

Retiro y Suspensión de terapias médicas de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos neonatales

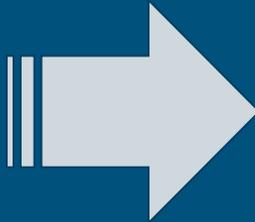
Neonatología 2022
Docente: Dr Gerardo Flores.
Gustavo San Martín - Interno Medicina USS.

Introducción

Atención del RN
conlleva terapias que
prolonguen la vida



Sin embargo hay
veces que no es lo
mejor para el bebe.



En esta presentación del artículo, se
discutirá las controversias: qué y
cuándo retirar, retener/ retirar
nutrición e hidratación artificial y
que hacer cuando no sigue el
“guión” de muerte anticipada.

tabla 1

Definiciones asociadas con las terapias médicas de soporte vital

Palabra / Frase	Definición
Sostenimiento en vivo Terapia medica	Tratamiento que prolonga o extiende la vida sin revertir la primaria condición. ¹¹ Estos incluyen ventilación mecánica, terapia de reemplazo renal, soporte inotrópico, oxigenación por membrana extracorpórea y nutrición e hidratación artificiales. ^{6,11}
retención	No proporcionar una terapia médica que se consideró. ⁶
Retiro	Iniciar y detener una terapia médica. ⁶
Nutrición Artificial e Hidratación	Nutrición o hidratación proporcionada a través de una orden médica y por un medios artificiales tales como una sonda nasogástrica, orogástrica o gástrica, o vía acceso intravenoso. ¹³
No disidencia informada	El médico no pide el consentimiento de los padres, pero les informa de la plan a WWLSMT y que procederán a menos que no estén de acuerdo. ¹³

Consideraciones Éticas para la retención / retiro de terapias médicas de soporte vital

Intervenciones éticamente opcionales si:

- No cumplen con objetivos típicos de crecimiento y desarrollo
- Siguen objetivos de atención específicos de los padres
- Causan dolor significativo
- Prolongan proceso de muerte

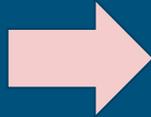
Estándar de interés superior guían a equipo médico y padres para retención/retirada de terapias médicas de soporte vital

Se sopesan beneficios vs cargas.

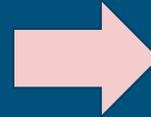
A menudo padres practican creencias personales de la retención vs retirada

Caso bebé A

Dg prenatales:
enfermedad
cardíaca
congénita,
atresia duodenal
y anomalía en
extremidades



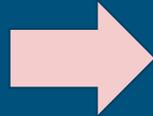
Se centró la
atención en la
inminente
cirugía cardíaca
por sospecha de
ventrículo único
y la AD



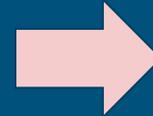
Nace de 34 sem por
RPM y bradicardia fetal,
se traslada a UCIN. A la
rx y ecocardio:
ventrículo único
complejo y pulmón
hipoplásico

Caso bebé A

TAC revela lesión cardíaca sin necesidad quirúrgica inmediata, y sin posibilidad de una reparación posterior, incluido el trasplante



Se informa a padres del cambio del pronóstico, señalando que la esperanza de vida era incierta



Padres se informaron sobre la condición de su bebé y deciden llevarlo a casa mientras hacían lo médicamente apropiado, expresando que no querían que se hiciera nada más que ellos harían por sus propios hijos.

¿Pasos a seguir?

- El bebé todavía estaba intubado, no sobreviviría sin algún tipo de soporte de presión positiva.
- El bebé no podía recibir alimentación enteral por su AD
- Los cirujanos temían que no fuera un buen candidato para la operación por su compleja condición cardiopulmonar
- En apoyo de los objetivos de los padres, el equipo recomendó retirar/retener el ventilador y hacer del bebé un “código alterado” (paciente crítico), ya que parecía estar mejor solo con CPAP. Si andaba bien, el equipo podría reevaluar el potencial quirúrgico de DA. Los padres aceptaron este plan.
- Se traslada a su hogar con ventilación positiva.
- Con esto los padres se volvieron más optimistas y usaron el hecho de que el bebé no necesitaba ser reintubado de inmediato como una señal de pronóstico positivo.

Luego...

- Preguntaron sobre la reparación de DA y revertir el estado crítico del paciente, pero anestesia no dio el pase.
- A medida que pasaba más tiempo, los padres reafirmaron su decisión de que si era necesario el equipo lo intube y resucite si el estado clínico del bebé se deteriora. Una vez más, los padres vieron en ocasiones el hecho de que el bebé no pudiera someterse a una reparación cardíaca como un hecho positivo de que "no necesitaba" cirugía y tenían la esperanza de que podría sobrevivir hasta la reparación DA.
- El equipo médico continuó discutiendo la planificación de cuidados avanzados a medida que se deterioraba el estado cardiopulmonar del Bebé A. El bebé fue reintubado y, a pesar de una escalada significativa en el soporte del ventilador, se volvió progresivamente acidótico. Los padres aceptaron el estado crítico y el Bebé quien murió poco después de un tiempo en el ventilador

Ahora...

¿Qué aspectos de la presentación de Babe A hicieron que la consideración de Retención/retirada del soporte vital fuera apropiada?

Con el objetivo de los padres de querer irse a casa, ¿debería la prueba de extubación ser directamente el soporte respiratorio en el hogar con el que un bebé podría irse a casa, en lugar de proporcionar una falsa esperanza potencial de estar bien con CPAP?

Caso Bebé B

- 31 SDG, por una cesárea de urgencia debido a latidos cardíofetales poco tranquilizadores.
- Nace activa, se instala CPAP
- Día 5 desarrolla acidosis metabólica profunda y deterioro clínico
- Estudios exhaustivos mostraron: intestino atrésico y vólvulo segmentario
- Luego, sufrió una perforación intestinal. Se reseccionó intestino delgado, quedando con un sd intestino corto
- Padres reciben noticia de mal pronóstico, y sus valores y expectativas de calidad de vida no se alinearon con las intervenciones quirúrgicas adicionales, y decidieron privilegiar la comodidad
- Padres acordaron no reanimar ni intensificar el apoyo vital.
- El bebé se fue a su hogar con medidas paliativas, falleciendo 12 días después

QUÉ Y CUÁNDO RETIRAR: CUANDO SE TRATA DE AYUDAR A LOS PADRES A DECIDIR

- Comunicación clara y directa con familiares
- No existe un plan uniforme
- Se debe determinar: metas, esperanzas y valores de los padres. Luego guiar en escenarios posibles
- Qué y cuándo retirar o retener: a las familias se les hace más cómodo de manera gradual
- Es importante informar a la familia que el enfoque gradual puede producir una prolongación del proceso de muerte

QUÉ Y CUÁNDO RETIRAR: CUANDO SE TRATA DE AYUDAR A LOS PADRES A DECIDIR

- En algunos escenarios, las metas de los padres coinciden con la retirada de las terapias médicas de soporte vital, pero la decisión para ellos no es fácil.
- Si el equipo médico identifica lo anterior → debemos aplicar la no disidencia informada (médico no pide consentimiento de padres, pero informa de los procedimientos y se detendrá sólo si éstos no están de acuerdo)
- Las recomendaciones del médico se basan en el estado clínico del paciente y objetivos de los padres
- Existe una “ventana de oportunidad” en la que las probabilidades que la muerte sea rápida son mayores.

RETENCIÓN / RETIRO DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL

- Tema con mucha controversia
- Carga emocional por la “alimentación del bebé”
- Ventajas de retiro de nutrición: menor sintomatología molesta para el bebé
- Desventajas: muerte en más tiempo que retiro de otras terapias

CUANDO UN BEBÉ NO SIGUE EL “GUIÓN”

- Un buen cuidado paliativo incluye asesoramiento anticipado de estimación de tiempo de vida en base a síntomas clínicos y curso natural de la enfermedad
- La prolongación del curso natural de la muerte lleva a falsas esperanzas y a cuestionar sus decisiones.
- El bebé puede morir rápidamente, prolongar su muerte o no morir.
- Cuando se informa a las familias del retiro del soporte vital se debe informar de lo que puede suceder y la posibilidad de que la muerte se prolongue

Resumen

- El retiro del soporte vital es ética y moralmente apropiado para ciertas presentaciones neonatales
- El retiro debe ser en base a las decisiones compartidas con los padres según sus metas y valores
- Se debe considerar la no disidencia informada cuando la terapia médica intensiva no es apropiada, pero la familia no ha verbalizado la decisión del retiro del soporte vital
- La incomodidad del médico no debe ser la razón principal para que el retiro del soporte vital sea escalonada en lugar de completa

Bibliografía

- Rholl EL, Baughman KR, Leuthner SR. Withdrawing and withholding life-sustaining medical therapies in the neonatal intensive care unit: Case-based approaches to clinical controversies. Clin Perinatol [Internet]. 2022;49(1):127–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2021.11.006>