

**Nota del editor**

La historia clínica que se presenta a continuación fue discutida por los alumnos del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid que dirige el Profesor Diego Gracia Guillén. Como todo juicio de valores, representa únicamente el estado de opinión de los participantes en el debate. La exposición que sigue no pretende ser un compendio de conocimientos en el campo de la Bioética, sino tan sólo un foro de debate que cree inquietud y discusión entre los profesionales, a partir de casos obtenidos de la práctica clínica diaria. Con este objetivo se ha diseñado esta sección de la revista.

**Sesión Clínica**

Un varón de 83 años ingresa el 16 de enero de 1995 por presentar según su familia desde hace unos días, varios episodios al día de deterioro del nivel de conciencia (con mirada perdida, ausencia de lenguaje, sin movimientos tónicos ni clónicos, conservando tono muscular, y sin relajación de esfínteres) de 10-45 minutos de duración, con recuperación posterior. Fuera de estos episodios el paciente vive con su esposa de 82 años, deambula por su casa y sale acompañado hasta un centro de jubilados, come y se asea solo; precisa algo de ayuda para vestirse, su lenguaje y memoria reciente está muy deteriorada (correspondería a una demencia incipiente según la *Escala Global de Deterioro*).

El paciente está en tratamiento con difenilhidantoina (300 mg/día) y tiene antecedentes médicos de: demencia senil, posiblemente multiinfarto, crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, fibrilación auricular crónica y obesidad.

**Exploración Clínica**

Destacan como datos positivos o negativos de interés: consciente, desorientado en tiempo y espacio, bradiarritmia 50/min, con soplo pansistólico aórtico III/IV, TA 160/180, intenso panículo adiposo, sin focalidades neurológicas. Test Mini Mental: 9 puntos (Normal de 24-34, alteración cognitiva <23).

**Historia Antigua**

Una parte de ella no pudo recuperarse. Según la familia desde hace unos 10 años episodios transitorios etiquetados de accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT), con progresivo deterioro de funciones neurológicas superiores:

- Ingreso del 7 al 12 de diciembre de 1993 en Neurología por episodio brusco de afasia y discreta hemiparesia derecha, al alta sólo restaba discreta afasia. Fibrilación Auricular. Diagnóstico al alta: Demencia probablemente Multiinfarto, AIT, Tratamiento Nicardipina + ácido acetil salicílico (AAS).
- Ingreso del 15 al 17 de septiembre 1993 en Oftalmología, intervenido de cataratas con anestesia local.
- Ingreso 20 al 22 junio de 1994 en Medicina Interna por crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, que le re-

pite en planta y es presenciada por el médico que le atiende, pautándose tratamiento con difenilhidantoina 200 mg/día.

- Ingreso del 29 de diciembre al 3 de enero de 1995 en Neurología por supuesta crisis comicial, presentando niveles de difenilhidantoina de 4,5 microg/ml, se da de alta con difenilhidantoina (DFH) 300 mg/día.

**Datos complementarios**

- Sistemático de sangre: velocidad de sedimentación globular (VSG) 32/62, Hemoglobina (Hb) 13,9 g/dl, resto también normal.
- Bioquímica en sangre: perfil de reconocimiento auricular a 50/min, patrón QS de V1 a V3.
- Rx Tórax (AP sentado): probable cardiomegalia.
- TAC Craneal: atrofia córtico-subcortical marcada.
- Niveles de DFH: 9,2 microg/ml (rango terapéutico 10-20 microg/ml, rango tóxico >20).

Se solicita un electrocardiograma Holter Urgente y se consigue que se realice cuatro días después (23-1-1995), durante el mismo clínicamente asintomático presenta frecuencia mínima 48/min y 7 pausas (algunas de casi 3 segundos).

El paciente durante su ingreso no presentó ningún episodio.

Se habla con sus hijos, se plantea como posibilidad estudiar la dudosa indicación de marcapasos, éstos deciden no realizar más estudios y no desean un posible marcapasos, por entender que ello puede suponer un riesgo de mantener un corazón funcionando con una mente deteriorada y temer que pueda favorecer persistencia de situaciones de mayor deterioro funcional en un futuro.

El paciente es dado de alta a su domicilio donde sigue presentando "crisis de ausencia".

**Aclaraciones a la historia**

Se descartaron otras causas de demencia tratable. A la familia se le informa sobre lo que podía aportar un marcapasos: en el mejor de los casos mejoría de cuadros agudos y ralentizar el deterioro, aunque no modificaría la situación mental basal actual; en el peor de los casos no aportaría nada valorable. También se le informa de que el riesgo de implantación y las molestias son relativamente escasas.

Con los datos actuales no hay clara indicación de implantar un marcapasos, aunque si hay indicios suficientes como para aconsejar completar el estudio en busca de criterios de implantación.

El paciente tenía sentido del humor, se emocionaba con las visitas de seres queridos, deseaba ir a su casa cuanto antes y había manifestado tiempo atrás su deseo de "vivir y morir dignamente". La esposa presentaba una demencia senil incipiente y no asumía realmente la situación, preocupándose por banalidades.

**Identificación de problemas éticos**

1. Competencia del paciente.

2. Ageísmo.
3. Custodia de historia clínica.
4. Negativa familiar.
5. Información a los familiares.
6. Falta de seguimiento por Atención Primaria.
7. Discriminación positiva.
8. Evaluación de la calidad de vida.
9. Coste económico.
10. Mala praxis.
11. Competencia de la familia.
12. Toma de decisiones médicas con datos insuficientes.

## Discusión

Se selecciona:

*La toma de decisiones médicas con datos insuficientes.*

Ante la negativa familiar a completar el estudio y la dudosa actual situación de indicación de marcapasos, las situaciones a plantear serían:

- Indicación de un tratamiento:
  1. Indicado (2 puntos)
  2. Dudoso (1 punto)
  3. No indicado (0 puntos)
  4. Contraindicado
- Decisión familiar:
  1. Hacer (1 punto)
  2. Dudosa (0 puntos)
  3. No (-1 puntos)

## Ante indicación dudosa

### Indicación de un tratamiento

Decisión familiar	Indicado (+2 puntos)	Dudoso (1 punto)	No indicado (0 puntos)	Contraindicado (-3 puntos)
Hacer (+1)	+3	+2	+1	-2
Dudosa (0)	+2	+1	<b>0</b>	-3
No (-1)	+1	<b>0</b>	-1	-4

En cursiva y negrita las situaciones en las que el tratamiento NO debe indicarse.

## Conclusiones

1. Si el tratamiento es beneficioso debe hacerse.
2. Si el tratamiento es dudoso pero la familia tiene dudas se debe hacer.
3. Si el tratamiento es dudoso y la familia se niega no se debe hacer (situación a la que más se aproxima).
4. Si no está indicado pero no contraindicado y la familia lo quiere, su realización es dudosa.
5. Si no está indicado pero no contraindicado y la familia se niega, no se debe hacer.
6. Si está contraindicado, su realización iría contra el principio de no maleficencia.