

Caracterización de la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al adulto grave, hospital "Manuel Ascunce Domenech"

Characterization of the adaptation of the therapeutic effort in the care units for seriously ill adults, "Manuel Ascunce Domenech" Hospital

Gilberto de Jesús Betancourt-Betancourt^{1,2} , Gilberto Lázaro Betancourt-Reyes³ 

¹Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. ²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

³Hospital General Docente "Amalia Simoni Argilagos". Camagüey, Cuba. **Correspondencia a:** Gilberto de Jesús Betancourt-Betancourt, correo electrónico: enrich@nauta.cu

Recibido: 12 de junio de 2020

Aceptado: 14 de octubre de 2020

RESUMEN

Fundamento: no existen estudios nacionales publicados que aporten datos estadísticos relacionados con la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al grave en el país.

Objetivo: caracterizar la adecuación del esfuerzo terapéutico en el marco clínico de la práctica cotidiana en las unidades de atención al adulto grave, en el Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech", de Camagüey, desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre de 2017.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, explicativo y correlacional, en la institución y periodo de tiempo declarados. El universo fueron los 1233 pacientes de 19 años de edad o más, a los que se les solicitó ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La muestra, 502 pacientes con indicaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico, y consenso unánime entre el equipo asistencial, el paciente, la familia o su representante legal, para la adecuación del esfuerzo terapéutico. Se excluyeron las embarazadas y púerperas.

Resultados: los pacientes con enfermedad oncológica y crónica terminal fueron los que más se les aplicó la adecuación terapéutica. El no ingreso en cuidados intensivos fue la principal forma de adecuación, seguida de la no reanimación cardiopulmonar-cerebral, con predominio en pacientes de edad avanzada, en ambos sexos. Prevalció el criterio de terminalidad. La mayoría de los enfermos tuvo más de una adecuación terapéutica. El 23,9 % de los pacientes sobrevivieron.

Conclusiones: se caracterizó la adecuación del esfuerzo terapéutico en el hospital. En la mayoría de los casos se realizó más de una adecuación terapéutica. No todos los pacientes fallecieron.

Palabras clave: ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO; FINAL DE LA VIDA; TOMA DE DECISIONES.

Descriptor: GRAVEDAD DEL PACIENTE; ADULTO; UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS; ÉTICA BASADA EN PRINCIPIOS; TOMA DE DECISIONES.

ABSTRACT

Background: there are no published national studies that contribute statistical data related to the adaptation of the therapeutic effort in the care units for seriously ill patients of the country.

Objective: to characterize the adaptation of the therapeutic effort in the clinical framework of the daily practice in the care units for seriously ill adults of the "Manuel Ascunce Domenech" General Teaching Hospital of Camagüey, from January 1 to December 31, 2017.

Methods: a descriptive, explanatory and correlational study was carried out at the aforementioned institution and during the period herein declared. The universe was made up of the 1233 patients of 19 years of age or older who were admitted to the intensive care unit. The sample included 502 patients with indication of adaptation of the therapeutic effort, and unanimous consensus among the healthcare team, the patient, the family or their guardian, for the adaptation of the therapeutic effort. Pregnant and postpartum women were excluded.

Results: patients with terminal oncological and chronic diseases were the ones who received the most therapeutic adaptation. Not being admitted to intensive care was the main form of adaptation, followed by non-cardiopulmonary cerebral resuscitation, with the predominance of patients of advanced years, of both sexes. The terminality criterion prevailed. Most of the patients had more than one therapeutic adaptation. 23,9 % of the patients survived.



Citar como: Betancourt-Betancourt Gd, Betancourt-Reyes GL. Caracterización de la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al adulto grave, hospital "Manuel Ascunce Domenech". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2020; 45(6). Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2265>.

Conclusions: the adaptation of the therapeutic effort in the hospital was characterized. In most of the cases more than one therapeutic adjustment was performed. Not all the patients died.

Keywords: ADAPTATION OF THERAPEUTIC EFFORT; END OF LIFE; DECISION MAKING.

Descriptors: PATIENT ACUITY; ADULT; INTENSIVE CARE UNITS; PRINCIPLE-BASED ETHICS; DECISION MAKING.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la medicina moderna está dominada por la ciencia y la tecnología. Esto ha creado extraordinarias posibilidades en lo referente a la atención al hombre y a su salud, de manera tal que ha generado expectativas en el tema de la prolongación de la vida de un paciente en estado grave, crítico o terminal, no existentes anteriormente. Esto es debido al impacto de la revolución científico-técnica en el campo de la salud, a la enorme potencia tecnológica que ahora tiene a manos el hombre, que no las tenía en siglos pasados. ⁽¹⁾

A lo largo de los años, la interacción ciencia-tecnología se ha hecho cada vez más fuerte. Sin embargo, a veces la tecnología va demasiado lejos y el desarrollo tecnológico constituye un hacer, que trae consigo significados éticos en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable, por tanto, no todo lo que se puede hacer se debe hacer desde el punto de vista de lo que éticamente es hoy sostenible. ⁽²⁾

El desarrollo tecnológico dentro de la medicina intensiva ha llevado a que en ocasiones se les apliquen a los enfermos procedimientos excesivos para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran en muchos de los casos prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares. La prolongación de la vida con medios artificiales puede llegar a ser en ocasiones una acción degradante, que viola los más elementales principios éticos y, por tanto, es incompatible con el respeto a la dignidad humana. ⁽³⁾

La bioética está muy en boga en los tiempos que corren, como resultado de las exigencias que en el orden ético le plantean al hombre la aplicación del desarrollo científico técnico en la esfera de la medicina y de la necesidad de un fundamento ético social, a las cada vez más crecientes necesidades de los servicios de salud. ⁽⁴⁾ El desarrollo vertiginoso de la bioética ha puesto en discusión temas de vital importancia, en relación a los derechos y deberes de los pacientes. Es precisamente la adecuación del esfuerzo terapéutico uno de los más importantes y polémicos a nivel mundial, pues están en juego aspectos de primer orden, como son la vida del paciente, el dilema familiar y la toma de decisiones por el equipo de salud.

Al examinar la literatura actual acerca de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, salta a la vista que prácticamente todas las obras, trátense de un artículo, de un grueso volumen o de una investigación teórica, enfocan el problema de la gran variabilidad que existe a nivel mundial en cuanto a

criterios y opiniones con que se lleva a cabo. ⁽⁵⁾ Es alta la incertidumbre, no existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan estas decisiones. ⁽⁶⁾ Existe una enorme variabilidad en la práctica clínica por múltiples factores. ^(7,8) Las diferencias entre países e, incluso, entre centros del mismo país son notables. ^(9,10) Estas interrogantes motivaron la presente investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, sustentada en el paradigma biosocial con bases en el modelo biopsicosocial. Según el estado de conocimientos alrededor del problema, se trata de un estudio descriptivo, explicativo y correlacional. ⁽¹¹⁾ El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Docente "Manuel Ascunce Domenech", de la provincia Camagüey, desde el 1ro de enero al 31 de diciembre de 2017.

El universo de estudio fueron los 1233 pacientes de 19 años de edad o más, a los que se les solicitó ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La muestra quedó constituida por 502 con indicaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico, y en los que existió consenso unánime entre el equipo asistencial, el paciente, la familia o su representante legal, para la adecuación del esfuerzo terapéutico que se propone. Se excluyeron las embarazadas y púerperas.

Los datos primarios fueron recogidos diariamente. Se realizó la revisión de las historias clínicas y registros estadísticos de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos emergente (UCIE), unidad de cuidados intensivos (UCI) e intermedios (UCIM), así como en otros servicios convencionales. Los pacientes fueron seguidos hasta su fallecimiento o alta hospitalaria.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) en el procesamiento y análisis de la información, empleando la estadística descriptiva.

La planificación y ejecución de la investigación fueron dadas a conocer oportunamente a los miembros de la Sociedad Científica de Medicina Intensiva y Emergencia, que laboran en las distintas unidades de atención al adulto grave, los jefes de servicios y la participación conjunta de los miembros de la Comisión de Ética Médica y del Consejo Científico del hospital, en actividad efectuada el 23 de diciembre de 2016.

A lo largo de toda la investigación se tuvieron presentes las consideraciones éticas. No se manifestó ninguna incompreensión, queja o conflicto ético.

RESULTADOS**TABLA 1. Pacientes a los que se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico según causas**

Causas	Pacientes	
	Nº	%
Enfermedad oncológica terminal	221	44,02
Enfermedad crónica terminal	213	42,43
Enfermedad crónica no terminal	36	7,17
Shock séptico con disfunción orgánica	15	2,98
Shock cardiogénico con más de 48 horas de evolución sin respuesta a la terapéutica	13	2,58
Muerte encefálica	4	0,79
Total	502	100

TABLA 2. Distribución de las limitaciones de ingreso a la unidad de cuidados intensivos

Limitación de ingreso en UCI	Pacientes	
	Nº	%
Enfermedad oncológica terminal	221	47,02
Enfermedad crónica terminal	213	45,31
Enfermedad crónica no terminal	36	7,65
Total	470	100

La **tabla 2** muestra que, de los limitados, 221 (47,02 %) eran pacientes con enfermedades oncoproliferativas avanzadas, progresivas e incurables, en situación terminal, con metástasis múltiples a distancia e infiltración a otros órganos vecinos. Entre ellas: cáncer de pulmón, leucemias, neoplasia de vejiga, neoplasia maligna de colon, adenocarcinoma de próstata, los linfomas, entre otras.

No se ingresaron 213 (45,31 %) pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en etapas muy avanzadas, potencialmente incurables e irreversibles, en situación terminal y sin posibilidades de trasplante (insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

cirrosis hepática clase C según la clasificación de Child-Pugh, ⁽¹²⁾ y miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca congestiva en fase IV de la clasificación funcional establecida por la New York Heart Association, ⁽¹³⁾ entre otras).

TABLA 3. Tipo de adecuación del esfuerzo terapéutico (n=502)

Tipo de adecuación	Nº	%
No ingreso en UCI	470	93,72
Orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral	378	75,29
No empleo de la ventilación mecánica artificial	350	69,72
No uso de las drogas vaso-activas	138	27,49
Limitación de la alimentación parenteral central	93	18,52
No cateterización venosa central profunda	26	5,17
No empleo de métodos de depuración extrarrenal	10	1,99
Limitación de la terapia transfusional	5	0,99
Retirada de las medidas de soporte vital	4	0,79

*La mayoría de los pacientes recibieron más de una adecuación del esfuerzo terapéutico.

La **tabla 3** muestra la limitación del ingreso a la unidad de cuidados intensivos en 470 pacientes (93,62 %), tomada la decisión en la reunión clínica conjunta con el subdirector de urgencia, los jefes de servicios de las unidades de cuidados intensivos emergentes (UCIE), unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de cuidados intermedios y los diferentes jefes de servicios de otras especialidades.

En los horarios nocturnos los jefes médicos de la guardia en cada una de las unidades, en consenso con el jefe de la guardia médica administrativa, fueron quienes evaluaron cada solicitud de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se hizo necesario diferenciar bien y con claridad entre los cuidados intensivos y los cuidados paliativos.

TABLA 4. Distribución según grupos de edades y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
20 - 39	3	0,59	4	0,79	7	1,39
40 - 59	61	12,15	62	13,35	123	24,50
60 - 79	100	19,92	102	20,31	202	40,23
80 - 99	81	16,13	89	17,72	170	33,86
Total	245	48,80	257	51,19	502	100

La **tabla 4** evidencia que la adecuación del esfuerzo terapéutico fue mucho más frecuente en el grupo de entre 60 y 79 años (40,23 %), seguido por el grupo entre 80 y 99 años (33,86 %); en el sexo femenino. Esto no significa que la avanzada edad fuera tomada como criterio para no instaurar algunas de las medidas de soporte vital en la actividad asistencial, no hay fundamento moral alguno para hacerlo, simplemente es un efecto estadístico, derivado de los efectos del envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas.

TABLA 5. Estado al egreso

Fallecidos		Vivos		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
382	76,09	120	23,90	502	100

En la **tabla 5**, en 434 (86,45 %) pacientes predominó el criterio de terminalidad en el proceso de toma de decisiones. Fallecieron en total 382 (76,09 %), a los que se les aplicó algún tipo de limitación. De ellos, 350 ingresados en diferentes servicios y 32 de la unidad de cuidados intensivos.

DISCUSIÓN

Dentro de los pacientes que no se le dio acceso a la unidad de cuidados intensivos se encontraban 17 enfermos en situación terminal, que se encontraban ingresados en salas abiertas de otras especialidades; eran pacientes en estado agónico, en los que se valoró una muerte inminente a corto plazo, por su enfermedad de base. En ellos se consideró que, dada su cualidad de moribundo, no requerían de una tecnología médica avanzada y sí ser tributarios de los cuidados paliativos. Cada caso fue valorado de manera individual por el equipo médico y con la participación de su médico de asistencia. Ante el reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte, de algo contra lo que ya no era posible, ni lícito luchar, se mantuvieron verdaderos cuidados con medidas ordinarias y proporcionadas para lograr el confort paliativo de estos pacientes.

La adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes oncológicos presenta nuevas aristas y, con ello, la política de ingreso en la unidad de cuidados intensivos.⁽¹⁴⁾ Algunos autores opinan que las medidas de soporte vital pueden únicamente sostener la vida de los pacientes en estadio final y comorbilidades asociadas por un corto período de tiempo.⁽¹⁵⁾

Se debe enfatizar, que no se debe negar el ingreso a un paciente en terapia intensiva exclusivamente por el hecho de padecer una enfermedad neoplásica; todos aquellos pacientes oncológicos o con enfermedades crónicas incurables, avanzadas, en fase de remisión, o susceptibles de estabilización con tratamiento, al quedar excluidas del concepto de enfermedad terminal, deberán tener la oportunidad de ingresar en la unidad de cuidados intensivos.

Fue necesario adecuar el ingreso de los pacientes en 36 enfermos (7,65 %), por superar las solicitudes de ingreso al número de camas disponibles en el servicio. Se trataba de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en situación no terminal. La falta de cama no debe constituir un criterio para el no ingreso en las unidades de cuidados intensivos. La dirección de las instituciones hospitalarias, en conjunto con los jefes de servicios de cada unidad de atención al paciente grave, deberán desarrollar sus capacidades resolutorias para dar una solución a estos problemas, de manera que se garantice una atención médica adecuada y correcta a cada enfermo.

En aquellas situaciones, en las cuales el número de camas no sean suficientes para todas las solicitudes de ingreso en las unidades de cuidados intensivos, tendrá entonces que decidir el colectivo médico, junto con el subdirector de urgencias en la reunión clínica, quiénes se beneficiarán de las únicas camas disponibles en el servicio. Esta situación es analizada por diversos autores.^(13,17) El problema de la real disponibilidad de camas en cada momento es un hecho real,^(18,19) que coloca al responsable de tomar decisiones en una situación compleja desde el punto de vista ético, humanístico y gerencial.⁽¹⁶⁾

De los 470 pacientes a los que les fue denegado el ingreso en la unidad de cuidados intensivos por diferentes criterios, 319 (67,87 %) de ellos fueron admitidos en la unidad de cuidados intermedios (UCIM). Un grupo de 134 (28,51 %) fueron ingresados en diferentes servicios como: medicina interna, urología, nefrología, proctología, cirugía y geriatría. Todos los ingresos fueron colegiados por el equipo de salud con el paciente o familiar. Los 17 pacientes terminales en estado agónicos (3,61 %), a los cuales se les limitó su ingreso en terapia intensiva permanecieron en los respectivos servicios donde se encontraban ingresados hasta su muerte.

En la **tabla 3** se evidencia que la reanimación cardiopulmonar-cerebral (RCP-C), como tratamiento de soporte vital, fue limitada en 378 pacientes (75,29 %), los cuales se sustentaron sobre los criterios de terminalidad y futilidad médica, en los que las probabilidades para una reanimación exitosa fueron consideradas muy remotas. Las causas que determinaron la orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral (ONR) fueron: el shock séptico con fallo múltiple de órganos (FMO) -cinco o más- sin control de la sepsis y con afectaciones muy serias de órganos vitales en 15 enfermos y el shock cardiogénico refractario, a pesar del empleo de drogas vaso-activas a dosis alta, que no respondió en 48 horas a las medidas terapéuticas intensivas extremas, que fueron tomadas en 13 pacientes.

Las causas fundamentales de shock séptico con disfunción múltiple de órganos en estos pacientes fueron las infecciones bronco-pulmonares graves, de las que un 40 % estuvo asociado con la ventilación mecánica artificial; seguida por la peritonitis bacteriana secundaria, producida por carcinomas

perforantes, el postoperatorio complicado de obstrucción intestinal por carcinomas de colon izquierdo, cáncer cólico derecho de manera infiltrante e invasora con extensión a mesenterio, ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia; en las que las complicaciones sistémicas graves estuvieron presentes: fracaso renal agudo, colapso cardiovascular, insuficiencia respiratoria aguda, desequilibrio hidroelectrolítico, hemorragia digestiva, diversos trastornos hematológicos y metabólicos.

La causa más frecuente de shock cardiogénico fue la disfunción mecánica, con alteración severa de la función de bomba cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave de múltiples causas: isquémica, hipertensiva, cardiopatía valvular y miocardiopatías. En la mayoría de los casos más de un mecanismo contribuyó al deterioro cardiovascular progresivo: la obstrucción al flujo sanguíneo por embolismo pulmonar, las arritmias ventriculares recurrentes y los trastornos de conducción. El resultado final fue la disfunción múltiple de órganos vitales y, finalmente, la muerte.

No se aplicaron las maniobras de reanimación cardiopulmonar-cerebral en los 17 pacientes agónicos, cuya muerte era un evento esperado en breve plazo y en 333 pacientes con enfermedades crónicas oncológicas o no, en situación terminal, al encontrarse en trance de morir, por la presencia de una enfermedad causal irreversible.

El equipo de salud consideró que en el trascendental momento de la muerte resultaría inmoral el realizar un simulacro de reanimación cardiopulmonar-cerebral. En realidad, para demostrar a la familia del paciente moribundo que se había actuado con profesionalismo, bastó con una adecuada atención al enfermo durante su estancia hospitalaria y una buena comunicación con los familiares, para ofrecerles oportunamente la más detallada información y transmitirles la solidaridad en el momento de la muerte.

La reanimación cardiopulmonar y cerebral avanzada podría ocasionar, según el caso, una lucha absurda y costosa, contra una muerte inevitable, a la vez que logra prolongar la agonía y el sufrimiento del paciente y sus familiares. En el momento actual y con un consenso amplio se han establecido y aceptado por parte de las sociedades científicas médicas internacionales estándares y guías de actuación, que unifican los criterios básicos de reanimación cardiopulmonar y cuidados cardíacos de emergencia.^(20,21)

El sustento de esta actuación profesional se puede encontrar, en general, en los principios básicos de la ética médica. Estos dilemas éticos que ponen en tela de juicio la iniciación de la reanimación cardiopulmonar-cerebral, una vez que se ha realizado una valoración cuidadosa y crítica de estos enfermos, con deterioro progresivo y evolución desfavorable, en los que ya no existe una razonable expectativa del restablecimiento de la función

cardiopulmonar-cerebral, que haga posible recuperarlos y en los cuales no cabe duda aceptar la cercanía del desenlace final.⁽²²⁾

Se limitó la ventilación mecánica artificial invasiva en 350 enfermos (69,72 %), todos con enfermedades progresivas e incurables, en un estadio avanzado y en situación terminal, donde el empleo del soporte ventilatorio no cambiaría el pronóstico. Dentro de ellos se encontraban 151 pacientes ingresados en los diferentes servicios, fuera de las unidades de atención al paciente grave y 199 de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intermedios. En todos ellos se evaluó la ventilación mecánica artificial como una medida extraordinaria, desproporcionada, fútil y, por tanto, no adecuada, en los que la tecnificación plena torna al acto del morir en algo impersonal, artificial e impropio.

En lo concerniente al empleo de las drogas vaso-activas, se limitó su uso en 138 pacientes (27,49 %), en los que se incluyeron 121 de los enfermos con enfermedad oncológica en estadio terminal y los 17 pacientes agónicos, **tabla 3**. En estas circunstancias, el equipo médico analizó la desproporcionalidad y futilidad de la medida terapéutica, dada la situación de terminalidad. Se consideró, que, de no ser así, la prolongación de la vida con actitudes agresivas y desproporcionadas podría rápidamente convertirse en una prolongación del morir o de la agonía. Un gran grupo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en estadio terminal fueron apoyados con agentes inotrópicos (dopamina y dobutamina), a pesar de su situación terminal, por tratarse de enfermos con miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca congestiva en fase IV, de la clasificación funcional establecida por la New York Heart Association,⁽¹³⁾ con gran deterioro de la función contráctil del miocardio y del estado del paciente.

La alimentación parenteral central con carbohidratos, lípidos y proteínas fue limitada en 93 enfermos terminales (18,52 %), al ser considerada como una medida extraordinaria y desproporcionada, luego del análisis riesgos-beneficios y costo-efectividad, donde los riesgos y costos esperados se imponen sobre los posibles beneficios y efectividad, por tratarse de pacientes irreversibles e irrecuperables. Se tuvo en cuenta la situación específica de cada paciente. La colocación de sondas nasogástricas e, incluso, de gastrostomía, según las condiciones individuales de los enfermos, fue considerado un cuidado ordinario, para garantizar la alimentación básica enteral.

Se limitó la cateterización venosa profunda en 26 enfermos (5,17 %). En los que se incluyeron los 17 pacientes en estado agónico, ingresados fuera de las unidades de atención al adulto grave, al evaluarse la futilidad del proceder, dada la inmediatez de la muerte. En nueve enfermos de la unidad de cuidados intermedios, donde las técnicas de acceso vasculares profundos, como proceder invasivo, no siempre se pudieron realizar ante la negativa

explícita y ratificada de los pacientes con autonomía conservada o de sus familiares, en aquellos casos en que los enfermos no eran competentes para tomar decisiones. En todos ellos se empleó el acceso vascular periférico como alternativa, para cubrir las demandas de líquidos y fármacos endovenosos necesarios.

La limitación de los métodos de depuración extrarrenal (diálisis peritoneal y hemodiálisis) se puso en práctica en 10 pacientes (1,99 %). De ellos, dos de los enfermos tenían diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, en los que existió la negativa explícita y ratificada de los pacientes y de sus familiares, luego de haberseles brindado la información adecuada y suficiente de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, riesgo, pronóstico y posible evolución, si no se efectuaba el tratamiento depurador. En tres de los enfermos oncológicos, con una muerte próxima debido a su estado de malignidad avanzado, se valoró el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, las condiciones clínicas del enfermo, así como las posibilidades de acuerdo con el posible resultado a esperar, se consideró que el sufrimiento era inevitable y muy desproporcionado al beneficio esperado; se sustentó la decisión sobre los criterios de desproporcionalidad y futilidad terapéutica.

No fue posible realizar el método dialítico en cinco pacientes, por tratarse de personas con severa inestabilidad hemodinámica, a pesar del apoyo con drogas vaso-activas, tres de ellos en shock séptico con fallo múltiple de órganos y dos en shock cardiogénico, donde el equipo de trabajo en consenso con los especialistas de nefrología decidió limitar el proceder, se consideró que el riesgo de acelerar la muerte era mucho mayor que el posible beneficio y efectividad esperado.

Fue necesario limitar la terapia transfusional en cinco enfermos (0,99 %) ingresados también en la unidad de cuidados intermedios, por ser miembros de la secta Testigos de Jehová, los cuales se negaron a ser transfundidos con glóbulos rojos, siguiendo sus convicciones religiosas. Estos pacientes contaban con identificaciones y documentos que acreditaban sus creencias y actitudes ante la administración de sangre entera, componentes celulares y plasma. Ellos firmaron en la historia clínica el documento redactado de renuncia a recibir tratamiento con hemoderivados y de exoneración de toda responsabilidad de los posibles resultados adversos, al no ser transfundidos.

Eran pacientes con anemia crónica, tres afectados por tumores malignos (mieloma múltiple, carcinoma gástrico, adenocarcinoma de próstata) y dos con insuficiencia renal crónica terminal. El equipo de salud, ante esta situación y dado que no se trataba de una urgencia que pusiera en peligro la vida, salvaguardó la autonomía de los enfermos, tomada la decisión luego de haberseles brindado la

información adecuada y suficiente a los pacientes y familiares.

En relación al uso de los quimioterápicos antimicrobianos de empleo parenteral, no se procedió a la retirada de ellos en ninguno de los pacientes, la selección del antimicrobiano a utilizar fue colegiada por el equipo de salud en discusión colectiva, atendiendo al juicio clínico y conocimiento detallado de la situación clínica individual de cada paciente, para así no dejar de combatir la enfermedad infecciosa, asociada en el paciente que irremediamente va a morir y lograr un uso racional de los medicamentos. Existen trabajos publicados que reportan el no inicio o la retirada del tratamiento antibiótico en pacientes hospitalizados. ^(23,24)

Algunos autores consideran que administrar antibióticos, para tratar una infección en pacientes en coma irreversible o hacer maniobras de reanimación cardiopulmonar-cerebral, en pacientes terminales podría convertirse en una prolongación del morir o de la agonía. Esta especie de muerte crónica muchas veces se acompaña de dolor y falta de dignidad. ⁽²⁵⁾ En la práctica hospitalaria actual el médico intensivista tiene a su disposición una enorme cantidad de quimioterápicos antimicrobianos, de reciente introducción en el mercado, de última generación y de un elevado costo. Sin embargo, ha surgido un nuevo y preocupante problema, dado por el significativo incremento de la resistencia antimicrobiana.

Se procedió a la interrupción del tratamiento y retirada de todas las medidas de soporte vital, incluida la ventilación mecánica artificial en cuatro pacientes (0,79 %) ingresados en la unidad de cuidados intensivos, al tener el equipo de trabajo la certeza absoluta de la muerte encefálica y no cumplir con los requisitos de posibles donantes de órganos, debido a: contraindicaciones médicas absolutas (infección por VIH, sepsis no controlada, deterioro multiorgánico) y la negativa familiar.

Para el diagnóstico certero de muerte encefálica se exigió el cumplimiento estricto, riguroso y sistemático del protocolo de actuación, establecido para todo el sistema nacional de salud cubano, en conformidad con la Resolución No. 90 de Salud Pública, en lo que respecta a la determinación y certificación de la muerte. ⁽¹⁷⁾ Las causas de muerte encefálica fueron: los accidentes cerebro-vasculares (hemorragia intraparenquimatosa espontánea y subaracnoidea con un segundo episodio de sangrado en el hospital) y el traumatismo craneoencefálico.

La orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral es la limitación más frecuente de las medidas de soporte vital dentro de las unidades de cuidados intensivos. ^(23,26,27) Pero, de manera general, en la investigación prevaleció la restricción del ingreso a la unidad de cuidados intensivos, seguida de la orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral.

La decisión de no instaurar algunas de las medidas de soporte vital superó ampliamente la retirada de

ellas, tal como describen la mayoría de los autores en sus trabajos. ^(12,28,29) En la mayor parte de las ocasiones, se adecuó más de un tipo de medida de soporte vital en un mismo enfermo.

El 100 % de las decisiones fueron tomadas en consenso con los integrantes del equipo de salud y colegiadas con todos los implicados: el paciente y la familia. Todos los aspectos relacionados con la toma de decisiones quedaron registrados en la historia clínica. Llama la atención el hecho de que en algunos estudios la decisión de limitar algunas de las medidas de soporte vital, sea tomada de forma unilateral por el médico, ⁽²⁹⁾ o con poca consulta familiar. ⁽³⁰⁾

Consideramos, que la incidencia real de las prácticas, relacionadas con el final de la vida, es desconocida no solo en las unidades de cuidados intensivos cubanas, sino también en el resto de los países, por lo menos con los datos que hay en la actualidad, pues la mayoría de los trabajos publicados no informan de la limitación del ingreso en las unidades de cuidados intensivos, ^(23,24,27) a pesar de ser reconocida, como una de las formas de

adecuación del esfuerzo terapéutico. Gran parte de los estudios realizados en diferentes países solo se limitan a los pacientes ingresados en este tipo de unidades. ⁽⁸⁻¹⁰⁾ Se considera la posibilidad de que exista un porcentaje elevado de adecuación del esfuerzo terapéutico encubierta y no reflejada en la historia clínica.

Egresaron vivos 120 pacientes (23,90 %), de ellos, los 36 enfermos potencialmente recuperables, en los que se limitó el ingreso a la unidad de cuidados intensivos por razones estructurales, al no existir camas disponibles en el momento de su ingreso. Estos pacientes, una vez mejorados, fueron trasladados a los correspondientes servicios acorde a sus enfermedades, de donde fueron dados de alta. De los pacientes terminales sobrevivieron 84, los cuales, luego de haberse aliviado los síntomas fundamentales y creadas las condiciones necesarias, los pacientes y las familias de muchos de ellos, tomaron la decisión de que el enfermo pasara los últimos días, semanas o meses en el hogar; otros fueron trasladados a los servicios abiertos y dados de alta posteriormente.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:


1. Betancourt Reyes GL, Betancourt Betancourt GJ. La ventilación mecánica no invasiva desde un análisis de la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Rev. Humanid. Méd.* [revista en internet]. 2018 [citado 28 de mayo 2020]; 18(3). Disponible en: http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1221/html_74.
2. Estella A, Saralequi I, Rubio Sanchiz O, Hernández Tejedor A, López Camos V, Martín MC, et al. Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Med. Intens.* [revista en internet]. 2020 [citado 8 de octubre 2020]; 44(2): 101-112. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006>.
3. Zurriarán RG. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuadernos de Bioética.* [revista en internet]. 2017 [citado 8 de octubre 2020]; 28(1): 83-97. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/875/87550119007.pdf>.
4. Calvo DE. De la ética médica tradicional a la bioética. *Cuad. Hosp. Clín.* [revista en internet]. 2020 [citado 8 de octubre 2020]; 61(1): 168-182. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/pdf/chc/v61n1/v61n1_a15.pdf.
5. Betancourt Betancourt GJ, Betancourt Reyes GL, Castro Gutierrez N. La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico: ciencia, tecnología y sociedad. *Rev. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en internet]. 2018 [citado 8 de octubre 2020]; 43(4). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1273>.
6. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. *Cuad. Bioét.* [revista en internet]. 2012 [citado 29 de marzo 2020]; 23(3): 641-656. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.
7. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Pers. Bioét.* [revista en internet]. 2013 [citado 29 de marzo 2020]; 17(2): 216-226. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/832/83230691006.pdf>.
8. Ursin OL. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: Ethically equivalent? *The Amer. Jou. Bioeth.* [revista en internet]. 2019 [citado 8 de octubre 2020]; 19(3): 10-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1561961>.
9. Douplat M, Fraticelli L, Claustre C, Peiretti A, Serre P, Bischoff M, et al. Management of decision of withholding and withdrawing life - sustaining treatments in French EDs. *Scand. J Resusc. Emerg. Med.* [revista en internet]. 2020 [citado 8 de octubre 2020]; 28: 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282105/>.

10. Bandrauk N, Downar J, Paunovic B. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper. *Can J Anesth/ J Can Anesth*. [revista en internet]. 2018 [citado 8 octubre 2020]; 65(1): 105-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12630-017-1002-1>.
11. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud [en línea]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 29 de marzo 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/metodologia_dela_investigacion_leticia/completo.pdf.
12. McClelland W, Goligher CE. Withholding or withdrawing life support versus physician-assisted death: a distinction with a difference? *Current opinion in anaesthesiology* [revista en internet]. 2019 [citado 8 octubre 2020]; 32(2): 184-189. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000686>.
13. Estigarríbia Passaro J. Clasificación de las miocardiopatías. Un objetivo, muchas propuestas. *Rev. Urug. Cardiol.* [revista en internet]. 2019 [citado 8 de octubre 2020]; 34(1): 99-113. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4797/Resumenes/Resumen_479759139018_1.pdf.
14. Vera Carrasco O. La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. *Rev. Méd. La Paz*. [revista en internet]. 2019 [citado 8 de octubre 2020]; 25(2): 78-90. Disponible en: http://scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v25n2/v25n2_a12.pdf.
15. Pérez Pérez FM. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen Med. Fam.* [revista en internet]. 2016 [citado 9 de octubre 2020]; 42(8): 566-574. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359315004177>.
16. Parra Acosta H, López Loya J, González Carrillo E, Moriel Corral L, Vázquez Aguirre AD, González Zambada NC. Las tecnologías del aprendizaje y del conocimiento (TAC) y la formación integral y humanista del médico. *Inv. Ed. Med.* [revista en internet]. 2019 [citado 9 de octubre 2020]; 8(31): 72-81. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A8Num31/72-81.pdf>.
17. Aguirre Raya DA, Hernández Jiménez AB. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. *Rev. Haban. Cienc. Méd.* [revista en internet]. 2014 [citado 29 de marzo 2020]; 13(3): 487-499. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180431106014.pdf>.
18. Determinación y Certificación de la Muerte [en línea]. Resolución No. 90/2001. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria, 65, (21-9-2001) [citado 9 de octubre 2020]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=71>.
19. Alonso Mariño OL, Alonso Mariño AL, López López A. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos al paciente oncohematológico. *Acta Méd. Cen.* [revista en internet]. 2015 [citado 9 de octubre 2020]; 9(1). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/217/380>.
20. Islas Álvarez M, Osorio Santiago MA. Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, abordaje legal, ético y práctico. *Arch. Neurocienc.* [revista en internet]. 2017 [citado 9 de octubre 2020]; 22(1). Disponible en: <http://archivosdeneurociencias.com/sites/default/files/eventos/documentos/bioetica.pdf#page=38>.
21. De Jesus Betancourt J, Betancourt Reyes GL. La Orden de No Reanimación Cardiopulmonar Cerebral en la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. *Rev. Cubana Cardiol. Cir. Cardiovasc.* [revista en internet]. 2017 [citado 9 de octubre 2020]; 23(1): 240-249. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7162522>.
22. Zhao Q, Zhang X, Fang Y, Gong J, Gu B, Ma G. Current Situation and Associated Factors of Withdrawing or Withholding Life Support to Patients in an Intensive Care Unit of Cancer Center in China. *PLoS ONE* [revista en internet]. 2014 [citado 9 de octubre 2020]; 9(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037202/>.
23. Instituto Nacional del Cáncer. [página en internet]. EE. UU: Cancer.gov; c1937-2018 [actualizado 22 de febrero 2019; citado 9 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq#section/all>.
24. Toyas Miazza C, Martínez Álvarez RM, Díez Manglano J, Ezpeleta Galindo AI, Laín Miranda ME, Aspiroz Sancho C. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes con bacteriemia. *Rev. Españ. Geriat. Geront.* [revista en internet]. 2018 [citado 9 de octubre 2020]; 53(5): 262-267. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.005>.
25. Dugdale DC, Zieve D, Conaway B. [página en internet]. EE. UU: MedlinePlus; c1997-2020 [actualizado 8 de octubre 2020; citado 30 marzo 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000472.htm>.
26. Gonzalo Morales V. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos. *Rev. Chil. Pediatr.* [revista en internet]. 2015 [citado 30 marzo 2020]; 86(1): 56-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-resumen-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-cuidados-90407034>.

27. Congreso del European Resuscitation Council (ERC) [en línea]. Bilbao; 15-17 de mayo 2014. Bilbao: REMI; 2014 [citado 30 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2014/06/A193.html>.
28. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L, Algora Weber A. Limitación del esfuerzo terapéutico en las UCI españolas. REMI [revista en internet]. 2015 [citado 30 marzo 2020]; 39(7): 395-404. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2015/10/2083.html>.
29. Nogué S, Guash N, Cartañá R, Esteve M, Mas A, Clemente F, et al. Limitación al esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos. Clínic Barcelona [revista en internet]. 2014 [citado 30 marzo. 2020]. Disponible en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0452.pdf>.
30. Uriarte Méndez AE, Vila Díaz J, Pomares Pérez Y, Prieto Apesteguía A, Capote Padrón JL. La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos. Medisur [revista en internet]. 2014 [citado 9 de octubre 2020]; 12(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2457/1394>.

Declaración de autoría

Gilberto de Jesús Betancourt-Betancourt
 <https://orcid.org/0000-0003-3217-2854> Participó en la concepción y diseño del artículo, la recolección de los datos, análisis y discusión de los resultados y elaboración de las versiones del artículo.

Gilberto Lázaro Betancourt-Reyes
 <https://orcid.org/0000-0002-7594-030X> Participó en la concepción y diseño del artículo, la recolección de los datos, análisis y discusión de los resultados y elaboración de las versiones del artículo.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.