

LIMITACIONES DE ESFUERZOS TERAPEUTICOS

RESULTADOS DE UN REGISTRO
PROSPECTIVO EN UNA SALA DE CLINICA MEDICAABEL NOVILLO, ROBERTA I. LADENHEIM, MARIANA GALANTE, IGNACIO M. ISOLA,
MARTIN E. MUSI, VANESA NAGUEL, PABLO RODRIGUEZ*Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC), Buenos Aires*

Resumen El objetivo de este trabajo fue describir el proceso de limitación de los esfuerzos terapéuticos (LET) en los pacientes internados en una sala general. Para ello se realizó un estudio prospectivo descriptivo, desarrollado en la sala de internación general de un hospital universitario. Fueron evaluados pacientes que tuviesen alguna LET, asistidos por el servicio de clínica médica en un período de 60 días consecutivos. Durante el mismo se hospitalizaron 402 pacientes, 62 (15%) tuvieron algún tipo de LET. Este último grupo estaba compuesto por un 66% de mujeres, la mediana de edad fue de 86 años (78-90) y de la duración de hospitalización de 12 días (8-18). La mala calidad de vida fue la causa más frecuente de LET (69%). Se brindó información acerca de las limitaciones a 43 familias (69%) y 8 pacientes (13%). En la decisión participaron el médico de cabecera (50%), médicos de planta (50%), residentes (40%), la familia (42%) y los propios pacientes (11%). En 7 casos hubo constancia en la historia clínica (11%). Diecisiete pacientes (27%) con LET fallecieron durante la internación, mientras que 44 (71%) fueron dados de alta. En conclusión, la limitación de esfuerzos terapéuticos en nuestros pacientes constituyó un hecho frecuente. No se logró identificar un proceso uniforme o sistematizado para la toma de la decisión de LET. Resulta innegable la necesidad de normativas que guíen al equipo de salud en la toma de decisiones, tranquilicen a familiares y acompañen a los pacientes en sus reales necesidades.

Palabras clave: suspensión de tratamiento, tratamiento de soporte, calidad de vida, sala de internación general

Abstract *Limitation of life-sustaining treatment. A prospective study developed in a clinical ward.* The purpose of this study is to describe the limiting life-sustaining treatment process of patients admitted to a general ward. A prospective descriptive study was designed. The setting was the general ward of university hospital. Study participants were patients assisted by the internal medicine department during a 60-consecutive days period who had limitations of life sustaining treatments. During the study period, 402 patients were hospitalized, 62 (15%) of them had limitations of life support care. The median patient age of the last group was 86 years (78-90), 66% were women and the length of stay was 12 days (8-18). A low quality of life was the most frequent cause of limitation (69%). Information about the limitations was provided to 43 families (69%) and 8 patients (13%). The primary care physician participated in the decision in 50% of the cases, while the attending physician, the resident in charge, patient's family and patients themselves participated in 50%, 40%, 42% and 11% of the cases respectively. The decision of limiting life-sustaining treatments was recorded in seven patient's charts (11%). Seventeen (27%) patients with limitations died during the hospital stay while 44 (71%) were discharged. In conclusion, we found a frequent life sustaining treatment limitation in our patients. These decisions did not follow a uniform or systemized process. The need of guidelines to sort the medical and ethical challenges imposed to the medical team is undeniable.

Key words: treatment, suspension of, life support care, quality of life, general ward

El avance de la ciencia médica trajo aparejado una mayor disponibilidad de recursos terapéuticos, con el consiguiente aumento de la sobrevivencia de los individuos

con enfermedades crónicas. Se crea así la necesidad de ajustar el uso de las medidas disponibles, provocando que los profesionales de la salud, pacientes y familiares se vean frecuentemente obligados a tomar decisiones éticamente complejas. Por otro lado, la aplicación indiscriminada de medidas diagnósticas y/o terapéuticas podría dar lugar a situaciones indeseadas, con prolongación inútil del sufrimiento y consumo ineficaz de recursos asistenciales.

Recibido: 28-XII-2007

Aceptado: 9-IX-2008

Dirección postal: Dra. Mariana Galante, Clínica Médica, CEMIC, Galván 4102, 1431 Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4783-8663 e-mail: marugalante@gmail.com

Parece razonable pensar que cuando la enfermedad supera la capacidad de la medicina para conseguir la recuperación, el núcleo de la atención debe focalizarse en sobrellevar la afección mediante la paliación de los síntomas. En estas situaciones la limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) puede ser clínicamente apropiada y éticamente aceptable evitando así el encarnizamiento terapéutico.

Las medidas de soporte vital implican toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para el mantenimiento de la vida. Entre las medidas de soporte vital avanzado se destacan la reanimación cardiopulmonar, la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica, la hemodiálisis, los procedimientos invasivos y/o quirúrgicos. También, sujeto a discusión, el uso de antibióticos, el soporte nutricional o la hidratación.

Múltiples estudios han analizado los factores más frecuentemente asociados con la LET en los pacientes internados, destacando que las variables más comúnmente relacionadas son la edad avanzada, mayor gravedad de la enfermedad y mayor número de condiciones médicas asociadas^{1,2}.

Si bien la LET está ampliamente estudiada en las unidades de cuidados críticos, aun en nuestro medio³, hemos encontrado poca bibliografía referida acerca de lo que acontece en las salas de cuidados generales. El objetivo de este trabajo describir el proceso por el cual se limitan los esfuerzos terapéuticos en los pacientes internados en la sala general, así como también las características y el resultado de la internación de estos últimos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo durante un período de 60 días (1° de julio-30 de agosto de 2006) en la sala de internación general de un hospital universitario, que dispone de un total de 70 camas de internación de adultos, con un promedio de 2000 admisiones anuales.

Se identificaron los casos con limitación de alguna de las siguientes intervenciones: reanimación de paro cardiopulmonar, pase a terapia intensiva, diálisis, procedimientos invasivos, cirugías, antibióticos, hidratación y alimentación. Se recolectaron datos sobre el proceso de LET de los médicos intervinientes y de la historia clínica. Para salvaguardar la integridad e intimidad de los participantes, su identidad fue preservada. Se obtuvo el aval del comité de ética de nuestra institución.

La recolección de datos estuvo a cargo de los residentes de la carrera de medicina interna que se encontraban al momento trabajando en contacto con los pacientes internados. Se registraron: datos demográficos, duración de la internación, diagnóstico de internación, comorbilidades según el *Score Charlson*⁴, presencia de enfermedades con pronóstico estimado de vida inferior a 6 meses, capacidad funcional según *score de Actividades de la vida diaria (AVD)*⁵, tipo y motivo de limitación, indicación de tratamientos paliativos, momento en el que se limitaron los esfuerzos terapéuticos, participantes de la decisión, información brindada al pacien-

te y/o familia, registro en la historia clínica y resultados de la internación.

Las variables demográficas, la duración de hospitalización y la mortalidad durante la internación de los pacientes incluidos se compararon con aquellos pacientes sin limitaciones terapéuticas, hospitalizados durante el mismo período de tiempo.

Las variables cuantitativas se expresan como mediana (percentilo 25-75). Para comparar proporciones y variables cuantitativas se utilizaron test exacto de Fisher y Mann Whitney respectivamente. Se utilizó el *software* SPSS 13.0. 2004.

Resultados

Durante el período de estudio se hospitalizaron 402 pacientes, de los cuales 62 (15%) tuvieron algún tipo de LET. Este último grupo estaba compuesto por un 66% de mujeres, la mediana de edad fue de 86 años (78-90) y la duración de la hospitalización fue de 12 días (8-18).

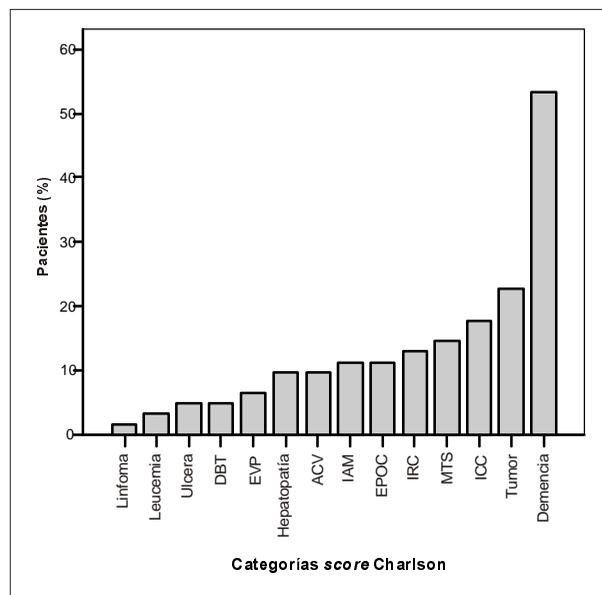
El motivo de internación más frecuente en el grupo de pacientes con LET fue neumonía (26%), seguido de otras infecciones (14%), insuficiencia cardiaca congestiva (13%), necesidad de tratamiento paliativo (8%) y otras causas (39%). Catorce pacientes (23%) presentaron un *score* de Charlson mayor a 5 y la comorbilidad asociada más frecuente fue demencia (53%), seguida de cáncer (23%). En la Fig. 1 se muestra la frecuencia de comorbilidades según las categorías del *score* de Charlson. El 35% de los pacientes con LET presentó AVD igual a cero.

La mala calidad de vida, según la opinión de los médicos intervinientes, fue la causa más frecuentemente notificada de LET (69%). Aproximadamente la mitad de las decisiones de LET fueron motivadas, además, por la edad avanzada y el padecimiento de una enfermedad de mal pronóstico (Fig. 2). La edad avanzada como único factor de motivación para LET sólo fue encontrada en 4 casos. Ningún paciente presentó directivas avanzadas (Documento donde queda asentado previamente la decisión del paciente de no recibir determinado tratamiento, llegado el caso).

La mayoría de las decisiones de limitación de tratamiento fueron tomadas durante el curso de la internación (50%), mientras que el 18% y 27% fueron definidos al momento del ingreso o en forma previa a la internación, respectivamente.

En todos los casos se informó limitación a la reanimación cardiopulmonar (RCP). El 90% presentaba además algún otro tipo de limitación (Fig. 3). Sin embargo, en muy pocas situaciones se reconoció haber limitado la hidratación parenteral (2%), la alimentación (5%) o los antibióticos (2%).

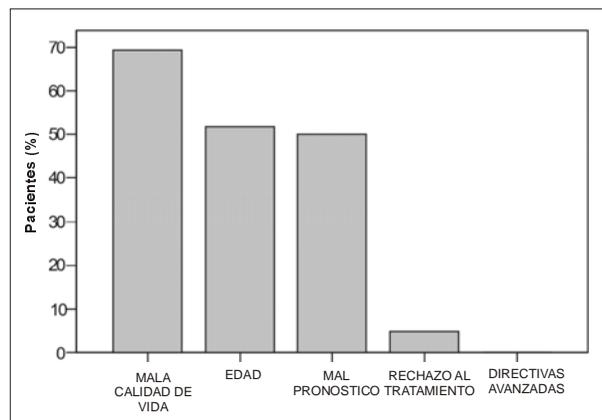
El 34% de los pacientes de la serie recibió durante la internación algún tipo de terapéutica paliativa. La mayoría implicaba medicación opioide y en menor medida benzodiazepinas y/o antimuscarínicos.



N=62

DBT: Diabetes mellitus, EVP: Enfermedad vascular periférica, ACV: Accidente cerebro vascular, IAM: Infarto agudo de miocardio, EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, IRC: Insuficiencia renal crónica, MTS: Cáncer metastático, ICC: Insuficiencia cardiaca congestiva, Tumor: Tumor sólido. Se graficaron sólo aquellas categorías presentes en nuestra serie

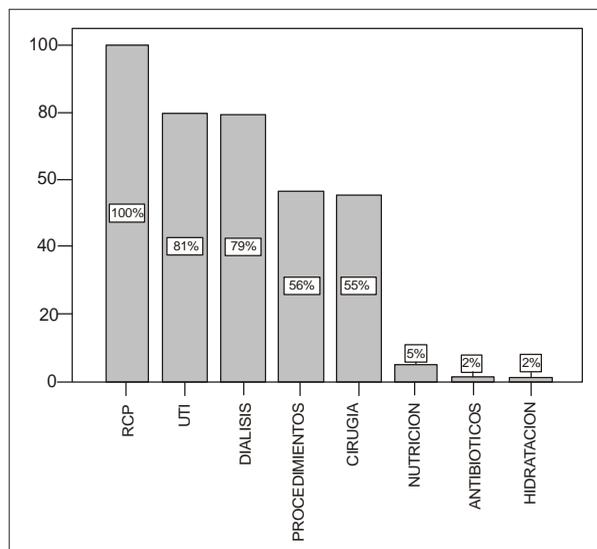
Fig. 1.- Distribución de comorbilidades según categorías de score de Charlson.



N = 62

Fig. 2.- Distribución de frecuencias de causas de las limitaciones a esfuerzos terapéuticos.

Se reconoció haber brindado información acerca de las limitaciones a sólo 8 pacientes (13%) y a 43 familias (69%). En ningún caso la información fue dada únicamente al paciente, sin conocimiento de la familia.



N=62

RCP: resucitación cardiopulmonar. UTI: pase a Unidad de Terapia Intensiva

Fig. 3.- Distribución de prácticas o procedimientos limitados

En la toma de la decisión de limitación terapéutica pudo identificarse la participación del médico de cabecera (50%), médicos de planta (50%), residentes (40%), enfermería (3%), la familia (42%) y los propios pacientes (11%). En 7 casos se encontró constancia en la historia clínica (11%).

Diecisiete pacientes (27%) con LET fallecieron durante la internación, mientras que 44 (71%) fueron dados de alta ya sea a su domicilio, geriátrico o institución de tercer nivel.

En comparación, los pacientes sin LET fueron significativamente más jóvenes, requirieron internaciones menos prolongadas y presentaron menor mortalidad durante la internación (Tabla 1).

Discusión

En una encuesta realizada en Buenos Aires en el año 1994 que incluyó 172 médicos no especialistas en cuidados paliativos, 95% refirió haber tenido contacto con enfermos terminales y el 50% manifestó no haber tenido formación previa sobre decisiones médicas en el final de la vida. Casi un 50% admitió que estaban involucrados en el alivio de síntomas y en la eutanasia pasiva⁶.

En otro estudio llevado a cabo en nuestro país, el 70% de 407 médicos encuestados estuvo de acuerdo con la suspensión de tratamientos en pacientes terminales⁷.

TABLA 1.- Datos demográficos y resultados de internación

	LET (n=62)	NO LET (n=340)	P
Edad en años*	86 (78-90)	66 (54-77)	<0.001
Sexo femenino**	41 (66)	167 (49)	0.012
Internación en días*	12 (8-18)	6 (4-11)	<0.001
Defunciones**	17 (27)	10 (3)	<0.001

LET: grupo de pacientes con limitaciones de esfuerzos terapéuticos.
No LET: grupo de pacientes sin limitaciones de esfuerzos terapéuticos en el mismo período.

* mediana (percentilo 25-75), ** n(%)

En la actualidad existe una tendencia a discutir la limitación de los tratamientos en aquellas circunstancias en las que la prolongación de la vida no se acompaña de una adecuada calidad de la misma⁸. Jayes y col⁹ realizaron un estudio con un total de 17440 pacientes, en donde se demostró un incremento del 5.4 al 9% en la frecuencia de órdenes de no reanimación en terapia intensiva entre 1979 y 1988. Las órdenes de no reanimar se han convertido en una práctica común en muchos países¹⁰.

La frecuencia de LET hallada en nuestro trabajo (15%) coincide con lo notificado en la literatura internacional¹¹. Sin embargo, nuestros datos corresponden exclusivamente a pacientes internados en la sala general, mientras que la mayoría de los informes analizan pacientes internados en terapia intensiva o no discriminan el sitio de internación.

El *score* de Charlson descrito para la población de este estudio resultó más bajo de lo esperado. Esto podría corresponder a una falta de reconocimiento de comorbilidades existentes por parte de los médicos tratantes o al subregistro en la historia clínica.

La calidad de vida fue el factor más frecuentemente considerado en la toma de decisiones para la LET. Esto podría explicarse en parte por el bajo nivel funcional (AVD) de la población en estudio.

La ausencia de directivas avanzadas no resulta llamativa ya que podría deberse a barreras culturales que dificultan abordar el tema de la muerte en el ámbito ambulatorio. En una cohorte que incluyó 1800 pacientes gravemente enfermos de 5 hospitales de tercer nivel, menos de un cuarto había discutido con su médico sobre maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP)¹².

Al igual que en estudios previos, el uso de antibióticos y la hidratación fueron limitados en una minoría de los pacientes^{13, 14}. Esto podría relacionarse con la existencia de prejuicios respecto de la suspensión del soporte básico, pese a que en algunos casos esto podría justificarse¹⁵⁻¹⁷.

La escasa participación de los pacientes en la decisión coincide con lo publicado en la literatura internacional^{10,12,18}. La alta prevalencia de demencia en nuestra serie podría explicar este hallazgo.

En comparación con otro trabajo realizado en unidades de cuidados críticos, la participación en nuestra serie de los médicos de cabecera, familia y pacientes fue sustancialmente mayor¹⁹. Otro estudio llevado a cabo en Suiza, describe que sólo un 6% de los pacientes o sus familias son informados de la decisión de no reanimación²⁰. En nuestro trabajo encontramos que alrededor del 69% de las familias fueron informadas oportunamente.

El escaso registro en la historia clínica se podría explicar por el temor y prejuicio médico con respecto a las posibles consecuencias legales de este tipo de decisiones. También podría deberse a la ausencia de normativas claras y difundidas para proceder en estos casos y a la falta de formularios o fichas prediseñadas destinadas específicamente para las LET en nuestro medio.

Varias son las limitaciones de nuestro estudio. El hecho de haber encontrado una mayor comunicación de las LET a las familias, en comparación con otras series publicadas, pudo haber sido influenciado por el contacto directo de los propios investigadores con la población observada. Por otro lado, la calidad de vida no fue medida con instrumentos diseñados para tal fin, sino que fue evaluada según la opinión subjetiva del médico tratante. El trabajo no fue diseñado para comparar variables entre pacientes con y sin limitaciones. Por lo tanto, no se puede establecer si la LET por sí misma tiene implicancias pronósticas. Sin embargo, cabe destacar que el 72% de los casos fue dado de alta pese a la limitación.

En conclusión, la limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes internados en nuestro hospital, constituyó un hecho frecuente. Esto genera un desafío al personal de salud, que debe capacitarse para abordar ética y profesionalmente este problema. Resulta innegable la necesidad de generar normativas que ayuden al equipo de salud, tranquilicen a familiares y acompañen a los pacientes en sus reales necesidades.

Bibliografía

1. Phillips RS, Wenger NS, Teno J, et al. Choices of seriously ill patients about cardiopulmonary resuscitation: correlates and outcomes. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Am J Med* 1996; 100: 128-37.
2. Hamel MB, Teno JM, Goldman L, et al. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1999; 130: 116-25.
3. Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tavella M, Sarquis S, Irrazabal C. Death in an intensive care unit. Influence

- of life support withholding and withdrawal. *Medicina (Buenos Aires)* 2006; 66: 237-41.
4. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-83.
 5. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of AVD: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.
 6. Falcon J, Álvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de pacientes. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 369-79.
 7. Przigoda P, Saimovici J, Pollan J, et al. Physician assisted suicide, euthanasia, and withdrawal of treatment in Argentina. *BMJ* 1998; 316: 71-2
 8. Sprung CL, Eidelman LA, Pizov R. Changes in forgoing life-sustaining treatments in the United States: concern for the future. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 512-6.
 9. Jayes RL, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Knaus WA. Do-not-resuscitate orders in intensive care units. Current practices and recent changes. *JAMA* 1993; 270: 2213-7.
 10. Van Delden JJ, Lofmark R, Deliens L, et al. Do-not-resuscitate decisions in six European countries. *Crit Care Med* 2006; 34: 1686-90.
 11. Evans AL, Brody BA. The do-not-resuscitate order in teaching hospitals. *JAMA* 1985; 253: 2236-9.
 12. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1-12.
 13. Bernat JL, Beresford HR. The controversy over artificial hydration and nutrition. *Neurology* 2006; 66: 1618-9.
 14. Truog RD, Cochrane TI. Refusal of hydration and nutrition: irrelevance of the «artificial» vs. «natural» distinction. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2574-6.
 15. Farber NJ, Simpson P, Salam T, Collier VU, Weiner J, Boyer EG. Physicians' decisions to withhold and withdraw life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 2006; 166: 560-4.
 16. Hanratty B, Hibbert D, Mair F, et al. Doctors' understanding of palliative care. *Palliat Med* 2006; 20: 493-7.
 17. Maxwell LA. Purposeful dehydration in a terminally ill cancer patient. *Br J Nurs* 2005; 14: 1117-9.
 18. Bedell SE, Pelle D, Maher PL, Cleary PD. Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in the hospital. How are they used and what is their impact? *JAMA* 1986; 256: 233-7.
 19. Benbenishty J, Ganz FD, Lippert A, et al. Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med* 2006; 32: 129-32.
 20. Vetsch G, Uehlinger DE, Zuercher-Zenklausen RM. DNR orders at a tertiary care hospital—are they appropriate? *Swiss Med Wkly* 2002; 132: 190-6.

[...] Yet I am inclined to think that the limit of what the microscope could and has done for us is now approaching and that for a further penetration into the important, all-governing problem of cell life even the most highly refined optical aids will be of no use to us. Now, at this moment, the time has come to penetrate into the most subtle chemism of cell life and to break down the concept of the cell as a unit into that of a great number of individual specific partial functions. But since what happens in the cell is chiefly of a chemical nature and since the configuration of chemical structures lies beyond the limits of the eye's perception we shall have to find other methods of investigation for this. This approach is not only of great importance for a real understanding of the life processes, but also the basis for a truly rational use of medicinal substances.

[...] Sin embargo, estoy inclinado a pensar que el límite de lo que el microscopio ha hecho por nosotros se está ahora aproximando y que una mayor penetración en el importante, y que todo lo gobierna, *problema de la vida celular*, aun ni las más refinadas ayudas ópticas nos servirán. Ahora, en este momento, ha llegado el tiempo de penetrar en el más sutil *quimismo* de la vida celular y romper el concepto de la célula como una unidad en un gran número de *funciones parciales* y específicas. Pero dado que lo que ocurre en las células es principalmente de naturaleza *química* y la configuración de las estructuras químicas yace más allá de los límites de la percepción visual, tenemos que encontrar otros métodos de investigación para esto. Este enfoque no es sólo de gran importancia para el entendimiento *real* de los procesos vitales, sino también la base para un uso verdaderamente racional de las sustancias medicinales.

Paul Ehrlich (1854-1916)

Partial cell functions. Nobel Lecture, December 11, 1908.

En: http://nobelprize.org/noble_prizes/medicine/laureates/1908/ehrich-lecture.html; consultado el 27-9-8.

Bastardillas en el original