

**TRATAMIENTOS NO PROPORCIONADOS AL FINAL DE LA VIDA EN
PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 4 NIVEL**

DANIELA MARÍA CUADRADO FRANCO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

INSTITUTO DE BIOÉTICA

MAESTRÍA DE BIOÉTICA

BOGOTÁ D.C. 2018

**TRATAMIENTOS NO PROPORCIONADOS AL FINAL DE LA VIDA EN
PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 4 NIVEL**

DANIELA MARÍA CUADRADO FRANCO

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Magister en Bioética

Directores:

Dra. Lilian Torregrosa Almonacid

**Cirujana general especialista en Cirugía de Mama y Tejidos blandos – Magister en
Bioética**

Dr. Fritz Gempeler

Médico especialista en Anestesiología – Magister en Bioética

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

INSTITUTO DE BIOÉTICA

MAESTRÍA DE BIOÉTICA

BOGOTÁ D.C. 2018

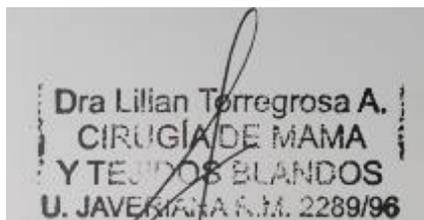
Bogotá D.C., septiembre 2018

Director
EFRAÍN MÉNDEZ CASTILLO
Director de Maestría
Instituto de Bioética
Pontificia Universidad Javeriana

Apreciado director:

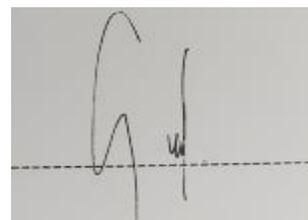
La presente comunicación con el fin de manifestar mi conocimiento y aprobación del trabajo de grado titulado “TRATAMIENTOS NO PROPORCIONADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 4 NIVEL”, elaborada por la estudiante DANIELA MARÍA CUADRADO FRANCO, C.C 1018420407 presentado como requisito para optar al título de. Magister en Bioética. Cordialmente, LILIAN TORREGROSA ALMONACID y FRITZ GEMPELER.

Directores de Trabajo de Grado



LILIAN TORREGROSA ALMONACID

Directora Trabajo de grado



FRITZ GEMPELER

Director Trabajo de grado

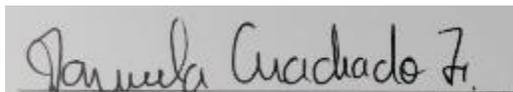
Bogotá D.C., septiembre 2018

Director
EFRAÍN MÉNDEZ CASTILLO
Director de Maestría
Instituto de Bioética
Pontificia Universidad Javeriana

Cordial saludo,

Por medio de la presente hago entrega oficial del trabajo de grado para optar al título de Magister en Bioética “TRATAMIENTOS NO PROPORCIONADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES FALLECIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE 4 NIVEL”.

Atentamente

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Daniela Cuadrado F.".

DANIELA MARÍA CUADRADO FRANCO

Aspirante a Magister en Bioética clínica

Cirujana General

La realización de mi trabajo de grado y este logro ha sido posible gracias a la colaboración y el apoyo de muchas personas especiales, que con su adecuada disposición y colaboración me ayudaron a la realización y culminación de mi maestría en bioética

Contenido

PRIMERA PARTE	1
INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
MARCO TEÓRICO.....	5
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	16
OBJETIVO PRINCIPAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
SEGUNDA PARTE.....	17
DISEÑO METODOLÓGICO	17
METODOLOGÍA	17
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	18
TERCERA PARTE.....	26
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	26
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	58
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	77

Distribución de las intervenciones realizadas las dos últimas semanas previas al fallecimiento	77
Distribución de las intervenciones realizadas las últimas 48horas previas al fallecimiento	77
Distribución de los procedimientos quirúrgicos realizados en las últimas dos semanas previas al fallecimiento	78
Pacientes candidatos a donación de órganos.....	78
Pacientes con voluntad anticipada previa al fallecimiento.....	79
Orden de no reanimación	79
Hidratación endovenosa las últimas 48horas previas al fallecimiento.....	79
Trombo profilaxis las últimas 48 horas previas al fallecimiento	80

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

En el ejercicio de la medicina, se busca que los tratamientos brindados a los pacientes sean proporcionados a su patología, pronóstico y entorno. En la gran mayoría de las situaciones resulta en un manejo sencillo, sin embargo, esto cambia cuando los médicos se enfrentan a patologías más complejas, que comprometen el pronóstico y calidad de vida de los pacientes y su familia, haciendo que la proporcionalidad de los tratamientos realizados se convierta en un dilema en la práctica médica, siendo un tema bastante interesante de estudiar desde el punto de vista ético y técnico.

Esto resulta en un problema mayor cuando se trata de pacientes con patologías terminales, es decir, aquellas en las que el desenlace es irreversible y severas o críticas, en las cuáles, aunque pueden ser reversibles hay un compromiso sistémico que deteriora el estado del clínico del paciente a pesar de los múltiples esfuerzos realizados, que culminan en el fallecimiento, prolongación de la agonía o la discapacidad permanente.

Existen varios estudios canadienses, en los que se evidencian que la gran mayoría de los pacientes mueren en los hospitales, esto significa, que fallecen fuera de su entorno habitual, lejos de las personas más cercanas, con las que se desearía compartir al final de la vida; y, por otro

lado, los que tienen patologías terminales que reciben tratamientos poco benéficos para tratar de prolongar la vida en sus últimos días. (1)

Por lo anterior, existe una preocupación constante del personal de salud en relación a los tratamientos aplicados, principalmente los realizados a los pacientes más complejos, donde pareciera perderse la percepción de lo que realmente necesitan de acuerdo a su estado clínico y la noción de la verdadera utilidad de los mismos.

Esta realidad se vive en diferentes regiones del mundo, aunque no existan muchas publicaciones al respecto que permitan evidenciar que es un problema del quehacer del médico actual. El cual se encuentra enfrentado al manejo de los conflictos al final de la vida que surgen de las patologías modernas, donde se debe ofrecer tratamientos proporcionados, no fútiles e ineficaces.

En la revisión de la literatura, se encuentra que no existe un consenso sobre cuál debe ser la definición apropiada para determinar cuáles tratamientos pueden ser catalogados como no proporcionados o no benéficos(2). Lo que, si queda claro, es que los intentos de precisar estos términos resultan de la recopilación de las definiciones planteadas por diferentes autores y expertos, dentro de los cuales podemos mencionar a Degollé, Singal entre otros.

Es por eso, que surge el interés de determinar y describir en un hospital universitario cuáles son los tratamientos que con mayor frecuencia se realizan en pacientes terminales o con patologías severas y establecer si fueron proporcionados o no para la condición de los mismos.

Entenderlo, tiene implicaciones en las conductas médicas que se toman con los pacientes al final de la vida y esto genera una mejor calidad en los últimos días, mayor satisfacción del paciente y su familia(3) y disminución en los gastos en el sistema de salud.

En este trabajo se desarrolló la descripción y la caracterización de los diferentes tratamientos realizados de acuerdo a su proporcionalidad en cada paciente al final de la vida durante su última hospitalización, lo cual llevó a poder determinar algunos cambios y mejoras educativas en la práctica clínica del personal de salud, optimizando la atención de los pacientes más críticos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las intervenciones médicas realizadas a los pacientes deben ser en su mayoría proporcionadas, esto es lo que se espera del actuar del personal de salud en el continuo ejercicio. Debe existir un balance en los tratamientos administrados y una correlación en la utilidad o beneficio de los mismos, sin embargo, esto cambia en ciertas condiciones donde no resulta muy claro para el médico el establecer la adecuada proporcionalidad del tratamiento a brindar, por diversos factores que pueden estar relacionados con la patología, el conocimiento de la voluntad del paciente y su entorno. Es, incluso más difícil y delicado de establecer en pacientes que se encuentran al final de la vida donde, cobra mayor importancia y sentido la adecuada proporcionalidad del manejo a establecer.

La respuesta no está en la literatura, como menciona Cardona(1), no existe un consenso único acerca de los términos utilizados en relación a tratamientos no benéficos o no proporcionados, y esto lo que condiciona es una práctica médica agresiva, costosa y sin una adecuada comunicación con el personal a cargo, el paciente y el entorno familiar principalmente en los más complejos.

Existen muchos términos utilizados, tales como, tratamientos “fútiles”, “no benéficos”, “no proporcionados”, “innecesarios”, “inapropiados”, entre otros. Como la mayoría de las aproximaciones de definiciones son subjetivas, esto genera un mayor conflicto, por eso, en términos generales se acepta mejor hablar de tratamientos no proporcionados o no benéficos.

De acuerdo a la definición de Degollé, asumimos entonces, el término “tratamientos no benéficos o no proporcionados” (TNB- TNP) el cual indica un tratamiento que se administró con poca o ninguna esperanza de que tenga efecto, en gran parte debido al estado de salud subyacente del paciente y al pobre pronóstico conocido o esperado. Esta definición permite de una forma un poco más objetiva el establecer una relación entre intensidad del tratamiento y grado de mejoría estimada.

Entonces se considera que, para poder brindar una mejor atención médica, disminuir la sensación de angustia por parte del médico en el momento de establecer el tratamiento, debe realizarse el fortalecimiento de los conocimientos sobre una práctica ética de la medicina que permita un mejor ejercicio de la misma; donde no siempre el principio de actuar sea prolongar la vida de cualquier forma, sino el de guardar una proporción en los principios de la bioética

planteados por Beauchamp y Childress, de: Beneficencia y No- maleficencia, para así mejorar los niveles de calidad y bienestar del paciente y su familia.

La descripción y establecimiento de los diferentes procedimientos no proporcionados que se realizaron en los pacientes terminales al final de la vida como objeto de interés de este trabajo, logró optimizar las conductas médicas y permitir buscar herramientas para unificar las diferentes percepciones que tienen los actores del manejo médico de los pacientes desde los médicos, enfermeras, estudiantes y practicantes sobre los tratamientos aplicados, principalmente, en aquellos al final de la vida, con patologías severas o terminales y adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

Se puede ver en la práctica hospitalaria la intención del personal médico y paramédico de salvar vidas, “aliviar y sanar” en ocasiones sin detenerse a considerar las situaciones clínicas particulares, donde es preciso y necesario resolver primero asuntos relacionados con el pronóstico y calidad de vida del enfermo y especialmente sus deseos.

Muchas veces, la atención se centra en la enfermedad y se olvida aquello que es fundamental en la práctica médica: El paciente. Se olvida las necesidades del mismo, faltando al derecho de autonomía, sin una adecuada comunicación sobre su voluntad y privilegiando la no maleficencia y justicia con las decisiones tomadas.

Múltiples factores son los causantes de dicha práctica deshumanizada, unos son dependientes del paciente y/o la familia (peticiones o demandas de tratamientos adicionales, la incertidumbre pronóstica y la falta de información)(4), del médico (educación hacia el tratamiento curativo, la incomodidad o la inexperiencia con la muerte y el morir, las preocupaciones sobre el riesgo legal y las malas habilidades de comunicación) y del sistema (alto grado de especialización, la disponibilidad de pruebas e intervenciones de rutina y las barreras organizacionales para desviar a un paciente de una vía curativa a una vía paliativa, intereses económicos de la industria, costosas campañas de sanidad que promueven la realización de procedimientos)(4).

La falta de acuerdos en la definición de términos como tratamientos fútiles, inapropiados, no benéficos, o no proporcionados etc., hace que el diálogo a nivel mundial y aún local acerca del tema sea muy difícil y se perpetúe la práctica clínica agresiva y costosa al final de la vida. Estos términos generan mayor confusión y percepciones equivocadas frente a la situación del paciente al final de la vida, por lo que como se mencionó previamente, durante el desarrollo del trabajo se hizo referencia a los tratamientos de acuerdo al criterio de proporcionalidad.(2)

El concepto de futilidad no sólo incluye la definición cuantitativa sino el componente cualitativo que se ubica en la percepción subjetiva de la pérdida del beneficio de un tratamiento, teniendo en cuenta múltiples elementos sociales, económicos y personales.(5) Por esta razón la futilidad de un tratamiento en un paciente específico no se puede aplicar en otros pacientes y es difícil de cuantificar en la práctica clínica.(6)

Cada paciente es diferente y se encuentra bajo un entorno y condiciones particulares que deben analizarse de manera cuidadosa en el momento de elegir un tratamiento o procedimiento a seguir. En los pacientes cercanos a la muerte, con enfermedades graves, existen circunstancias que permiten proveer y tomar decisiones de forma anticipada.

El término “tratamiento no benéfico o no proporcionado” (TNB-TNP) utilizado por Singal y otros autores puede interpretarse como se mencionó, a una intervención que es inefectiva en alcanzar los objetivos propuestos o no es útil desde el punto de vista del paciente(7).

{Citation}

Para la realización de este trabajo, se utilizó la recopilación de las definiciones realizadas por Singal, Degollé, Anstey y otros, facilitando su aplicación para el desarrollo del objetivo(8), las cuales se resumen a continuación:

Autor	Definición: Tratamiento desproporcionado
Degollé	Tratamiento con poca o ninguna esperanza de efecto, por el estado de salud del paciente y pobre pronóstico independiente del tratamiento
Singal	Tratamiento sin beneficio directo, que no permite alcanzar las metas deseadas
Anstey, M	Tratamiento no requerido o innecesario para la condición del paciente

Mulley y Eagle	Tratamiento no útil, que no genera un beneficio esperado por el paciente
Willmott	Tratamiento que no genera beneficio

Muchos clínicos perciben que a veces las terapias administradas a sus pacientes no son beneficiosas (8). Lo cierto es que en la práctica cotidiana la mayoría de los médicos y enfermeras si perciben que lo que están haciendo no es benéfico e incluso hay una manifestación de “angustia” al respecto, considerando que el problema de no tener una definición clara de los tratamientos no benéficos se convierte en el factor desencadenante. Esto debe ser una conducta cuestionable desde el punto de ético, si partimos del principio del actuar médico de brindar intervenciones que sean siempre en la medida lo más proporcionadas posibles, que sean acciones buenas y con un efecto positivo deseable para los pacientes.

Algunos estudios específicos muestran que hasta el 11% de los pacientes ingresados en la UCI reciben atención que sus médicos consideran no benéfica(9). Es un problema de gran magnitud, por lo cual, lo que se encuentra descrito en la literatura, no sólo va dirigido a los pacientes, sino también al personal de salud. Anstey, en su publicación se refiere acerca de la percepción de la proporcionalidad de los tratamientos a pacientes en unidades de cuidado intensivo de hospitales en California, encontrando que médicos y enfermeras consideran que se presentan tratamientos no proporcionados por diferentes factores, algunos ya mencionados, como son: La falta de una comunicación adecuada, percepción de fracaso ante muertes en la unidad de

cuidado intensivo, quienes coinciden que para mejorar esta situación se debe fortalecer el entrenamiento en la comunicación y manejo de pacientes al final de la vida(8). Existen otros estudios reportados igual de interesantes, comparando a través de encuestas realizadas la percepción de muerte y tratamientos entre estudiantes y médicos, encontrando que los estudiantes prefieren morir en la casa, no recibir tratamientos invasivos, sino compartir ese estado de cercanía a la muerte con la familia y su entorno, a diferencia de los médicos quienes prefieren morir en el hospital, en el 73% de ellos aproximadamente, considerando la muerte como un desenlace negativo y que por estar inmersos en un hospital en su cotidianidad prefieren no ser una carga para su familia en estados críticos sino permanecer en su entorno habitual(10)

La revisión reciente realizada por Cardona_Morrel acerca de tratamientos inútiles o inapropiados o inefectivos al final de la vida (incluyo más de 30 artículos con más de 1.200.000 pacientes), mostró que entre el 30 y 38 % de los pacientes que morían tenían tratamientos inútiles o inapropiados en sus últimos días(2). En esta línea, Schmidt en 2014 sugiere que los “tratamientos no benéficos o no proporcionados” al final de la vida son inefectivos, antiéticos, costosos y en la mayoría de los casos fuera de la línea de los deseos de los pacientes.(11)

Los médicos y el personal de enfermeras consideran que parte de la indicación de los tratamientos no benéficos o no proporcionados en los pacientes al final de la vida se deben a una falta de conocimiento acerca de la futilidad, y otras consideraciones previamente explicadas.(4) Por eso se conduce a la búsqueda de entender mejor a los pacientes, sus patologías, para que puedan enfrentarse a estas situaciones con una mejor actitud y poder tomar las mejores decisiones en el manejo.

Es preocupante la epidemia existente del sobrediagnóstico, de la búsqueda exhaustiva de patologías, de cáncer en pacientes sin indicación o con baja expectativa de vida a corto plazo, producto esto; de la cultura, de la práctica médica, de las campañas realizadas y de los incentivos que la industria genera a los médicos; sobrestimando los beneficios de estos estudios sin considerar los riesgos que pueden tener.

En el 2014 en JAMA 55% de hombres con alto riesgo de morir eran sometidos a pruebas de PSA.(12) y estos no son los únicos ejemplos que se encuentran reportados de tratamientos no proporcionados realizados a los pacientes, en Critical Care 2015, un estudio realizado en diferentes Unidades de Cuidado intensivo en Estados Unidos, encontró que se realizaron tratamientos desproporcionados a los pacientes hospitalizados, entre los cuales se describieron, imágenes clínicas en el 64%, procedimientos quirúrgicos en el 39% y medicamentos de alto costo en el 58% como los principales tratamientos descritos.(8)

La realización de tratamientos no benéficos o no proporcionados genera como consecuencia ansiedad, sometimiento a procedimientos más invasivos de los pacientes, como dice Gross “El sobre –diagnóstico es un problema serio”. Un problema tan serio que convencer a los pacientes, médicos en formación posteriormente sobre la no realización de estudios o tratamientos se convierte en un problema social, porque las campañas y la práctica actual inducen la idea que todo esto genera prevención y protección para desarrollar patologías más agresivas. Pero al evaluar la respuesta final de los pacientes, muchos habrían deseado no ser sometidos de los tratamientos realizados dado que no tuvieron una mejoría en su calidad de vida por el contrario presentaron consecuencias que no deseaban tener y que no tenían claro que podían pasar.

Schonberg y Gross se refieren a lo difícil que es para los médicos indicar a los pacientes no realizarse un tratamiento o un estudio para hablar sobre lo no benéfico de los mismos cuando se encuentran al final de la vida, donde no habrá resultados satisfactorios al realizarlos y como resulta para ellos inapropiado considerar que hacer menos acciones sobre los pacientes es mejor.

Debe producirse un cambio en la noción del personal médico sobre el final de la vida, para promover una atención que mejore la calidad de vida sin causar más daño y tranquilidad a las familias, lo que se conoce hoy como el “Hospice Care”(13). Considerar las necesidades de los pacientes permite al médico poner en práctica los principios de la bioética de no maleficencia, la autonomía de los mismo para no realizarse tratamientos no deseados.

Conociendo la percepción de angustia del personal médico y enfermeras en relación a la aplicación de tratamientos no benéficos o no proporcionados en pacientes al final de la vida, y que esto deriva de la falta de una definición y aclaración de los términos, es que han considerado también que se pueden aplicar estrategias para solucionar este problema, algunas de ellas son: Mejorar la comunicación con el paciente y la familia para conocer su estado clínico y deseos, optimizar la comunicación con el personal tratante del paciente para evitar desacuerdos en las conductas y tratamientos instaurados y capacitación y enseñanza de términos de futilidad y de las condiciones puntuales de los pacientes para evitar que este problema continúe.(1)

Es muy importante que se tenga un conocimiento claro, de todas las definiciones de los términos de interés que se encuentran involucrados, en el tema de la proporcionalidad, entonces: Una intervención no terapéutica hace relación a aquellos medios (quirúrgicos, farmacológicos)

que no causan como finalidad una relación favorable entre el riesgo / beneficio frente a los objetivos que plantea su realización , a diferencia de un tratamiento no benéfico o no proporcionado que hace relación a todos aquellos medios usados (farmacológicos, laboratorios, imágenes, quirúrgicos, transfusionales) que no generan curación de la enfermedad, pero tampoco mejoría de la calidad de vida, síntomas asociados y no aumento en expectativa de vida.

El término TNB -TNP, por lo tanto, refleja una correlación inversa objetiva entre la intensidad del tratamiento y el grado de mejoría esperado en el estado de salud de un paciente, y la capacidad de lograr un alta hospitalaria, o mejoría en los parámetros de la calidad de vida, entendiéndose como todas las medidas de confort brindadas al paciente para asegurar que no tenga sufrimiento, evitar efectos indeseables, uso de tratamientos imprescindibles como analgésicos, debido a que ningún paciente debe sentir dolor, cuidados básicos de la piel, prevención de escaras, hidratación y no intervenciones desproporcionadas como se explicará más adelante.

JUSTIFICACIÓN

La muerte es un proceso natural de los seres humanos, sin embargo, los adelantos tecnológicos y científicos han producido un cambio en el ejercicio de la medicina y en las patologías que presentan los pacientes a los cuales tratamos, no siendo entonces, la mejor forma

de acción, donde se prolonga la vida, pero sobrepasando los límites de calidad y dignidad personal.

Se presenta un gran reto moral y técnico para el personal de salud, haciendo cada vez más difícil realizar un juicio adecuado sobre la verdadera necesidad de las intervenciones terapéuticas, que trae consigo que se realicen más tratamientos de los que se debería en muchas situaciones clínicas.

Estas intervenciones han producido también un cambio en las patologías de las cuales morían antes los pacientes, aumentando el número de ellos que al final de la vida tienen más enfermedades crónicas, neurodegenerativas y patologías oncológicas que trae consigo, una mayor dificultad para su adecuado manejo por parte del personal de salud y que se convierten en la causa de muerte.

Se ha aumentado el número de patologías terminales y críticas que requieren unos cuidados y consideraciones especiales, que conllevan al médico a un esfuerzo mayor de un adecuado discernimiento del quehacer en el ejercicio de la medicina.

Para el adecuado desarrollo de este trabajo, se debió tener claro conceptos como pacientes en fases terminales, entendiéndose como aquellos con enfermedades avanzadas, incurables o con poca respuesta a los tratamientos brindados, con un pronóstico limitado que provocan alteración en la calidad de vida. (14)

Esto denota como se explicó, la falta de definiciones precisas de los términos, vacíos legales y confusión, donde el proceso de vida y muerte terminan en un conflicto moral y social no sólo por parte del paciente en relación a su autonomía adquirida y fortalecida en esta sociedad, sino también en los médicos y personal de salud a cargo quienes deben considerar en algunos casos que administrar ciertos tratamientos para prolongar la vida no deben ser más importantes que lograr un muerte con dignidad en pacientes al final de la misma.

Lo anterior, conduce a la necesidad de establecer límites en el manejo de este tipo de pacientes, donde el principal objetivo se convierta en aliviar el sufrimiento y no el de prolongar la vida como se ha mencionado.

Muchos autores manifiestan estos conflictos existentes, y la necesidad de búsqueda de soluciones; se puede mencionar la estrategia Sergas 2014, que resume la necesidad de establecer los cuidados a los pacientes con enfermedades avanzadas y definir modelos de atención a los mismos(14). Esta estrategia, busca crear conciencia de la importancia en la calidad de la muerte, y remediar el conflicto moral actual en relación a los avances en salud, las enfermedades que padecen los pacientes; buscando crear conciencia en todos los actores de la salud y una reflexión sobre el final de la vida, para brindar intervenciones razonables y limitar cuando se considere necesario, sin que se generen dudas al respecto, protegiendo los principios de autonomía, beneficencia y no-maleficencia.

Ya se conoce, que existen tratamientos aplicados por los médicos y personal de salud que no generan ningún beneficio en los pacientes al final de la vida para aumentar su expectativa de vida

o aliviar el sufrimiento, como señala Singal, Anstey y Willmott(8) (7) (4), entre muchos por otros; esto puede ser secundario a todas las razones ya mencionadas previamente: Inadecuada relación médico-paciente, falta de comunicación efectiva entre ambos que permita conocer las verdaderas necesidades del paciente, el tratamiento inadecuado de los síntomas, no adecuada información brindada sobre los tratamientos a aplicar, falta de consentimientos informados o disentimientos de la aplicación de los mismos, falta de valoración de la pertinencia, conocimiento insuficiente de los términos de futilidad, proporcionalidad de los tratamientos; entre otras.

La adquisición por parte del personal de salud como se explicó del conocimiento más preciso de los tratamientos “no benéficos” o “no proporcionados” facilita mejorar la atención. Para esto, es preciso conocer, que existen unas intervenciones ya consideradas como proporcionadas en pacientes al final de la vida con las condiciones que se han mencionado, dentro de estas se encuentran; la hidratación, el uso de analgésicos más que sedantes, prevención de la piel, control de los signos vitales, administración de los medicamentos en los horarios prescritos, que resultan en manejos no molestos para el paciente y que no tienen ningún efecto indeseable; por el contrario aunque son menos las intervenciones terapéuticas de carácter desproporcionado, son las que más atención requieren por parte del médico para su indicación y consideración de acuerdo al estado clínico del paciente , dentro de estas se pueden mencionar, la ventilación mecánica, orden de no reanimación, procedimientos invasivos médicos y quirúrgicos (15)que serán parte de las intervenciones objeto de interés en el estudio.

No sería ético entonces, administrar un manejo desproporcionado en los pacientes al final de la vida, esta práctica antiética se debe a que en muchos casos se desconoce la autonomía del paciente, lo que genera daño no sólo a él sino a su familia también, impidiendo que vaya a casa, muera en hospitales lejos de su entorno, con efectos secundarios de los tratamientos, posibles efectos adversos, dolor entre otras situaciones por mencionar; además se violan los principios de no-maleficencia al desconocerse la noción de beneficio desde la perspectiva del paciente y por lo tanto no hay una real “beneficencia” y problemas con la justicia distributiva. Es por eso que cobra interés la realización de este trabajo para evaluar cómo es nuestra situación y poder generar los cambios, conciencia y educación necesaria para asegurar una mejor práctica clínica desde la perspectiva ética y técnica.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir las intervenciones médicas y quirúrgicas realizadas en los pacientes fallecidos en el Hospital Universitario San Ignacio en los años 2016 y 2017 al final de la vida durante su última hospitalización de forma retrospectiva en la institución

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Categorizar los tratamientos médicos y quirúrgicos realizados en este grupo de pacientes, con los resultados obtenidos en cada caso de acuerdo a sus enfermedades, de acuerdo con el criterio de “proporcionalidad terapéutica” como proporcionados o desproporcionados

Caracterizar las intervenciones al final de la vida en un Hospital universitario de alta complejidad con el fin de ampliar la comprensión sobre el comportamiento médico frente a estos pacientes.

Contrastar los resultados en esta cohorte con lo reportado en instituciones similares en otros países, con el fin de establecer tendencias en cuanto a la práctica de intervenciones fútiles.

SEGUNDA PARTE

DISEÑO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Se inició con la revisión en la literatura de los conceptos a considerar de interés de proporcionalidad, posterior, se hizo un análisis de la situación en el mundo de la práctica médica desproporcionada para el desarrollo del trabajo.

Se realizó una investigación aplicada, a través de un estudio observacional descriptivo que se basó en la revisión de historia clínicas a partir de una base de datos de los pacientes que fallecieron en el hospital universitario San Ignacio en los años 2016 y 2017.

La base de datos fue revisada en el semillero de investigación del servicio de Ética del hospital, analizando los últimos tratamientos que recibieron los pacientes al final de la vida, y categorizándolos de acuerdo al criterio de “proporcionalidad terapéutica” como proporcionados y desproporcionados, siguiendo la definición propuesta; los casos en los cuales se presentaron dudas fueron revisados y discutidos con el grupo de docentes médicos y bioeticistas del Servicio de Ética Clínica del hospital (SEC) para su adecuada categorización.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Población a estudiar:

Los pacientes fallecidos en el periodo de un año. (2016-2017) en el Hospital Universitario San Ignacio.

Variables a explorar y definiciones:

De acuerdo a la definición Degollé, asumimos, El término “tratamientos no benéficos o no proporcionados” (TNB-TNP) indica un tratamiento que se administró con poca o ninguna esperanza de que tenga algún efecto, en gran parte debido al estado de salud subyacente del paciente y al pobre pronóstico conocido o esperado independientemente del tratamiento.

En el presente estudio todos los pacientes de las historias clínicas revisadas fallecieron, los tratamientos que se les realizó antes de morir fueron categorizados como “no benéficos o desproporcionados”, y en otros casos, cuando las intervenciones que se realizaron estaban justificadas y no se esperó que el paciente muriera, como “benéficos o proporcionados”.

La determinación de TNB - TNP al final de la vida se basó en el estado del paciente, comorbilidades y la percepción subjetiva, basada en la experiencia clínica, tratando de categorizar las diferentes intervenciones en:

Tratamientos desproporcionados

Tratamientos proporcionados

Se tuvo en cuenta los procedimientos en los cuales no existió evidencia que pudieran prolongar la supervivencia más allá de unos días, el desequilibrio percibido entre la cantidad o intensidad de los tratamientos que se proporcionaron, la calidad de vida o deseos esperados de los pacientes, y tratamientos que casi seguramente dieron como resultado una condición que el paciente había declarado previamente que no quería, o no eran consistentes con los objetivos de la atención.

A la luz de la incapacidad para medir confiablemente o rutinariamente estas definiciones, el foco de este estudio está limitado a indicadores que podrían ayudarnos a operacionalizar y monitorear los conceptos en la práctica clínica.

Se consideró dentro de las intervenciones desproporcionadas o no benéficos: Procedimientos invasivos, cirugías, medicamentos complejos y acciones costosas que comenzaron u ocurrieron en la última hospitalización de los pacientes estudiados

Los resultados de interés que se midieron como TNB -TNP al final de la vida incluyen:

1. Variables demográficas:

-Sexo

-Edad

2. Tiempo de hospitalización (días desde el ingreso hasta el fallecimiento)

3. Servicio tratante:

-Medicina urgencias

-Cirugía general

-Medicina interna

-Cuidado intensivo

-Hematología

-Neurocirugía

-Otros: Comprendiendo los servicios de geriatría, y subespecialidades del hospital

4. Principales diagnósticos definitivos:

-Oncológico

-Cardiopulmonar

- Sistema Nervioso Central y periférico (enfermedades neurodegenerativas)

- Sepsis

- Otros

5. Órdenes de no reanimación: (Concertadas con el paciente, decididas por el personal médico a cargo o pacientes encontrados con alteración de los signos vitales considerándose no reanimable).

6. Voluntad anticipada (Decisión escrita o verbal del paciente previamente manifestado o en la hospitalización sobre su aceptación o rechazo de ciertos tratamientos)

7. Intervenciones médicas y quirúrgicas realizados y ordenados en las últimas 2 semanas antes de morir:

- Quimioterapia

- Diálisis

- Radioterapia

- Intervenciones quirúrgicas: (Gastrostomía, Traqueostomía, cirugías derivativas, re intervención (drenaje, empaquetamiento, lavado peritoneal), Toracostomía, cirugía de reemplazo articular u osteosíntesis, múltiples (más de un procedimiento en la misma intervención), ninguna cirugía u otras.

8. Intervenciones o sucesos realizados en las últimas 48 horas antes de morir:

- Hidratación parenteral

- Nutrición
- Admisión en cuidados intensivos en los últimos días de vida
- Ventilación mecánica
- Resucitación cardiopulmonar (RCP) en pacientes terminales
- Antibióticos intravenosos en el cuidado terminal
- Transfusión y cualquier tratamiento no paliativo invasivo que fueron administrados
- Utilización de vasopresores o inotrópicos
- Realización de estudios de imagenología
- Realización de exámenes de laboratorio
- Utilización de profilaxis antitrombótica

Definición de variables

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría
Edad	Tiempo de vida de cada sujeto, en años	Cuantitativa	Continua	Años
Sexo	Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Cualitativa	Nominal	1 = Masculino 2=Femenino
Tiempo de hospitalización	Tiempo mayor a 1 día desde que el paciente ingresó a HUSI hasta que fallecimiento	Cuantitativa	Continua	Días

Servicio de hospitalización	Servicio principal a cargo del paciente desde el ingreso hasta el fallecimiento	Cualitativa	Nominal	1=Medicina urgencias 2=Cirugía general 3= Medicina interna 4=Cuidado intensivo 5=Hematología 6=Neurocirugía 7=Otros
Diagnóstico principal	Patología principal	Cualitativa	Nominal	1=Oncológico 2=Cardiopulmonar 3= SNC- Degenerativas 4= Sepsis 5=Otros
Órdenes de no reanimación	Concertadas con el paciente, decididas por el personal médico a cargo o pacientes encontrados con alteración de los signos vitales considerándose no reanimable	Cualitativa	Nominal	1=Sí 2=No
Voluntad anticipada	Manifestación verbal o escrita del paciente de no desear reanimado	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2=No
Intervenciones no quirúrgicas realizadas en las últimas dos semanas	Quimioterapia- radioterapia o diálisis realizadas en las últimas semanas previo al fallecimiento	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2=No

Intervenciones quirúrgicas	Procedimientos invasivos realizados en las últimas dos semanas previo al fallecimiento	Cualitativa	Nominal	1=Gastrostomías 2=Traqueostomías 3=Cirugía derivativa 4=Re intervenciones 5=Reemplazos articulares, osteosíntesis 6=Toracostomías 7=No cirugía 8=Toracentesis 9=Paracentesis 10=Múltiples cirugías 11=otras
Intervenciones o acciones no quirúrgicas realizadas en las últimas 48 horas	Hidratación endovenosa, admisión en cuidado intensivo, ventilación mecánica, reanimación cardiopulmonar, administración de vasopresores o inotrópicos, transfusión, imágenes, laboratorios, profilaxis antitrombótica, antibióticos usados 48 horas previo al fallecimiento	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2=No
Nutrición	Vía de ingesta del paciente	Cualitativa	Nominal	1=Vía oral

Dialisis	UCI	Ventilación mecánica	RCP	Antibióticos	Transfusión	Vasopresor	RXT	Imágenes	Laboratorios	Anti trombosis

TERCERA PARTE

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se obtuvieron de la oficina de estadística los datos generales de los 1499 pacientes fallecidos en el Hospital Universitario San Ignacio en los años 2016- 2017.

Del total de fallecidos en ese periodo de tiempo, se excluyeron los pacientes pediátricos debido a que esta población corresponde a otros dilemas éticos más complejos en los que resulta muy difícil establecer de forma más objetiva la proporcionalidad de los tratamientos que no son el objeto de estudio de este trabajo y también se excluyeron los que fallecieron antes de 24 horas de hospitalización debido a que en la gran mayoría de ellos la muerte fue de forma súbita, secundaria a trauma o desconocida, siendo imposible realizar un análisis de las variables que se consideraron para el desarrollo de este estudio.

En total quedaron las historias de 931 pacientes fallecidos. Los datos incluyendo las variables descritas fueron registrados y analizados en una base de datos generada en *Excel v16.16*.

El hospital Universitario San Ignacio, es un hospital de IV nivel que tiene disponibles 394 camas, de las cuales dentro del servicio de hospitalización; 17 son individuales en el noveno piso, 17 camas pediátricas, 27 camas en la Unidad de Cuidado intensivo, 10 camas en la Unidad de Cuidado intensivo pediátrico y 10 para recién nacidos, contó con 18000 hospitalizaciones para el año 2015, un total de 26870 egresos hospitalarios y 9203 quirúrgicos en el año 2016 y 27430 egresos hospitalarios y 8388 quirúrgicos en el año 2017.

Es un hospital que tiene admisión en urgencias las 24 horas, se atienden aproximadamente 400 urgencias diarias, 400 consultas externas y se lleva a cabo entre 30 y 40 cirugías al día.

A continuación, se muestran los resultados encontrados de las variables demográficas analizadas: Para entender la presentación de los resultados (n= Número de pacientes)

De los 931 pacientes, el 50,3% (n=468) eran de sexo masculino y el 49,7% (n=463) femenino con una edad promedio de 66 años de edad (rango entre 18 y 96 años, derivación estándar de 16)

El promedio de días de hospitalización fue de 13,4 días con un rango entre 1 día y 223 días, derivación estándar de 16,9)

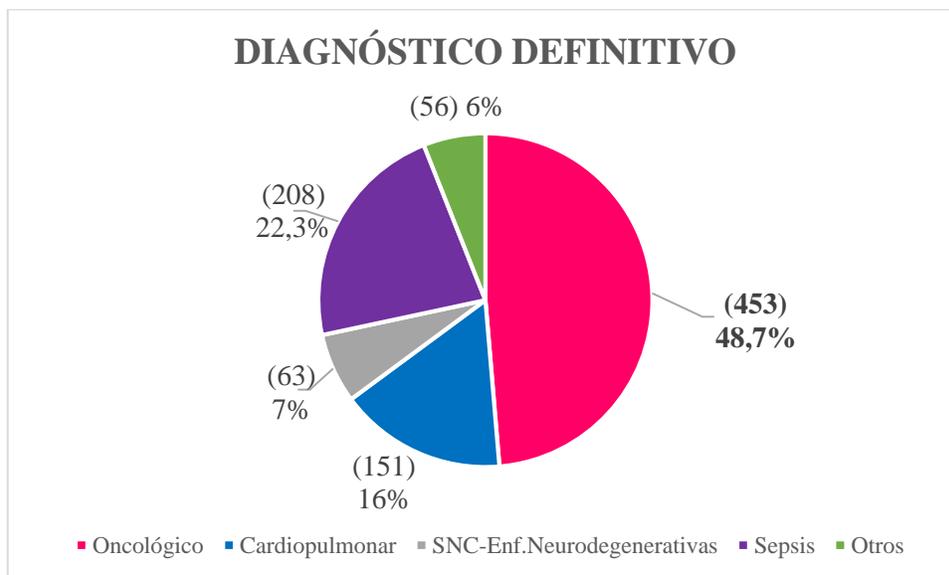
De los 931 pacientes, el 44% (n=407) requirieron manejo en la Unidad de Cuidado intensivo o en el área de reanimación en algún momento durante su hospitalización por la complejidad de su cuadro clínico y el criterio médico, mientras que el 56% (n=524) no requirieron manejo en estas unidades, sino en el área de hospitalización piso.

Más de la mitad de los pacientes, el 45% (n=418), se encontraban hospitalizados a cargo del servicio de Medicina interna; seguidos por el servicio de la Unidad de Cuidados intensivo y reanimación con un 32% (n=298) de los pacientes, esto puede estar en relación a las patologías que tenían, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Servicio a cargo de hospitalización de los pacientes

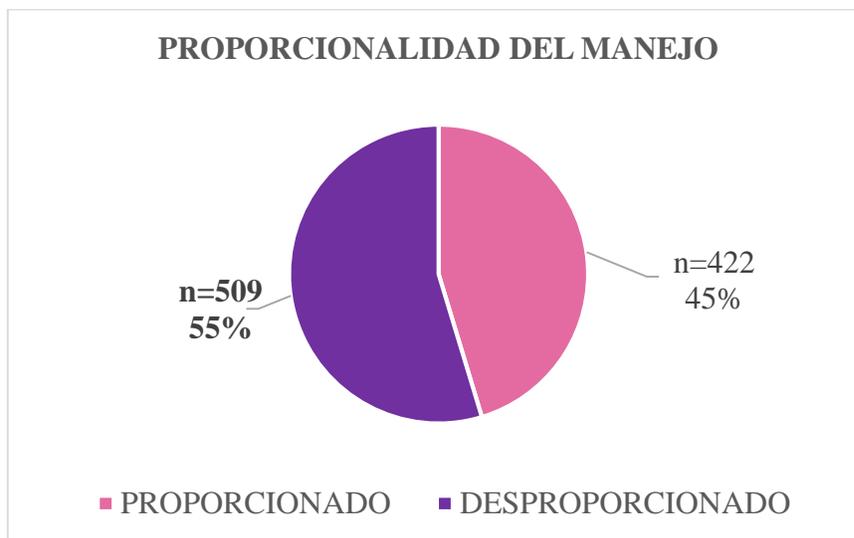
SERVICIO A CARGO		
	N	%
Medicina urgencias	33	3,5
Cirugía general	44	4,7
Medicina interna	418	44,9
Cuidado intensivo	298	32
Hematología	11	1,3
Neurocirugía	4	0,5
Otros	123	13

Gráfica 1. Diagnósticos definitivos de los pacientes



Los principales diagnósticos definitivos de los 931 pacientes fallecidos se pueden ver en la gráfica. Es un hallazgo interesante que, aunque este hospital no esté categorizado como un hospital oncológico casi la mitad de los pacientes fallecidos tenían diagnóstico oncológico, 48,7% (n=453), algunos con una condición terminal o crítica que permitió evaluar las variables de acuerdo a los objetivos del estudio, seguidos por patologías con procesos infecciosos, y en menor proporción las patologías a nivel del sistema nervioso central, periférico y enfermedades neurodegenerativas. Debido a que un alto porcentaje de los pacientes tenían diagnóstico oncológico, más adelante se realiza un análisis de los resultados para estos pacientes en particular

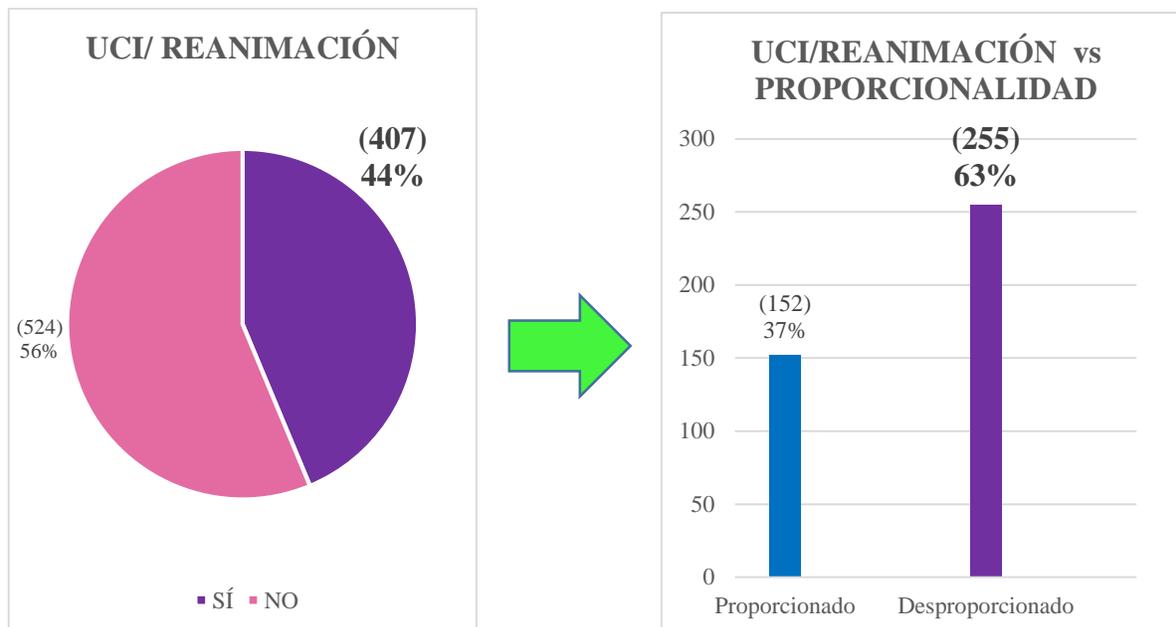
Gráfica 2. Proporcionalidad del tratamiento médico y quirúrgico



Después del análisis de los datos de cada uno de los 931 pacientes, y teniendo en cuenta el criterio de “proporcionalidad del estudio” establecido previamente como tratamientos proporcionados y desproporcionados, se encontró de forma llamativa que, a más de la mitad de los pacientes fallecidos, el 55% (n=509) se les realizaron tratamientos que fueron categorizados como desproporcionados en comparación con el 45% (n=422) que fueron categorizados como proporcionados. Siendo mayor el porcentaje de desproporcionalidad vs proporcionalidad que se analizará más adelante en la discusión.

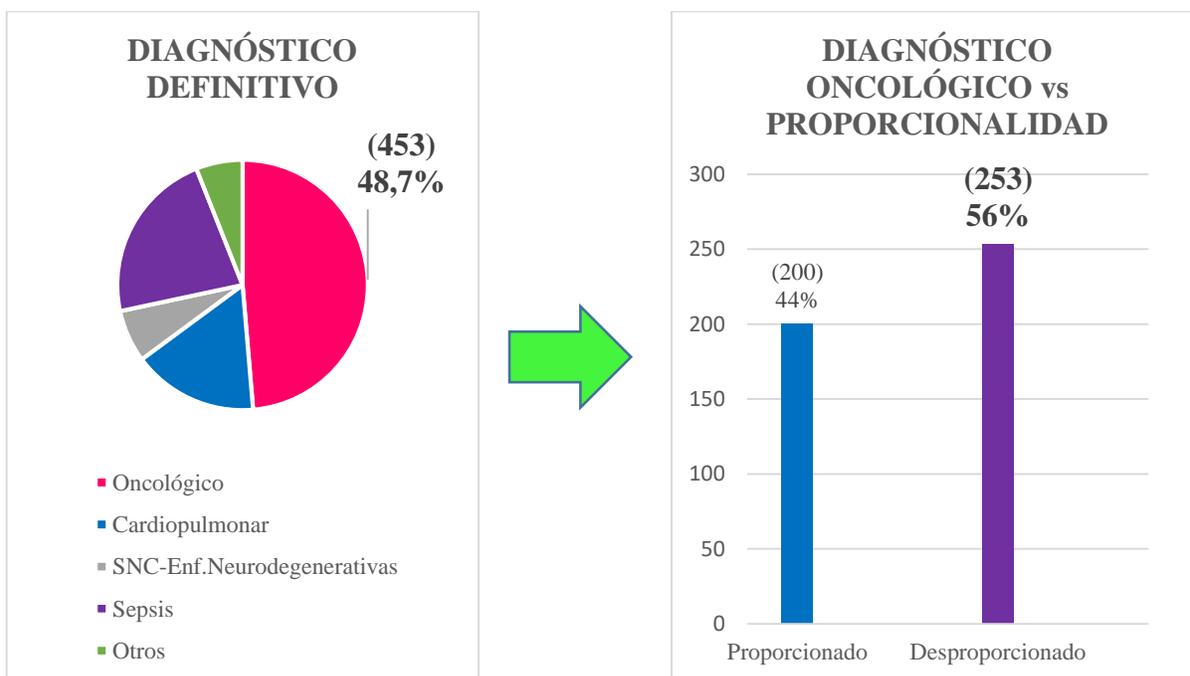
A continuación, se presentan los resultados encontrados de cada una de las variables en relación a su categorización de acuerdo al criterio de proporcionalidad del tratamiento (proporcionado o desproporcionado) para evaluar el objetivo planteado a desarrollar en este trabajo, señalando los principales resultados.

Gráfica 3. Pacientes hospitalizados en UCI/ reanimación vs Proporcionalidad del tratamiento



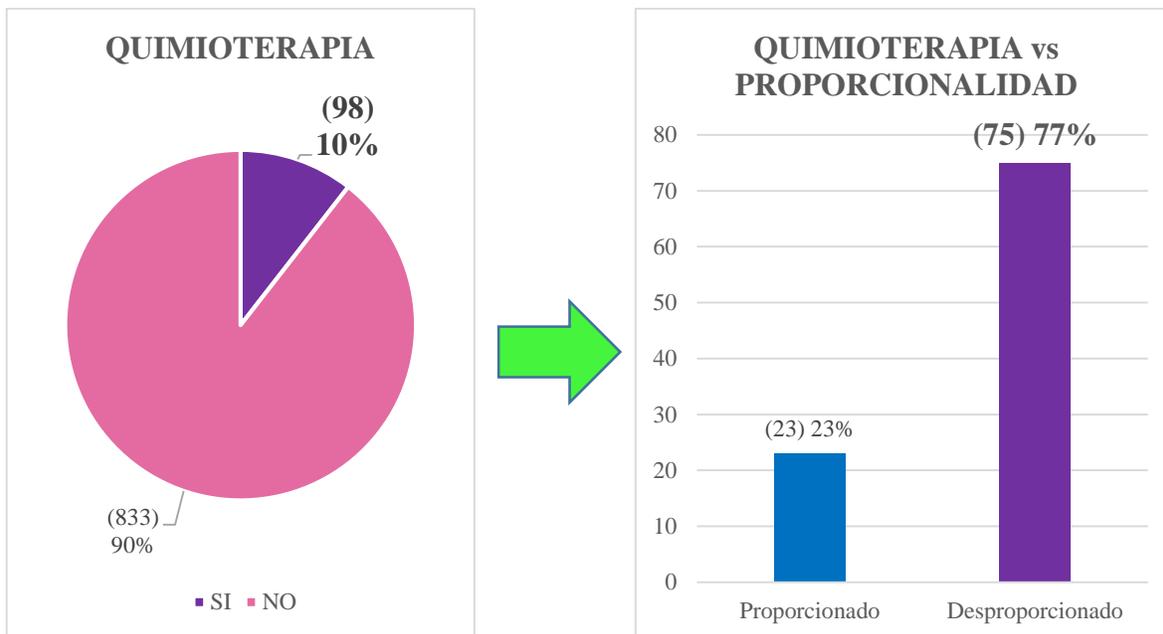
Se encontró que el 44% (n=407) de los 931 pacientes fallecidos, requirieron manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) o en reanimación en algún momento de su hospitalización. Al relacionar el tipo de hospitalización con el concepto de proporcionalidad del tratamiento, se halló que, del total de pacientes en UCI o reanimación, en el 63% se consideró fue una intervención desproporcionada, esto puede estar asociado a que los pacientes manejados en la unidad de cuidado intensivo o reanimación, suelen encontrarse en un estado más crítico lo que condiciona mayor vigilancia y necesidad de intervenciones más complejas.

Gráfica 4. Pacientes con diagnóstico Oncológico vs Proporcionalidad del tratamiento



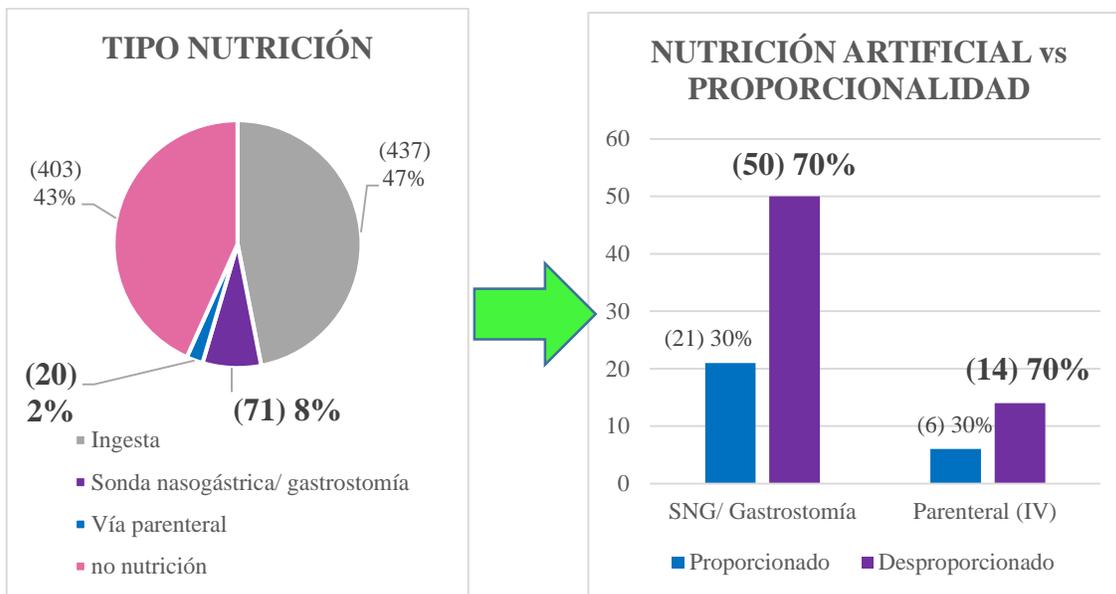
De acuerdo a los diagnósticos definitivos, teniendo en cuenta el hallazgo que casi la mitad de los pacientes fallecidos tenían un diagnóstico oncológico, es más llamativo que al relacionar el diagnóstico con el criterio de proporcionalidad del tratamiento, en el 56% (253/453) de estos pacientes se encontró que el tratamiento administrado fue desproporcionado, siendo en estos el resultado más significativo, correlacionar con Gráfica 1, y la tabla 1.

Gráfica 5. Pacientes con administración u orden de quimioterapia en las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



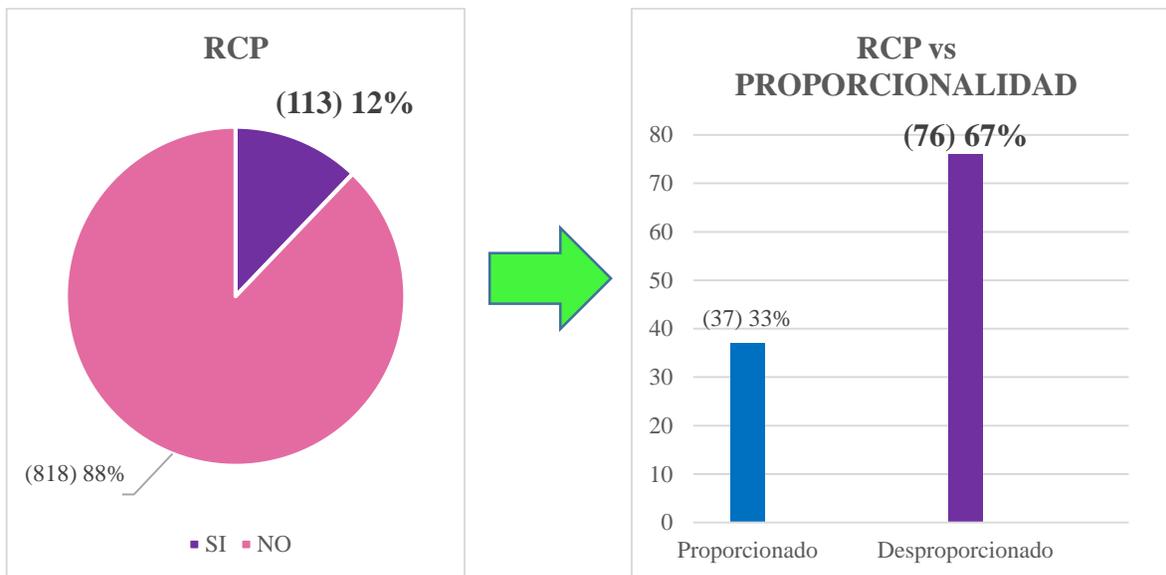
De los 931 pacientes, se encontró que en el 10% (n=98) recibieron o se les ordenó quimioterapia las 2 semanas previas al fallecimiento en última hospitalización, mientras que al 90% (n=833) no se les ordenó. Al relacionar los pacientes que la recibieron con el criterio de proporcionalidad se halló de que en el 77% de ellos se consideró un tratamiento desproporcionado y únicamente en un 23% (n=22) como proporcionado. Esto facilita entender que la quimioterapia, así como otras intervenciones analizadas, hacen parte de un número de intervenciones complejas que deben considerarse de forma muy precisa y la utilidad de su administración en el momento de ordenarla

Gráfica 6. Pacientes con Nutrición artificial (SNG- Gastrostomía- Parenteral) en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



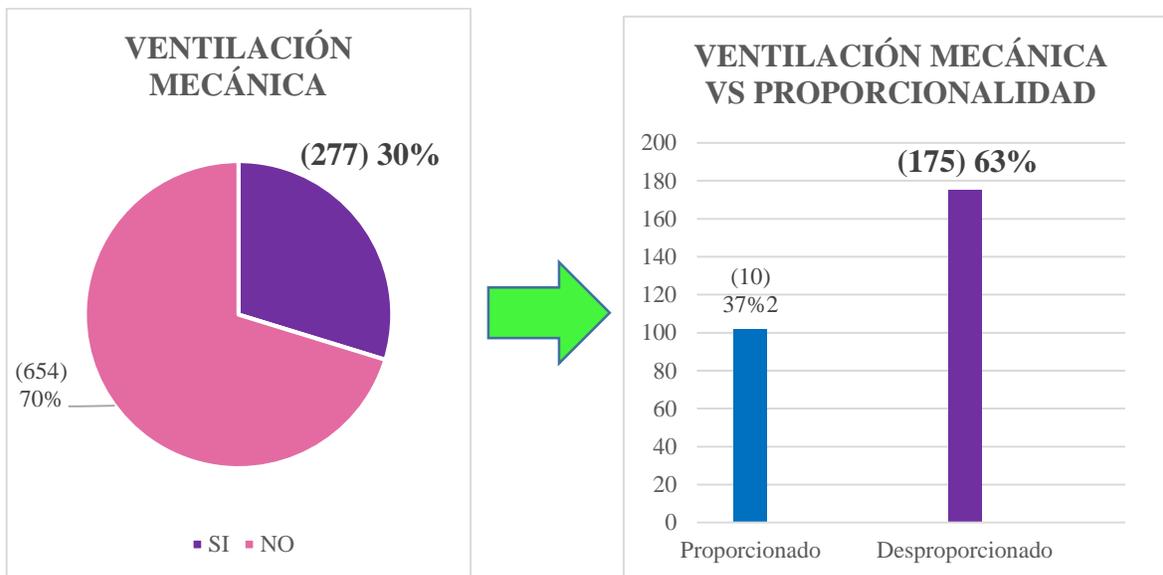
Dentro de las variables analizadas, se observó si los pacientes habían recibido nutrición o no previo al fallecimiento y se encontró que el 57% (n=522) recibió algún tipo de nutrición, discriminada de la siguiente forma: El 47% (n=437) la vía de nutrición fue oral, el 8% (n=71) recibieron nutrición a través de sonda nasogástrica (SNG) o por gastrostomía y el 2% (n= 20) restante a través de nutrición parenteral (entendiéndose como un tipo de nutrición artificial que se realiza a través de las venas del cuerpo de forma central o periférica), y el 43% (n=403) de los 931 pacientes no tuvieron ningún tipo de nutrición debido a su estado crítico. Al relacionar los tipos de nutrición con el criterio de proporcionalidad resultó interesante, que en los pacientes que recibieron nutrición a través de sondas nasogástricas/ gastrostomías o nutrición parenteral, considerados como nutrición artificial, se consideró que fue mayor el número en el que el tratamiento fue categorizado como desproporcionado.

Gráfica 7. Pacientes que recibieron Reanimación cardiopulmonar (RCP) en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



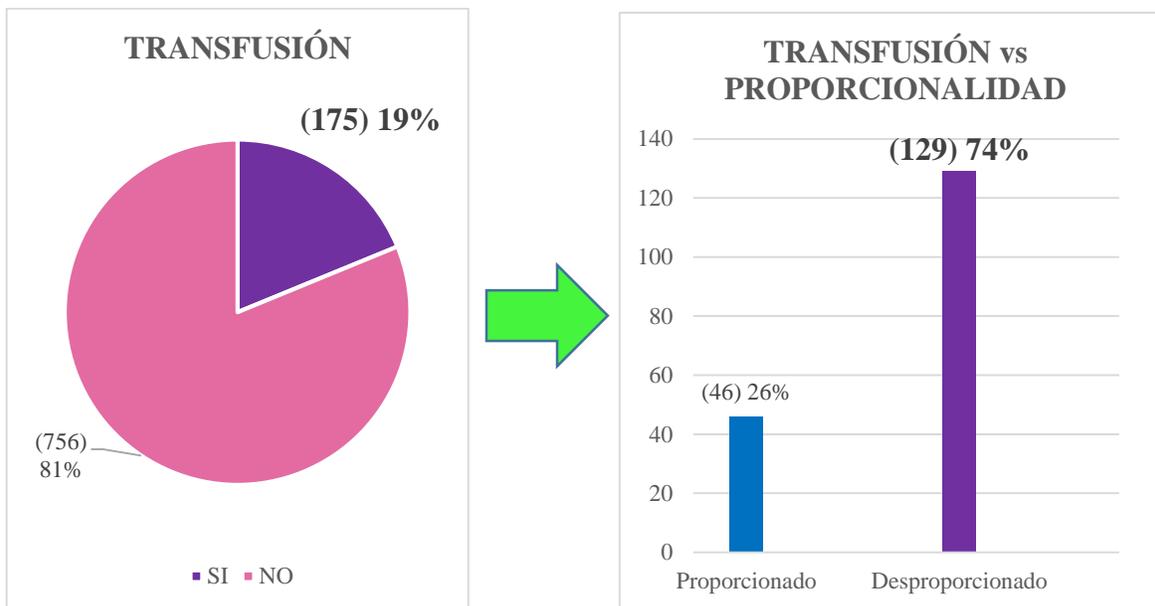
Únicamente en el 12% (n=113) de los pacientes fueron sometidos a reanimación cardiopulmonar (RCP) básica o avanzada las 48 horas previas al fallecimiento, mientras que el 88% (n=818) no lo requirieron de acuerdo al criterio médico, sin embargo es importante describir que de los pacientes que recibieron RCP, en el 67% (n=76) se consideró una maniobra desproporcionada de acuerdo al estado clínico del paciente de forma retrospectiva, de esto puede entenderse que los pacientes que recibieron RCP la gran mayoría no tenían indicación, puede ser que algo sucedió en la evolución del paciente que no permitió al médico tomar una decisión más objetiva con respecto a la utilidad de realizarlo.

Gráfica 8. Pacientes manejados con ventilación mecánica en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



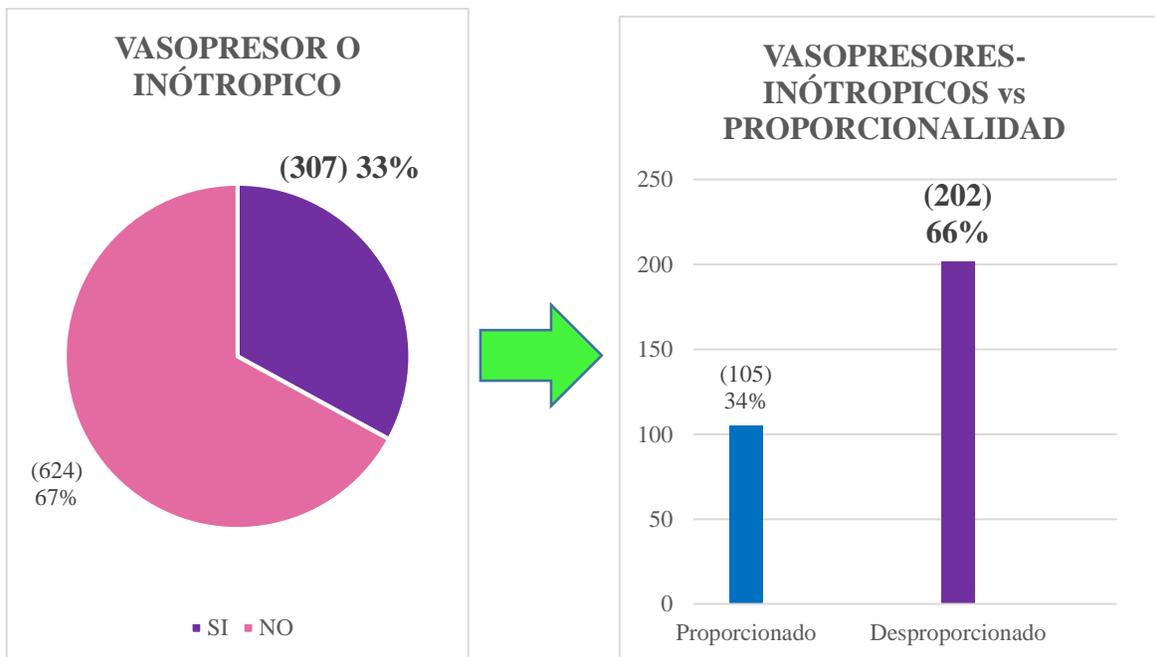
Así como se evaluó los pacientes que fueron sometidos a RCP, también se observó de forma retrospectiva los pacientes a quienes se les ordenó ventilación mecánica (entendiéndose como una vía artificial para asegurar la ventilación del paciente como la intubación orotraqueal) las 48 horas previas al fallecimiento, encontrando que, el 30% (n=277) fueron sometidos a ventilación mecánica, en comparación con el 70% (n=654) que no. Al igual que en los pacientes que requirieron RCP, se evidenció que en los pacientes con ventilación mecánica se consideró un tratamiento desproporcionado en el 63% de ellos (n=175). Esto hace ver que tanto la ventilación mecánica como la reanimación cardiopulmonar es un tipo de intervención avanzada que requiere el conocimiento de los criterios precisos para indicarlos en un paciente.

Gráfica 9. Pacientes que recibieron transfusión en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



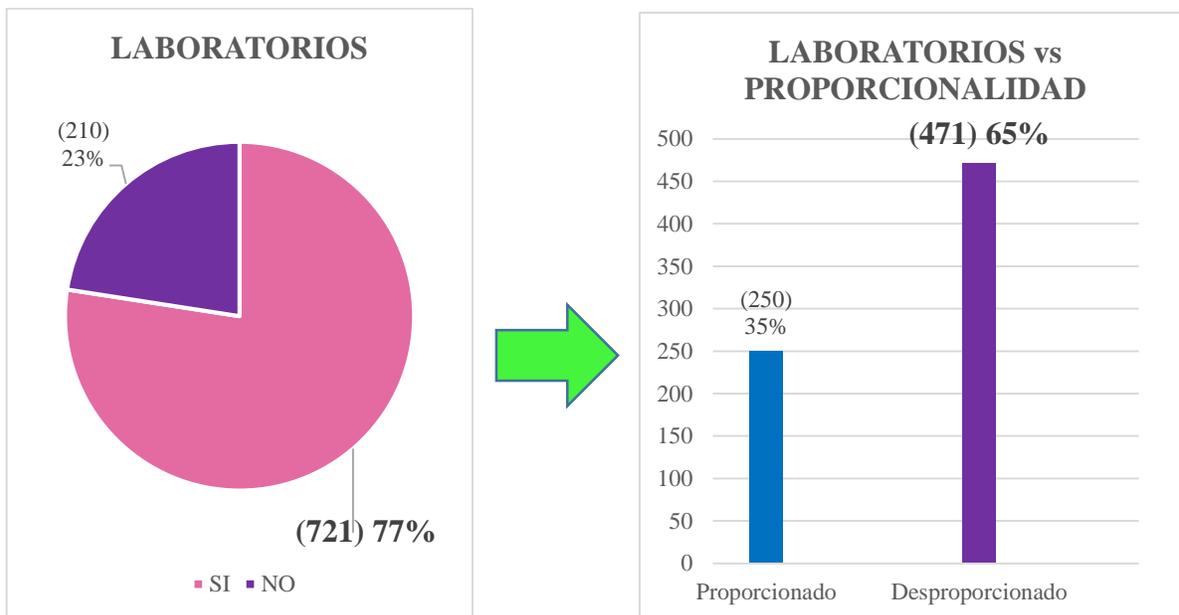
En relación a la transfusión de hemoderivados realizada a los pacientes las 48 horas previas al fallecimiento, 19% (n=175) recibieron transfusión en comparación del 81% (n=756) del total de los pacientes que no. De los pacientes que recibieron transfusión, en el 74% (n=129) se consideró como un tratamiento desproporcionado, siendo únicamente en el 26% (n=46) proporcionado. Aquí debe recordarse nuevamente que las patologías que tenían los pacientes no correspondían a trauma, que son escenarios clínicos donde la realización de transfusiones se encuentra totalmente justificada e indicada, lo cual fue diferente para las patologías ya mencionadas que tenían los pacientes de las historias clínicas revisadas.

Gráfica 10. Pacientes con soporte vasopresor o inotrópico las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



Del total de los pacientes, el 33% (n=307) recibieron tratamiento con soporte vasopresor o inotrópico las 48 horas previas, mientras que la gran mayoría, el 67% (n=624) no tuvieron indicación, sin embargo, los pacientes que tuvieron indicación de esta intervención, en el 66% (n=202) de ellos se consideró un tratamiento desproporcionado.

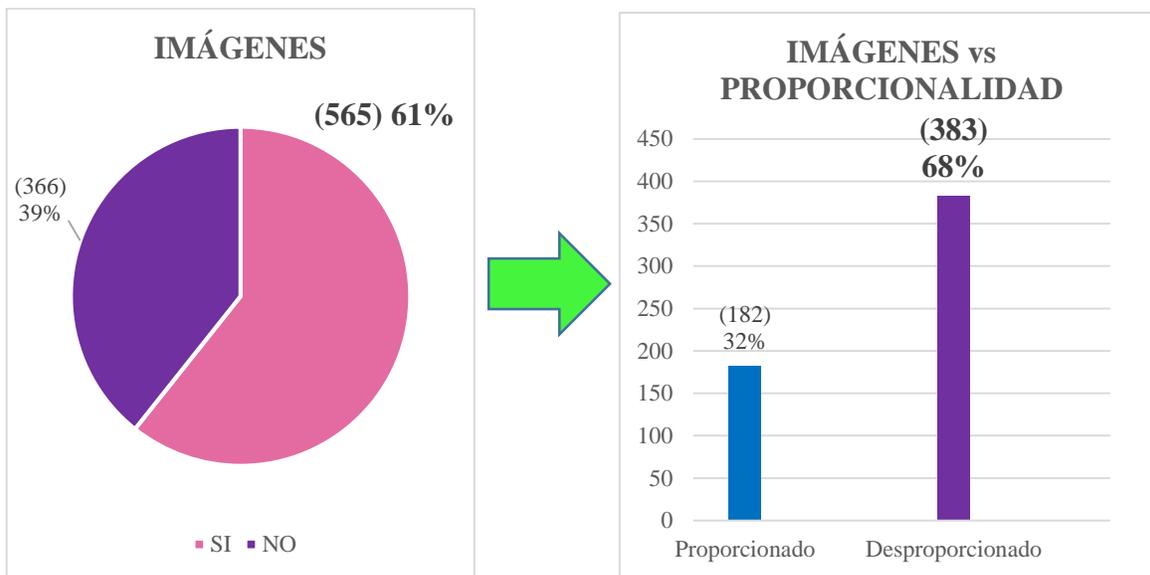
Gráfica 11. Realización de laboratorios las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento.



Otra de las variables, tal vez una de las más importantes analizadas en estos pacientes, correspondió a los laboratorios realizados en las últimas 48 horas previas al fallecimiento, se encontró, que se indicaron en la gran mayoría de ellos, el 77% (n=721), siendo un menor porcentaje en los que no, 23% (n=210), contradictorio con las otras variables analizadas previamente, aquí fue mayor el número de pacientes a los cuales se les practicó a la intervención descrita, pero en los que se les realizó, se halló que en el 65% (n=471) de ellos se consideró que no fue un tratamiento proporcionado.

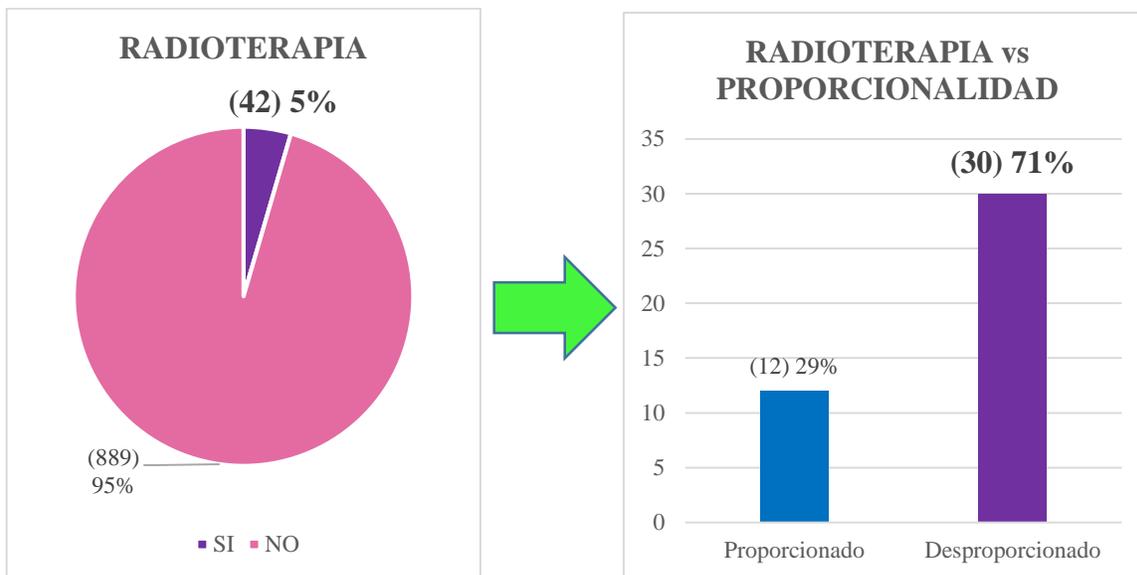
Gráfica 12. Realización de imágenes en últimas 48 horas previas al fallecimiento vs

Proporcionalidad del tratamiento



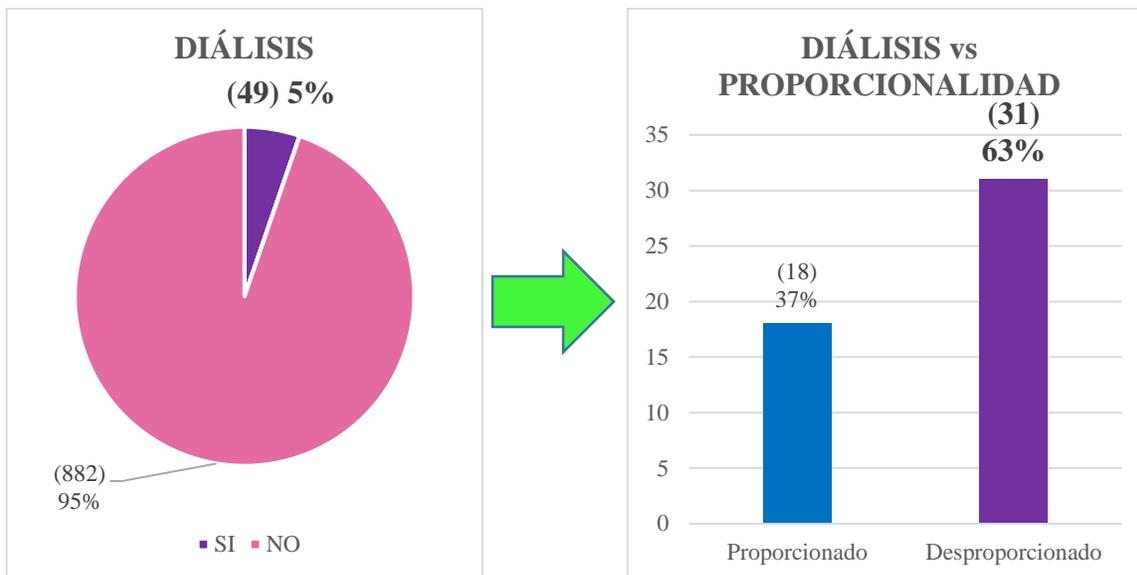
También, no menos importante que la variable anterior, se describió a cuáles pacientes se les realizaron imágenes en las últimas 48 horas previas del fallecimiento, identificando, que en el 61% (n=565) de ellos si se hicieron, siendo un menor porcentaje que en los que no, un resultado muy similar con la variable de laboratorios analizada. Al relacionar la variable de realización de imágenes con el criterio de proporcionalidad, es llamativo, que en el 68% (n=383) fue un tratamiento desproporcionado.

Gráfica 13. Pacientes a los que se les administró u ordenó radioterapia las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



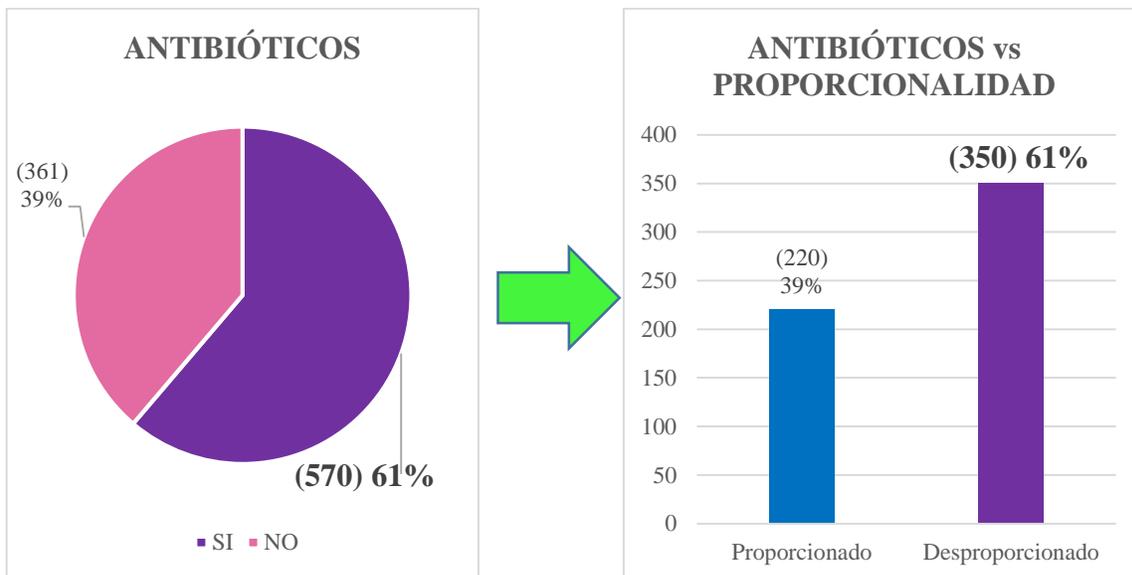
En el 5% (n=42) del total de pacientes, recibieron o se les ordenó radioterapia las últimas 2 semanas previas al fallecimiento, y de estos, en el 71% (n=30) se consideró un tratamiento desproporcionado, siendo únicamente proporcionado en 12 de ellos. Estos resultados junto con la administración de quimioterapia como ya se mostró previamente son más interesantes cuando se analizan en los pacientes que tenían diagnóstico oncológico, que se describirán más adelante.

Gráfica 14. Pacientes a quienes se les realizó diálisis las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



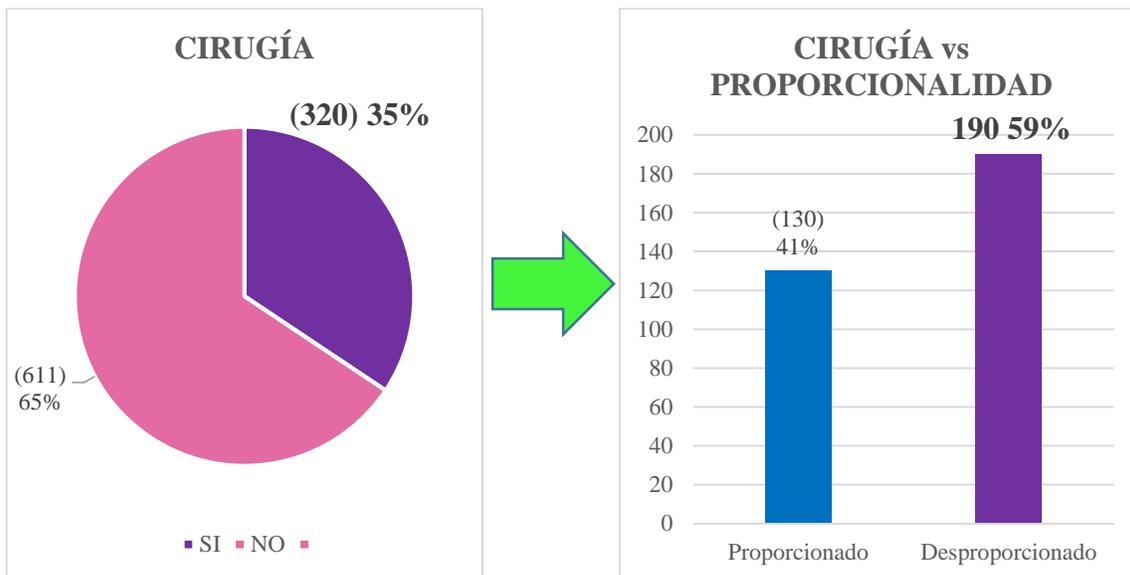
Otra de las variables analizadas con resultados interesantes, fue la realización de diálisis las últimas 2 semanas previas al fallecimiento, la cual se administró únicamente en el 5% (n=49) de los pacientes, siendo una gran minoría, pero, sin embargo, los que recibieron esta intervención, se consideró como desproporcionado en el 63% (n=31) de ellos. Este es otro resultado que es mucho más significativo en los pacientes oncológicos y se describirá más adelante

Gráfica 15. Pacientes que recibieron manejo con antibióticos las 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



La administración de antibióticos también fue una variable analizada, encontrando que, de los 931 pacientes, el 61% (n=570) recibieron este tratamiento, siendo en más de la mitad de ellos, al igual que los laboratorios e imágenes ya explicados. En este grupo, en el 61% (n=350) fue considerado como desproporcionado.

Gráfica 16. Pacientes sometidos a cirugía en las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento

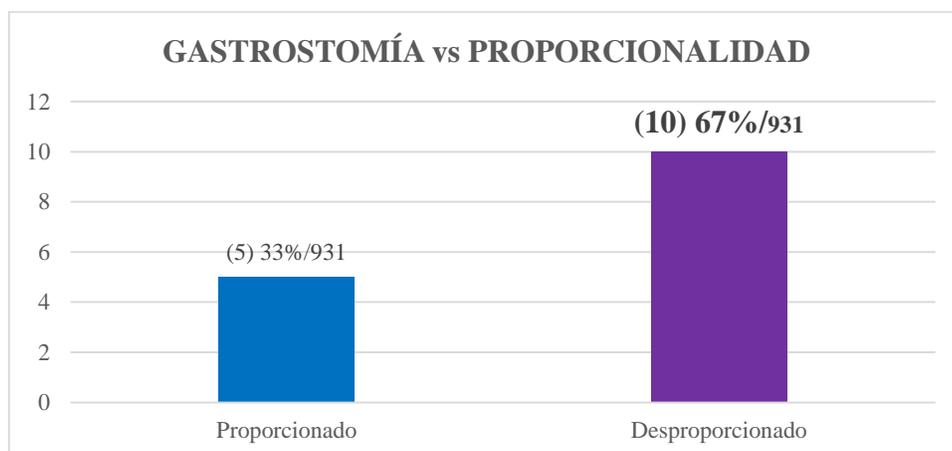
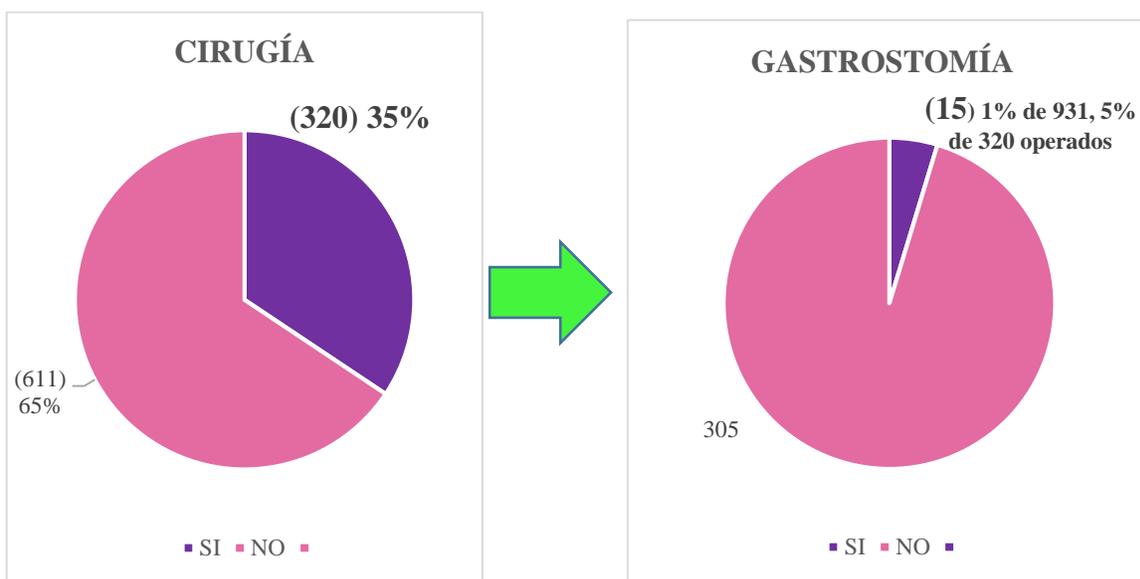


Las intervenciones realizadas no fueron únicamente médicas, también fueron quirúrgicas, encontrándose que, de los 931 pacientes, únicamente el 34% (n=320) fueron sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico tales como, (gastrostomía, Traqueostomía, cirugías derivativas, re intervención, reemplazo articular-osteosíntesis, Toracostomía, paracentesis, múltiples procedimientos, y otros), en comparación con el 66% (n=611) que no fueron llevados a ningún tipo de intervención.

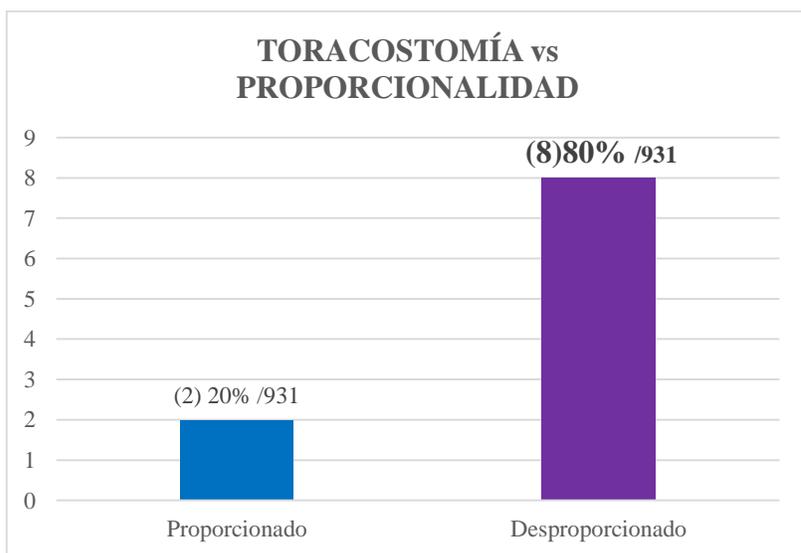
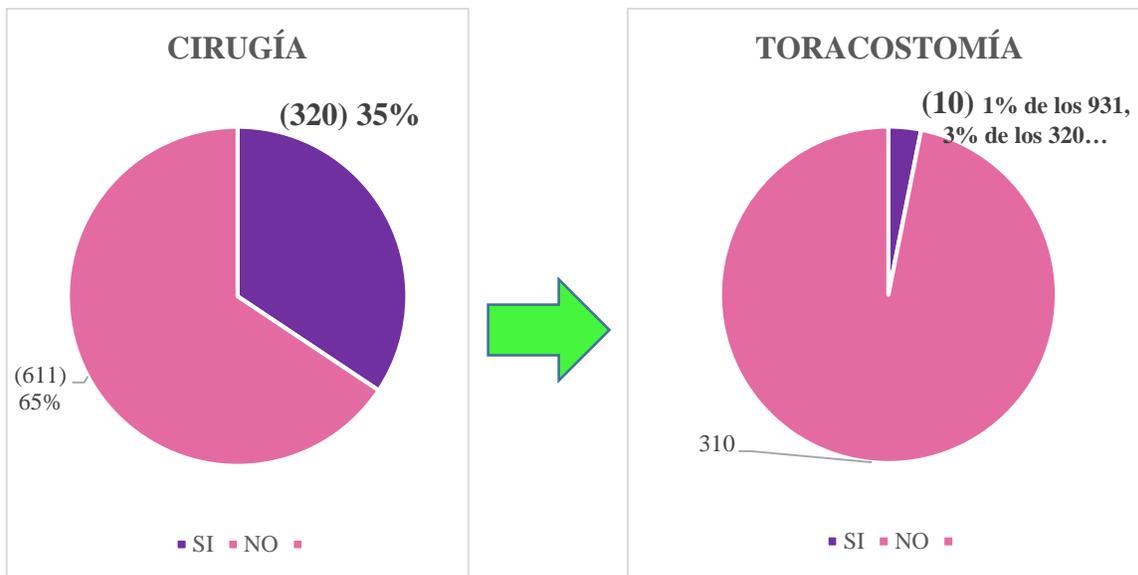
Sin embargo, es más llamativo aún, que del total de los pacientes que requirieron alguna de las intervenciones ya mencionadas, en más de la mitad, el 59% (n=190) se consideró como un tratamiento desproporcionado

Gráfica 17. Procedimientos quirúrgicos realizados más relevantes en los pacientes las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento

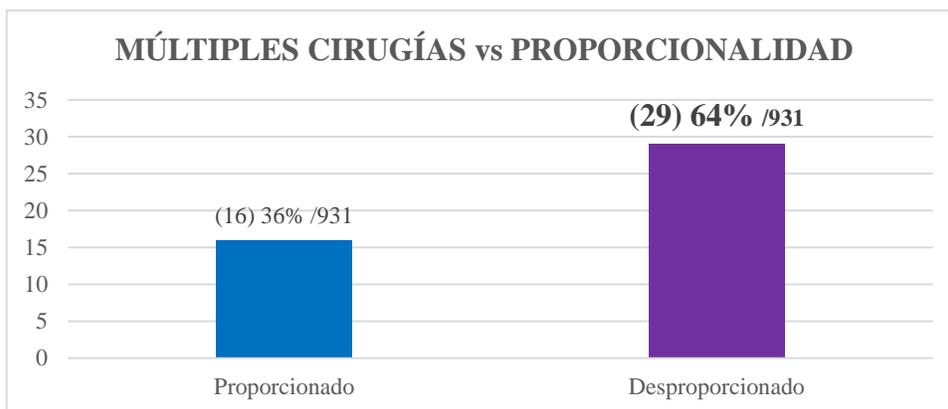
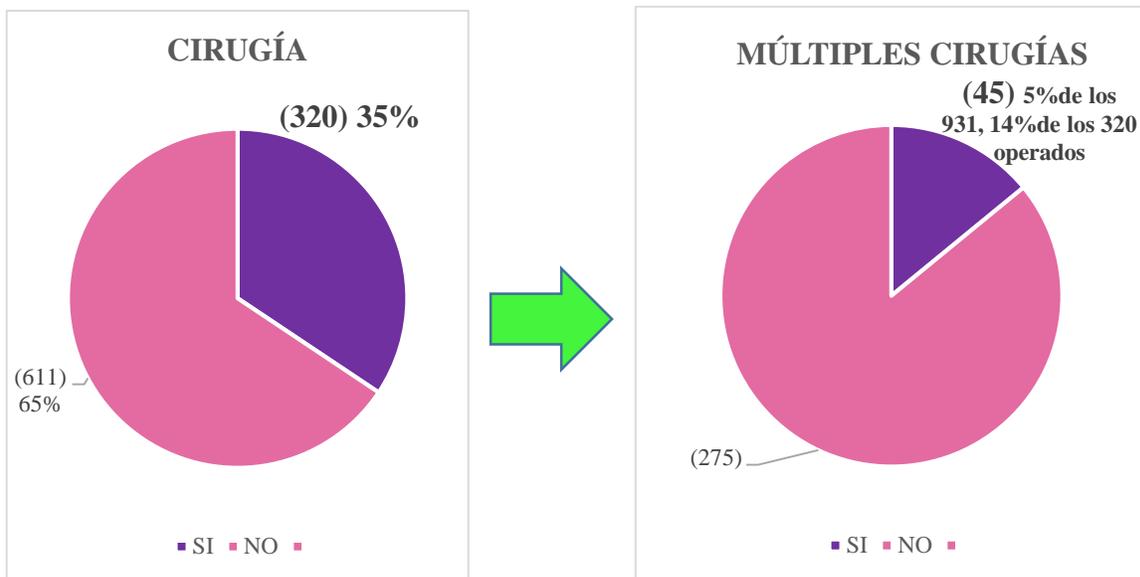
Gráfica 17.a



Gráfica 17.b



Gráfica 17.c



Además, dentro de las cirugías realizadas, se encontró que algunos tipos de procedimientos específicos existió una diferencia significativa en relación al criterio de proporcionalidad de la intervención.

Dentro de estos, se observó que el 1% (n=15) fueron sometidos a la realización de gastrostomía. Entendida la cirugía de gastrostomía como un procedimiento quirúrgico para obtener una vía de nutrición en pacientes en los que no es posible la ingesta por vía oral, de estos pacientes, en el 67% (n=10) se consideró un tratamiento desproporcionado.

También fue relevante que 1% (n=10) de los pacientes requirieron realización de Toracostomía. Entendida la Toracostomía, como un procedimiento quirúrgico a nivel del tórax, que consiste en el paso de un tubo a través de este, para lograr drenaje de líquido, sangre o aire en el espacio pleural y mejorar la ventilación comprometida del paciente. En estos pacientes, el 80% (n=8) fue un tratamiento desproporcionado.

Otro de los procedimientos realizados en el que se encontró un resultado interesante, fue en los pacientes llevados a múltiples procedimientos (más de un procedimiento quirúrgico en la misma intervención), que correspondió al 5% (n=48), siendo en el 64% (n=29) de ellos, un tratamiento desproporcionado.

En los resultados que se describieron a continuación, se encontró que, en la gran mayoría de los pacientes, por encima del 50% se realizaron intervenciones que fueron consideradas como complejas, razón por la cual no fue mayor el número de pacientes que las recibieron; sin embargo, si fue persistente que cuando se hizo la intervención, por encima del 50%, y mucho más por encima de la mitad, fueron consideradas como tratamientos desproporcionados, haciendo aún más cuestionable su indicación.

Las únicas variables en las que se encontró que fue mayor el porcentaje de pacientes que recibieron los tratamientos frente a los que no, fue en la administración de antibióticos, realización de imágenes y laboratorios. Esto puede encontrarse relacionado con la percepción que son intervenciones menos agresivas, lo cual se profundizará en la discusión.

Dentro del análisis de las variables revisadas en las historias clínicas de la base de datos, se encontraron otros resultados no menos importantes que se describen a continuación y se ilustran en la tabla de anexos juntos con la clasificación general del análisis de las variables:

-Únicamente el 7% (n=68) tenían voluntad anticipada, interpretada como una decisión escrita o verbal del paciente previamente manifestado o durante la hospitalización sobre su aceptación o rechazo de ciertos tratamientos. Es un hallazgo llamativo, considerándose un porcentaje muy bajo.

-78% (n=727) de los pacientes tenían orden de no reanimación, únicamente el 22% (n=204) si la tenían. Posiblemente este resultado se relaciona con las patologías complejas que tenían, o por la severidad del cuadro clínico. Sin embargo, es llamativo, que al compararse este resultado con los pacientes que fueron reanimados, 12% (n=113), hubo un grupo que, aunque tenían indicación de no reanimación fueron reanimados, siendo 18 de estas intervenciones en pacientes que se encontraban en la UCI/ reanimación.

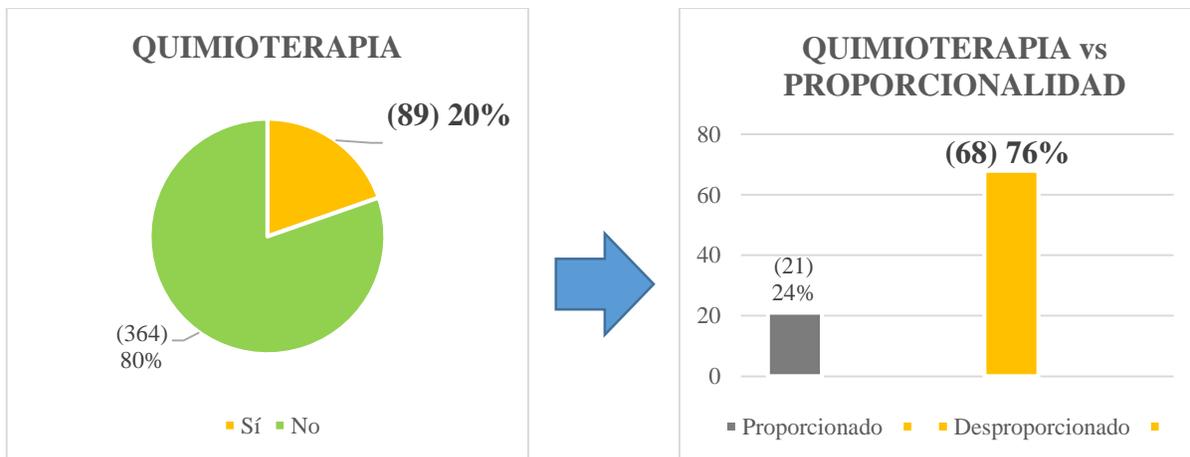
-El 97% (n=904) recibieron manejo con hidratación endovenosa, siendo en la gran mayoría de los pacientes, posiblemente debido a que es un tipo de intervención categorizado como proporcionado en general para todos los pacientes independiente del estado clínico y que además no tiene efectos adversos y permite que se mantenga la hidratación de forma adecuada.

-Otra intervención analizada, fue la administración de trombo profilaxis (utilizada como una medida médica para prevenir la formación de trombos que puedan migrar y generen obstrucción en el flujo sanguíneo principalmente a nivel cardiaco, cerebral y pulmonar) en los pacientes las 48 horas previas al fallecimiento, esta medida se realizó en el 64% de los pacientes (n=592).

-Aunque no fue el objeto de interés del estudio, se encontró que únicamente el 0,5% de los pacientes (n=4) fueron candidatos para iniciar protocolo de donación de órganos, sin embargo, finalmente de los 931 pacientes no fueron aptos. Esto se relaciona con las patologías complejas y la severidad del cuadro clínico de los pacientes fallecidos.

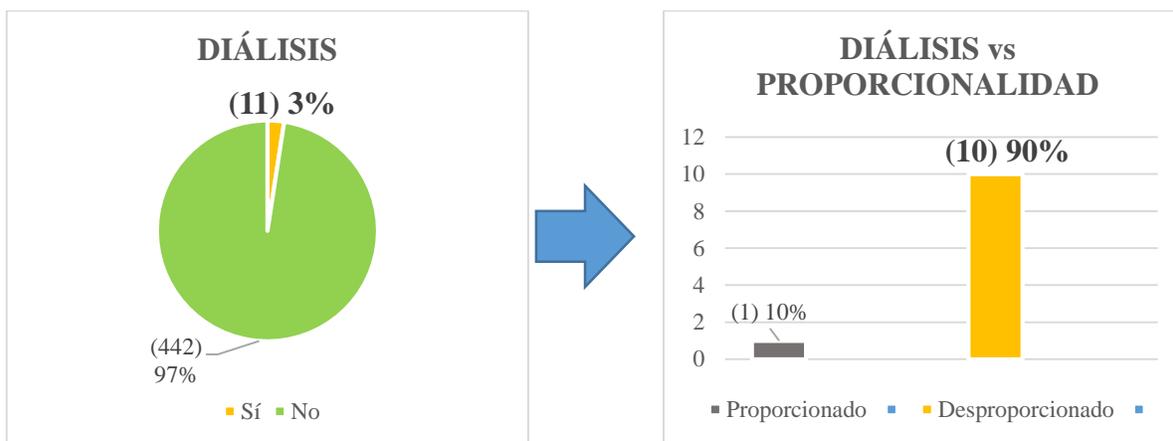
Teniendo en cuenta que, de los 931 pacientes, 453 (48,7%) tenían un diagnóstico oncológico al momento del fallecimiento, siendo la gran mayoría de los mismos; se realizó un análisis individual de las variables más importantes a resaltar encontradas, como ya se mostró en la gráfica 4.

Gráfica 18. Pacientes con diagnóstico oncológico a quienes se les indicó manejo con quimioterapia en las últimas 2 semanas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



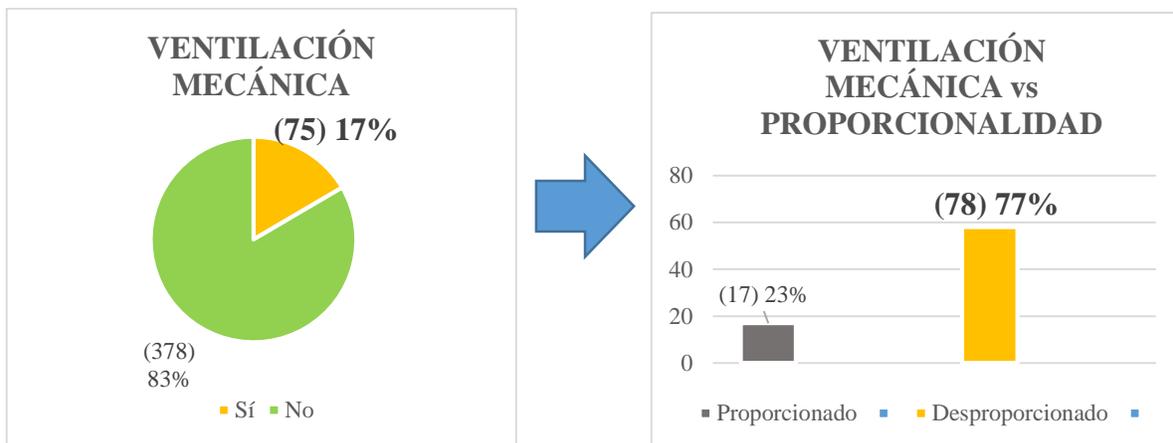
De los 453 pacientes oncológicos fallecidos, se encontró que en el 20% (n=89) de ellos recibieron o se les ordenó quimioterapia en las últimas 2 semanas previas al fallecimiento, siendo la gran mayoría del total de los pacientes fallecidos a los cuales se les administró (98/931) como se mostró en la Gráfica 5. Es muy interesante, que persistió la categorización como un tratamiento desproporcionado en el 76% (n=68) de los (n=89) pacientes oncológicos que la recibieron, prácticamente el porcentaje que lo necesitaba aparentemente era muy bajo, lo que hace dudar de su necesidad.

Gráfica 19. Pacientes con diagnóstico oncológico que se les realizó diálisis las 2 semanas previas al fallecimiento vs proporcionalidad del tratamiento



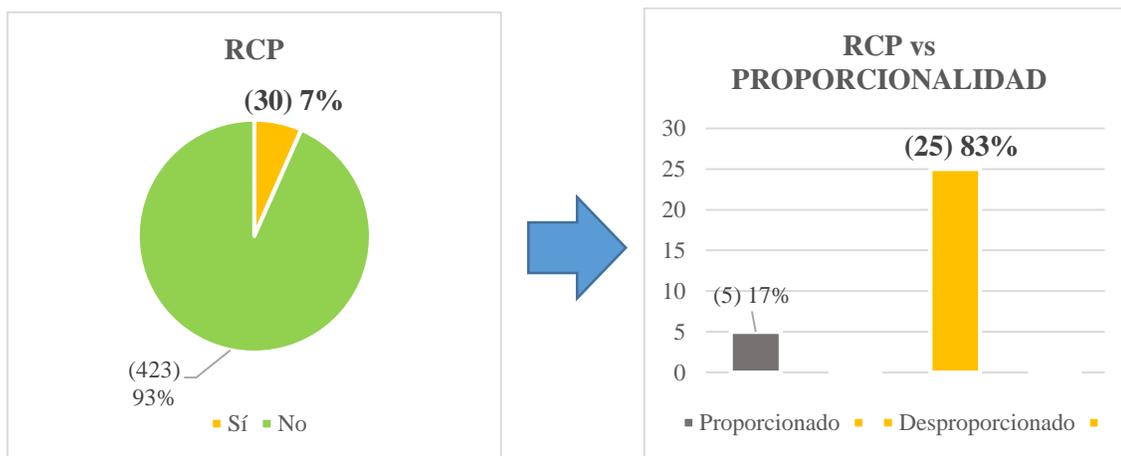
De los 453 pacientes con este diagnóstico, en el 3% (n=11) se les realizó diálisis en las últimas 2 semanas previas al fallecimiento, siendo interesante que en el 90% (n=10) de los 11 pacientes se consideró un tratamiento desproporcionado, es decir en el 90% de ellos, casi que el total de los que la recibieron. Los 11 pacientes oncológicos que fueron manejados con diálisis hacen parte del grupo de los (n=49) del total de fallecidos manejados con esta intervención, en los que también en un alto porcentaje se consideró como no proporcionado (Gráfica 15). Se puede entender también de este resultado, que no existe una relación directa entre la realización de diálisis y las patologías oncológicas, esta puede estar indicada en diferentes escenarios clínicos de los pacientes.

Gráfica 20. Pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron manejo con ventilación mecánica las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



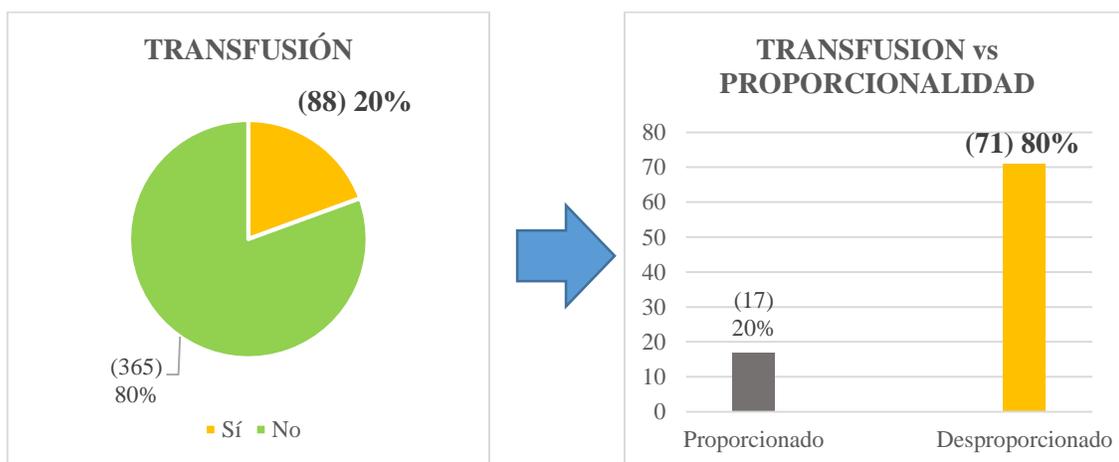
En el 17% (n=75) de los pacientes de este grupo fueron manejados con ventilación mecánica, siendo en el 77% (n=58) de ellos categorizado como una intervención desproporcionada. Los pacientes oncológicos fueron un pequeño porcentaje del total de pacientes fallecidos que requirieron ventilación mecánica n=277 (Gráfica 8), siendo también un porcentaje mayor donde fue desproporcionado el manejo.

Gráfica 21. Pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron manejo con reanimación cardiopulmonar en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



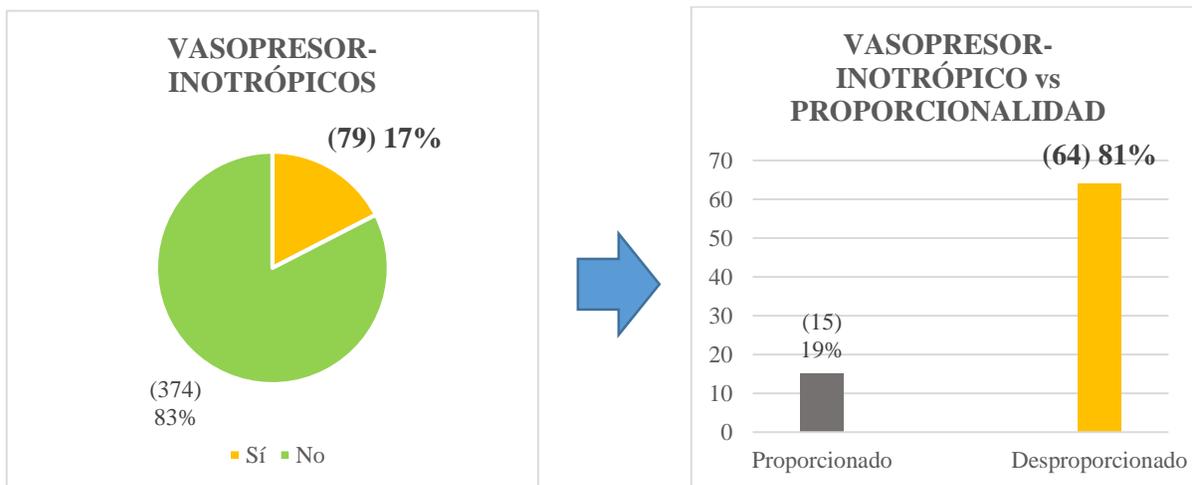
Otra variable analizada de interés, fue aquellos que requirieron reanimación cardiopulmonar las últimas 48 horas previas al fallecimiento, intervención realizada en el 7% (n=30) de ellos, siendo en el 83% (n=25) de los mismos, un tratamiento considerado como desproporcionado. Los (n=30) pacientes oncológicos manejados con RCP correspondieron aproximadamente una tercera parte del total de los pacientes fallecidos que fueron reanimados (n=113) (Gráfica 7).

Gráfica 22. Pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron transfusión de hemoderivados en las últimas 48 horas previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



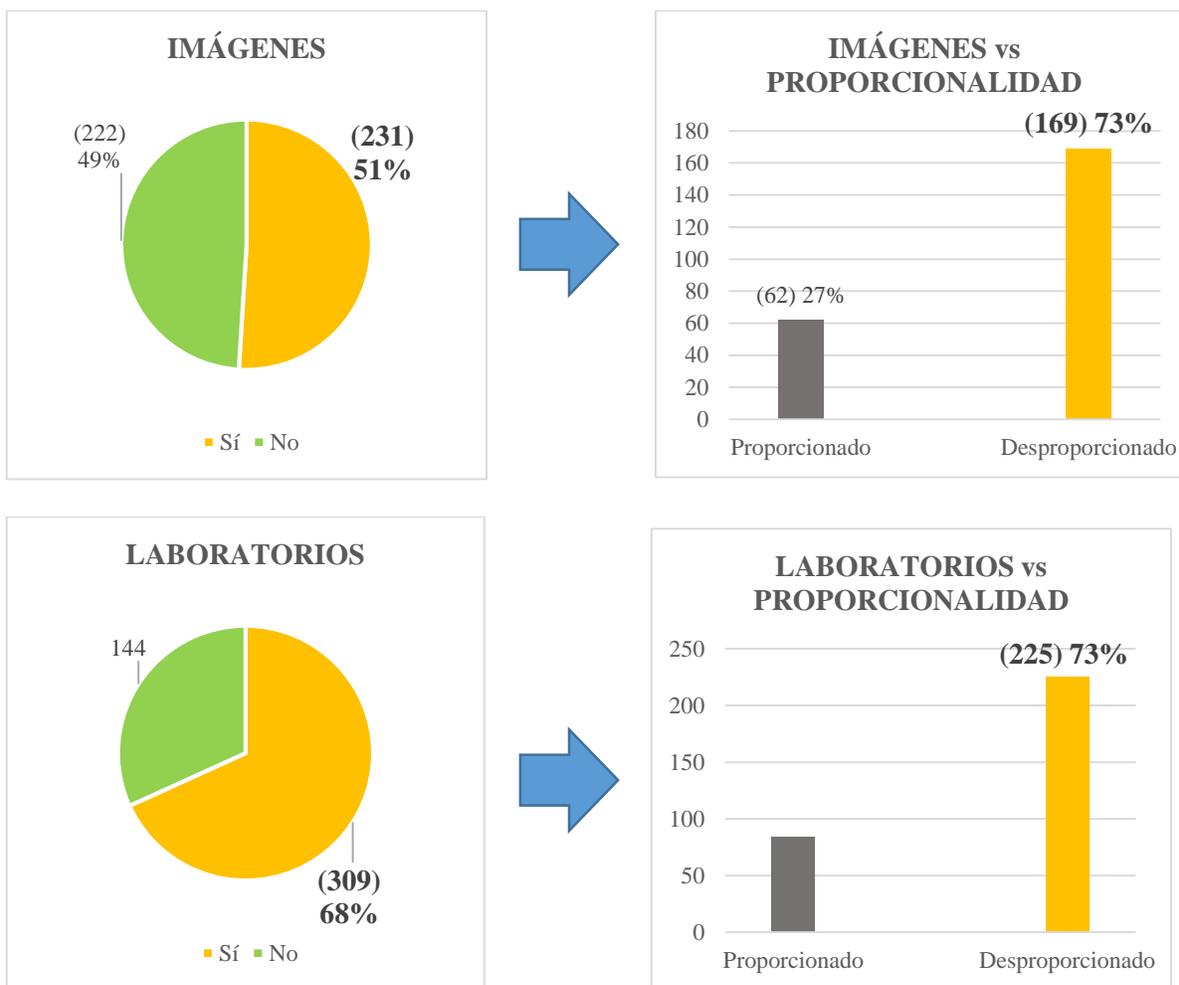
20% (n=88) de los 453 pacientes con diagnóstico oncológico, recibieron transfusión de hemoderivados en las últimas 48 horas previas al fallecimiento, encontrándose que en el 80% (n=71) de ellos fue un tratamiento desproporcionado, lo que indica que para estos pacientes era una intervención no indicada. Estos pacientes eran aproximadamente la mitad de los (n=175) pacientes del total de fallecidos que recibieron esta intervención, donde también fue alto el porcentaje en el que se consideró desproporcionado (Gráfica 9).

Gráfica 23. Pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron manejo con vasopresores o inotrópicos vs proporcionalidad.



El 17% (n=79) recibieron manejo con vasopresores o inotrópicos en las últimas 48 horas previas al fallecimiento, se encontró que en el 81% (n=64) de los 79 pacientes manejados con este tratamiento, fue desproporcionado. Esto se correlaciona con el total de pacientes fallecidos que fueron manejados con esta intervención (n=307), donde el porcentaje categorizado como tratamientos desproporcionado fue mayor. (Gráfica 10).

Gráfica 24. Pacientes con diagnóstico oncológico que se les realizó imágenes y laboratorios en las últimas 48 previas al fallecimiento vs Proporcionalidad del tratamiento



Otros resultados para mostrar de interés en este grupo de pacientes, se encontró en las variables de realización de laboratorios e imágenes las últimas 48 horas previas al fallecimiento. Al 51% (n=231) se les realizaron imágenes, siendo en el 73% (n=169) de ellos un tratamiento categorizado como desproporcionado.

Así como las imágenes, se encontró que al 68% (n=309) se les realizó laboratorios, siendo considerado como uno tratamiento desproporcionado en el 72% (n=225) de los pacientes a los que se les realizó. Esto concuerda con los datos mostrados del total de fallecidos, siendo mayor el número de pacientes a los que se les realizó la intervención vs a los que no, y persistiendo la desproporcionalidad en la pertinencia de los mismos. (Gráfica 11-12).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Teniendo en cuenta el objetivo del trabajo, se evidenció que más de la mitad de los tratamientos administrados a los pacientes adultos fallecidos durante los años 2016 y 2017 en un hospital de cuarto nivel al final de la vida en su última hospitalización fueron considerados como “desproporcionados” o “no benéficos”. Este gran resultado, probablemente es uno de los más importantes del estudio, reafirma las teorías iniciales planteadas: Que, en los pacientes con patologías diversas al final de la vida, entre más complejas sean o más crítica la condición, suelen recibir un gran número de tratamientos e intervenciones que no mejoran su condición de vida y no generan ningún beneficio adicional puesto que todos fallecieron.

No existen cifras comparables en nuestro país, lo que sí se conoce, es que hoy en día existe un gran interés por esta problemática; por lo que se han hecho estudios a través de encuestas a enfermeras y médicos e incluso pacientes en Estados Unidos en búsqueda de estrategias de mejora en la práctica, los resultados de estos estudios han puesto en evidencia que

aproximadamente en el 38% de los casos el personal de salud percibe que se realizan tratamientos desproporcionados, pero estos valores no supera la mitad de las intervenciones realizadas a los pacientes .

Es una cifra realmente alarmante, 55% de tratamientos desproporcionados. Como se mencionó en la introducción, lo que se desea del ejercicio médico, lo que el sentido común nos dice, aunque no exista una cifra precisa, es que se espera, que las intervenciones médicas sean cercanas al 100% en criterio de proporcionalidad para cada paciente, que exista un balance en el manejo de la calidad de vida, pronóstico y utilidad del tratamiento.

Aunque al inicio del trabajo ya existía un conocimiento general de los problemas que los médicos enfrentan ante las patologías más complejas de los pacientes, principalmente en aquellos terminales, sobre cómo hacer un adecuado ejercicio, donde no se considere que el “no hacer o dejar de hacer”, es igual a matar; este dilema es la razón por la cual, tienden a prescribir mayor número de tratamientos sin una justificación clara. Se busca que exista una reflexión precisa de la evaluación de las necesidades del paciente y sus deseos que permita una mejor medicina, más humana y razonable.

En la evaluación de esta variable, el resultado fue totalmente contrario a lo esperado, sobre todo considerando el hospital de excelencia en el que se hizo el análisis, los recursos tecnológicos y humanos que se disponen, el número de especialidades y subespecialidades, un servicio de ética clínica a disposición. Con todo esto, quedó finalmente en evidencia que se necesita el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de educación en el personal médico para

saber abordar la muerte, y los pacientes críticos de una forma más razonable desde el punto de vista ético y no moral, social o laboral, para asegurar lo mejor para cada paciente

Fue llamativo que aproximadamente la mitad de los pacientes hubiesen requerido manejo en la unidad de cuidado intensivo (UCI) o en la sala de reanimación. Esto pudo estar relacionado con las patologías que presentaron, en mayor frecuencia de origen oncológico o procesos sépticos, siendo estas, patologías que condicionan un compromiso importante del estado clínico, haciéndolos más críticos, con unos requerimientos de mayor vigilancia, monitorización y posiblemente de aplicación de medidas terapéuticas más avanzadas y extremas.

Hay que considerar, que si los pacientes con las patologías mencionadas terminaron en estos servicios y aun así fallecieron, este desenlace no fue sorpresa para el personal a cargo, ya que, no hubo dudas en la revisión de las historias clínicas de la severidad del estado clínico; esto, pone en evidencia que se presentó una falta de percepción adecuada del personal médico de la cercanía del paciente con la muerte, para que, en lugar de trasladarlo a áreas tan complejas, se debió primero pensar en asegurar calidad y comodidad como manejo fundamental.

Al compararse este resultado con otras series de casos, se puede percibir que en otros lugares los pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo son pacientes con patologías cardíacas en su gran mayoría, patologías quirúrgicas, entre las principales; sin embargo, la población del grupo de pacientes fallecidos del estudio era casi la mitad oncológicos, lo que lleva a pensar que no hay claridad del manejo que un paciente terminal debe recibir.

El diagnóstico que tenían aproximadamente la mitad de los pacientes que fallecieron, era: Oncológico. El cáncer se ha convertido en la enfermedad más común en el mundo; ocasionado posiblemente por los avances de la tecnología en medicina que han permitido que las personas vivan más, pero así mismo, todos estos cambios han aumentado el número de pacientes con enfermedades terminales, convirtiéndose en un reto para el ejercicio médico, donde resulta más difícil para el personal de salud brindar únicamente medidas de cuidado y confort sin buscar “Curar lo incurable”.

Por eso, se realizó un análisis individual para los pacientes con este diagnóstico, que permitió visualizar, un escenario médico en el que se realizan muchos tratamientos no proporcionados a pesar de las condiciones clínicas conocidas de los pacientes, probablemente porque para el personal a cargo: Moral, social o laboralmente es difícil de abordar apropiadamente estas situaciones. En estos pacientes se deben tener unas consideraciones éticas más sólidas, “Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre” (W. Osler), donde no siempre hacer y ordenar más, no es lo mejor.

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH) calcula que para el año 2018 en Estados Unidos, se diagnosticarán aproximadamente 2 millones de casos nuevos de cáncer y más de 500000 morirán. Debemos entender que esta es nuestra realidad, y que el personal de salud debe estar lo mejor preparado con todas las herramientas morales disponibles para buscar el beneficio de los pacientes terminales o críticos en términos de confort y mejorar así la educación acerca del manejo de pacientes cercanos a la muerte, crear una sensibilización.

Cada resultado encontrado en el presente estudio, resulta muy interesante a luz médica y ética de analizar. La gran mayoría de estos pacientes tenían orden de no ser reanimados en algún momento de su última estancia hospitalaria previo al fallecimiento, dicha orden fue indicada por el médico a cargo o mediante una decisión en conjunto con la familia o por el paciente previamente si su estado clínico lo permitió, siendo muy bajo el número de los que fueron reanimados. Esto podría sugerir que en la práctica no se existe un dilema complejo frente a la decisión de cuáles pacientes de acuerdo a edad, severidad de la patología, compromiso clínico y posibilidades de sobrevida deberían no ser reanimados.

Donde sí fue controvertido este resultado, fue en los pacientes que recibieron reanimación cardiopulmonar, debido a que en más de la mitad de ellos se categorizó como un tratamiento desproporcionado. De aquí, se puede interpretar que, para el tipo de pacientes tratados, donde la gran mayoría tenían patologías oncológicas o sépticas severas, no es fácil para el médico comprender estos escenarios, que, ante desenlaces irreversibles, hacer más tratamientos sobre todo invasivos no es una conducta ética adecuada, sino que por el contrario lleva a pérdida de la dignificación de la muerte. Incluso, un hallazgo más grave fue la violación del derecho de autonomía, al encontrarse un pequeño porcentaje de pacientes reanimados que tenían orden o voluntad anticipada en la historia clínica de no hacerlo, siendo el mayor número realizado en la unidad de cuidado intensivo, esto debido a que en el momento que el paciente lo requirió no hubo claridad por parte del médico que se encontraba de la conducta previamente establecida con el paciente, posiblemente por falta de una comunicación efectiva entre todo el equipo, miedo a una posible demanda, conflicto moral o angustia por la sensación de dejar de morir o presión de la familia quienes no tenían un conocimiento adecuado del desenlace de la enfermedad de su

familiar. Este comportamiento es claro que no debe suceder, no puede ser posible que se reanime pacientes que no lo deseen o que por el pronóstico no tengan indicación, debería ser castigado, la muerte requiere dignificación, la cual no debe ser violada, pero este no es el tema de interés a tratar en este estudio. Aquí se evidencia mejor el dilema presentado en esta discusión que tienen los médicos ante el manejo ético que se debería hacer en los pacientes cercanos a la muerte, pero no es posible que estos casos sucedan además en una unidad de cuidado intensivo, donde se espera que el personal a cargo tenga un mejor dominio y entrenamiento del manejo que los pacientes requieren sobre todo por la complejidad de las patologías que tienen en estas unidades.

Aunque no fue el objeto de interés del estudio, más de la mitad de los pacientes no tenían una voluntad anticipada que permitiera definir en esas situaciones críticas las conductas médicas a seguir, esto puede ser secundario al miedo que genera la muerte en el ser humano, razón por la cual, preferimos dejar este tipo de decisiones tan importantes en poder de otros para no determinar nuestro futuro. Aunque en muchos hospitales hoy en día se viene trabajando en la cultura de enseñar la importancia de definir voluntades anticipadas a los pacientes en el momento que ingresan a consulta a un servicio de salud, queda claro que el trabajo realizado aún es insuficiente y que se requiere de mejores estrategias para concientizar a los pacientes de la importancia de la misma. En nuestro país, aproximadamente para el año 2015 mil personas manifestaron como desearían fuera su proceso de muerte. Esta cultura ha ido lentamente aumentada, sobre todo después de la Ley de voluntad anticipada que entró en vigor, cifras de la secretaría de salud en Bogotá muestran que en el 2008 se firmaron apenas 100 documentos de voluntad anticipada, pero entre 2016 y 2017 se registraron aproximadamente 1000 firmas. No existen cifras exactas comparables, pero es claro que en el mundo si hay una cultura más

definida de establecer el cómo se quiere morir, en México, por ejemplo, desde el 2008 está la ley del “Bien morir”, y en otros países como Argentina, España, se han regulado leyes para el fortalecimiento de la dignidad de la muerte. Definitivamente la voluntad anticipada es un tema que requiere continuar fortaleciéndose desde la acción de todos los involucrados en salud y principalmente en los pacientes.

Se encontraron muchas variables cuyos resultados fueron muy interesantes. Una de ellas fue la administración de quimioterapia, donde, aunque fue un porcentaje bajo quienes la recibieron, fue en su gran mayoría categorizado como desproporcionado. Hay que partir del conocimiento que se trató de pacientes al final de la vida, donde recibir este tipo de tratamientos ante la irreversibilidad de su desenlace por su patología y severidad no era adecuado, empeorando la calidad de la vida del paciente, sin aumentar su pronóstico, causando por el contrario mayor número de días de hospitalización y costos. Esta intervención además de otras como la administración de radioterapia, realización de transfusión, inicio de soporte vasopresor e inicio de diálisis en donde se encontraron resultados muy similares, más dramático en los pacientes oncológicos, lo que pone en evidencia que son tratamientos complejos no ordinarios, que aunque no se indicaron como una “lista de chequeo” a cumplir por parte del médico, si denota que falta una reflexión mayor del mismo y del resto del personal, de la consideración del paciente y su enfermedad, en la búsqueda de confort para no prolongar agonía en lugar de realizar tratamientos ineficaces. Comparando estas intervenciones en otras partes del mundo, hay una correlación en que son medidas no ordinarias, indicadas en un bajo porcentaje de los pacientes, por ser de alto costo, requerir entrenamiento y recursos especiales, pero que su uso debería ser en aquellos cuya condición médica fuera reversible. Para nuestro análisis visto de

forma retrospectiva, era evidente que la mayoría de estos pacientes iban a fallecer, razón por la cual no tenían indicación de estos tratamientos, ya que no iban a generar ningún beneficio, sin embargo, esto no fue percibido así por el personal que se encontraba en ese momento, nuevamente posiblemente por no existir una adecuada noción de los pacientes en cercanía a la muerte. Los datos mundiales en relación a tratamientos no ordinarios en pacientes críticos en unidades de cuidado intensivos son enfáticos en decir que deben suspenderse en más del 50% de los casos sobre todo las intervenciones más invasivas

Existe también, una cultura cada vez menos agresiva en los pacientes terminales en relación a la ingesta, el estudio mostró que el número de pacientes que fueron nutridos a través de sondas o de forma intravenosa fue significativamente menor con respecto a los que recibieron vía oral o a los que se les suspendió por su estado crítico. Sin embargo, fue alarmante que en los pacientes que recibieron algún tipo de nutrición artificial, en más del 70% de ellos se consideró una medida desproporcionada. Esto puede relacionarse con el temor que siente el médico de “dejar morir” y que en la práctica son pocos los que se atreven a limitar alguna forma de nutrición posible para el paciente, tanto así que en los datos mundiales la limitación de nutrición en pacientes críticos se ve apenas en el 2% de los pacientes

Así como hubo intervenciones que por su complejidad no se realizaron en la mayoría de los pacientes, y que en los que pocos que si fueron medidas desproporcionadas, también se encontró un grupo pequeño de intervenciones en los que el porcentaje a los que si se les realizo fue mayor en comparación que los que no, dentro de ellos se encontró: La administración de líquidos intravenosos de forma continua incluso previo al fallecimiento, este tipo de tratamiento aunque

no prolonga la vida, no es significativamente cuestionable, puede ser en gran medida porque es considerado un tipo de intervención ordinario y porque no genera ningún efecto indeseable o perjudicial en los pacientes. Sin embargo, si debe resaltarse que más del 90% de los pacientes lo tenían, ¿Hará esto parte de la “lista de chequeo” diaria del médico? O realmente el paciente tenía la indicación, es una respuesta difícil de entender de forma retrospectiva, lo que si debe quedar claro es que, aunque no se considere un tratamiento agresivo, si debe tener el medico claridad de la indicación del mismo y que no se trata de formular por formular, para cumplir un requisito.

Dentro del grupo de intervenciones no agresivas, también se encontró que un gran porcentaje de los pacientes recibieron tratamiento con cubrimiento antibiótico sin que éste mejorara la condición en la que estaban, teniendo presente que cuando estos tratamientos fueron administrados en más de la mitad de los casos se consideró desproporcionado. Estas intervenciones hacen relación a lo que se explicó, que, aunque no son medidas invasivas si hay un reflejo de una sobreutilización del mismo, haciendo pensar que el médico no percibe el objetivo de los tratamientos en pacientes cercanos a la muerte.

Otras de las intervenciones “no agresivas” analizadas en el estudio fue la realización de imágenes diagnósticas y toma de paraclínicos las últimas 48 horas previas al fallecimiento, incluso la mayoría el mismo día. Esto pone en evidencia que en ocasiones el médico puede olvidarse del estado clínico evolutivo de los pacientes y funcionar de una forma más “operativa” cumpliendo con unos requisitos de seguimiento sin considerar la indicación y pertinencia real de los mismos y si los resultados arrojados tendrán algún tipo de impacto en el manejo indicado para cada paciente (famosas baterías de exámenes) que se indican de forma sobre estimada bajo

la protección que no generan “daño” en el paciente, como una forma de calmar la angustia que se percibe generan los pacientes más críticos.

No por último y menos importante, las intervenciones quirúrgicas también cumplieron un papel importante en los pacientes de nuestro estudio, en donde se encontró que en el 35% de los pacientes a los que se realizó en más del a mitad fue un tratamiento categorizado como desproporcionado siendo estas cifras más relevantes en procedimientos como realización de gastrostomías siendo casi en su totalidad una medida no proporcionada, las Toracostomías y múltiples procedimientos en la misma intervención probablemente porque se hizo más de lo que el paciente necesitaba como medida de tratamiento. En estos, los médicos cirujanos también en ocasiones hacen más de lo que se debe, aunque en comparación con a las intervenciones médicas, si parece que en relación a las cirugías hay una consideración más oportuna para su indicación, puede ser por lo que se percibe como un tratamiento más agresivo, se racionaliza mejor.

Como las patologías de los pacientes fallecidos, correspondían en más del 70% a diagnósticos oncológicos o sépticos, estos no fueron apropiados candidatos para la donación de órganos, además que nuestro hospital no es un centro de referencia de politraumatizados que suelen ser con mayor frecuencia los pacientes más adecuados para esta intervención, es un porcentaje bajo en comparación con cifras de otros países donde sus donaciones ascienden a más del 18% como en España, Reino Unido.

CONCLUSIONES

Existe un problema claro, en el reconocimiento del médico de la cercanía del paciente con la muerte, una inadecuada visión que le permita percibir el mal estado del mismo, secundario a diferentes factores (angustia moral, falla en la comunicación, presión de la familia, recursos disponibles, preocupación laboral y legal), causando que la gran mayoría de las intervenciones médicas y quirúrgicas realizadas sean categorizadas como desproporcionadas, por encima de las cifras en otras partes del mundo.

Las intervenciones médicas fueron las medidas más desproporcionadas, las principales eran: Quimioterapia, reanimación cardiopulmonar, transfusión, diálisis, vasopresores, radioterapia, imágenes y laboratorios. Siendo las dos últimas las más realizadas de forma alarmante, aumentando costos, tiempo de hospitalización y deterioro de calidad de vida

Las intervenciones quirúrgicas se encontraron en menor porcentaje, y fueron menos desproporcionadas que las médicas, puede ser debido a un razonamiento más adecuado sobre su realización por parte del médico. Siendo los 3 procedimientos más desproporcionados: Gastrostomías, Toracostomías, Múltiples cirugías en la misma intervención.

El cáncer es nuestro presente del ejercicio médico, la mayoría de pacientes fueron oncológicos, y no estamos preparados para las consideraciones que estos pacientes requieren en relación a su mejor manejo, soportado en los resultados encontrados del uso indiscriminado de

las áreas de reanimación y de cuidado intensivo para más de la mitad de los pacientes que fallecieron.

Las principales intervenciones desproporcionadas en los pacientes oncológicos fueron: Quimioterapia, Radioterapia, Transfusión, Laboratorios e Imágenes.

Nos enfrentamos a un ejercicio de la medicina más agresiva y operativa, parece olvidarse que somos médicos y no técnicos, en donde hay una aparente conducta del seguimiento de una “Lista de chequeo” o “batería de órdenes” reflejada en la cantidad desmedida de imágenes y laboratorios realizados, principalmente en los pacientes de la Unidad de cuidado intensivo, reanimación y a cargo de Medicina interna (principal servicio a cargo de los pacientes), las últimas 48 horas previas a fallecer.

La no reanimación de los pacientes es una orden que debe ser evaluada periódicamente en la hospitalización de los pacientes y que debe ser respetada si esta fue decidida el paciente o la familia. No debe haber violación bajo ninguna forma de la autonomía del paciente.

No hay una cultura de la voluntad anticipada, ni por parte del médico ni por parte de los pacientes, sobre todo en los oncológicos. Si esta existiera facilitaría al médico su práctica principalmente para los más complejos o críticos si se hiciera más frecuente.

Es evidente que no hay una adecuada enseñanza en los diferentes niveles de formación del personal de la salud para ser más ser más racionales y sensibles en estos escenarios y poder

comprender con mayor rapidez lo que el paciente necesita realmente. Permitir que pueda morir dignamente, respetando sus deseos, aliviando el dolor y no con medidas no requeridas. (17)

Se debe implementar estrategias educativas desde los programas de pregrado, capacitación al personal médico, enfermeras que trabajan en el hospital para abordar y manejar a los pacientes al final de la vida favoreciendo su confort, no agonía frente a la consideración de otras intervenciones. Promocionar el Servicio de ética clínica con el que se dispone, para que puedan acudir ante dudas terapéuticas en relación a proporcionalidad, limitación del esfuerzo terapéutico y otros cuestionamientos morales que se presenten.

Estrategias que permitan al personal a cargo, hacer una práctica de la salud más ética, donde se conserve la autonomía del paciente, y se busque mantener los principios de Beneficencia y no maleficencia en el actuar lo más posible. Que se puedan establecer parámetros que permitan evaluar intervenciones consideradas como cuestionables y así lograr una mejor atención. (16)

BIBLIOGRAFÍA

1. Downar J, You JJ, Bagshaw SM et al. Nonbeneficial treatment Canada: definitions, causes, and potential solutions from the perspective of health-care practitioners*. *Critic Care Med* 2015; 43:270–81

2. Cardona-Morrel M Kim J, Turner R, Anestey M, Mitchell I, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem , *International Journal for Quality in Health Care*, 2016, 28(4), 456–469.

3. Thanh H. Neville, MD, MSHS, Joshua F. Wiley, MA, Eric S. Holmboe, MD, Chi-Hong Tseng, PhD, Paul Vespa, MD, Eric C. Klerup, MD, and Neil S. Wenger, MD, MPH
Differences between Attending’s and Fellows perceptions of futile treatment in the intensive Care Unit at one academic Health Center: Implications for training.. *Academic medicine*, Vol. 90, No 3/ March 2015

4. Willmont L, White B, Gallais C, and Parker M: Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: a qualitative study. *Clinical ethics*. 2016 Aug; 42(8):496-503
Thanh H. Neville, MD, MSHS, Joshua F. Wiley, MA, Eric S. Holmboe, MD, Chi-Hong Tseng, PhD, Paul Vespa, MD, Eric C. Klerup, MD, and Neil S. Wenger, MD, MPH
Differences between Attending’s and Fellows perceptions of futile treatment in the intensive Care Unit at one academic Health Center: Implications for training.. *Academic medicine*, Vol. 90, No 3/ March 2015

5. Morishima T, Lee J, Otsubo T et al. Association of healthcare expenditures with aggressive versus palliative care for cancer patients at the end of life: a cross-sectional study using claims data in Japan. *Int J Qual Health Care* 2014; 26:79–86
6. Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility from a literature review to a clinical model. *J Med Ethics* 2002; 28:115–9
7. Vincent JL: Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27:1626–1633
8. Anstey M, Adams J, McGlynn E: Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. *Critic care* 2015; 19:51
9. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, et al: The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med* 2013; 173:1887–1894
10. Inês Motta de Morais 1, Rui Nunes 2, Thiago Cavalcanti 3, Ana Karla Silva Soares 4, Valdiney V. Gouveia 5. Percepciones de estudiantes y médicos sobre la “muerte digna”. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (1): 108-17
11. 174.full.pdf [Internet]. [citado 21 de enero de 2019]. Disponible en: <https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/9/1/174.full.pdf>

12. Szabo L: Too many medical tests may harm, not help, older patients. Kaiser Health News 0924 GMT (1724 HKT). January 3, 2018
13. Fernández F, Garro P: La atención al final de la vida. XI Conferencia de expertos de la SOCMIC 2016
14. Xunta de Galicia: los cuidados al final de la vida. Consellería de sanidad-servicio gallego de salud, Santiago de Compostela 2012. Krissola Deseño, s.l. p1-87
15. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Rev. Méd. Chile v131 n.6. Santiago jun. 20035
16. Torregrosa L. La Perspectiva de las capacidades en el debate sobre la futilidad en medicina. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal. Pontificia Universidad Javeriana Publicación Trabajo de Grado; Bogotá, 26 de Noviembre 2012.
17. Gempeler FT. Derecho a morir dignamente. Universitas Médica. Bogotá (Colombia), 56 (2):178-185, abril-junio, 2015.

Otras bibliografías referencia:

- Cardona-Morrel M Kim J, Turner R, Anestey M, Mitchell I, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem , International Journal for Quality in Health Care, 2016, 28(4), 456–469.
- Singal RK, Sibbald R, Morgan B et al. A prospective determination of the incidence of perceived inappropriate care in critically ill patients. Can Respir J 2014; 21:165–70.
- Thanh H. Neville, MD, MSHS, Joshua F. Wiley, MA, Eric S. Holmboe, MD, Chi-Hong Tseng, PhD, Paul Vespa, MD, Eric C. Klerup, MD, and Neil S. Wenger, MD, MPH Differences between Attending’s and Fellows perceptions of futile treatment in the intensive Care Unit at one academic Health Center: Implications for training. Academic medicine, Vol. 90, No 3/ March 2015.
- Helft PR, Siegler M, Lantos J: The rise and fall of the futility movement. N Engl J Med 2000; 343:293–296
- Palda VA, Bowman KW, McLean RF, et al: “Futile” care: Do we provide it? Why? A semi structured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. J Crit Care 2005; 20:207–213.

- Sibbald R, Downar J, Hawryluck L: Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *CMAJ* 2007; 177:1201–1208.

- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al; APPROPRICUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM: Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 2011; 306:2694–2703.

- Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *J Med Ethics* 2000; 26:396–9.

- Gilmer T, Schneiderman LJ, Teetzel H et al. The costs of non-beneficial treatment in the intensive care setting. *Health Aff* 2005; 24:961–71.

- Bustamante, Marcelo. Limitación Terapéutica y conflictos éticos: Proporcionalidad. *Revista Argentina de Medicina respiratoria*. 2006. N3: 137-141.

- P. Hernando, G. Diestre, F. Baigorri. Limitación del esfuerzo terapéutico: “Cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?”. *Scielo. Anales Sis. San Navarra*, vol.30, supl3. Pamplona 2007.

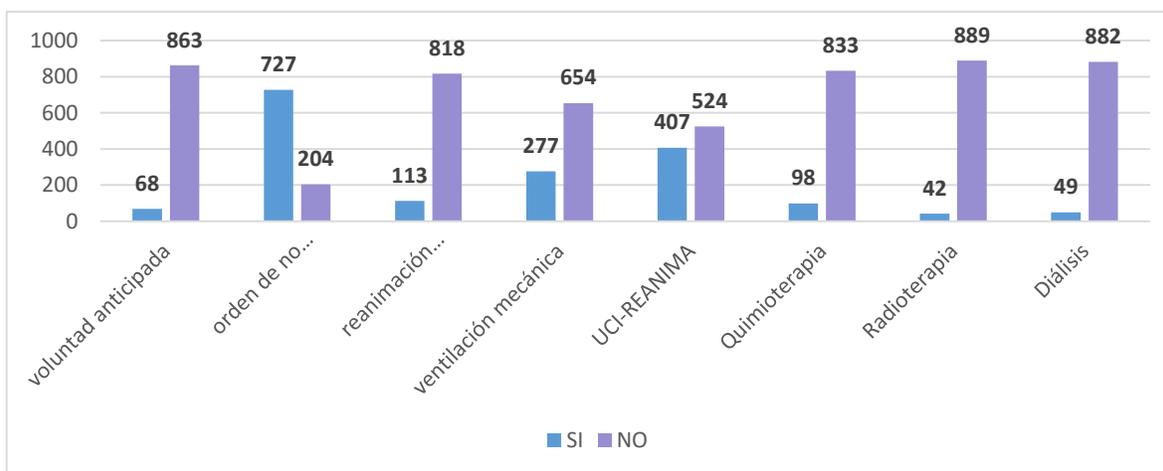
- Gustavo De Simone, Vilma Tripodoro. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Manual para estudiantes de carrera de medicina. Primera edición, Buenos Aires, febrero 2004.

- A, Miján de la Torre, A, Pérez García. Cálculo de necesidades en el paciente oncológico. Capítulo VIII. Soporte nutricional en el paciente oncológico.97-113.

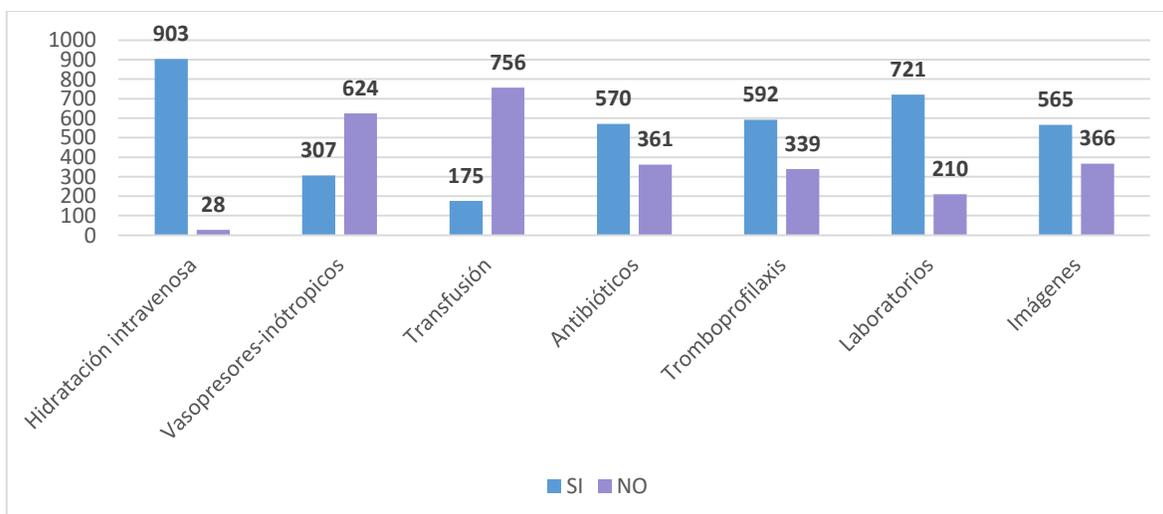
- Grupo de Estudios de Ética clínica de la Sociedad Médica de Santiago. La reanimación cardiorespiratoria y la orden de no reanimar. Revista Méd. Chile, 2007; 135: 669-679

ANEXOS

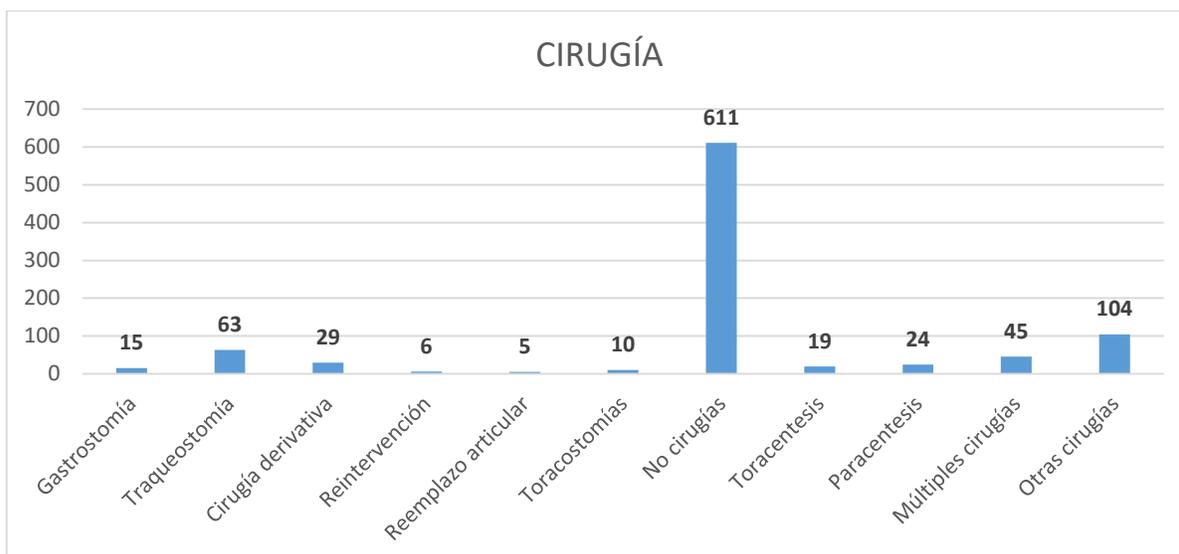
Distribución de las intervenciones realizadas las dos últimas semanas previas al fallecimiento



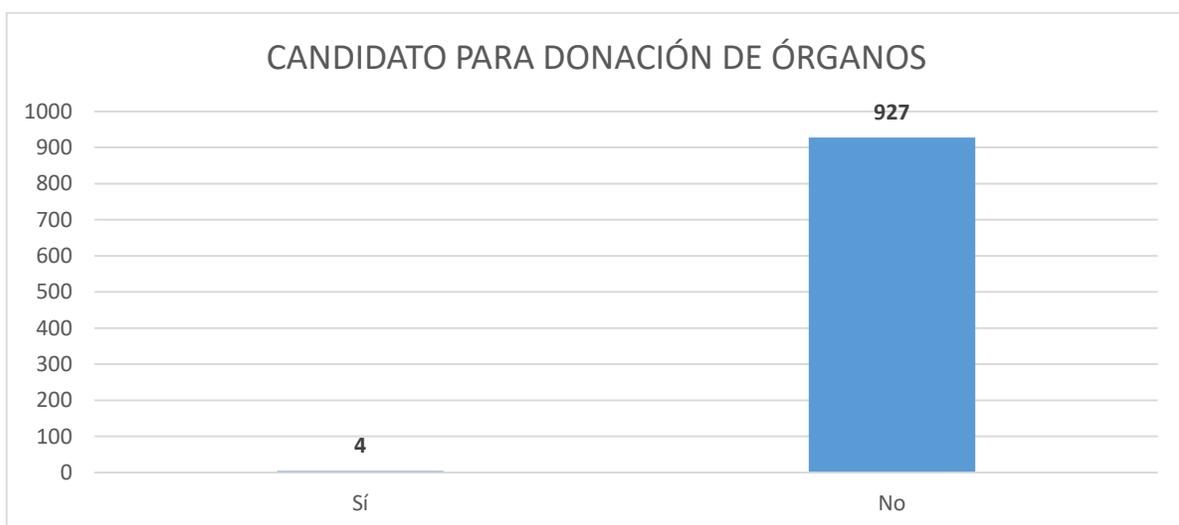
Distribución de las intervenciones realizadas las últimas 48 horas previas al fallecimiento



Distribución de los procedimientos quirúrgicos realizados en las últimas dos semanas previas al fallecimiento



Pacientes candidatos a donación de órganos



Pacientes con voluntad anticipada previa al fallecimiento

VOLUNTAD ANTICIPADA		
	N	%
Sí	68	7
NO	863	93
Total	931	100

Orden de no reanimación

Orden de NO REANIMACIÓN		
	N	%
Sí	727	78
No	204	22
Total	931	100

Hidratación endovenosa las últimas 48horas previas al fallecimiento

HIDRATACIÓN ENDOVENOSA		
	N	%
Sí	903	97
NO	28	3
Total	931	100

Trombo profilaxis las últimas 48 horas previas al fallecimiento

TROMBOPROFILAXIS		
	N	%
Sí	592	64
No	339	36
Total	931	100