Conocimiento sobre las decisiones al final de la vida por Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias

Knowledge about end-of-life decisions by Intensive Care and Emergency Medicine Specialists

Armando David Caballero Font¹ <https://orcid.org/0000-0002-3393-7655>

Yilian Yilian Valdes Ruiz² <https://orcid.org/0009-0005-1462-7781>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro"

² Banco de Sangre Provincial de Santa Clara, Villa Vlara, Cuba

Recibido: 05/04/2025

Aprobado: 08/05/2025

RESUMEN

Introducción: en Cuba se aprobó una nueva Ley de Salud Pública que dedica un espacio a las decisiones al final de la vida. Este tema debe ser de conocimiento entre los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias en aras de tomar disposiciones ajustadas al contexto particular del enfermo crítico.

Objetivo: realizar un Proyecto Doctoral institucional en el Hospital "Arnaldo Milián Castro" sobre las decisiones al final de la vida en el Servicio de Terapia Intensiva.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva, transversal en el Hospital "Arnaldo Milián Castro" de la Provincia de Villa Clara en el segundo semestre del año 2024. Fueron estudiados 19 profesionales Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias de diferentes hospitales de Cuba. Durante la participación en varios eventos científicos y académicos se solicitó consentimiento informado y se recolectó la información a través de un cuestionario.

Resultados: participaron profesionales de cuatro provincias de Cuba, siete hospitales de La Habana, dos de Villa Clara, uno de Cienfuegos y otro de Ciego de Ávila. El promedio de edad fue de 53,5 años y de ejercicios de la especialidad 19,7 años. Todos trabajan en la atención al paciente en Terapia Intensiva, nueve son Máster en Ciencias y tres Doctores en Ciencias y 17 ostentan categoría docente. La totalidad está de acuerdo con la toma de decisión al final de la vida. En el cuestionario nueve marcaron bien las tres decisiones, solo tres la eutanasia como una de sus formas y diez la existencia de las tres precondiciones.

Conclusiones: a pesar de estar de acuerdo los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias con la toma de decisiones al final de la vida no existe homogeneidad a la hora de identificar cuáles son ni qué pre condiciones deben existir para ejecutarlas.

Palabras claves: decisiones al final de la vida; no reanimar; retirar la terapéutica

ABSTRACT

Introduction: a new Public Health Law was passed in Cuba that dedicates a space to end-of-life decisions. This topic should be made known to Intensive Care and Emergency Medicine Specialists in order to make decisions tailored to the specific context of critically ill patients.

Objective: to conduct an institutional doctoral project at the Arnaldo Milián Castro Hospital on end-of-life decisions in the Intensive Care Unit.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was conducted at the Arnaldo Milián Castro Hospital in Villa Clara Province during the second half of 2024. Nineteen Intensive Care and Emergency Medicine specialists from different Cuban hospitals were studied. Informed consent was obtained during their participation in various scientific and academic events, and information was collected through a questionnaire.

Results: professionals from four Cuban provinces, seven hospitals in Havana, two in Villa Clara, one in Cienfuegos, and one in Ciego de Ávila participated. The average age was 53.5 years, and they had practiced their specialty for 19.7 years. All worked in intensive care patient care; nine held Master's degrees in Science and three held PhDs in Science, and 17 held teaching positions. All agreed with end-of-life decision-making. In the questionnaire, nine correctly marked all three decisions; only three selected euthanasia as one of its forms, and ten indicated the existence of all three preconditions.

Conclusions: despite the agreement among Intensive Care and Emergency Medicine Specialists on end-of-life decision-making, there was no uniformity in identifying these decisions or the preconditions required for their implementation.

Key words: end of life decisions; do not resuscitate; withholding; withdrawal

INTRODUCCIÓN

En las Unidades de Terapia Intensiva, desde su nacimiento, los médicos han buscado los medios para salvar la vida de sus pacientes, lo que se logra, en algunas situaciones, sustituyendo funciones vitales, gracias al desarrollo científico técnico que se ha alcanzado, con equipos de última generación y que cada día imitan con más precisión las principales funciones que requiere un ser humano para vivir.⁽¹⁾

Pero esto no siempre acarrea el mismo resultado y, en ocasiones, llega la muerte porque ya esos organismos no responden de manera adecuada a las acciones que le realizan. Muchas veces porque el paciente se encuentra en una condición terminal de una enfermedad o por la suma de comorbilidades que le impiden una recuperación de su estado de salud.^(1,2)

Por todas estas situaciones es que hace más de 20 años, sobre todo en los países desarrollados, se comenzó a hablar de cuidados al final de la vida y se utilizaron conceptos que fueron desde la limitación del esfuerzo terapéutico hasta el actual de decisiones al final de la vida (DAFV). Cada día estas decisiones se toman con más frecuencia y se llega a cifras de casi el 80% de los pacientes que fallecen y del 15% de los que ingresan en las Unidades de Terapia Intensiva.^(3,4,5)

Pero en Cuba no ocurre lo mismo, se muestra prácticamente una ausencia de estadísticas nacionales en este tema y los escasos artículos publicados muestran indicadores muy distantes de los internacionales.⁽²⁾ Es importante mencionar que recién en Cuba se aprobó una nueva ley de Salud Pública que dedica un espacio a este tema.⁽⁶⁾

Las decisiones al final de la vida son un tema que debe ser de conocimiento entre los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias (MIE) en aras de tomar disposiciones adecuadas y ajustadas al contexto particular del enfermo crítico.

Estos antecedentes son motivación para realizar un Proyecto Doctoral institucional en el Hospital "Arnaldo Milián Castro" sobre las decisiones al final de la vida en el Servicio de Terapia Intensiva. Una de sus tareas de investigación iniciales fue la descripción del conocimiento de los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias relacionados con el tema.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, transversal en el Hospital Provincial Universitario Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el segundo semestre del año 2024.

Fueron estudiados todos los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias (19) con disposición a participar de diferentes hospitales de Cuba.

Los especialistas fueron contactados en diferentes eventos científicos y académicos en los que participó el autor para obtener su consentimiento informado. A través de este acceso se les facilitó un cuestionario con las variables de interés, en dos dimensiones: datos generales y criterios relacionados con el conocimiento decisiones al final de la vida. Los resultados aparecen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Cuestionario sobre decisiones al final de la vida

Nombre:	Edad:
Años de experiencia como Especialista de MIE:	
Categoría Docente:	Categoría Científica:
¿Trabaja usted directamente con pacientes en UCI? Si____ No____	
Está usted de acuerdo con la toma de decisiones al final de la vida? Si____ No____ En caso de no estar de acuerdo no continúe respondiendo las preguntas.	
Marque con una X las que usted entiende sean decisiones al final de la vida a aplicar en Terapia Intensiva. ☐ DNR o no reanimar ☐ Withholding o limitar la terapéutica no añadiendo nuevos tratamientos ☐ Withdrawal o retirar la terapéutica usada (dígase apoyo de drogas, ventilación mecánica, nutrición artificial, antimicrobianos) ☐ Eutanasia ☐ Suicidio asistido	
Marque con una X cuál o cuáles precondiciones deben estar presentes en un paciente de Terapia Intensiva para evaluar una decisión al final de la vida. ☐ Que se diagnostique un estado terminal de una enfermedad ☐ Que se considere fútil el tratamiento que se está practicando ☐ Que las disfunciones orgánicas sean irreversibles	

Fuente: elaboración propia

En el análisis y el procesamiento de los datos se empleó, en la descripción, el promedio de las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta y relativa de las cualitativas y las respuestas de los criterios explorados. Los resultados se presentaron en textos y tablas para su mejor comprensión.

Se solicitó autorización al Consejo Científico, al Comité Académico y a los administrativos para realizar la investigación. También se solicitó el consentimiento informado a los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias a los que se les aplicó el cuestionario. Además, se explicó que los resultados se expondrían solo con fines investigativos y que se respetaría el no nombramiento de los participantes.

RESULTADOS

Participaron en la investigación 19 Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias de cuatro provincias de Cuba y de siete hospitales de La Habana, dos de Villa Clara, uno de Cienfuegos y otro de Ciego de Ávila.

El promedio de edad de los especialistas fue de alrededor de los 53 años, con una experiencia laboral aproximada de 20 años. Más de la mitad (63,15%) tenía alguna categoría científica, tres son Doctores en Ciencias y nueve Máster en Ciencias; la mayoría (17, 89,47%) eran docentes. Todos están activos en el trabajo asistencial con el enfermo en Terapia Intensiva. Estos datos se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de los profesionales

Característica	Descriptivos	
	Frecuencia	Por ciento
Edad	Promedio= 53,47	
Años como especialista	Promedio= 19,68	
Con categoría científica	12	63,15
Máster en Ciencias	9	47,36
Doctor en Ciencias	3	17,78
Con categorías docentes	17	89,47
Trabajo asistencial con el enfermo en Terapia Intensiva	19	100,00

Fuente: cuestionario

En la Tabla 2 se presenta el resultado de las preguntas del cuestionario que abordan la temática relacionada con la toma de decisión al final de la vida (TDFV).

Todos estuvieron de acuerdo en que es necesario adoptarla y refirieron DNR o no reanimar ante la segunda interrogante, que se entiende por TDFV. Además, 15 (78,94%) plantean el Withholding o limitar la terapéutica, 12 (63,15%) Withdrawal o retirar la terapéutica, tres la eutanasia y ninguno considera el suicidio asistido. Es de señalar que nueve supieron identificarlas y seis marcaron bien una o dos de ellas.

La respuesta sobre las condiciones que deben existir para realizar la toma de estas decisiones fue variable porque diez especialistas marcaron correctamente las tres precondiciones.

Tabla 2. Respuesta al cuestionario sobre toma de decisiones al final de la vida

Respuestas al cuestionario	Frecuencia	Por ciento
Primera pregunta del cuestionario		
De acuerdo con la TDAFV	19	100,00
Segunda pregunta del cuestionario		
DNR o no reanimar	19	100,00
Withholding o limitar la terapéutica	15	78,94
Withdrawal o retirar la terapéutica	12	63,15
Eutanasia	3	15,78
Tercera pregunta del cuestionario		
Tres precondiciones	10	52,63
Dos precondiciones	6	31,57
Una precondición	3	15,78

Fuente: cuestionario

DISCUSIÓN

A pesar de ser un tema que ya constituye parte indisoluble de la atención al paciente en estado crítico en Terapia Intensiva, las decisiones al final de la vida continúan siendo polémicas, con opiniones diversas del personal que se desempeña en estas funciones.

Los resultados concuerdan con los de otros autores que consideran que la interacción con pacientes y familiares del personal de salud es trascendental para la correcta ejecución de las DAFV.⁽⁷⁾ Los 19 Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias entrevistados tienen suficiente experiencia, demostrada por casi 20 años, la mayoría son docentes y varios con categorías científicas. Un detalle importante es que trabajan directamente con pacientes, y es justo ahí donde se manifiestan, de forma explícita, cada una de las complejas situaciones relacionadas con este tema.

Como resulta cierto, la totalidad estuvieron de acuerdo con la toma de decisiones al final de la vida; sin embargo, no todos son capaces de identificar las tres decisiones que se consideran entran en esta clasificación. En la comunidad europea, además de ellas, se incluyen el no ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva y la muerte encefálica.⁽⁵⁾

Hubo tres Especialistas que aceptan la eutanasia como una DAFV, lo que resulta incorrecto y es de los temas medulares en este asunto. Si no se tienen claros los conceptos se puede incurrir en errores sustanciales.

La eutanasia, según la Real Academia Española, es la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.⁽⁸⁾ La Organización Mundial de la Salud la define como el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar⁽⁹⁾ y la Organización para las Naciones Unidas como la acción de terminación de la vida sin solicitud expresa del paciente.⁽¹⁰⁾

Esta revista está bajo una licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional — CC BY-NC 4.0

Aunque estas definiciones no son exactamente iguales, todas concuerdan en que la eutanasia es siempre activa, voluntaria y directa. Por eso es que se considera incorrecto ponerle apellido como activa y pasiva, directa o indirecta, voluntaria o involuntaria.

Cuando se habla de activa y pasiva las TDAFV aparecen entre las pasivas, lo que lleva a la gran confusión que existe,⁽¹¹⁾ algo que aparece en varias literaturas que tratan el tema y avivan el conflicto. Para empeorar, hay países que la consideran legal: Bélgica, Canadá, Colombia, Luxemburgo y Países Bajos. Otros van más allá y la califican como suicidio asistido, también con aprobación legal en Suiza, Alemania, Japón y algunos estados de los Estados Unidos.

Otro elemento que demuestra la disparidad de criterios en cuanto a la TDAFV es el conocimiento acerca de las pre condiciones que deben estar presentes para tomarlas. Solo 10 de los Especialistas fueron capaces de referir todas correctamente, lo que explica, en cierta medida, el por qué se toman tan pocas TDAFV en el país, a lo que se le agrega, la ausencia de estadísticas nacionales y de protocolos para esta práctica.

CONCLUSIONES

A pesar de estar de acuerdo los Especialistas en Medicina Intensiva y Emergencias con la TDAFV, no existe homogeneidad en el momento de identificar cuáles son ni qué pre condiciones deben existir para ejecutarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero Font AD. Decisiones al final de vida. Acta Méd Centro [Internet]. 2024 [citado 21/11/2024]; 18(4): e2047. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272024000400001&lng=es&nrm=iso
2. Caballero Font AD, Consuegra Martínez AN, Caballero López A. Decisiones al final de la vida en el año 2019. Rev Cubana Med Int Emerg [Internet]. 2023 [citado 23/07/2024]; 22(2): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/download/956/pdf>
3. Graw JA, Marsch F, Spies CD, Francis RCE. End-of-Life Decision-Making in Intensive Care Ten Years after a Law on Advance Directives in Germany. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021 [citado 23/07/2024]; 57(9): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577853/>
<https://doi.org/10.3390/medicina57090930>
4. Avidan A, Sprung ChL, Schefold JC, Ricou B, Hartog ChS, Nates JL, et al. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. Lancet Respir Med [Internet]. 2021 [citado 23/07/2024]; 10: [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364537/> [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(21\)00261-7](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(21)00261-7)
5. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. Intensive Care Med [Internet]. 2024 [citado 23/07/2024]; 50(11): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11541285/>
6. Asamblea Nacional del Poder Popular. Anteproyecto de Ley de Salud [Internet]. La Habana: ANPP; 2023 [citado 23/07/2024]. Disponible en: https://instituciones.sld.cu/ucmvc/files/2023/11/Anteproyecto_de_Ley_de_Salud.pdf
7. Kerckhoffs MC, Kant M, van Delden JJ, Hooft L, Kesecioglu J, van Dijk D. Selecting and evaluating decision-making strategies in the intensive care unit: A systematic review. Journal of critical care [Internet]. 2019 [citado 23/07/2024]; 50(11): [aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11541285/> <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
8. Diccionario de la Lengua Española. Definición de eutanasia. Madrid: Real Academia Española; 2023 [citado 23/07/2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/eutanasia>
9. Aguilar Leal M. La eutanasia y el protocolo internacional de la Organización Mundial de la Salud y su impacto en México [Tesis]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2017. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/20.500.12371/5671/1/714317T/pdf>

10. Paiva AD, Paiva ED, Guimarães PHS, Moraes GVO, Barbosa MT. Cuidados paliativos: percepción de la enseñanza y evaluación de conceptos entre estudiantes de medicina. Rev Bioét [Internet]. 2023 [citado 23/07/2024]; 31:e3435PT. Disponible en: <https://scite.ai/reports/cuidados-paliativos-percepcion-de-la-b2gvAAdk> <https://doi.org/10.1590/1983-803420233435es>
11. Carvajal S, Portales B, Beca JP. Eutanasia: aclarando conceptos. Revista médica de Chile [Internet]. 2021 [citado 23/07/2024]; 149(10): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://mail.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/9446>

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor no declara conflictos de intereses

Contribución de autores

ADCF: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, curación de datos, visualización, redacción del borrador inicial y versión final del manuscrito