

## Decisiones al final de la vida

### End-of-life decisions

Armando David Caballero Font<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3393-7655>

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro"

Recibido: 18/07/2024

Aprobado: 24/07/2024

Estimado Director:

En el año 1990 se desarrolló en Cuba, en la Ciudad de La Habana, una importante reunión para hablar del tema de la muerte encefálica. A esta reunión asistieron importantes personalidades del mundo que poseían diferentes visiones del tema. Allí se manejaron conceptos relacionados con la muerte y las formas del médico para enfrentarla.

Encabezados por el Profesor Armando Caballero López, los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias del Servicio de atención integral al paciente grave del Hospital Provincial Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, fueron motivados a realizar una acuciosa revisión del tema en aras de buscar las forma en que los médicos se enfrentaban a la muerte y las decisiones que tomaban ante los momentos de la vida en los diferentes lugares del mundo.

La literatura revisada recogió la actitud, en determinados países, de acelerar el proceso de muerte, además de adecuar el esfuerzo terapéutico, como ocurre en algunos países de Europa.<sup>(1)</sup> En Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza está aprobada la eutanasia;<sup>(2)</sup> Bélgica además aprueba la eutanasia infantil.<sup>(3)</sup> En los Estados de Oregón, Montana y Washington, de los Estados Unidos, se pone en práctica el suicidio asistido por un médico.<sup>(4)</sup>

En Cuba no habían sido publicados trabajos sobre este tema hasta la nueva Ley de Salud Pública que dedica en el capítulo 3, de la sección octava, los artículos 159.1 y 160.1, a las determinaciones al final de la vida.<sup>(5)</sup>

La búsqueda sistemática dio lugar a un grupo de concepciones necesarias para la toma de decisiones al final de la vida. Con la evolución del tiempo los conceptos cambiaron hasta llegar a como se hace en la actualidad.<sup>(6)</sup>

Los pacientes deben cumplir alguna de estas condiciones:

1. Que se diagnostique un estado terminal de una enfermedad.

Se han descrito cinco características de este aspecto:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de varios problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

2. Que se considere fútil el tratamiento que se practica.

En este aspecto el médico debe darse cuenta de que el tratamiento que impone no logra los objetivos deseados.

3. Que las disfunciones orgánicas sean irreversibles.

Hay varias escalas que evalúan las disfunciones orgánicas y le dan puntuaciones según su gravedad, lo que permite evaluar su evolución y la refractariedad a los tratamientos que se utilizan.<sup>(7)</sup>

Un especialista del Grupo Básico de Trabajo propuso que en la entrega de guardia se debe tomar una decisión al final de la vida luego de exponer la fundamentación para plantear este procedimiento y propone:

1. No reanimar (por sus siglas en inglés, DNR) o no reanimar.
2. Limitar la terapéutica y no añadir nuevos tratamientos (Withholding).
3. Retirar la terapéutica utilizada -apoyo de drogas, ventilación mecánica, nutrición artificial, antimicrobianos o método depurador- (Withdrawal).

En colectivo se solicitan opiniones favorables o desfavorables en relación con la propuesta planteada, con la argumentación científica que cada caso requiera, y se decide mediante votación. Si algún médico graduado no está de acuerdo y expone criterios de peso no se toma la decisión propuesta porque deben ser decisiones unánimes.

Cuando se toma la decisión se escribe todo en la historia clínica (número de médicos que estuvieron presentes y los que votaron a favor, en contra o se abstuvieron) y se cita a los familiares más allegados consanguíneos (padre, madre, hijos y hermanos), que puedan estar presentes en la reunión que se efectuará con los médicos de asistencia, se les comunica la decisión tomada por el colectivo médico y se escuchan las opiniones que quieran emitir los familiares del enfermo en relación a la propuesta planteada por el colectivo médico .

A los familiares no se les solicita autorización para ejecutar la decisión propuesta porque esta se considera una indicación médica, pero el equipo médico debe evaluar las opiniones emitidas por los familiares y si las considera con valores suficientes como para revertir la propuesta planteada puede dar a conocer la opinión de los familiares al colectivo que hizo la propuesta para reanalizarla y decidir si se aplicará o no.

En cualquier momento de este proceso que cambiara alguna condición de las existentes en el momento de la toma de decisiones se puede volver a analizarla por el colectivo y revocar la decisión tomada.

En el servicio, a lo largo de todo este tiempo, se han tomado decisiones al final de la vida relacionadas con la no reanimación y limitar la terapéutica; en el año 2019 fueron 10 pacientes.<sup>(8)</sup>

Un conocimiento dogmático del personal médico y el temor de no tener un respaldo legal han sido las principales justificaciones para no tomar decisiones como la retirada de la asistencia ventilatoria mecánica, a pesar de que otras decisiones vitales como detener la nutrición, la realización de hemodiálisis y el uso de drogas vasoactivas si se han realizado.

Con la nueva Ley de Salud Pública, que incluye un acápite sobre las determinaciones al final de la vida y aclara que el personal que las tome no tendría ninguna implicación legal ni administrativa, se ha observado un renacer en este tema.

Ejemplo de toma de decisión:

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital se recibió un paciente con lesión catastrófica por trauma craneoencefálico y tratamiento quirúrgico debido a que en el Servicio de Terapia Intensiva permanece el esquema de sedación y analgesia y según protocolo hospitalario.

En la evolución no presentó cambios en su estado neurológico y la tomografía axial computadorizada de cráneo informó empeoramiento orgánico con presencia, además, de infartos cerebrales.

Debido a sus antecedentes y a su insatisfactoria evolución, y teniendo en cuenta el resultado de los estudios de imagen y en la discusión colectiva planteada por el Grupo Básico de Trabajo, se planteó la posibilidad de tomar decisión al final de la vida, la que fue aprobada por 22 médicos presentes en la discusión, el DNR y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Durante las siguientes 48 horas mantuvo la misma condición clínica, por lo que tras nueva evaluación colectiva se aprobó, por primera vez, la retirada del único tratamiento presente: el soporte de ventilación mecánica.

En reunión urgente con los familiares más cercanos (tres hijos y un nieto) se les comunicó la decisión médica de retirar el tubo endotraqueal, con el consiguiente desacoplamiento de la ventilación mecánica. La decisión fue recibida de forma adecuada y positiva. Los familiares agradecieron al personal sanitario del servicio por la atención recibida por su familiar, a pesar del desenlace final.

La toma de decisiones al final de la vida por parte del personal de asistencia tiene un componente emocional y otro ético importantes, pero si se analiza el tiempo que se prolonga la agonía de ese paciente y de sus familiares, incluso del propio personal de salud que se frustra al no tener un resultado satisfactorio, esto ayudaría a entender mejor la necesidad de esta toma de decisiones a tiempo, evaluando críticamente la situación individual de cada enfermo sin posibilidades reales de recuperación y reintegración social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. Rev Española Salud Públ [Internet]. 2012 [citado 23/03/2024]; 86(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/resp/v86n1/02\\_colaboracion\\_especial\\_1.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v86n1/02_colaboracion_especial_1.pdf)
2. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. Int J Public Health [Internet]. 2014 [citado 10/07/2024]; 59: [aprox. 11p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00038-013-0461-6.pdf>
3. Dan B, Fonteyne C, de Cleyt SC. Self-requested euthanasia for children in Belgium. Lancet [Internet]. 2014 [citado 10/07/2024]; 383(9988): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560045/> [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60110-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60110-0)
4. Rodríguez-Calvo MS, Soto JL, Martínez-Silva IM, Vázquez-Portomeñe F, Muñoz-Barús JI. Attitudes towards physician-assisted suicide and euthanasia in Spanish university students. Rev Bioét [Internet]. 2019 [citado 23/07/2024]; 27(3): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kxCKzPKJz4JZVqxLN77strR/?format=pdf&lang=en> <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273333>
5. Asamblea Nacional del Poder Popular [Internet]. La Habana: ANPP; 2023 [actualizado 11/07/2024]. Disponible en: [https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/11/Anteproyecto\\_de\\_Ley\\_de\\_Salud.pdf](https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/11/Anteproyecto_de_Ley_de_Salud.pdf)

6.Espinosa-Brito A. Ética y bioética en cuidados intensivos. En: Caballero-López A, Domínguez-Perera MA, Pardo-Núñez AB, Ruíz-Hernández JR, Rodríguez-Monteagudo JL, Caballero-Font AD, et al. Terapia Intensiva [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020 [citado 24/07/2024].

Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/terapia\\_intensiva1\\_generalidades\\_terceraedicion/terapia\\_intensiva\\_tomo1\\_capitulo2.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapia_intensiva1_generalidades_terceraedicion/terapia_intensiva_tomo1_capitulo2.pdf)

7.Peña-Quijada AE, Chang-Cruz A. Sistemas de valoración pronóstica en medicina intensiva. En: Caballero-López A, Domínguez-Perera MA, Pardo-Núñez AB, Ruíz-Hernández JR, Rodríguez-Monteagudo JL, Caballero-Font AD, et al. Terapia Intensiva [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020 [citado 24/07/2024]. Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/terapia\\_intensiva1\\_generalidades\\_terceraedicion/terapia\\_intensiva\\_tomo1\\_capitulo3.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapia_intensiva1_generalidades_terceraedicion/terapia_intensiva_tomo1_capitulo3.pdf)

8.Caballero-Font A, Consuegra-Martínez N, Caballero-López A. Decisiones al final de la vida en el año 2019. Rev Cubana Med Intensiva Emerg [Internet]. 2023 [citado 23/07/2024]; 22(2): [aprox. 11p.]. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/download/956/pdf>

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener conflictos de intereses