

**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.

**Caso clínico****José M<sup>a</sup> Campos**

*Médico Intensivista. Magister en Bioética  
Hospital General de Segovia*

Varón de 73 años.

**Antecedentes Personales**

Hipertensión Arterial por la que ocasionalmente ha realizado dieta pobre en sal. Nunca ha tomado medicación antihipertensiva. Fumador de unos 10 cigarrillos al día. No bebedor. Accidente de tráfico hace 6 años con fractura de fémur que precisó cirugía de osteosíntesis y transfusión de 4 unidades de concentrados de hematíes.

**Enfermedad actual**

Le traen sus familiares a Urgencias por haberle encontrado por la mañana, en la cama, inconsciente y sin responder a estímulos. La noche previa al acostarse no se había quejado de nada.

**Exploración**

Tensión Arterial: 160/110 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 100 l.p.m. T<sup>a</sup>: 36°.

Paciente en coma. Glasgow: 4. Pupilas en posición media sin reactividad a la luz. Ausencia de reflejo corneal y cilioespinal. Reflejos oculocefálicos ausentes. Respiración eupneica aunque con obstrucción de la vía aérea superior. A estímulos dolorosos presentaba reacción de descerebración bilateral. Plantares indiferentes.

Auscultación cardíaca: Taquicardia rítmica, sin auscultarse soplos ni extratonos.

Auscultación pulmonar: Hipoventilación bilateral. Obstrucción de la vía aérea superior.

Abdomen: Nada anormal.

Extremidades: Pulsos periféricos presentes y simétricos. No edemas.

**Datos complementarios**

Glucemia: 98 mg/dl. Creatinina: 1,0 mg/dl. Na: 136 mmol/L. K: 4,5 mmol/L.

Gasometría Arterial Basal: pH: 7,36 PaCO<sub>2</sub>: 40 mmHg. PaO<sub>2</sub>: 72 mmHg. HCO<sub>3</sub>: 20 mmol/L.

Hemoglobina: 12,3grs/dl. Hematocrito: 42% Leucocitos: 8900 (85 Sg, 2 Cay) Plaquetas: 235.000.

Protrombina: 100%. Coagulación: normal.

Electrocardiograma: Taquicardia sinusal. Trazado sin alteraciones.

Radiografía Tórax: Nada destacable.

**Evolución en Urgencias**

En el Servicio de Urgencias y ante la dificultad respiratoria del paciente, se procede a aislar la vía aérea mediante intubación orotraqueal y se conecta a un respirador de transporte para trasladarlo al TAC.

TAC craneal: Hematoma intraparenquimatoso temporo-parietal izquierdo, abierto a sistema ventricular. Desviación de la línea media.

Se avisa al neurólogo de guardia que opina que el paciente presenta una lesión no subsidiaria de tratamiento quirúrgico y que el pronóstico es muy malo a corto plazo de tiempo. Cuando solicita la presencia de la familia para informarles en esos términos, el médico de Urgencias dice que si no sería mejor avisar a la UCI, por si el paciente pudiera ser donante de órganos.

El médico de guardia de la UCI, al ser informado por el teléfono de para lo que es avisado, acude acompañado del Coordinador de Trasplantes del Hospital.

En esos momentos el paciente está conectado al respirador y la exploración neurológica es superponible a la descrita. El Coordinador de Trasplantes informa a los demás médicos que el paciente puede ser candidato a donante de órganos, pero que hasta completar la analítica imprescindible sería conveniente ingresar al paciente en la UCI, para mantenerle lo más estable posible y detectar el momento de la muerte cerebral. El médico de la UCI informa que sólo dispone de una cama y que presumiblemente en las próximas 24 horas no va a tener ningún alta y que de todas maneras antes de decidir nada en un sentido u otro, deberían informar a la familia y recabar su opinión. La entrevista la realizan el médico de la UCI y el Coordinador de Trasplantes.

De la conversación con la familia (dos hijos y una hija) se desprende:

El paciente no tiene ninguna directiva anticipada ni la familia ha hablado nunca con él de la donación de órganos. No obstante, piensan que no se hubiera opuesto a esa posibilidad.

Preguntan si están completamente seguros de que su padre va a morir y en ese caso ¿cuándo? Si se ingresa en la UCI ¿es posible que no muera? ¿Va a tardar más en morir? Si una vez realizados los análisis resulta que no puede ser donante de órganos o si ellos deciden no aceptar esa posibilidad ¿qué van a hacer con su padre? ¿Le van a retirar el respirador? ¿No supondría eso acelerar su muerte?

Expresan dudas de que una persona tan mayor pueda ser donante de órganos.

A estas preguntas se les contesta que:

– La edad no es impedimento para donar determinados órganos (riñones, hígado y corneas).

– No pueden asegurar cuanto tiempo puede pasar el enfermo en la UCI hasta que se produzca la muerte encefálica, y tampoco si esa situación es absolutamente cierta.

- El médico de la UCI les dice que en el caso de que decidan no aceptar la posibilidad de la donación, el paciente no ingresará en la UCI. La decisión de donde se ingresaría al enfermo y de si se le retiraría el respirador la tomarían los médicos de Urgencias y el neurólogo.
- Si una vez ingresado en la UCI se desestimara médicamente como donante de órganos, se le mantendría en la Unidad hasta que se produjera la muerte del paciente.

La familia se muestra muy consternada y sin saber qué hacer. Deciden esperar a que venga otro hermano que vive fuera de la ciudad para tomar entonces la decisión. Mientras tanto el paciente permanecerá en el área de Urgencias, conectado al respirador de transporte.

### Discusión del caso

Durante la discusión se abordaron los siguientes problemas éticos que el caso clínico suscitó: los principios de Autonomía y Justicia en la donación de órganos de cadáver; la veracidad en la información vs. utilidad social de la ocultación de información. El principio de no-maleficencia y el problema de la “última cama de la UCI”.

#### ***Los principios de Autonomía y Justicia en la donación de órganos de cadáver***

Aún cuando una persona ya haya fallecido, el principio ético de la Autonomía de los pacientes debe ser tenido en cuenta y respetar. Si el paciente antes de fallecer tenía alguna directiva anticipada o testamento vital o cualquier otro documento (por ejemplo un carnet de donante), en el que se explicite su posición a favor o en contra de la donación de sus órganos, o bien sus familiares o personas más próximas nos informan de que les consta la opinión del ya fallecido, debemos actuar en consecuencia con sus deseos, de tal forma, que si el paciente en vida, quería que sus órganos fueran utilizados para trasplante tenemos la obligación ética de hacérselo ver así a los familiares. Esto es lo que se conoce como “consentimiento expreso”. Esta parece ser la situación del caso que se discute.

El problema es diferente cuando no existe constancia ni escrita ni oral del pensamiento del paciente sobre este punto (circunstancia por otra parte muy frecuente). En este caso el principio de Autonomía no nos vale a la hora de tomar decisiones, tampoco los de Beneficencia y No maleficencia, con lo que sólo nos queda el de Justicia, de tal forma que podemos considerar el cadáver como un “bien social” que puede proporcionar beneficios importantes a otros miembros de la sociedad y por lo tanto estamos obligados a exponerlo así a los familiares e intentar conseguir su aceptación (consentimiento presunto).

No obstante, en esta segunda situación, debemos cuidar que el principio de Justicia se aplique también como equidad en el reparto de las cargas, es decir que la posibilidad de ser do-

nante sea para todos por igual y no dependa de otras circunstancias como pueden ser el status social, sanidad pública o privada, etc.

#### ***La veracidad en la información vs. la utilidad social de la ocultación de información. El principio de no-maleficencia***

En este punto se discute si al ofrecer a la familia toda la información disponible en esos momentos, incluidas las dudas sobre la evolución del paciente, no estaremos forzándoles a tomar una decisión en condiciones de total incertidumbre que puede redundar en una posible pérdida de un donante potencial. ¿No sería mejor ingresar al paciente en la UCI, y cuando estuviésemos seguros de si puede ser o no donante plantear la cuestión a la familia?

Se valoró entonces que este tipo de pacientes ingresados en una planta convencional suelen tener una supervivencia de pocos días. Sin embargo, si los ingresamos en la UCI con el fin de mantener la homeostasis para preservar los órganos que luego van a ser utilizados para trasplante, con casi total seguridad vamos a prolongar la evolución del paciente y cabe la posibilidad de que no llegue a entrar en muerte encefálica y acabe en situación vegetativa, intubado y conectado a un respirador.

¿No es esta situación claramente maleficente para el paciente y su familia? ¿Puede la Utilidad (conseguir órganos, por otra parte tan escasos) justificar la maleficencia en estos casos?

La discusión se decantó en el sentido de admitir la posible maleficencia en aras de la Utilidad, pero siempre que en la decisión participase la familia con una información completamente veraz desde el primer momento.

#### ***El problema de la última cama de la UCI***

Se debate entonces si está justificado ocupar “la última cama de la UCI”, con un paciente que no se va a beneficiar directamente de su ingreso y correr el riesgo entonces de dejar de ingresar a otro enfermo que sí se beneficie claramente. Se hacen las siguientes consideraciones:

- El ingreso de estos enfermos se hace buscando el beneficio de los posibles receptores, lo que lo justifica plenamente.
- Las camas deben ser ocupadas por los enfermos según vayan llegando y tengan indicación para ingresar. No se debe admitir la reserva de camas “por si acaso”.
- En cualquier caso los Hospitales (y máxime si tienen programas de donación-trasplante), disponen de otras áreas de enfermos críticos en los que pueden ingresar temporalmente un enfermo con necesidad de UCI. Desde este punto de vista el problema de la última cama de la UCI suele ser más un problema de buena voluntad que un problema real.