Quaderns Fundació Víctor Grífols i Lucas.
  49. Hernández-Tejedor, A. (2014). [A review of bioethics in the Intensive Care Unit: The autonomy and role of relatives and legal representatives]. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*, 38(2), 104–10.
  50. Hernández-Tejedor, A., Martín Delgado, M. C., Cabré Pericas, L., & Algora Weber, A. (2015). Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en

- España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*, 39 (7), 395–404.
51. Hernando, P; Diestre, G, Baigorri, F. (2007). Limitación del Esfuerzo Terapéutico. “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?”. *An. Sist. Sanit. Navar.* Vol.30, suplemento 3.
52. Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 23(6), 331–41.
53. Hsiu-Fang, Hsieh, Shannon Sarah E, Curtis J Randall. (2006). "Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit." *Journal of critical care* 21 (4): 294-304.
54. Iribarren, Diarasari, S; Latorre, García, K; Muñoz, Martínez, T; Poveda, Hernández, Y; Dudagoitia, Otaolea, J.L; Martínez, Alutiz, S; Castillo, Arenal, C; Ruiz, Zorrilla, JM; y Hernández, López, M. (2007) Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*;31(2):68-72.
55. Jensen, H. I., Ammentorp, J., Ording, H. Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: frequency, patient characteristics and decision process (2011). *Acta Anaesthesiol Scand* ; 55: 344–351.
56. Jonas, H. (1997). *Técnica , medicina i ética*. La práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Paidós
57. Jonsen, A.; Siegler, M.; Winslade, WJ. (2005). *Ética Clínica*. Barcelona: Ariel.
58. Kinoshita, S., & Miyashita, M. (2011). Development of a scale for “difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care” ( DFINE ): A survey study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(4), 202–210.
59. Kirchhoff, K. T., Conradt, K. L., & Reddy Anumandla, P. (2003). ICU nurses’ preparation of families for death of patients following withdrawal of ventilator support. *Applied Nursing Research*, 16(2), 85–92

60. Knopp de Carvalho, Karen; Lerch Lunardi, Valéria. (2009). Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17, núm. 3. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.
61. Levin, T., Moreno, B., Silvester, W., & Kissane, D. W. (2010). End-of-life communication in the intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 433–42.
62. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica
63. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Junta de Andalucía, 2010.
64. LLei 21/2000 de 29 de desembre, Sobre els Drets d'Informació Concernent a la Salut i l'Autonomia del Pacient i la Documentació Clínica.
65. Lind, R., & Lorem, G. F. (2011). Family members experiences of “wait and see” as a communication strategy in end-of-life decisions, 1143–1150.
66. Majó Roviras, C. (2010). Limitación del Esfuerzo Terapéutico: anàlisi de un caso. En: Boladeras, M. ¿Qué dignidad? Filosofía, derecho y práctica sanitària. Capellades: Proteus.
67. Majó Roviras, C. (2011). Análisis des de la bioética para las decisiones de limitación de medidas de soporte vital. En Boladeras, M. Bioética: la toma de decisiones. Capellades: Proteus.
68. McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 24(4), 251–9.
69. Martin, M.; Saura, R.; Cabré, L.; Ruiz, J.; Blanch, L.; Blanco, J.; Castillo, F.; Galdos, P.; Roca, J.; and Working Groups of SEMICYUC and SEEIUC1: *Quality indicators in critically ill patients*. SEMICYUC, 2005. [http://www.semicyuc.org/calidad/quality\\_indicators\\_SEMICYUC\\_2006](http://www.semicyuc.org/calidad/quality_indicators_SEMICYUC_2006)

70. Monzón Marín, J.L.; Saralegui Reta, I; Abizanda Campos, R; Cabré Pericas, L; Iribarren Diarasarri, S; Martín, Delgado, M.C.; Martínez Urionabarrenetxea, K; y grupo de bioética de la Semicycuc. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*; 32(3). 121-33.
71. Ortega, S; Cabré, LL. Limitación del Esfuerzo Terapéutico. (2008). A: Libro Electrónico de Medicina Intensiva. Sección 3: Ética Médica. <http://intensivos.unitet.edu>.
72. Patricia, A; Kritek, M.D; Arthur, S; Slutsky, M.D; and Leonard D. Hudson, M.D. Care of an Unresponsive Patient with a poor prognosis (tratamiento de un paciente en coma con un pronóstico desfavorable). *New England Journal of Medicine*, 360;10 March, 2009
73. Puntillo, K., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., Stannard, D., Kathleen, A. (2001). End-of-life issues in intensive care units: a national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care*, 10(4), 216–229.
74. Randall Curtis, J, [Jean-Louis Vincent](#). (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The lancet*. Volumen 376, Issue 9749, 16-22, pages 1347- 1357.
75. Robert D. Truog, MD, MA; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; J. Randall Curtis, MD, MPH; Curtis E. Haas, PharmD, FCCP; John M. Luce, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc; Cynda Hylton Rushton, PhD, RN, FAAN; David C. Kaufman, MD. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care. *Crit Care Med*, Vol. 36, No. 3.
76. Romeo Casabona, C.M. (1994). *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: CERA.
77. Royés, A. (2005). Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Calidad Asistencial*, 20(7), 391-395
78. Rubio, O., Sánchez, J. M., & Fernández, R. (2013). [Life-sustaining treatment limitation criteria upon admission to the intensive care unit: results of a Spanish national multicenter survey]. *Medicina intensiva /*

*Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*, 37(5), 333–8.

79. Santana, L., Gil, N., Méndez, A., Marrero, I., Alayón, S., Martín, S.C., Sánchez, M., (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva* 21(4), 142-149.
80. Simón Lorda, Pablo. (2000). El Consentimiento Informado. Madrid: Triacastella.
81. Simón Lorda, P., Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* ;117:99-106.
82. Simón Lorda, Pablo; Barrio Cantalejo, Inés María; Alarcos Martínez, Francisco.J; Barbero Gutiérrez, Javier; Couceiro, Azucena; Hernando Robles, Pablo. (2008). Ética y muerte digna. Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev. Calidad Asistencial* ; 23(6):271.
83. Simon, P; Barrio, I.M. (2008). El caso de Inmaculada Echevarria: implicaciones éticas y jurídicas. *Med. Intensiva*; 32:444-51.
84. Solsona, J.F; Miró, G ;Ferre, M; Cabré, L ;Torres, A. Los criterios de ingresos en la UCI del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (2001). Documento de consenso SEMICYUC-SEPAR. *Arch Bronconeumol.*;37:335-9
85. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T, Group EthicusStudy (2003) End-of-life practices in European intensive care units: the Ethics Study. *JAMA* 290:790–797
86. Suárez Álvarez, J.R; Caballero, Beltran, J. (2001). Conceptos bioéticos actuales aplicados a la medicina intensiva. A: Manual de Medicina Intensiva. Madrid:Harcourt.
87. Svantesson, M., Sjøkvist, P., & Thorsén, H. (2003). End-of-life decisions in Swedish ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(4), 241–251.
88. The lancet (2010).article [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 376.



89. Velasco-Sanz, T.R. ; Rayón-Valpuesta, E. (2015). Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva*, Volume 39, pp 505-515.