

**DILEMAS BIOÉTICOS
AL FINAL DE LA VIDA:
CASOS CLÍNICOS**

PRESENTACIÓN

Es innegable que los avances en ciencia y tecnología del último siglo han impactado el *modus vivendi*, produciendo cambios sustantivos en la vida de las sociedades contemporáneas. Las formas de vivir, de ser, de enfermar y morir distan mucho de aquellas que predominaban hace medio siglo.

En el campo médico se habla constantemente de la transición epidemiológica que está aconteciendo actualmente en nuestro país, influyendo significativamente en las políticas públicas en materia de salud y en los esquemas de atención sanitaria. Según cifras del INEGI en 2013, se observa que las principales causas de muerte son las enfermedades crónico – degenerativas y entre éstas, los tumores malignos, se sitúan en el tercer lugar.

La historia natural de dichos padecimientos implica que el paciente atravesará por situaciones terminales en donde los cuidados paliativos serán fundamentales para ofrecer la mayor calidad de vida posible. Por lo anterior, desde hace algunos años, la Comisión Nacional de Bioética se ha sumado a los esfuerzos nacionales en ese rubro, al considerar que pueden surgir diferentes dilemas éticos en la aplicación de la medicina paliativa y que los Comités Hospitalarios Bioéticos son indispensables para abrir espacios de reflexión al respecto y apoyar la labor de los equipos sanitarios para que, en conjunto con los pacientes y sus familias, tomen decisiones óptimas para cada caso.

Por su parte, el equipo médico que conforma el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología es pionero y líder en nuestro país, por lo que colaborar con ellos ha sido indispensable para el éxito e impacto de este proyecto, ya que han podido transmitir su vasta experiencia a través de los casos clínicos seleccionados, así como con los hechos y argumentos médicos presentados que sirvieron de base para establecer la deliberación sobre los aspectos bioéticos.

Por lo anterior, esperamos que esta compilación de casos constituya una valiosa herramienta para el aprendizaje y la capacitación en materia de bioética, así como en la discusión de los aspectos éticos de los cuidados paliativos.

Atentamente

Dr. Manuel H Ruiz de Chávez
Presidente del Consejo
Comisión Nacional de Bioética

INTRODUCCIÓN

La Comisión Nacional de Bioética tiene entre sus objetivos lograr la aplicación de criterios bioéticos en la promoción y atención en salud en el contexto nacional, por lo que algunas de sus estrategias están orientadas a promover, crear y dar seguimiento a los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en el Sistema Nacional de Salud, así como diseñar y participar en programas de capacitación dirigidos a los miembros de éstos. De esta forma, la capacitación constante dirigida a los integrantes de los Comités Hospitalarios de Bioética permitirá fortalecer su funcionamiento para que su labor contribuya a mejorar la calidad de la atención médica.

Derivado de lo anterior, durante 2015 la Comisión Nacional de Bioética y el Instituto Nacional de Cancerología, a través de la Jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos, llevaron a cabo el curso – taller “Dilemas bioéticos en cuidados paliativos” en donde se analizaron 9 casos clínicos sobre aspectos y dilemas éticos al final de la vida, contando con la participación de personal sanitario e integrantes de CHB de diferentes entidades federativas.

Los resultados de la citada actividad, permitieron identificar la necesidad de contar con material de capacitación en lo que respecta a la posibilidad de contar con casos y guías que orienten el análisis bioético de los mismos. Por lo anterior, con el apoyo de los expositores que participaron en el curso – taller, se ha llevado a cabo la adaptación de los casos clínicos y, a partir de las deliberaciones que ocurrieron en las sesiones, se han identificado preguntas de análisis que pueden orientar su discusión integrándose en esta serie que corresponde a aspectos y dilemas éticos en la atención de pacientes en cuidados paliativos.

El material está enfocado principalmente a miembros de Comités Hospitalarios de Bioética que inician en la aplicación de metodologías para el análisis de casos; sin embargo, su utilidad se extiende para todos aquellos profesionales interesados en bioética clínica.

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



ANTECEDENTES: DESCRIPCIÓN DEL CURSO – TALLER (EDICIÓN 2015)

Durante junio de 2015, la Dirección Operativa de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) elaboró un proyecto en conjunto con la Jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) que derivó en un curso – taller de 11 sesiones en las que 3 médicos adscritos y 6 residentes de dicho servicio presentaron casos clínicos tomados de su práctica cotidiana, que contenían aspectos o dilemas éticos al final de la vida para ser discutidos entre un grupo de participantes presenciales y virtuales.

Las actividades de difusión y capacitación revisten especial importancia para la integración y el correcto funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, también existe la necesidad de continuar con la consolidación de la infraestructura nacional en bioética que los incluye. Por lo anterior, la actividad se llevó a cabo en modalidad presencial en las instalaciones de la Comisión Nacional de Bioética y la sesión fue transmitida en vivo vía *streaming* para incorporar la modalidad virtual e incluir interacción con los participantes remotos a través de mensajería instantánea.

Durante las sesiones, la labor conjunta del personal de la CONBIOÉTICA y el INCAN, así como las contribuciones de cada uno de los participantes presenciales y virtuales permitieron llevar a cabo el análisis de los casos bajo un enfoque multidisciplinario e integral en donde cada institución aportó puntos de vista sobre el área de su competencia para conseguir discusiones centradas sobre los aspectos bioéticos de la atención médica y la relación médico – paciente de cada caso clínico.

De esta forma, la infraestructura tecnológica de la CONBIOÉTICA y el apoyo permanente del INCAN en la difusión del curso - taller entre el personal sanitario, especialmente entre los profesionales relacionados directamente con la medicina paliativa y oncología interesados en la bioética y la labor de los CHB, permitió incluir a 88 personas en la modalidad virtual y 23 en modalidad presencial, pertenecientes al personal sanitario y miembros de CHB de 9 Hospitales Generales y de Alta Especialidad ubicados en la república mexicana, así como al Centro Nacional de Radioterapia "Nora Astorga" en Managua, Nicaragua.

ÍNDICE

1. CASO 1. TOMA DE DECISIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO Dr. Alejandro Zavala Calderón	6
2. CASO 2. ABANDONO Dra. Eréndira Esqueda Cisneros	10
3. CASO 3. ÓRDENES DE NO RCP Y VOLUNTAD ANTICIPADA Dr. Marian Escamilla Contreras	16
4. CASO 4. RETIRO DEL TRATAMIENTO Dra. Gabriela Herrera Ramírez	20
5. CASO 5. DOLOR DE DIFÍCIL CONTROL (DOBLE EFECTO) Dra. María Fernanda García Salamanca	24
6. CASO 6. SOLICITUD DE EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO Dr. Jericó Ahiram Maya López	29
7. CASO 7. VULNERABILIDAD Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral	32
8. CASO 8. MEDICAMENTOS CAROS Dra. Edith Monreal Carrillo	36
9. CASO 9. PACIENTE EN SITUACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA Dra. Georgina Domínguez Ocadío	39

CASO 1. TOMA DE DECISIONES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Presentado por el Dr. Alejandro Zavala Calderón

Caso clínico

Hombre de 35 años de edad quien es referido al Servicio de cuidados paliativos con diagnóstico de cáncer epidermoide en cavidad nasal etapa clínica IV B, fuera de tratamiento médico o quirúrgico por el servicio médico tratante.

El paciente es soltero, actualmente desempleado (anteriormente dedicado al comercio informal), con primaria completa, no cuenta con seguridad social, vive con su padre y una hermana. Su cuidador principal es otra hermana que no vive en el mismo domicilio. Refiere consumo desde los 16 años de marihuana, solventes volátiles (especialmente *thinner*) y cocaína.

Como antecedente de importancia refiere inicio de su padecimiento tres meses antes de su ingreso a la institución de atención médica, caracterizado por aumento de volumen de la región nasal derecha e izquierda.

En cuanto a la exploración, el paciente presenta una edad cronológica similar a la aparente, refiere dolor de tipo somático con componente neuropático en cara, 10/10 según la EVA (escala visual análoga), Karnofsky¹ de 80% y puntuación de 1 en la escala del *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)². Se apreció enorme neoformación que se extiende a la fosa anterior de la cavidad nasal, con infiltración a nasofaringe, destrucción muscular y ósea, lo cual se corroboró por estudio de tomografía computada de macizo facial que mostró imagen de gran actividad tumoral que ocupa región nasal bilateral, ambos antros maxilares, etmoides y ambas órbitas, con infiltración a Sistema Nervioso Central.

¹ La escala Karnofsky valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida. El puntaje de 80% refiere: Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.

² La escala ECOG va 0 a 5 en que 0 corresponde a "perfecta salud" y 5 a *exitus*. Un puntaje de 1 refiere: Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico. Capaz de realizar trabajos ligeros.

La valoración psiquiátrica reporta probable Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno oposicionista – desafiante, dependencia en remisión sostenida (más de un año sin consumo), remisión parcial en la dependencia del alcohol, se sospecha de un probable síndrome órbito – frontal por la localización del tumor y el abuso de sustancias.

No es posible realizar valoración psicológica por el estado del paciente. La entrevista familiar permite identificar que la familia se encuentra en proceso de duelo anticipatorio, existiendo una adecuada comunicación y organización de los roles y tareas de cuidado al interior de la misma. Por otro lado el área de trabajo social refiere que la familia del paciente que tiene un nivel socioeconómico bajo se encuentra en etapa de desprendimiento. Además, determina una red de apoyo limitada a un solo cuidador y señala que existe riesgo de abandono por colapso del cuidador.

La evaluación del estado nutricional corresponde a malnutrición severa, con base en el peso actual y la pérdida de peso en los últimos 5 meses, la cual es de aproximadamente 14 kg.

La familia es informada sobre la filosofía de cuidados paliativos y debido a que el paciente no se considera con capacidad para decidir, se solicita la firma del asentimiento informado para el inicio del tratamiento paliativo y el uso de opioides.

Se determina que los síntomas a paliar son el dolor y las alteraciones conductuales, por lo que se inicia el tratamiento con opioides y antipsicóticos de segunda generación, el manejo terapéutico se realiza como paciente ambulatorio. Al mismo tiempo, se ofrece orientación psicológica a la familia.

EVOLUCIÓN DEL CASO

Se descarta el síndrome órbito – frontal con base en un estudio de resonancia magnética.

El paciente asiste a consulta cada 3 semanas, realizándose evaluación sintomática y ajuste de medicamentos. En la segunda consulta en el servicio de cuidados paliativos, se documenta progresión importante de la enfermedad, pérdida de la visión por protrusión de ambos globos oculares por invasión tumoral a la región orbitaria. El paciente únicamente tolera gotas de líquido que se colocan en su boca con ayuda de una jeringa, lo que deriva en deshidratación y desnutrición severa.

Después de 5 meses de seguimiento, el paciente continúa con deterioro importante por progresión tumoral, descontrol del dolor, incapacidad para deglutir, deterioro cognitivo, fluctuaciones en el estado de ánimo y desorientación. Presenta un *Palliative Perform Score* (PPS) de 30%³ y un *Palliative Predictive Index* (PPI) en el grupo B⁴.

En la exploración física se observa que el paciente se mantiene alerta y reactivo al estímulo verbal, debido a la incapacidad para hablar se comunica con la presión de las manos y asintiendo con la cabeza, obedece órdenes sencillas y mediante señas el paciente comunica tener hambre. La cavidad oral se encuentra permanentemente abierta, con la mucosa oral seca y ulcerada, además se observa deformidad facial con aumento de la región orbital y nasal, profusión de los globos oculares y abundantes secreciones traqueales.

Debido a que el paciente únicamente tolera líquidos y a que refiere constantemente la sensación de hambre, el equipo médico considera ofrecer la colocación de una sonda de gastrostomía que permita alimentar al paciente.

Al comunicar la alternativa de colocar la sonda de gastrostomía, el padre del paciente solicita tiempo para discutirlo con su hija menor y se establece comunicación con el paciente a través de la presión de manos (una vez para decir

³ La escala PPS mide la capacidad funcional en pacientes paliativos, está dividida en 11 categorías medidas en niveles que decrecientan en 10% y va desde 100% (paciente completamente ambulatorio) hasta 0% (*exitus*). El puntaje de 30% refiere un paciente que está en cama, incapaz para realizar cualquier tipo de trabajo, con enfermedad extendida, totalmente dependiente para el cuidado personal e ingesta reducida.

⁴ El puntaje PPI refiere el pronóstico de vida en función de varios aspectos funcionales, el rango va 0 a 15. En este caso, se reportó que el paciente pertenece al grupo B, con un pronóstico de vida mayor a 3 semanas.

sí y dos veces para decir no) con el propósito de conocer su punto de vista respecto al tratamiento y obtener su asentimiento. Luego de realizar un par de preguntas para verificar la comprensión del mecanismo de comunicación, se le preguntó si deseaba que se le colocara la sonda, él respondió que “no”.

En una reunión entre la familia del paciente y el equipo de cuidados paliativos, el padre comunica que su decisión es no colocar la sonda y expresa: “ni más intervenciones que pueden prolongar su sufrimiento”.

Con base en lo anterior, se decide la adecuación del tratamiento para el manejo de síntomas. No se coloca la sonda de gastrostomía, se ajusta la dosis de opioides para control del dolor, continua manejo con antipsicóticos y el uso de benzodiazepinas por vía subcutánea para mantener con el mejor control sintomático posible.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Qué es la capacidad de decisión?
2. ¿Qué elementos se consideran útiles para evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones médicas por sí mismo?
3. ¿Qué implica que el paciente no tenga la capacidad de decidir?
4. ¿Qué es el asentimiento y cómo se relaciona con éste caso?
5. ¿Cuáles son los valores en conflicto de este caso?
6. ¿Qué otras opciones eran viables para este caso?
7. ¿El caso era susceptible de someterse para el análisis de un Comité Hospitalario de Bioética?, si es así ¿en qué momento debió hacerse?
8. ¿Cuáles son las funciones que podría poner en marcha el Comité Hospitalario de Bioética ante este caso?

CASO 2. ABANDONO

Presentado por la Dra. Eréndira Esqueda Cisneros

Caso clínico

Paciente femenina de 38 años enviada al Servicio de Cuidados Paliativos con un diagnóstico de cáncer de mama del lado izquierdo en etapa clínica IV, con metástasis a hígado, pulmón y hueso, virgen a tratamiento oncológico. Antecedentes heredofamiliares de cáncer cervicouterino.

La paciente es soltera, actualmente está desempleada, completó la secundaria y durante su estancia en el hospital fue incorporada al seguro popular.

Comenzó a fumar a los 15 años, actualmente es fumadora activa con un patrón de consumo de 5 cigarrillos por día, aproximadamente.

Características del caso y el paciente

Mujer de 38 años de edad con esquizofrenia paranoide, soltera, con secundaria completa, actualmente está desempleada. Vive con su hermano de 54 años y su pareja de 68 años. Ha recibido tratamiento de forma intermitente en hospital psiquiátrico.

A la exploración física, paciente con edad similar a la aparente, Karnofsky de 70%⁵ y en la escala del *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)⁶ de 2. Se nota poco cuidado de la apariencia (desaliño) y aseo personal. Considerando el padecimiento psiquiátrico y tomando como referencia la escala GAF (*Global Assessment of Functioning*) se determina un puntaje entre 50 y 60⁷.

⁵ La escala Karnofsky valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida. El puntaje de 70% refiere: Incapaz de realizar actividad normal o trabajar, se vale por sí mismo.

⁶ La escala ECOG va de 0 a 5 en que 0 corresponde a "perfecta salud" y 5 a *exitus*. Un puntaje de 2 refiere: Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado, no puede realizar trabajos aunque sean ligeros, permanece levantado más del 50% del día.

⁷ La escala GAF va de 0 a 100, donde 100 es el puntaje que refleja un mejor funcionamiento y adaptación de la persona; es decir, a mayor puntaje, mayor funcionalidad. Los rangos comprendidos entre 50 y 60 describen a una persona que no tiene trabajo, presenta alguna adicción, requiere ayuda para el cuidado diario (higiene, alimentación, etc.).

En el área social, se determina que la paciente cuenta con una pobre red de apoyo, ya que no hay familiares que estén a cargo de ella para la administración de los medicamentos. Además, se determina que pertenece a un nivel socioeconómico bajo.

Evolución del caso: Aspectos clínicos y sociales

La paciente acude para la realización de mastografía referida por el hospital psiquiátrico que la atendía, en donde se detecta nódulo mamario izquierdo; por lo que se refiere a consulta para valoración de primera vez.

En la primera consulta, se realiza exploración física en donde se detecta mama izquierda con retracción de pezón, infiltración de cuadrantes inferiores y surco inframamario, probable afección del pectoral mayor sin fijación a pared torácica, múltiples lesiones mal definidas, así como axila y región suracavicular ipsilateral con conglomerados móviles.

Por lo anterior, se solicitan estudios de diagnóstico y estadificación: Biopsia incisional de la lesión tumoral primaria cuyo reporte histopatológico reveló carcinoma ductal infiltrante, HER 2⁸ negativo, receptores de estrógenos y progesterona (+), ki-67 50% (+); el ultrasonido abdominal superior mostró lesiones hepáticas que sugirieron depósitos secundarios del primario conocido (mama); el gamagrama óseo con datos de hipercaptación sugerente de patología ósea metastásica.

Se solicitan otros estudios de menor relevancia; sin embargo, en la espera de que se documentara y que se tuviera un resultado, la paciente se deja como pendiente para verse nuevamente pero ella no acude a la consulta subsecuente.

⁸ También llamado Receptor 2 del factor de crecimiento Epidérmico Humano, HER2/neu es la proteína que participa en el crecimiento normal de las células. Se encuentra en algunos tipos de células cancerosas, como las de la mama y los ovarios. Las células cancerosas que se extraen del cuerpo se pueden someter a prueba para verificar la presencia del HER2/neu para ayudar a decidir el mejor tipo de tratamiento. (Fuente: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=44945>)

Un mes después, la paciente asiste a atención inmediata (urgencias), debido a que presenta disnea y dolor torácico de intensidad leve. Se le administra oxígeno por mascarilla, tiene buena evolución y responde adecuadamente, por lo que se decide el egreso a las pocas horas.

La paciente se pierde de seguimiento durante 3 meses, por lo que el área de trabajo social consigue contactar al hermano para abrir el expediente definitivo y la paciente vuelve a acudir a atención inmediata (urgencias) presentando disnea de mínimos esfuerzos, a la exploración física parece más descompensada y con mayor deterioro general asociado a actividad tumoral. Se le administra oxígeno por mascarilla, se toman exámenes de laboratorio para control y, considerando el antecedente de esquizofrenia, se ingresa a hospitalización con el propósito de que reciba los cuidados apropiados; también se toma placa de tórax para conocer las causas del descontrol de la disnea, en donde se notan zonas de consolidación difusas bilaterales correspondientes a enfermedad metastásica a pulmón del primario conocido (mama)⁹.

En ese momento, se solicita la valoración por parte de cuidados paliativos, en donde considerando la escala de síntomas, se determina que los de mayor intensidad son la dificultad respiratoria y sensación de disnea. Por lo anterior, se procede a realizar el abordaje familiar con el hermano de la paciente, a quien se le explica la filosofía en el manejo en cuidados paliativos, lo entiende y acepta llevarlo a cabo.

Basados en el diagnóstico y la condición socioeconómica de la paciente (que se marcó como exento en el Hospital Psiquiátrico), se toma la decisión de incorporarla al seguro popular para poder cubrir la totalidad de los gastos del manejo integral.

El equipo médico se planteó la posibilidad de continuar el manejo sintomático en casa; sin embargo, se analiza la situación de la paciente particularmente en lo que

⁹ No es claro qué ocurrió con la paciente en el período transcurrido entre el primer ingreso a urgencias y el segundo. La paciente refiere haber estado hospedada en un hotel; el hermano refiere haberla alojado en un albergue del que ella se escapa y después haberla encontrado en la calle presentando síntomas de disnea, por lo que la lleva de nuevo al Hospital de Cancerología. Por otro lado, el albergue señalaba que el hermano fue quién la retiró para hacerse cargo de ella.

atañe a su red de apoyo, ya que ésta es limitada y no existe un familiar que pueda administrar los cuidados requeridos, por lo que se decide diferir el alta.

La valoración psiquiátrica señaló: regulares condiciones de aliño e higiene; orientada en tiempo, espacio y persona; atención y comprensión conservada; lenguaje congruente y coherente; discurso espontáneo; alcanza metas con ayuda, presenta alucinaciones auditivas e ideas delirantes de vigilancia y daño; eco del pensamiento; negación de la tristeza, ansiedad, afecto plano; poco conocimiento de su padecimiento oncológico y psiquiátrico. Con base en lo anterior, se realiza una titulación la dosis del antipsicótico prescrito en el hospital psiquiátrico, medicamentos con los que ya contaba.

Desde la captación de la paciente, el área de oncología realizó diferentes estudios orientados a ofrecer algún tratamiento; sin embargo, en este punto y considerando los resultados de los estudios, se determina que la paciente no es candidata para dicho tratamiento por la pobre red de apoyo, el abandono y la nula posibilidad de apego, ya que probablemente no se daría la continuidad adecuada al tratamiento ocasionando una pobre o nula respuesta del cáncer de mama.

El tratamiento sintomático paliativo permitió el control de la disnea, por lo que la paciente se encontraba en condiciones de egresar pero durante el tiempo de hospitalización no recibió visitas de sus familiares, por lo que se difiere el alta mientras se buscaban alternativas para que alguien se hiciese cargo de ella después de su egreso, principalmente por la administración de los medicamentos.

Por lo anterior, utilizando la dirección reportada en el estudio socioeconómico se coordinó con el área de trabajo social el traslado a domicilio, en donde se esperaba localizar a la pareja de su hermano. Sin embargo, al llegar al lugar, la persona que habitaba ahí informó ser sólo una amiga del hermano que prestó su domicilio para la realización del estudio socioeconómico, por lo que se trasladó a la paciente de regreso al hospital. Después de 3 días se consideró como caso de abandono y se da parte al Ministerio Público.

En la figura 1 se describe la secuencia cronológica en la atención de la paciente, así como otros hechos que ocurrieron en el transcurso.

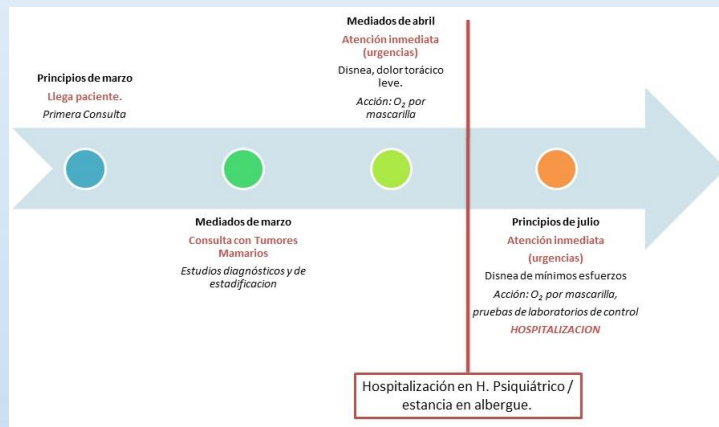


Figura 1. Cronología del caso

Después de dar parte al Ministerio Público, este emite dos oficios: uno al hospital psiquiátrico en donde se indica que deberían aceptar a la paciente por su diagnóstico y al hospital de cancerología se le solicita resguardar a la paciente hasta que el hospital psiquiátrico estuviera en condiciones de recibirla; también se planea la visita al domicilio registrado para realizar las investigaciones correspondientes.

Sin embargo, el área de trabajo social consigue establecer comunicación y acuerdo con el albergue que la alojó antes y aceptan recibirla; por lo que se traslada a la paciente y se entrega toda la documentación correspondiente, así como medicamentos necesarios para su atención y tanque de oxígeno con opción a cambiarlo cada que se terminara.

Al día siguiente, el albergue se comunica al hospital para informar que la paciente ha fallecido. El hermano se presenta quince días después al hospital y se le informa del traslado de la paciente.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Qué es el abandono?
2. ¿Cuál es el marco social y jurídico del abandono?
3. ¿Qué opciones tienen los servicios de salud ante los casos de abandono?
4. ¿Hay valores en valores en conflicto en este caso?
5. ¿Qué otras opciones eran viables para este caso?
6. ¿Cuáles son los dilemas bioéticos que enfrenta el personal sanitario en la atención de personas que padecen una enfermedad mental?
7. ¿El caso era susceptible de someterse para el análisis de un Comité Hospitalario de Bioética?, si es así ¿en qué momento debió hacerse?
8. ¿Cuáles son las funciones que podría poner en marcha el Comité Hospitalario de Bioética ante este caso?

CASO 3. ÓRDENES DE NO RCP Y VOLUNTAD ANTICIPADA

Presentado por: Dr. Marian Escamilla Contreras

Caso clínico

Paciente masculino de 44 años que presenta actividad tumoral recurrente en la región del cuello de 3 años de evolución.

El paciente es casado, tiene cuatro hijos, vive con su familia, completó el nivel licenciatura, es comerciante y vive en la ciudad de México.

Presenta consumo activo de tabaco y consumió alcohol de los 18 años hasta los 40 años, ingiriendo semanalmente, en ocasiones hasta la embriaguez.

Evolución del caso clínico

El paciente acude al Instituto con un padecimiento de 3 años de evolución caracterizado por actividad tumoral en la región del cuello. Durante el primer año tuvo una tumoración en el lado derecho cuyo tamaño era de 2 cm, se tomó biopsia cuyo resultado indicó quiste branquial, no se realizó mayor seguimiento; 5 meses después, reportó dolor en el sitio quirúrgico y los estudios indicaron crecimiento de la masa a 10cm, se volvió a hacer la resección de la tumoración, obteniéndose el mismo diagnóstico histopatológico de quiste branquial.

A mediados del tercer año, el tumor alcanzó 20cm, por lo que se opera nuevamente y el reporte señala leiomioma de hemi cuello derecho no estadificable y recurrente, 2 meses después el tumor mide más de 30cm.

En ese momento acude al Instituto, reportando dolor que aumenta con la deglución y el habla, tiene disfagia a sólidos y una pérdida de peso de 10kg en los últimos 2 meses, refiere sangrado de la ulceración tumoral desde hace una semana, dos veces ha ocurrido en su casa de forma abundante.

Ingresa por primera vez al servicio de pre-consulta en donde es valorado por oncólogos quienes determinan la necesidad de hospitalizarlo debido al alto riesgo de obstrucción de la vía aérea, se planea iniciar quimioterapia a base de doxorubicina y se decide actuar rápido debido a la gran masa tumoral. Se piden exámenes de laboratorio urgentes debido a la quimioterapia, éstos indican anemia grado 3, por lo que se transfunden 2 paquetes globulares.

Al día siguiente, se solicita valoración por el servicio de radioterapia en donde se determina llevar a cabo radioterapia hemostática pero durante la exploración se descubre el vendaje del paciente, lo que ocasiona sangrado de manera profusa hasta 500ml, el sangrado cede con compresión pero el equipo de radiooncología tarda un poco en retomar el curso normal del procedimiento. En ese momento, se transfunden 2 paquetes globulares más.

En el día posterior, al ser valorado por el servicio de cirugía de cabeza y cuello se considera que no es candidato a cirugía por el tamaño del tumor, la revaloración de radioterapia señala que no es viable para re-irradiarlo y oncología médica determina que tampoco es candidato a quimioterapia por el riesgo de sangrado, pero proponen al paciente una embolización con radiología intervencionista.

A partir de la valoración de los 3 servicios, se determina que el paciente se encuentra estable y se ha contenido el sangrado con vendaje compresivo, pero tiene alto riesgo de volver a presentarlo, por lo que se informa al paciente y a la familia sobre el uso de medidas avanzadas de reanimación cardiopulmonar (RCP), ellos desean que se apliquen si hubiera paro cardíaco o pulmonar.

En ese momento, se solicita interconsulta al servicio de cuidados paliativos, en donde se le explica la filosofía y el objetivo de los cuidados paliativos, también se realiza una reunión con él y su esposa para indagar lo que saben de la enfermedad, su proceso de toma de decisiones especialmente respecto a las maniobras de RCP y el pronóstico.

Al respecto en éste servicio se detecta un riesgo de muerte súbita secundario al sangrado masivo, también se detecta que el paciente comprende la enfermedad

que padece, las causas del sangrado y conoce los riesgos que implica, pero no tiene claro el pronóstico. La valoración del área de psicología señala que el miedo al sangrar nuevamente es una preocupación real que ha impactado tanto al paciente como a su familia desde el episodio de sangrado que ocurrió mientras se llevaba a cabo la sesión de radioterapia; el paciente está en duelo anticipado, conserva la capacidad para tomar decisiones, cuenta con una adecuada red de apoyo por parte de su familia y no manifiesta conflictos religiosos o espirituales en relación a su situación actual.

Luego de evaluar el caso, el equipo de medicina paliativa propuso realizar soporte sintomático que consistió en administrar sedantes cuando el sangrado se presentara. El área de oncología médica llevó a cabo el procedimiento de embolización que se le había ofrecido al paciente; sin embargo, no resultó exitoso debido a una reacción alérgica del paciente al fármaco utilizado, por lo que se revaloró el caso por oncología médica, identificándose como candidato a una quimioterapia paliativa, por lo que se le explican las ventajas y desventajas de hacerlo. El paciente y su familia aceptan la propuesta de oncología médica, firmando el consentimiento informado correspondiente.

Se planeó llevar a cabo el egreso después de la quimioterapia y atenderlo como paciente ambulatorio cada 8 días, el último día de hospitalización se instruyó a la familia para llevar a cabo soporte sintomático en el hogar, que incluye habilidades para actuar si presenta sangrado, ello implicó algunos cambios en el ambiente (preparar ropa de cama, toallas, etc.), así como la aplicación del sedante durante el episodio. Aunado lo anterior, firmó documento de voluntad anticipada que incluía directrices para no realizar medidas avanzadas de soporte.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Qué es el principio de proporcionalidad terapéutica y cómo se relaciona con este caso?
2. ¿Cuál es la diferencia entre las órdenes de no-RCP y las voluntades anticipadas?
3. En su región, ¿cuál es el marco normativo que rige la aplicación de la voluntad anticipada?, ¿puede firmarse en cualquier momento?
4. ¿En qué momento de este caso era más viable hablar con el paciente sobre la voluntad anticipada?
5. ¿Cuáles son los valores en conflicto de este caso?
6. ¿Qué otras opciones eran viables para este caso?
7. ¿El caso era susceptible de someterse para el análisis de un Comité Hospitalario de Bioética?, si es así ¿en qué momento debió hacerse?
8. ¿Cuáles son las funciones que podría poner en marcha el Comité Hospitalario de Bioética ante este caso?

CASO 4. RETIRO DEL TRATAMIENTO

Presentado por la Dra. Gabriela Herrera Ramírez

Caso clínico

Paciente femenina de 47 años de edad enviada al servicio de cuidados paliativos con un diagnóstico de adenocarcinoma de recto. Sin antecedentes heredofamiliares oncológicos, sólo de diabetes por parte de la madre.

Padeció tabaquismo crónico por más de 25 años con un patrón de consumo de hasta 10 cigarrillos por día, actualmente se ha suspendido debido a la enfermedad.

Características del caso y la paciente

Mujer de 47 años de edad con 2 hijos, divorciada, concluyó la preparatoria, no cuenta con seguridad social, actualmente está desempleada, vive en Puebla con uno de sus hijos y su madre de 72 años, quien está pensionada; la familia completa depende económicamente de dicha pensión.

La paciente acude al Instituto con un padecimiento de poco menos de 2 años de evolución en los que se han realizado diferentes procedimientos. Durante el primer año, comenzó con dolor abdominal por lo que acudió a un hospital general en donde se le diagnosticó miomatosis uterina y se realizó una laparotomía exploratoria e histerectomía con salpingooforectomía bilateral por enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, la paciente continuó con dolor abdominal, por lo que regresó al hospital en donde llevaron a cabo estudios y le diagnosticaron enfermedad inflamatoria pélvica, siendo sometida a una segunda laparotomía exploratoria y lavado de la cavidad abdominal.

Luego de 9 meses, la paciente continuó con dolor abdominal e infección en la herida quirúrgica; debido a la evolución tórpida, realizaron una tercera laparotomía exploratoria que mostró perforación intestinal, por lo que fue sometida a una colostomía.

7 meses después del último procedimiento, la paciente aún continuó con dolor abdominal así que tomaron una tomografía que permitió localizar una tumoración abscedada y fue sometida a una cuarta laparotomía exploratoria para tomar muestras de la tumoración que les permitió determinar que se trataba de cáncer colorrectal o cáncer de endometrio. Dicho diagnóstico originó la referencia al INCAN en donde se determinó que se trataba de un adenocarcinoma de recto del tercio inferior, tipo intestinal G2, localmente avanzado.

En el Instituto comienzan el tratamiento adyuvante con quimioterapia vía oral (xeloda) y radioterapia, observándose una respuesta parcial y progresión a ovario; tras 7 meses en tratamiento y al no observarse mejoría, se refirió al servicio de cuidados paliativos.

Evolución del caso en cuidados paliativos: Aspectos clínicos y sociales

En el servicio de cuidados paliativos, la paciente reportó dolor abdominal, náuseas, vómito ocasional e intolerancia a la vía oral, en ese momento su peso era de 62 kg. Recibió seguimiento y valoración en consulta externa.

La valoración del área de psicología señaló que presentaba ansiedad y tristeza por la enfermedad, así como enojo por la limitación en las actividades de su vida cotidiana; también expresó dudas respecto de continuar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia, ya que comentaba: “cuánto eso podía alargar su agonía”, pues estaba consciente del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. En el área social, se determinó que contaba con una pobre red de apoyo, ya que vivía con su mamá (adulta mayor) y un hijo de 17 años, el otro vivía en el extranjero.

Dos meses después, la paciente llegó a atención inmediata (urgencias) debido a un fuerte dolor abdominal y es hospitalizada. La valoración refiere que la paciente presentaba náuseas, vómito, deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición severa (con un peso de 46 kg), así como obstrucción intestinal. Al aplicar las escalas de capacidad funcional se obtuvieron los siguientes puntajes:

Karnofsky de 50%¹⁰, ubicada en el nivel 3 de la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 3¹¹, presenta un *Palliative Perform Score* (PPS) de 50%¹² y un *Palliative Predictive Index* (PPI) en el grupo B¹³.

En el momento de ingreso al hospital, se colocó sonda nasogástrica para alimentarla, mejorando algunos síntomas; sin embargo, la paciente se retiró la sonda argumentando que no quería eso. Con base en el estado funcional de la paciente, la baja respuesta al tratamiento, la progresión de la enfermedad y el estado de desnutrición severa de la paciente, el área de oncología médica decide no continuar con manejo y solicita la valoración del área de nutrición.

El servicio de nutrición llevó a cabo una evaluación global subjetiva que la situó en el grupo C, indicando un porcentaje de cambio de peso de 35% (en ese momento pesaba 40 kg) y un índice de masa corporal de 14.6; éstas puntuaciones confirmaban desnutrición severa (grado 3) por lo que se inició nutrición parenteral periférica, aportándose 600 calorías con una nutrición estándar lo que cubrió únicamente 40% por ciento de su requerimiento energético; 3 días después se probó la tolerancia a la vía oral sin éxito pues presentó náuseas, vómito y dolor abdominal posterior a la ingesta de alimentos, por lo que se decidió que la alimentación continuara por vía periférica para mejorar el estado funcional de la paciente.

Durante las valoraciones clínicas, se determinó que la paciente comprendía que su pronóstico era malo pero pensaba que recibiendo nutrición periférica sus condiciones podrían mejorar de tal manera que cirugía pudiera ofrecerle algún otro tipo de tratamiento; de esta forma, percibía la nutrición como una esperanza de mejorar su funcionalidad y “poder resistir la cirugía”.

¹⁰ La escala Karnofsky valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida. El puntaje de 50% refiere: Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes.

¹¹ La escala ECOG va de 0 a 5 en que 0 corresponde a “perfecta salud” y 5 a *exitus*. Un puntaje de 3 refiere: Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático. Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día

¹² La escala funcional paliativa (PPS) mide la capacidad funcional en pacientes paliativos, está dividida en 11 categorías medidas en niveles que decrecientan en 10% y va desde 100% (actividad normal, sin evidencia de la enfermedad) hasta 0% (*exitus*). El puntaje de 50% refiere enfermedad extensa, vida principalmente de cama/sillón, ingesta normal o reducida, así como la necesidad de asistencia para tareas de autocuidado.

¹³ El puntaje PPI refiere el pronóstico de vida en función de varios aspectos funcionales, el rango va de 0 a 15. En este caso, se reportó que el paciente pertenece al grupo B, con un pronóstico de vida mayor a 3 semanas.

Sin embargo, debido a que la nutrición parenteral periférica no cubría los requerimientos energéticos, el área de nutrición sugirió que la alimentación continuara por catéter vía central pero oncología médica determinó que no era candidata por alto riesgo de complicación; por lo anterior, se informó a la paciente de la situación, así como los costos y riesgos que implicaba, por lo que la paciente determinó no continuar con ese tipo de nutrición ni recibir manejo para la obstrucción intestinal.¹⁴

Con base en lo anterior, se egresó del hospital para continuar con soporte médico en domicilio y medidas locales para confort. Diez días después del egreso se realizó seguimiento telefónico, en éste sus familiares reportaron que la paciente permanecía dormida la mayor parte del tiempo, se usaban cubos de hielo para hidratar la mucosa y no reportaba dolor o hambre, por lo que se concluyó que se encontraba en buen control de síntomas.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Qué es la futilidad terapéutica y cómo se relaciona con este caso?
2. ¿En qué difiere el retiro de tratamiento del abandono o la eutanasia?
3. En este caso, ¿cuáles son los criterios necesarios para determinar que el tratamiento debe retirarse?
4. ¿Qué función realiza el médico tratante en los casos en que la mejor alternativa es el retiro de tratamiento?
5. En este caso en particular, ¿cómo se relacionan las creencias en torno al acto de alimentar con las preferencias de la familia y el paciente?
6. ¿Hay valores en conflicto en este caso?
7. ¿El caso era susceptible de someterse para el análisis de un Comité Hospitalario de Bioética?, si es así ¿en qué momento debió hacerse?

¹⁴ Durante la sesión se comentó sobre evidencia que señala que la nutrición periférica puede mantenerse por tiempo prolongado, incluso en manejo domiciliario, siempre que ésta se administre por vía central para cubrir los requerimientos energéticos; en caso de administrarse por vía periférica, las guías clínicas indican que ésta no puede mantenerse por más de 7 a 10 días para evitar complicaciones, siendo la flebitis una de las principales. Aunado a lo anterior, se estima que el manejo domiciliario tiene un costo que oscila entre los 600 y los 1200 pesos, sin incluir los insumos y los costos por cuidados de enfermería.

CASO 5. DOLOR DE DIFÍCIL CONTROL (DOBLE EFECTO)

Presentado por la Dra. María Fernanda García Salamanca

Caso Clínico

Mujer de 54 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama derecha en estadio clínico IV, con progresión sistémica, quien es referida al servicio de cuidados paliativos luego de habersele practicado una toracotomía anterolateral izquierda y una ventana pericárdica. Padece hipertensión desde hace 10 años, misma que es tratada con metoprolol y tiene antecedentes familiares de leucemia por parte de su tía materna.

Es casada, no tiene hijos, vive con su familia, completó la primaria, actualmente está desempleada aunque previamente se trabajó por cuenta propia y reside en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Evolución del caso

En enero de 2013 le tomaron una mastografía y un papanicolaou en donde no se identificaron alteraciones. El padecimiento actual inició en agosto de 2013 con tos, disnea de grandes a medianos esfuerzos; al parecer 3 semanas después la paciente presentó hemiparesia en hemicuerpo izquierdo, por lo que acudió a un hospital de segundo nivel de atención en donde se encontró una lesión intraparenquimatosa de lado derecho a través de una tomografía axial computarizada de cráneo y en la exploración física se identifica un derrame pleural izquierdo del 80% por lo que realizan una toracocentesis donde drenan 1500 cc sin reporte del estudio citológico correspondiente.

En septiembre de 2013 es referida al Instituto Nacional de Cancerología con un diagnóstico de un primario desconocido con actividad a nivel de sistema nervioso central para lo que recibe radioterapia a holocráneo durante un mes y medio e inició todo su protocolo de estudio.

Posteriormente, en la exploración física se detecta la presencia de ganglios axilares bilaterales, por lo que se toma biopsia y se realiza una tomografía. El reporte histopatológico señaló un carcinoma ductal infiltrante de alto grado sin necrosis que, aunado a los resultados de la tomografía, permitió diagnosticar cáncer de mama derecha T₂N₁M₁¹⁵ en estadio clínico IV, metastásico a mama y axila contralateral, pulmón, mediastino, hígado, hueso y sistema nervioso central.

A partir de dicho diagnóstico inicia quimioterapia paliativa semanal con una duración de 10 semanas, 15 días después de concluir dicha quimioterapia ingresa a hospitalización por disnea, infección de vías aéreas bajas, lesión renal aguda y desequilibrio hidroelectrolítico a expensas de hiperkalemia.

La radiografía de tórax, que se obtuvo al ingreso de la paciente, mostró un gran derrame pleural de lado izquierdo y silueta cardíaca borrosa; 4 días después del internamiento, se tomó nuevamente la placa y una tomografía de tórax y abdomen, identificándose progresión del derrame a nivel del precordio comprometiendo el corazón. En ese momento la paciente presenta disnea intensa, dolor torácico, taquicardia, ruidos cardíacos apagados e hipotensión. El cuadro clínico y las radiografías confirman que se trata de un derrame pericárdico con derrame pleural, por lo cual el día 3 de marzo de 2014 le practican una toracotomía anterolateral izquierda más una ventana pericárdica. Durante la cirugía se halló derrame pericárdico con tamponamiento cardíaco, carcinomatosis pericárdica y pleural, derrame pleural izquierdo con atrapamiento pulmonar e implante tumoral epicárdico de 3cms de diámetro en ventrículo izquierdo.

Un día después de la cirugía se solicitó interconsulta al servicio de cuidados paliativos por el dolor torácico y disnea que presentaba la paciente. La valoración de dicho servicio refiere dolor torácico opresivo continuo que la paciente situaba en 7 en la Escala Visual Analógica (EVA)¹⁶ y que se exacerbaba al respirar, estaba recibiendo tratamiento por parte del servicio de base con Tramadol (50 mg cada

¹⁵ T₂ (El tumor mide > 20 mm, pero ≤ 50 mm en su mayor dimensión) N₁ (Metástasis palpables a 1 o varios ganglios linfáticos homolaterales axilares móviles) M₁ (Con metástasis a distancia). Cárdenas-Sánchez, J. et.al. (2015). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de oncología*, 14 (Supl 2), 2 - 55.

¹⁶ La Escala Visual Analógica (EVA) utiliza una línea de 10 unidades en las que se representa la intensidad del dolor, A mayor puntaje, mayor dolor y cuando éste es mayor a 6 se clasifica como dolor muy intenso; por lo que el puntaje de la paciente corresponde a esa categoría.

8 horas) en infusión pero ella no percibía mejoría; además, tenía disnea continua que ella situaba en 6 en la Escala Visual Analógica, ésta disminuía parcialmente al administrar oxígeno suplementario por mascarilla con reservorio (saturación del 91%). A la exploración física, la paciente estaba ansiosa y notablemente disneica.

Con base en dicho diagnóstico, el servicio de cuidados paliativos informó a la paciente y su familia sobre la opción de administrar opioides para el manejo del dolor, así como los efectos secundarios que podrían esperarse; ella aceptó firmando el formulario de consentimiento informado correspondiente y su esposo fungió como testigo, por lo que se inició manejo con morfina 10 mg vía intravenosa en infusión continua para 24 horas¹⁷ con el empleo de rescates de morfina con 2 mg vía intravenosa (máximo 8 en 24 horas) en caso de dolor torácico o de disnea. Su hermana, quien acompañó a la paciente durante la hospitalización, solicitó 3 rescates debido a que la paciente reportó opresión torácica.

El día 5 de marzo de 2014 en la visita matutina, el servicio de cuidados paliativos encontró la nota de oncología en donde se describió a la paciente con deterioro neurológico franco, somnolienta, que solo respondía a estímulos dolorosos, presentando fiebre de 38.3°C la noche previa, manteniéndose con tendencia a la hipotensión, taquicárdica, con periodos de apnea y una saturación de oxígeno del 92% con mascarilla reservorio; también se describe como paciente grave tendiendo a la agonía.

La valoración del servicio de cuidados paliativos la señaló como paciente estuporosa con pupilas mióticas a la exploración física, con el reflejo luminoso pupilar retardado y con periodos de apnea, considerándose la posibilidad de deterioro neurológico asociado a opioide. Por lo anterior para revertir el efecto analgésico y sedante de la morfina, así como valorar la respuesta de la paciente, se detuvo la infusión del medicamento por un lapso de 4 horas, después de las cuales ella despertó orientada solo en persona y ansiosa; se le preguntó si tenía dolor y ella asintió con la cabeza sin referir localización o más datos del mismo; a

¹⁷ Durante la discusión, se comentó que no existen parámetros estandarizados para determinar cuándo la dosis para un paciente es alta o baja; sin embargo, se señaló que usualmente se administran 10 mg para 4 o 6 horas por lo que, en el caso de esta paciente, se trata de una dosis baja.

partir de esto se concluye que la paciente presenta efectos secundarios al empleo de opioide pero, al mismo tiempo, presenta dolor importante y taquicardia con frecuencia cardíaca de 155 latidos por minuto, así como elevación de la tensión arterial.

Con base en lo anterior, se realizó la rotación de opioide a fentanilo, disminuyendo la dosis calculada inicialmente. En este momento, se habla nuevamente con el esposo y la hermana de la paciente acerca de los efectos adversos que pueden esperarse cuando se administran opioides. Al respecto, la hermana solicita que se continúe con el manejo y comentaba: “yo prefiero verla dormida y tranquila sin dolor, que verla despierta pero tan inquieta y con dolor como está ahorita”; por su parte, el esposo se muestra un poco renuente a ver “tan dormida” a su esposa pero expresa que “no quiere que ella sufra”, por lo que acepta que se continúe administrando opioides con la respectiva rotación del medicamento.

Al iniciar la infusión con fentanilo, la paciente continuaba febril como en la noche previa, taquicárdica, con tendencia a la somnolencia, poca respuesta al estímulo táctil y comienza con respiración apnéica. Una hora y media después de iniciar, el servicio de cuidados acude al llamado de enfermería, encontrándose a la paciente sin respuesta a estímulos externos, sin pulsos periféricos palpables, en estado que no fue reversible mediante maniobras de reanimación, declarándose la defunción de la paciente.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Qué enuncia el principio del doble efecto y por qué se relaciona con este caso?
2. ¿Cuáles son las condiciones que aseguran un actuar ético en los casos donde puede presentarse el doble efecto?
3. Además, de la disminución o supresión del dolor ¿Cuáles son otros efectos de la administración de opiáceos en etapas terminales?
4. En este caso, ¿por qué la acción implementada difiere de la eutanasia?
5. ¿Cómo abordar el consentimiento informado para pacientes y sus familias en los casos donde pueda presentarse el doble efecto?
6. ¿Qué otras opciones terapéuticas podrían proponerse en este caso?
7. ¿Hay valores en conflicto y/o dilemas éticos en este caso?
8. ¿El caso era susceptible de presentarse al Comité Hospitalario de Bioética?

CASO 6. SOLICITUD DE EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO

Presentado por el Dr. Jericó Ahiram Maya López

Caso Clínico

Hombre de 55 años de edad, con diagnóstico de tumor pulmonar en estadio clínico IV, quien es referido al servicio de cuidados paliativos por descontrol de síntomas, principalmente dolor.

Es fumador activo con un patrón de consumo de aproximadamente 80 cigarros al día, con antecedentes de alcoholismo y abuso de sustancias, tales como: cocaína y marihuana hace 15 años. Presenta comorbilidad con hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial pulmonar, antecedente de infarto agudo al miocardio, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que también se encontraba en manejo médico.

Vive en unión libre, tiene un hijo que no vive con él, completó la licenciatura. Su cuidadora principal es una hermana y radica en la Ciudad de México.

Evolución del caso clínico

El paciente ingresó al INCAN con diagnóstico de tumor pulmonar adyacente a bronquio lobar inferior, metástasis cerebral, metástasis ósea, estadio clínico IV $T_4N_2M_1$ ¹⁸ y un registro histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Con infiltración de la enfermedad pulmonar a nivel axial, en columna lumbar, pelvis, región del muslo derecho y partes blandas, así como destrucción de los cuerpos vertebrales torácica 12 y lumbar 1.

Con base en lo anterior, el servicio de oncología aplica quimioterapia sistémica, radioterapia a holocráneo y en metástasis óseas (columna); sin embargo, la

¹⁸ T₄ (Tumor de cualquier tamaño que invade cualquiera de las siguientes estructuras: mediastino, corazón, grandes vasos, tráquea, nervio recurrente laríngeo, esófago, cuerpo vertebral, carina; o existencia de nódulo(s) en un lóbulo diferente del pulmón homolateral) N₂ (Metástasis ganglionares mediastínicas homolaterales y/o subcarinales) M₁ (Existencia de metástasis a distancia). González, C., et al. (2012). Actualización de la estadificación del cáncer de pulmón. *Revista Argentina de Radiología*, 76 (4), 324 – 330.

quimioterapia se detuvo debido a que el paciente presenta toxicidad e intolerancia a los fármacos, posteriormente debido al frágil estado del paciente también se suspendió la radioterapia. Como consecuencia de la progresión de la enfermedad, el paciente es hospitalizado y presenta dolor total que se intenta controlar en el servicio de clínica del dolor con parches de fentanilo, rescates de morfina, amitriptilina, gabapentina, paracetamol, sin éxito.

Por lo anterior, el paciente estaba en descontrol de síntomas, con intenso dolor óseo, disnea incapacitante y mucha tos, por lo que se solicitó la intervención de cuidados paliativos. La valoración de éste servicio señaló que el paciente reportó fatiga, depresión y ansiedad de 10 puntos en el *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS)¹⁹; además de encontrarse polifarmacia de 19 medicamentos prescritos para el control del EPOC, la hipertensión, la hipertensión pulmonar y el antecedente de infarto al miocardio.

Aunado a lo anterior, se realiza una valoración por parte de psiquiatría que señaló: episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, síndrome de abstinencia a nicotina debido a que no podía fumar estando hospitalizado, lo que le generaba mucha ansiedad; delirio agitado, ideas de muerte y suicidas, además hace la petición explícita de eutanasia durante la consulta.

La valoración psicosocial señala que el paciente cuenta con una pobre red de apoyo, hay sobrecarga del cuidador, comienza a haber problemas a nivel familiar, hay claudicación familiar y hay adicción activa por parte del paciente que lo lleva a pedir el alta para continuar fumando. Además, argumentando el descontrol de síntomas que tenía en ese momento, reitera la solicitud explícita de eutanasia.

Con base en las valoraciones realizadas, el servicio de Cuidados Paliativos adoptan los siguientes cursos de acción: suspender la polifarmacia de 19 medicamentos manteniendo el manejo básico para síntomas cardinales; comenzar manejo de la adicción y síntomas neuropsiquiátricos; realizar reunión con el paciente y su familia para abordar las peticiones explícitas de eutanasia, así como ofertar

¹⁹ La Escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) evalúa 10 síntomas en escala de 0 a 10, en donde 0 indica la ausencia del síntoma y 10 refiere la máxima intensidad del mismo; al tratarse de una escala de valoración subjetiva, el paciente se autoevalúa en cada aspecto.

sedación paliativa para paliar los síntomas que estaban descontrolados y ocasionaban mayor sufrimiento al paciente, explicando las diferencias entre la eutanasia y la sedación, así como definir el plan de cuidados en su casa y con el hospital, lo que implicó un entrenamiento sencillo para que los familiares pudieran continuar con los cuidados que se llevaban a cabo en el hospital.

Luego de la suspensión de los medicamentos, se consigue controlar el dolor, la ansiedad y el delirio, por lo que la valoración de psiquiatría lo reporta como paciente tranquilo, capaz de conciliar el sueño durante una noche completa, con ligera mejoría del síndrome de abstinencia, disminución de la tos; también mejoró un poco la movilidad, ya que podía sentarse y desplazarse en silla de ruedas. 3 días después del egreso, se realizó llamada de seguimiento y los familiares informaron que el paciente había fallecido pero estuvo “tranquilo y pasivo” durante el deceso.

PREGUNTAS DE ANÁLISIS

1. ¿Cuál es el marco jurídico de la eutanasia en México?
2. ¿Por qué la eutanasia o el suicidio asistido no son una opción en este caso?
3. ¿Qué diferencia existe entre la eutanasia, el suicidio asistido y la sedación paliativa?
4. ¿Cuáles son los aspectos físicos, psicológicos y sociales que deben analizarse ante una petición de eutanasia o suicidio asistido?
5. ¿Qué opciones puede presentar el médico tratante ante las peticiones de eutanasia o suicidio asistido?
6. ¿Hay valores en conflicto en éste caso?
7. ¿El caso es susceptible de ser presentado ante el CHB?

CASO CLÍNICO 7. VULNERABILIDAD

Presentado por el Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral

Caso clínico

Mujer de 34 años de edad, analfabeta, soltera, tiene un hijo de 4 años de edad. Diagnosticada con cáncer cervicouterino, es referida al servicio de cuidados paliativos por descontrol del dolor y sangrado transvaginal.

Tiene el antecedente de abuso de múltiples sustancias (solventes volátiles, alcohol, marihuana y cocaína base) con un patrón de consumo desconocido, Desde los 12 años, ha fumado tabaco y actualmente consume 4 cigarrillos por día. Sin otros antecedentes médicos relevantes para el padecimiento actual.

La paciente se encuentra en un Centro de Reinserción Social (CERESO), cumpliendo una condena de 40 años de prisión por el delito de homicidio calificado e intento de homicidio. Se sabe que desde su ingreso al CERESO no hay familiares que se hagan cargo de ella o la visiten, siendo los custodios y personal de trabajo social quienes la trasladan, acompañan y realizan los trámites hospitalarios correspondientes.

Evolución del caso clínico

El padecimiento actual inició en 2012, 3 años después de su ingreso al CERESO, comenzó con dolor y sangrado transvaginal pero fue valorada hasta enero del 2013 dentro de la unidad médica del CERESO, donde realizaron una colposcopia y toma de biopsia que permitió establecer un diagnóstico oncológico.

Por lo anterior, fue referida al INCAN donde el servicio de pre - consulta la diagnosticó con cáncer cervicouterino invasor, canalizándola a ginecología del mismo instituto. Después de esta primera valoración, hay una pérdida en el seguimiento del caso porque no acude al INCAN y es hasta finales de diciembre del 2013, que es recibida en el servicio de atención inmediata (urgencias) debido al descontrol del dolor y sangrado transvaginal, encontrándose progresión

locorregional de la enfermedad y se le administra un ciclo único de radioterapia con el objetivo de generar hemostasia, ya que el sangrado que presentaba iba de leve a moderado.

En enero del 2014, ingresa a hospitalización nuevamente por sangrado transvaginal y dolor, observándose progresión de la enfermedad a nivel óseo, particularmente en los huesos ilíaco izquierdo y la cabeza femoral derecha; por lo que, a lo largo del mes, se le dan 5 sesiones de radioterapia en las lesiones óseas para controlar el dolor. Dos semanas después, es valorada por clínica del dolor que diagnostica síndrome doloroso nociceptivo en abdomen inferior y neuropático en extremidad inferior izquierda, secundarios a la actividad tumoral, por lo que inician tratamiento con buprenorfina. Durante la hospitalización, el área de psicooncología valora a la paciente, diagnosticando crisis ansioso – depresiva y síndrome de abandono familiar²⁰.

Aunado a lo anterior, se determina que hay una infección recurrente en vías urinarias, encontrándose daño renal para lo que se indica la colocación de catéter de nefrostomía pero no fue posible colocárselo en ese momento, porque no había un familiar que realizara la compra de éste. Al mismo tiempo, la cambian de ginecología a oncología médica y éste servicio determina que es candidata a quimioterapia paliativa pero no pudo administrarse por presencia de anemia, así que se egresa a la paciente del hospital.

El 3 marzo de 2014 ingresa nuevamente a hospitalización, presentando desorientación, cambios en el ciclo de sueño – vigilia, fluctuaciones del estado de alerta, sangrado transvaginal y desequilibrio hidroelectrolítico. En ese momento se le coloca un tampón endovaginal, catéter de nefrostomía (que fue donado) y se solicita la intervención del servicio de cuidados paliativos, en donde se determina que los principales síntomas a paliar son el dolor²¹ y el delirium, por lo que se inicia el manejo con buprenorfina, paracetamol y haloperidol. La paciente responde adecuadamente al haloperidol, sin presentar efectos secundarios.

²⁰ En este sentido, cabe mencionar que una trabajadora social del CERESO realizaba visitas periódicas a la paciente durante su estancia en el hospital.

²¹ Se mencionó que en el expediente sólo existía un ultrasonido inicial; no había alguna tomografía o resonancia previas que buscaran explicar el dolor.

Se solicita la valoración de psiquiatría que determina: trastorno por abuso a múltiples sustancias (solventes volátiles, alcohol, cocaína base y marihuana) en remisión sostenida (más de 12 meses sin consumo), dependencia activa a nicotina, trastorno depresivo mayor, rasgos de personalidad antisocial²² y delirium mixto con respuesta a tratamiento.

El 13 de marzo de 2014 cumple con el esquema de analgésicos, consiguiéndose controlar parcialmente el dolor por lo que se egresa del hospital, manteniendo el seguimiento a través del área de atención virtual (call center) y de la consulta externa del servicio de cuidados paliativos. Se consiguió contactar con el servicio médico del reclusorio, estableciendo comunicación con uno de los médicos a quién se le explicó el diagnóstico, así como las indicaciones y cuidados en general para que pudiera darle seguimiento al caso.

Dos semanas después, acude nuevamente a atención inmediata por sangrado transvaginal moderado, en malas condiciones generales, con signos vitales muy bajos: tensión arterial de 55/28, frecuencia cardiaca de 101, frecuencia respiratoria de 17, temperatura de 37°, letárgica, sin respuesta a órdenes sencillas, con pupilas isocóricas, palidez generalizada y mucosa oral muy deshidratada. El servicio de atención inmediata realiza la nota de gravedad, en donde oncología médica determina que el pronóstico es malo a corto plazo. Aproximadamente 3 horas después del ingreso, se diagnostica con choque hipovolémico grado II/III secundario a sangrado transvaginal y fallece 6 horas después del ingreso. En la nota de fallecimiento, se especifica que se dieron informes a la madre de la paciente quien también firmó la documentación correspondiente.

²² Durante la presentación del caso, el psiquiatra que la valoró señaló que a pesar del homicidio e intento de homicidio, al tratarse de una valoración transversal y no longitudinal no puede determinarse si se trata de un trastorno de personalidad, por lo que sólo se señaló la presencia de rasgos antisociales.

Preguntas de análisis

1. ¿Qué es la vulnerabilidad y cómo se relaciona con este caso?
2. ¿Qué factores hacen que una persona sea vulnerable?
3. ¿Qué factores deben considerarse en la atención médica de personas en situación de cárcel que se realiza fuera de los centros penitenciarios?
4. ¿Cómo influyen las actitudes del equipo sanitario en el tratamiento de personas en situación de cárcel?
5. En México, ¿es posible solicitar la libertad compasiva de enfermos terminales en situación de cárcel?, ¿qué elementos deben valorarse cuando se opta por esta opción?
6. ¿Qué efecto tiene la limitación de la capacidad de ejercicio de personas en situación de cárcel sobre la elaboración de voluntades anticipadas?
7. ¿Existen conflictos de valores en este caso?
8. ¿Este caso es susceptible de ser revisado por un CHB?

CASO CLÍNICO 8. MEDICAMENTOS CAROS

Presentado por Dra. Edith Monreal Carrillo

Caso clínico

Hombre de 50 años, con diagnóstico de edema vasogénico y cáncer renal, quien es referido a cuidados paliativos debido a que no cuenta con los recursos económicos para costear el tipo de tratamiento prescrito para su padecimiento.

Es casado, reside en el estado de Puebla, estudió hasta 4° de primaria, es campesino y su ingreso mensual asciende a \$1,000 aproximadamente. Tiene 5 hijos quienes ocasionalmente le apoyan con dinero extra (entre \$50 y \$100 a la semana), por lo que la valoración del área de trabajo social lo sitúa en el nivel socioeconómico 1 (el más bajo que puede asignarse).

Evolución del caso clínico

El paciente acude al instituto con un padecimiento de 2 semanas de evolución, presentando disartria, desviación de la comisura bucal hacia la izquierda y déficit de hemicuerpo izquierdo. Debido a este cuadro clínico neurológico, se realizan resonancias a partir de las que se identifican múltiples lesiones a nivel cerebral, presentando edema vasogénico a nivel supratentorial, intra-axial y cerebelar; además se detecta una neoformación heterogénea renal izquierda de 80 x 59 mm aproximadamente por lo que se sospecha de cáncer renal.

Con base en lo anterior, es hospitalizado para recibir radioterapia y con ello se consigue la mejora *ad integrum* del cuadro neurológico. Por otro lado, y se propone un tratamiento con inhibidor de la tirosina cinasa (TKI, Pazopanibb 800mg por día), así como una nefrectomía de citorreducción; sin embargo, el servicio de urología considera la posibilidad de que el paciente no pueda costear el tratamiento con el inhibidor de la tirosina cinasa, lo que pone en duda el beneficio de la citorreducción. Posteriormente, el servicio de oncología médica

determina que el paciente no es candidato a tratamiento quirúrgico e informa que él no cuenta con recursos para comprar los medicamentos indicados.

Fue referido al servicio de cuidados paliativos, en donde el paciente comentó: *“pues me mandaron para acá porque no puedo comprar el medicamento”*. A la exploración física, paciente con edad similar a la aparente, asintomático, con Karnofsky²³ de 70% y puntuación de 2 en la escala del *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)*²⁴, presenta un *Palliative Perform Score (PPS)* de 70%²⁵ y un *Palliative Predictive Index (PPI)* en el grupo A²⁶.

Debido a la limitación de recursos económicos, el paciente tampoco podía asistir al instituto para las consultas con cuidados paliativos, por lo que se realizó seguimiento vía telefónica (a través de una caseta pública de la comunidad) para evitar los traslados. La última llamada realizada fue 5 meses después y se reportó que el paciente continuaba asintomático.

Fármacos prescritos y su costo.

Ante el diagnóstico de cáncer renal, se prescribió Sunitinib 12.5 mg (4 tabletas vía oral diariamente por 4 semanas con 2 de descanso) ó Sorafenib 200 mg (4 tabletas vía oral diariamente por 4 semanas con 2 de descanso). Las notas señalan la administración de alguna de éstas opciones por un período indefinido y en un lapso de entre 3 a 6 meses valorar la respuesta del paciente.

²³ La escala Karnofsky valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida. El puntaje de 70% refiere: Incapaz de realizar actividad normal o trabajar. Se vale por sí mismo.

²⁴ La escala ECOG va 0 a 5 en que 0 corresponde a “perfecta salud” y 5 a *exitus*. Un puntaje de 2 refiere: Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado, no puede realizar trabajos aunque sean ligeros y permanece levantado más del 50% del día.

²⁵ La escala funcional paliativa (PPS) mide la capacidad funcional en pacientes paliativos, está dividida en 11 categorías medidas en niveles que decremantan en 10% y va desde 100% (actividad normal, sin evidencia de la enfermedad) hasta 0% (*exitus*). El puntaje de 70% refiere a que existe evidencia de la enfermedad, con deambulación reducida, incapaz de realizar actividad laboral normal, capaz de realizar tareas de autocuidado, así como conciencia e ingesta normales.

²⁶ El puntaje PPI refiere el pronóstico de vida en función de varios aspectos funcionales, el rango va 0 a 15. En este caso, se reportó que el paciente pertenece al grupo A, con un pronóstico de vida mayor a 6 semanas.

A continuación se muestra el costo de los medicamentos prescritos desde su ingreso al instituto:

PRECIOS REGISTRADOS DE MEDICAMENTOS CON PATENTE VIGENTE ^{1/}
(Al 11 de Marzo de 2016)

Principio Activo	Presentación	Precio Máximo de Venta al Público
Pazopanibb	Caja con 30 tabletas de 200 mg	8,937.93
Pazopanibb	Caja con 60 tabletas de 400 mg	35,751.72
Sunitinib	28 cápsulas de 12.5 mg	24,537.18
Sunitinib	28 cápsulas de 25 mg	49,074.36
Sunitinib	28 cápsulas de 50 mg	98,148.71
Sorafenib	Caja con 12 comprimidos 200 mg	74,827.00

Costo mensual de la dosis	
Sunitinib	\$98,148.72
Sorafenib	\$748,270

Tabla 1. Costo de los fármacos prescritos. Fuente: Secretaría de Economía, 2016.²⁷

Preguntas de análisis

1. ¿Cuáles son las implicaciones bioéticas del acceso a medicamentos caros?
2. ¿Qué es la ética de la prescripción y por qué se relaciona con este caso?
3. ¿Cómo se vincula el derecho a la salud y la cobertura del Seguro Popular de Salud?
4. ¿Cómo puede actuar el médico tratante cuando la opción más viable implica prescribir medicamentos de alto costo?
5. ¿Por qué este caso puede relacionarse con la ética de la investigación en seres humanos?
6. ¿Existen conflictos de valores o dilemas éticos en este caso?
7. ¿Este caso es susceptible de ser revisado por un CHB?

²⁷ Secretaría de Economía (2016). *Precios registrados de medicamentos con patente vigente*. Recuperado el 15 de junio de 2016 desde http://www.economia.gob.mx/files/transparencia/focalizada/precios_medicamentosdepatente_marzo_2016.pdf

CASO CLÍNICO 9. PACIENTE EN SITUACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICA*

Presentado por la Dra. Georgina Domínguez Ocadío

Caso clínico.

Mujer de 45 años de edad, con diagnóstico de leiomioma de útero con progresión sistémica, es referida a cuidados paliativos debido al descontrol de algunos síntomas, principalmente dolor, hiporexia y fatiga.

Casada, vive en la Ciudad de México con su esposo (quien es el cuidador principal) y 2 hijos mayores de edad. La paciente completó la secundaria y es ama de casa, su esposo e hijos cuentan con un empleo estable y contribuyen al gasto familiar.

Evolución del caso clínico

En los meses anteriores al ingreso al INCAN, la paciente fue atendida en un Hospital General en donde le hicieron una laparotomía y toma de biopsia que permitieron identificar leiomioma de útero; dicho diagnóstico origina la referencia al Instituto.

En enero de 2015 se presenta por primera vez en el INCAN a pre – consulta, el mismo día es valorada por el servicio de ginecología donde la derivan a la unidad funcional.

El servicio anticipa un plan de tratamiento, adelantándose a los probables hallazgos, en donde contemplan realizar una laparotomía exploradora, un intento de citoreducción, posibilidad de estoma y conducto ileal para posteriormente continuar con radio y quimioterapia; sin embargo, al hacer la laparotomía determinan que el tumor es irresecable.

Por lo anterior, inician un abordaje distinto al planeado solicitando interconsulta a oncología médica que determina que la tumoración se encuentra en un estadio IV

(avanzado) por lo que inician con quimioterapia sistémica, determinando que es candidata a radioterapia y le realizan tomografía de simulación, en la que identifican un tumor pélvico de 38 x 23 cm aproximadamente, lo que ocasiona que no se inicie la radioterapia, ya que no podría ofrecer beneficio o mejora a la condición clínica de la paciente.

De marzo a mayo, la paciente recurre en varias ocasiones al servicio de atención inmediata (urgencias) por diferentes complicaciones, presentando trombosis venosa profunda del miembro pélvico izquierdo, posteriormente sobrecoagulación y dolor abdominal para el que, clínica del dolor, inicia la administración de un opioide débil; también presenta toxicidad hepática, en mayo se suma un absceso pélvico derivado de un proceso infeccioso y, a partir de los estudios realizados, se detecta una falla hepática, por lo que se ingresa a hospitalización y se interconsulta al servicio de cuidados paliativos.

El siguiente cuadro, refiere el período en el que la paciente estuvo hospitalizada, describiendo los cambios en la sintomatología, deseos de la paciente y su familia, así como las actividades llevadas a cabo por los servicios que intervinieron en el manejo del caso:

Aspectos		Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
Escalas	ESAS	Dolor 8 Nausea 3 Hiporexia 5 Fatiga 6	Dolor 3 Nausea 0 Hiporexia 7 Fatiga 8 Tristeza 9	Dolor 3 Nausea 0 Hiporexia 7 Fatiga 8	Dolor 2 Hiporexia 6 Fatiga 7
	Karnofsky	50	50	50	50
	PPI	B	B	B	B
Comunicación con la paciente		<ul style="list-style-type: none"> Conoce el motivo de la interconsulta a cuidados paliativos y acepta el manejo. Desea que el dolor sea controlado 	<ul style="list-style-type: none"> Se identifica que comprende el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Comunica poco. No desea que se le hagan más preguntas, ni se le proporcione más información. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunica muy poco. Se limita a responder cuando se le cuestiona sobre el estado de sus síntomas, expresa deseos de mejorar, irse a su casa y que no quiere recibir más información. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunica muy poco. Se limita a responder cuando se le cuestiona sobre el estado de sus síntomas, expresa deseos de irse a su casa y que no quiere recibir más información.
Familia de la paciente		Se promueve reunión familiar	Se aborda diagnóstico y pronóstico, se resuelven dudas específicas sobre los síntomas de mal pronóstico (fatiga, anorexia) con el cuidador primario	Se aborda pronóstico con el hijo menor Se plantean opciones en caso de pérdida de vía oral, la paciente y su familia no aceptan dispositivo subcutáneo.	Se programa reunión familiar en 3 días.

Tabla 1. Período de hospitalización

Aspectos	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
Oncología médica	Manejo conjunto con cuidados paliativos Manejo etiológico	Manejo conjunto	Pre-alta	Alta
Infectología	Antibiótico Solicita exámenes de laboratorio.	Identifica tumor abscedado y determina que no es candidata a drenaje quirúrgico, ni guiado por imagen. Antibiótico.	Antibiótico	Antibiótico
Cuidados Paliativos	Rotación a opioide fuerte, rescates y control sintomático.	Titulación del opioide por uso de rescates. Se solicita interconsulta a Psicología y Rehabilitación	Se ajusta manejo vía oral	Se programa para seguimiento por call center
Psicológica	Se realiza valoración psicológica inicial, identificando: • Consciencia del diagnóstico y pronóstico • Molesta por cambio del oncólogo tratante.	No aplica	En el seguimiento a paciente se sospecha de trastorno depresivo o delirium hipoactivo y se solicita interconsulta a psiquiatría.	No aplica.
Psiquiatría	-	-	Se identifica síndrome depresivo y delirium hipoactivo para lo que inicia manejo específico. ²⁸	-

Tabla 2. Actividades del servicio tratante y servicios interconsultantes durante el período de hospitalización

Debido a que el dolor logra controlarse, egresa a la paciente y se continua con atención ambulatoria. Posterior al egreso, hubo 2 reuniones a las que ella no asistió, sólo acudieron su esposo e hijos. En la primera reunión, su esposo comentó al equipo médico: *“cuando mi papá se enfermó, su médico me dio una inyección e indicó administrarla si el dolor era muy intenso si no cedía le administrará toda la ampula, y con eso dejaría de sufrir, cuando eso sucedió y la administre, mi papá falleció en ese momento; por lo que les solicito este medicamento para que mi esposa ya no sufra” (sic)*²⁹.

Con base en ese comentario, se consideró que se trataba de una petición de eutanasia, así que se siguió el protocolo establecidos, explorándose si existía algún síntoma descontrolado y cuáles eran los deseos que había expresado la paciente. Al respecto, la familia comentó que cuando la paciente estaba en mejores condiciones hablaron del tema y acordaron que no la dejarían llegar a ese

²⁸ Se inició el manejo específico para delirium hipoactivo; sin embargo, no fue posible observar si hubo mejoría debido a que la paciente egresó al día siguiente. Durante la discusión del caso, se comentó que era complicado establecer un diagnóstico diferencial entre el delirium hipoactivo y la falla hepática, ya que esta última puede causar fatiga, ocasionando un bajo nivel de actividad y comunicación.

²⁹ Es importante mencionar que el suegro de la paciente no fue atendido por el INCAN, por lo que se desconoce cuál era el contenido del fármaco que le prescribieron. Aunado a lo anterior, es importante destacar que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son delitos tipificados en el Código Penal de nuestro país.

estado, el dolor se había exacerbado con intensidad de entre 7 y 10, aunado a ña perdido de la vía oral, por lo que creían que el tratamiento no estaba funcionando, también manifestaron que no habían llamado ni acudido cuando los síntomas empeoraron por que al salir del hospital, la paciente expresó sus deseos de ser trasladada a la casa de sus padres y ellos así lo hicieron, la nueva ubicación estaba en una comunidad alejada del domicilio de la familia y el propio Instituto, lo que dificultaba el traslado de la paciente, también refirieron una mala dinámica familiar.

Se propuso ajuste de manejo farmacológico por dispositivo subcutáneo, resaltándose estrategias de apego terapéutico y favorecer comunicación con el resto de la familia

En la segunda reunión, ante el control del dolor, mejoría del patrón del sueño y del resto de síntomas, la familia se observa más tranquila, ya sin considerar la solicitud de eutanasia. Finalmente, la familia reportó el fallecimiento de la paciente durante el día siguiente a la segunda reunión que sostuvieron con el equipo médico.

***Nota aclaratoria:** El concepto de “*situación de alta complejidad desde la perspectiva ética*” fue retomado de la Guía de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid, en donde se refieren algunas situaciones que presentan dilemas éticos y en las que se debería facilitar ayuda para la toma decisiones o no intervenir en ésta³⁰.

³⁰ El texto completo puede revisarse en Comunidad de Madrid (2008). *Guía de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid*. Madrid, España: Consejería de Sanidad. Consultado el 1 de octubre de 2015 desde www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/guia_paliativos.pdf

Preguntas de análisis

1. ¿Qué características tienen las situaciones de alta complejidad en cuidados paliativos y por qué se les denomina de esa forma?
2. ¿Qué elementos configuran una situación de alta complejidad desde la perspectiva ética?
3. ¿Cómo afecta el estado clínico del paciente en el ejercicio de su autonomía?
4. ¿Cuáles son las principales problemáticas que surgen cuando el médico trata con pacientes en situaciones de alta complejidad desde la perspectiva ética?
5. ¿Cuáles son los principales conflictos de valores o dilemas bioéticos que pueden surgir en la atención de pacientes en situaciones de alta complejidad desde la perspectiva ética?
6. En este caso, ¿por qué el caso se ha identificado como una situación de alta complejidad desde la perspectiva ética?
7. ¿Este caso es susceptible de ser revisado por un Comité Hospitalario de Bioética?

AGRADECIMIENTOS

Dra. Edith Monreal Carrillo

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Georgina Domínguez Ocadio

Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Oscar R. Rodríguez Mayoral

Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Alejandro Zavala Calderón

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Eréndira Esqueda Cisneros

Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Marian Escamilla Contreras

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Gabriela Herrera Ramírez

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. María Fernanda García Salamanca

Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Jericó Ahiram Maya López

Instituto Nacional de Cancerología

Lic. Cinthya Elizabeth Arzate Mireles

Instituto Nacional de Cancerología

Lic. María de los Angeles Marina Adame Gayosso

Comisión Nacional de Bioética

Dra. Ivette María Ortiz Alcántara

Comisión Nacional de Bioética

DIRECTORIO

ORGANIZADORES

DR. MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ

Presidente del Consejo
Comisión Nacional de Bioética

DRA. SILVIA R. ALLENDE PÉREZ

Jefa del Servicio de Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Cancerología

DRA. EMMA L. VERÁSTEGUI AVILÉS

Médico adscrito a Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Cancerología

COORDINADORES

MTRO. EDÉN GONZÁLEZ ROLDÁN

Subdirector Científico
Comisión Nacional de Bioética

LIC. J A NALLELY ARCE HERNÁNDEZ

Jefa de Departamento de Organización y Registro
Comisión Nacional de Bioética

