

Adequación terapéutica: presentación de un protocolo de hospital

Melissa Agostini Lampert¹, Ariel Eduardo Billig¹, Luisiana Fillipin Onófrío¹, Grasiela Gallina Seeger¹, Raquel Prado Thomaz¹

1. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

Resumen

La adecuación terapéutica se define como una decisión médica, compartida con pacientes y familiares, que busca ajustar los recursos terapéuticos y diagnósticos a cada plan de cuidado. Este artículo tiene como objetivo presentar un protocolo de adecuación terapéutica desarrollado en un hospital universitario. El protocolo buscó orientar las prácticas de los profesionales de la salud a la luz de los principios bioéticos, legales y clínicos pertinentes a cada caso. Se concluye que el protocolo puede auxiliar en las decisiones de abstención o suspensión de un tratamiento en pacientes con enfermedad grave, progresiva e irreversible.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Toma de decisiones conjunta. Protocolos. Bioética.

Resumo

Adequação terapêutica: apresentação de um protocolo hospitalar

A adequação terapêutica é definida como uma decisão médica compartilhada, com pacientes e familiares, que busca ajustar recursos terapêuticos e diagnósticos adequados a cada plano de cuidados. Este artigo objetiva apresentar um protocolo sobre adequação terapêutica implementado em um hospital universitário. Tal protocolo visa nortear práticas de profissionais da saúde sob a luz dos princípios bioéticos, legais e clínicos pertinentes a cada caso. Conclui-se que o protocolo pode auxiliar nas decisões de abstenção ou suspensão de determinado tratamento de pacientes com doença grave, progressiva e irreversível.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Tomada de decisão compartilhada. Protocolos. Bioética.

Abstract

Therapeutic adequacy: presentation of a hospital protocol

Therapeutic adequacy is defined as a medical decision shared with patients and family members and that seeks to adjust therapeutic and diagnostic resources appropriate to each care plan. This article aims to present a protocol on therapeutic adequacy implemented in a university hospital. This protocol aims to guide practices of health professionals in the light of the bioethical, legal and clinical principles relevant to each case. It is concluded that the protocol can assist in the decisions to abstain or suspend certain treatment procedures of patients with severe, progressive and irreversible diseases.

Keywords: Palliative care. Decision making, shared. Protocols. Bioethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

El término “cuidados paliativos” designa el enfoque que promueve la calidad de vida de los pacientes que viven con enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, a través de la prevención y el control del sufrimiento¹. El reconocimiento, la valoración y la atención precoz del dolor y otras situaciones que promuevan el sufrimiento físico, espiritual y/o psicosocial son fundamentales, pues en esta situación el principal eje rector no es la curación de la enfermedad, sino la atención individualizada e integral al paciente y su familia. El trabajo multiprofesional es fundamental para alcanzar la excelencia en el tratamiento².

A medida que la enfermedad progresa, el tratamiento curativo disminuye su impacto, aumentando el potencial paliativo³. De esta forma, las medidas de soporte vital –reanimación cardiopulmonar, terapia de reemplazo renal, drogas vasoactivas, ventilación mecánica y alimentación artificial– pueden ser equivalentes a la distanasia, generando sufrimiento a través de acciones inadecuadas para prolongar artificialmente la vida. Por lo tanto, las consideraciones éticas son esenciales, vislumbrando los conceptos centrales del principialismo –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia–, que deben orientar prácticas de profesionales de la salud, denotando la necesidad de perfeccionar conceptos como la adecuación terapéutica (AT)^{4,5}.

Se entiende por AT la decisión de abstención (no implementación) o suspensión (retirada) de determinado tratamiento considerado desproporcionado porque, ante un cuadro clínico de final de vida o irreversible, tiene más probabilidad de causar daño que traer beneficio al paciente⁶⁻⁸. En estos casos se mantienen las medidas que garanticen el bienestar físico y psicológico, lo que equivale a la ortotanasia^{9,10}. Ortotanasia es un término de origen griego que significa “muerte correcta”, es decir, la muerte que no se pospone ni se anticipa, en la que se han realizado los cuidados y tratamientos adecuados sin futilidad terapéutica¹¹.

Así, la AT puede ser considerada una conducta médica restrictiva, ya que limita el uso de ciertos recursos terapéuticos, optimizando la prestación de cuidados con énfasis en aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares en el proceso de morir. Por lo tanto, se distingue de la distanasia y la eutanasia, en las que existe la intención de simplemente prolongar o acelerar el proceso de muerte, respectivamente^{9,12}.

Cabe destacar que, legalmente, el médico que insista en mantener el tratamiento o cualquier procedimiento inocuo, engañoso, prescindible y degradante de un paciente que padece una enfermedad incurable, exponiéndolo a dolor y sufrimiento y en contra de la voluntad del individuo o de su tutor legal, estará practicando la distanasia. En el ámbito de la responsabilidad civil y penal, se someterá a responder por los daños corporales, coacciones ilegales, torturas y tratos crueles impuestos al paciente y su familia.

El proceso de decisión de la AT debe ser individualizado, pues la autonomía y las preferencias del paciente y de su familia son consideradas las principales orientadoras, tanto desde la perspectiva ética como legal⁹. En este contexto, se destaca la Resolución CFM 1.805/2006¹³ y el párrafo único del artículo 41 del Código de Ética Médica (CEM)¹⁴, que regulan la práctica de la ortotanasia y reprochan la distanasia¹⁵; y la Resolución CFM 1.995/2012¹⁶ que dispone sobre directivas anticipadas de voluntad (DAV).

La Resolución CFM 1.805/2006 describe en el artículo 1° que *se permite al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo, en la fase terminal de una enfermedad grave e incurable, respetada la voluntad de la persona o de su representante legal*¹³. Por otro lado, el artículo 2° advierte:

*El enfermo continuará recibiendo todos los cuidados necesarios para aliviar los síntomas que llevan al sufrimiento, asegurada la asistencia integral, el bienestar físico, psíquico, social, espiritual, incluso asegurándole el derecho del alta hospitalaria*¹³.

El CEM afirma que, *si se trata de un enfermo incapaz, ausente el representante legal, corresponderá al médico decidir sobre las medidas mencionadas en el caput de este artículo*¹⁴. Así, se reitera que es fundamental contemplar el principio de autonomía en el proceso decisorio de AT: primero la persona, después el representante legal y, por último, el médico.

Además, el CEM¹⁴, en el ítem XXII del capítulo I “Principios fundamentales”, dispone que en las condiciones clínicas sin posibilidad de cura o intratables, el profesional evitará conductas diagnósticas y terapéuticas dispensables y propiciará al individuo bajo su responsabilidad todos los cuidados paliativos apropiados. En el artículo 41, el código establece que está prohibido que un

médico reduzca la vida de un paciente, aunque lo solicite el paciente o su representante legal.

El artículo 41 también prescribe que, en casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe prestar todos los cuidados paliativos disponibles sin efectuar acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas, considerando siempre la voluntad única del paciente o, en su imposibilidad, la de su responsable legal.

La Resolución CFM 1.995/2012¹⁶ dispone sobre las DAV, definiéndolas en el artículo 1° como el conjunto de deseos, previa y expresamente expresados por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que quiere, o no, recibir cuando esté incapacitado de expresar, libre y autónomamente, su voluntad. El artículo 2° se refiere a las decisiones sobre la atención y el tratamiento de los pacientes que no pueden comunicar o expresar sus deseos de forma libre e independiente, e indica que el médico debe tener en cuenta sus DAV, señalando que:

1. Si el paciente ha designado un representante para este fin, su información será tenida en cuenta por el médico;
2. El médico ya no tendrá en cuenta las DAV del paciente o representante que, en su análisis, estén en desacuerdo con los preceptos dictados por el Código de Ética Médica;
3. Las DAV del paciente prevalecerán sobre cualquier otra opinión no médica, incluso sobre los deseos de los familiares;
4. El médico registrará, en la historia clínica, las DAV que le fueron directamente comunicadas por el paciente;
5. Si no se conoce el DAV del paciente, ni hay representante designado, familiares disponibles o falta de consenso entre ellos, el médico apelará al Comité de Bioética de la institución, si existe, o, en su defecto, al Comité de Ética Médica del hospital o al Consejo Regional y Federal de Medicina para fundamentar su decisión en diferencias éticas, cuando lo considere necesario y conveniente¹⁶.

La Resolución CFM 1.995/2012 asegura además la autonomía de la persona sobre cuidados y tratamientos que podrá recibir siempre que estén en consonancia con las orientaciones referidas. También respalda la toma de decisiones médicas en situaciones de AT en personas comatosas, no receptivas después del coma o incapaces mentalmente, sin familiares o representantes legales. Así, se observan los

aspectos éticos y normativos relacionados con la AT que sustentan la suspensión o no de la indicación del tratamiento considerado desproporcionado.

La necesidad de AT surge cuando la posibilidad de que el procedimiento médico cause daño supera el beneficio potencial esperado, que comúnmente ocurre en pacientes críticamente enfermos con un pronóstico de vida limitado. En este contexto, debe definirse cómo y durante cuánto tiempo se debe tratar con intención de curar a los pacientes graves que tienen un pronóstico reservado^{1,2,9,17}.

Es importante señalar que la atención a la salud que se brinda en un ambiente hospitalario debe basarse en un plan de cuidados cuya elaboración considere que las medidas curativas no preceden linealmente a las medidas paliativas. Por lo tanto, los enfoques paliativos deben ser concomitantes con los curativos, asegurando el alivio de los síntomas que causan molestias desde el diagnóstico de cualquier enfermedad grave que determine un pronóstico de vida limitado. Así, la AT puede ser entendida como un proceso de superposición de medidas curativas y paliativas, posibilitando cuidados individualizados y humanizados con la implementación de terapias adecuadas^{8,17}.

Cabe señalar que la AT es considerada un proceso multifactorial, subjetivo y complejo cuya definición debe organizarse de forma compartida, considerando el equipo de profesionales de salud involucrado en la atención, el paciente (o representante legal) y familiares^{6,18,19}.

El objetivo de este artículo es describir el proceso de elaboración e implementación de un protocolo de AT en un hospital universitario de Rio Grande do Sul.

Método

Este es un relato de experiencia que describe el proceso de elaboración e implementación de un protocolo de AT en el Hospital Universitario de Santa María (HUSM). La institución, de gran tamaño y con 403 camas instaladas, es referencia para la atención de mediana y alta complejidad en la región central de Rio Grande do Sul, un área con casi 2 millones de habitantes²⁰.

Los pasos iniciales para completar el protocolo se llevaron a cabo entre marzo y mayo de 2018. La Gerencia de Atención a la Salud (GAS) estableció un protocolo de AT debido al perfil

de pacientes atendidos en el HUSM: complejo, con múltiples comorbilidades y oncología. Debido a esta necesidad, la GAS invitó a profesionales de Sectores, Unidades y Servicios del HUSM notoriamente implicados en la atención de este perfil de pacientes, incluido el Comité de Bioética (CoBi) del hospital, para la elaboración del protocolo.

Por indicación del Sector de Vigilancia de la Seguridad y Salud del Paciente – Calidad (SVSSQ), responsable de la gestión documental en el HUSM, la elaboración del protocolo siguió los siguientes pasos:

1. Sectores, Unidades y Servicios definieron un profesional como responsable de la elaboración –revisión de literatura, búsqueda activa de protocolos, guías y consensos relacionados del Ministerio de Salud;
2. El profesional a cargo, después de la elaboración del protocolo, convocó a los responsables de los Sectores, Unidades y Servicios para discutir el protocolo y finalizó la primera versión;
3. La primera versión del protocolo fue remitida al SVSSQ para ajustes –evaluación del cumplimiento de los ítems según las normas del HUSM, formateo y difusión;
4. El profesional realizó los ajustes y devolvió el protocolo al SVSSQ para finalizar los flujos y formatear el protocolo;
5. SVSSQ remitió el protocolo al Sector de Informática (SI), que lo puso a disposición en la intranet del hospital como “en validación”. Esta etapa posibilitó que todos los profesionales del área de la salud con actuación en el HUSM visualizaran el protocolo antes de su validación;
6. El profesional responsable definió la fecha y el lugar para la presentación y validación del protocolo y solicitó la divulgación al SVSSQ;
7. El profesional responsable del protocolo realizó la presentación para validación y remitió al SVSSQ los ajustes solicitados y una lista con los nombres de las personas presentes a la presentación;
8. SVSSQ envió el archivo terminado al SI para su disponibilidad como protocolo “implementado” en HUSM.

Este estudio no involucró investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución CNS 196/1996, ítem II.2. Este es un informe de un proceso para la elaboración e implementación de un protocolo de AT, de acuerdo al flujo institucional establecido para la validación e implementación de protocolos.

Resultados

Pasos para la elaboración del protocolo de adecuación terapéutica

Indicación del protocolo de adecuación terapéutica

El protocolo puede ser aplicado a pacientes hospitalizados, evaluados por el equipo médico auxiliar o médico designado por éste, en caso de enfermedad grave avanzada o terminalidad, no recuperación y/o riesgo de muerte.

La AT está indicada cuando se reconoce que el paciente se encuentra en la etapa final de la vida, es decir, con una esperanza de vida evaluada de hasta 12 meses, incluido el período de muerte inminente (horas o días). Además, hay una indicación de AT en los siguientes casos: condiciones avanzadas, progresivas e incurables; fragilidad generalizada y coexistencia de condiciones asociadas con una esperanza de vida de hasta 12 meses; condiciones con riesgo de muerte si hay una crisis aguda repentina; condiciones agudas que amenazan la vida asociadas con un evento catastrófico²¹⁻²³.

Criterios de inclusión

Los criterios de elegibilidad de un paciente para AT son:

- Tener un diagnóstico preciso de enfermedades o condiciones de salud graves;
- Al momento de la evaluación, no ser candidato a un tratamiento de eficacia comprobada que pueda cambiar el pronóstico de muerte inminente o cuando las terapias en uso ya no sean efectivas;
- Las condiciones diagnosticadas deben ser progresivas, irreversibles y tener un pronóstico definido²¹.

La definición del Pronóstico puede basarse en indicadores generales de deterioro clínico y funcional y/o indicadores clínicos específicos²¹⁻²³ o por el uso de una pregunta sorpresa: *¿Le sorprendería que esta persona muriera en los próximos meses, semanas o días?*²¹. La respuesta a esta pregunta debe ser intuitiva, involucrando una serie de indicadores clínicos, presencia de comorbilidades, aspectos sociales y otros factores que permitan un análisis completo de un cuadro clínico de declive. Una respuesta positiva a esta pregunta, aunque subjetiva, representa un pronóstico de vida limitado, con indicación de AT²¹.

Presencia de indicadores generales de deterioro clínico y funcional²⁴⁻²⁶

- Disminución de las actividades –estado de disminución de rendimiento funcional (por ejemplo, puntaje de Barthel), autocuidado limitado, permanecer en la cama o en la silla el 50% del día y una mayor dependencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria;
- Presencia de comorbilidad –considerado el mayor indicador predictivo de mortalidad y morbilidad;
- Deterioro físico general y creciente necesidad de apoyo;
- Enfermedad avanzada: condición inestable, deterioro y síntomas que requieren un abordaje complejo;
- Respuesta decreciente a los tratamientos, con reversibilidad reducida;
- Elección por ningún tratamiento activo adicional;
- Pérdida de peso progresiva (>10%) en los últimos seis meses;
- Ingresos repetidos no planificados o descompensación de la enfermedad de base.
- Evento centinela: caída grave, duelo, traslado a institución de larga estancia;
- Albúmina sérica <2,5 mg/dl;
- Necesidad de asistencia considerable y atención médica frecuente (Karnofsky 50%);
- Síntomas, dificultad con el autocuidado, permanecer en la cama más del 50% del día (Performance Status Ecog 2).

La disminución debe establecerse y documentarse, con base en información objetiva, en la historia clínica²¹. Es necesario observar indicadores clínicos específicos: criterios flexibles con algunas

superposiciones, especialmente en personas con fragilidad y otras comorbilidades²³.

Trayectorias con declive rápido o predecible

Cáncer metastásico

- Los predictores para pacientes con cáncer, utilizando Karnofsky y Performance Status ECOG, pueden ayudar, pero no deben aplicarse de forma aislada^{25,26};
- El factor de predicción más importante en el cáncer es el estado de rendimiento y capacidad funcional;
- Si el paciente pasa más del 50% del tiempo en la cama, el pronóstico generalmente se estima en alrededor de tres meses o menos.

Trayectorias con declive errático

Las trayectorias características de las enfermedades crónicas, como las insuficiencias orgánicas y las patologías neurológicas, muestran una disminución errática. El cuadro 1 muestra de forma resumida algunos indicadores de enfermedad avanzada en morbilidades específicas.

Es imprescindible que el abordaje sobre la evolución de la enfermedad en pacientes con demencia sea iniciado precozmente, mientras el déficit cognitivo aún les permita discutir cómo les gustaría ser tratados en etapas posteriores²³. Al considerar las trayectorias de los indicadores clínicos específicos presentados por el paciente, es fundamental identificar episodios que indiquen cambios agudos, con baja posibilidad de reversión. Estos señalan una mayor necesidad de implementar cuidados paliativos en el plan de atención instituido²¹.

Cuadro 1. Patologías con trayectorias con declive errático

| | | |
|--------------------------|---------------------|--|
| Insuficiencias orgánicas | EPOC | <ul style="list-style-type: none"> • VEF1 <30%; • Ingresos hospitalarios recurrentes: al menos tres en los últimos 12 meses; • Criterios de oxigenoterapia a largo plazo; • mMRC grado 4/5; • Signos y síntomas de IC derecha; • Otros factores: anorexia, infecciones previas con microorganismos resistentes. |
| | Enfermedad cardíaca | <ul style="list-style-type: none"> • NYHA 3 o 4; • Ingresos hospitalarios repetidos con síntomas de IC; • Síntomas físicos o psicológicos difíciles a pesar de una terapia óptima y tolerable. |
| | Enfermedad renal | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal en etapa 4 o 5; • Pacientes que eligen la opción “no diálisis” o suspenden la TRS; • Insuficiencia renal sintomática: náuseas y vómitos, anorexia, prurito, estado funcional reducido o sobrecarga de líquido intratable. |

continúa...

Cuadro 1. Continuación

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| Enfermedades neurológicas | Enfermedad de Parkinson | <ul style="list-style-type: none"> • Independencia reducida, necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria; • Períodos crecientes de "off"; • Discinesias, movilidad reducida y caídas; • Signos psiquiátricos: depresión, ansiedad, alucinaciones, psicosis; • Presentación de un patrón similar al de la fragilidad. |
| | Fragilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del estado funcional en evaluación por Barthel/PPS/Karnofsky; • Combinación de al menos tres de los siguientes síntomas: debilidad, velocidad de marcha reducida, pérdida de peso significativa, agotamiento, bajo nivel de actividad física o depresión. |
| | ACV | <ul style="list-style-type: none"> • Estado mínimo de conciencia o vegetativo persistente o parálisis densa; • Falta de mejora en el plazo de tres a seis meses del inicio de la enfermedad; • Deterioro cognitivo/demencia post-ACV |
| | Síndromes demenciales | <ul style="list-style-type: none"> • No deambula sin ayuda; • Incontinencia urinaria y fecal; • No hay un diálogo consistente y significativo; • Incapaz de realizar actividades de la vida diaria; • Lesiones por presión etapa 3 o 4; • Reducción de la ingesta oral; • Infecciones recurrentes. |

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; VEF1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; mMRC: Escala de Disnea Modificada (Modified Medical Research Concilio); NYHA: New York Heart Associatio, clasificación funcional; IC: insuficiencia cardíaca; TRS: terapia de reemplazo renal; PPS: Palliative Performance Scal; ACV: accidente cerebrovascular³

Pasos para implementar el protocolo de AT

Comunicación con el equipo

Después de verificar los criterios para la AT, se debe informar al personal involucrado en la atención médica y discutir sobre la indicación de AT^{4,5}. Se pretende, de esa forma, establecer un consenso en el equipo, con registro posterior en la historia clínica (Flujograma 1, en el Apéndice).

Comunicación con paciente, representante legal y familia

Con el consenso del equipo involucrado en el cuidado de la salud, se informa al paciente –o su representante legal– y a la familia sobre la evolución y pronóstico de la condición presentada y se conocen los deseos del paciente y la familia^{5,9}. En este abordaje, se debe evaluar la autonomía y la capacidad de toma de decisión del paciente, además de verificar la existencia de DAV (Flujograma 2, en el Apéndice).

Consenso entre equipo y familia

Durante todo el proceso de definición de la AT, se debe brindar apoyo al equipo involucrado,

al paciente (o representante legal) y a los familiares, considerando creencias y valores personales implicados en cada caso. Si no hay consenso, se puede solicitar la asistencia del comité de bioética de la institución, si se considera apropiado (Flujograma 1, Apéndice).

Tipos de adecuación terapéutica

Hay dos formas de ejecutar una AT: no iniciar una medida (abstención) o retirar una medida preexistente (suspensión)⁴. Desde una perspectiva ética, ambos son considerados moralmente equivalentes, sin embargo, hay diferencias desde el punto de vista psicológico, filosófico, social y clínico, entre otros. Por esta razón, se considera más difícil retirar que no iniciar una medida, lo que debe tenerse en cuenta al comunicarse con las partes involucradas^{4,28}.

Abstención de tratamientos

No iniciar un tratamiento médico, incluso si resulta en la muerte, puede ser aceptable en las circunstancias apropiadas para AT. Aun así, no se debe implementar un tratamiento si esto está de acuerdo con la solicitud presentada previamente por el paciente en sus DAV⁴.

No realizar reanimación cardiopulmonar

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un intento de restaurar la función cardiopulmonar e incluye intubación endotraqueal y ventilación asistida, compresión cardíaca externa y desfibrilación eléctrica cardíaca. La decisión de no instituir RCP debe registrarse en la historia clínica como orden de no reanimación (ONR)²⁸.

En ausencia de ONR, el paciente recibirá RCP, por lo que el médico debe discutir este tema con los pacientes cuando sea apropiado. Se puede seguir una ONR, ya sea escrita o verbal, solo después de que el consentimiento informado del paciente, o representante legal, se haya obtenido y documentado adecuadamente en el registro médico. La decisión de ONR, siempre que sea realizada adecuadamente por el médico responsable, debe cumplirse^{5,28}.

El médico debe informar al paciente, o al representante legal, del carácter invasivo de la RCP y, en su caso, de su bajísima probabilidad de éxito en determinadas condiciones. Las ONR pueden ser administradas por el médico que brinda atención hospitalaria directamente al paciente o por otro médico designado por él y deben ser registradas y firmadas por el profesional dentro de las 24 horas posteriores a su institución. La orden ONR solo es válida por este período y caduca si no se registra correctamente²⁸.

Al hacer el registro, el médico debe indicar la ONR en el encabezado de evolución médica y en la prescripción médica en la sección de atención. También es necesario registrar en el encabezado: condición médica del paciente, capacidad o base para la incapacidad de tomar decisiones, identificación del representante legal y términos de la discusión con el paciente o con el representante legal²⁸.

El equipo de atención médica debe implementar cuidados paliativos adecuados, con el objetivo de controlar los síntomas y abordar los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, y, si lo considera necesario, solicitar el apoyo del equipo de cuidados paliativos. El paciente con ONR continuará recibiendo atención médica de alta calidad, con la definición de los procedimientos que se mantendrán, como tratamiento de infecciones, transfusión, nutrición, hidratación y pruebas diagnósticas, en línea con la implementación de los cuidados paliativos¹⁹. Esta definición debe constar en la historia clínica, con indicación en el encabezado de la evolución médica y en la prescripción médica en el apartado de cuidados.

La ONR debe ser revocada si la condición médica o los deseos del paciente cambian, después de discutirlo con el paciente o su representante legal. Además, la indicación de ONR se discutirá en cada ingreso hospitalario, a menos que esté claro que la razón por la que se autorizó la ONR permanece sin cambios. Sin embargo, la ONR debe reescribirse y documentarse en la historia clínica en cada admisión²⁸.

En algunos casos, el paciente con ONR puede aceptar la intubación electiva para una afección potencialmente reversible, como la neumonía. Si esto ocurre, la ONR puede cancelarse si el representante legal está de acuerdo. Si la ONR es suspendida por el representante legal, éste debe ser orientado a considerar la voluntad del paciente^{5,28}.

Los pacientes con ONR pueden someterse a procedimientos paliativos u otros, pero si el profesional responsable cree que existe un riesgo significativo de que se requiera RCP, se le preguntará al paciente si se puede suspender la ONR durante el procedimiento y la recuperación. La duración del período de recuperación considerado para la suspensión, que es definido por el equipo médico, se anotará en la historia clínica y, si el paciente no desea suspender la ONR en esta situación, se debe notificar al médico tratante. Este definirá con el profesional responsable si el procedimiento se realizará con la ONR mantenida²⁸.

Excepto en emergencias, ningún profesional de la salud estará obligado a realizar intervenciones en un paciente con ONR sostenida si cree que hacerlo violaría sus creencias éticas o religiosas o su integridad profesional. Si no hay profesionales dispuestos a realizar un procedimiento con la ONR mantenida y el paciente se niega a suspenderlo, el médico tratante discutirá con el paciente el motivo de la intervención y la suspensión de la ONR. Si se suspende durante el procedimiento o durante el período de recuperación, el profesional responsable del procedimiento, o alguien designado por él, documentará este cambio de estado en la historia clínica²⁸.

Es responsabilidad del médico tratante reunir un equipo dispuesto a cuidar al paciente, y se puede contactar al comité de bioética de la institución para ayudar en la resolución de conflictos. En caso de alta hospitalaria, se debe registrar la indicación de ONR y los tratamientos que se mantendrán en la sección de recomendaciones y cuidados en la nota de alta²⁸.

No tomar otras medidas de soporte vital

Los médicos deben hablar con el paciente o su representante legal sobre los deseos de abstenerse de tratamientos que podrían considerarse medidas de soporte vital. Entre estos procedimientos se encuentran: ventilación mecánica, alta fracción de oxígeno inspirado (FiO₂), uso de fármacos vasoactivos, diálisis extrarrenal, nutrición, hidratación y traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Estas medidas solo pueden dejar de llevarse a cabo después de que se obtenga el consentimiento informado del paciente o su representante legal y se documente adecuadamente en la historia clínica, como se detalla en los diagramas de flujo 1 y 2 (Apéndice)^{5,21,28}.

Cuando sea apropiado, el médico tratante debe indicar claramente en la historia clínica el objetivo del tratamiento implementado y esta información debe ser comunicada a todo el equipo involucrado en la atención médica. Cuando no hay indicación para ONR, pero hay una definición de abstención para algún componente de la RCP, es necesario escribir una orden específica indicando no intubación endotraqueal y ventilación asistida, no compresión cardíaca externa o no desfibrilación cardíaca eléctrica²⁸.

Esta definición debe registrarse en la historia clínica e indicarse en el encabezado de evolución médica y en la prescripción médica en la sección de atención. En caso de que el paciente reciba el alta hospitalaria, es necesario registrar la definición de abstención para algún componente de la RCP y qué tratamientos deben mantenerse en la sección de recomendaciones y cuidados en la nota de alta²⁸.

Suspensión de terapias

En circunstancias apropiadas, la suspensión del tratamiento médico puede ser aceptable, incluso si resulta en la muerte. De este modo, puede haber discontinuación de acuerdo con la voluntad del paciente o de su representante legal, mediante consentimiento informado o solicitud previamente presentada por el paciente (DAV)^{4,5}.

El médico registrará la definición de mantenimiento del tratamiento siempre que las solicitudes de suspensión sean inadecuadas, es decir, si están en desacuerdo con los preceptos bioéticos y pueden traer perjuicio al paciente. Cuando se suspende una terapia considerada de soporte vital, se debe considerar la comodidad del paciente y los aspectos

psicológicos del paciente, de la familia y de todo el equipo involucrado en el cuidado de la salud²⁸.

Esta definición debe registrarse en la historia clínica e indicarse en el encabezado de evolución médica y en la prescripción médica en la sección de atención. Ningún profesional de la salud estará obligado a participar en la atención de un paciente con suspensión de terapias si esto viola sus convicciones éticas, religiosas o su integridad profesional.

Del mismo modo, es responsabilidad del médico tratante reunir un equipo dispuesto a cuidar al paciente y, en caso de conflictos, se puede contactar al comité de bioética del hospital. En caso de que ocurra evolución para alta hospitalaria, es necesario registrar la indicación de suspensión de tratamientos y qué tratamientos deben mantenerse en el apartado de recomendaciones y cuidados en la nota de alta^{5,28}.

Consideraciones finales

La aplicación de los cuidados paliativos se ha ido extendiendo rápidamente, pero aún existen vacíos metodológicos por llenar. Adecuar y modificar las prácticas terapéuticas de un equipo médico dentro de un hospital exige la construcción e implementación de tecnologías formales y con base legal. Además, ejecutar un protocolo de AT en un servicio asistencial y designar profesionales para acompañar su aplicación son factores esenciales en la concreción de prácticas humanísticas y éticas.

Instrumentalizar profesionales con conocimientos en el área de los cuidados paliativos es fundamental para construir una discusión colectiva y horizontal en el proceso interno de trabajo y toma de decisiones del médico y del equipo multidisciplinario de cuidados. Además, los pacientes empoderados sobre su diagnóstico y conocedores de los mecanismos que están a su disposición, como las DAV, garantizan a los profesionales y familiares la certeza de que sus deseos serán realizados, preservando la dignidad humana inherente a todos.

Así, el protocolo de AT es un recurso desarrollado a partir de las directrices del Consejo Federal de Medicina (CFM) y guiado por principios bioéticos, legales y clínicos recogidos en la literatura relevante. Por lo tanto, se caracteriza como base para el cambio de paradigmas que involucran nuevas tecnologías y posibilidades terapéuticas.

Referencias

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. [s.d.] [acceso 30 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/3nEfMRT>
2. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Protocolo de cuidados paliativos. Fortaleza: Sulina; 2014. p. 16.
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
4. Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA *et al.* Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gac Méd Bilbao* [Internet]. 2015 [acceso 17 fev 2022];112(4):216-8. Disponível: <https://bit.ly/3MlylG7>
5. Corradi-Perini C, Pessini L. Prólogo. In: Corradi-Perini C, Pessini L, Souza W, editores. *Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares*. Curitiba: Editora CRV; 2018. p. 13-20.
6. Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FS, Almeida AM, Melo RM, Albuquerque LC *et al.* Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007 [acceso 30 abr 2016];19(2):137-43. DOI: 10.1590/S0103-507X2007000200001
7. Antiñolo FG. Limitación de esfuerzo terapéutico: ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 [acceso 30 abr 2016];135(9):410-6. DOI: 10.1016/j.medcli.2009.02.046
8. Gomes H, Almeida M, Matoso T, Viana M, Rezende M, Bento M *et al.* Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2014 [acceso 17 abr 2019];22(2):282-90. DOI: 10.1590/1983-80422014222009
9. Moritz RD, Rossini JP, Deicas A. Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais. In: Moritz RD. *Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 19-32.
10. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2009 [acceso 30 abr 2016];17(5):613-9. DOI: 10.1590/S0104-11692009000500003
11. Dadalto L, Carvalho S. Os desafios bioéticos da interrupção voluntária de hidratação e nutrição em fim de vida no ordenamento jurídico brasileiro. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2021 [acceso 17 fev 2022];21(2):127-42. DOI: 10.18359/rbi.5181
12. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P *et al.* II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2011 [acceso 30 abr 2016];23(1):24-9. DOI: 10.1590/S0103-507X2011000100005
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 169, 2006 [acceso 30 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3vGsJR6>
14. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acceso 1º fev 2020]. Disponível: <https://bit.ly/2FTuyys>
15. Torres JHR. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia: quando deixar morrer não é matar. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 415-38.
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 269-703, 1 ago 2012 [acceso 30 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3DFF5JY>
17. Siqueira JE. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: Moritz RD, organizadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: CFM; 2011. p. 15-24.
18. Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanásia: una reflexión bioética. *Humanidad Méd* [Internet]. 2011 [acceso 30 abr 2016];11(2):259-73. Disponível: <https://bit.ly/35wrrxd>
19. Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS, Batista CB, Attoni JM, Guimarães RJ. Dysthanasia: ethical reflections on the limits of therapeutic efforts in intensive care units. *R Pesq* [Internet]. 2011 [acceso 30 abr 2016]; 3(1): 1617-27. Disponível: <https://bit.ly/3J2RydN>

20. HUSM comemora 50 anos de história. UFSM [Internet]. 2020 [acesso 18 fev 2022]. Disponível: <https://ufsm.br/r-1-51983>
21. Arantes ACLQ. Indicações de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 20-36.
22. Stuart B. The NHO medical guidelines for non-cancer disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hosp J* [Internet]. 1999 [acesso 30 abr 2016];14(3-4):139-54. Disponível: <https://bit.ly/3twGSOO>
23. Royal College of General Practitioners. The GSF prognostic indicator guidance: the National GSF Center's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life [Internet]. London: Royal College of General Practitioners; 2011 [acesso 30 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/3vFkXqp>
24. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* [Internet]. 1965 [acesso 18 fev 2022];14:61-5. Disponível: <https://bit.ly/3pCIGDO>
25. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2013 [acesso 17 fev 2022];13(1):72. DOI: 10.1186/1472-6947-13-72
26. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* [Internet]. 1982 [acesso 17 fev 2022];5(6):649-55. Disponível: <https://bit.ly/3twIJSY>
27. Canteros J, Lefeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Chil Med Intensiva* [Internet]. 2007 [acesso 30 nov 2017];22(2):93-6. Disponível: <https://bit.ly/3MlpyE9>
28. Phua J, Joynt GM, Nishimura M, Deng Y, Myatra SN, Chan YH *et al*. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *Jama Intern Med* [Internet]. 2015 [acesso 30 nov 2017];175(3):363-71. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.7386

Melissa Agostini Lampert - Doctora - melissa.a.lampert@gmail.com

 0000-0002-3708-8400

Ariel Eduardo Billig - Magíster - billig_ariel@hotmail.com

 0000-0001-6175-5456


Luisiana Filipin Onófrío - Especialista - lui_onofrio@hotmail.com

 0000-0002-7273-4340

Grasiele Gallina Seeger - Especialista - grseeger@hotmail.com

 0000-0002-1714-0347

Raquel Prado Thomaz - Magíster - raquelpthomaz@gmail.com

 0000-0002-6653-6639

Correspondencia

Melissa Agostini Lampert - Rua César Trevisan, 1333, alameda A, casa 10 CEP 97065-060. Santa Maria/RS, Brasil.

Participación de los autores

Melissa Agostini Lampert realizó la revisión de la literatura y aprobó el manuscrito para su envío. Ariel Eduardo Billig escribió el manuscrito e hizo correcciones y adecuaciones. Luisiana Filipin Onófrío construyó los diagramas de flujo y realizó la revisión de la literatura. Grasiele Gallina Seeger hizo el resumen y revisó el manuscrito y las referencias. Raquel Prado Thomaz participó en la redacción y revisión del manuscrito.

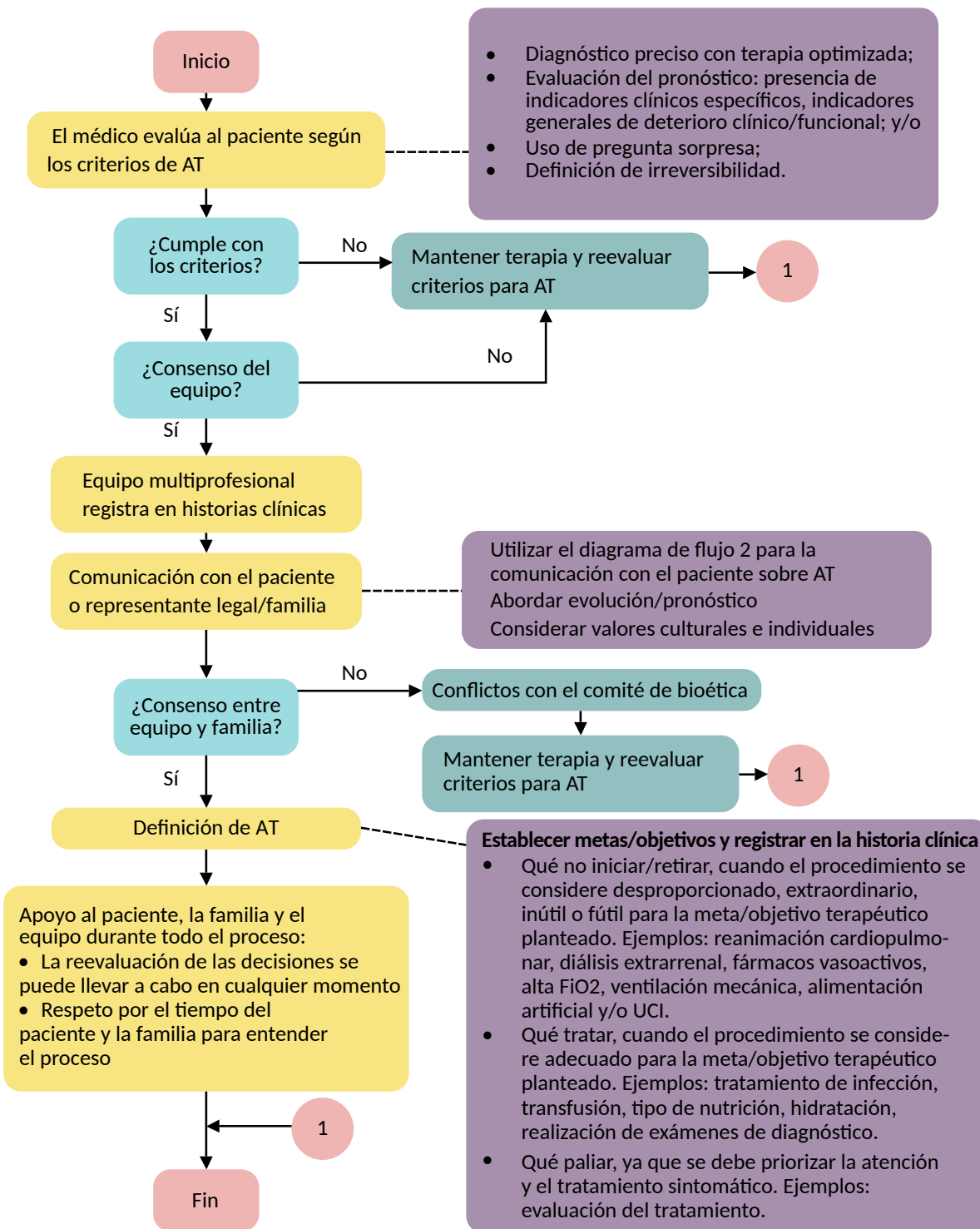
Recibido: 18.5.2020

Revisado: 8.2.2022

Aprobado: 18.2.2022

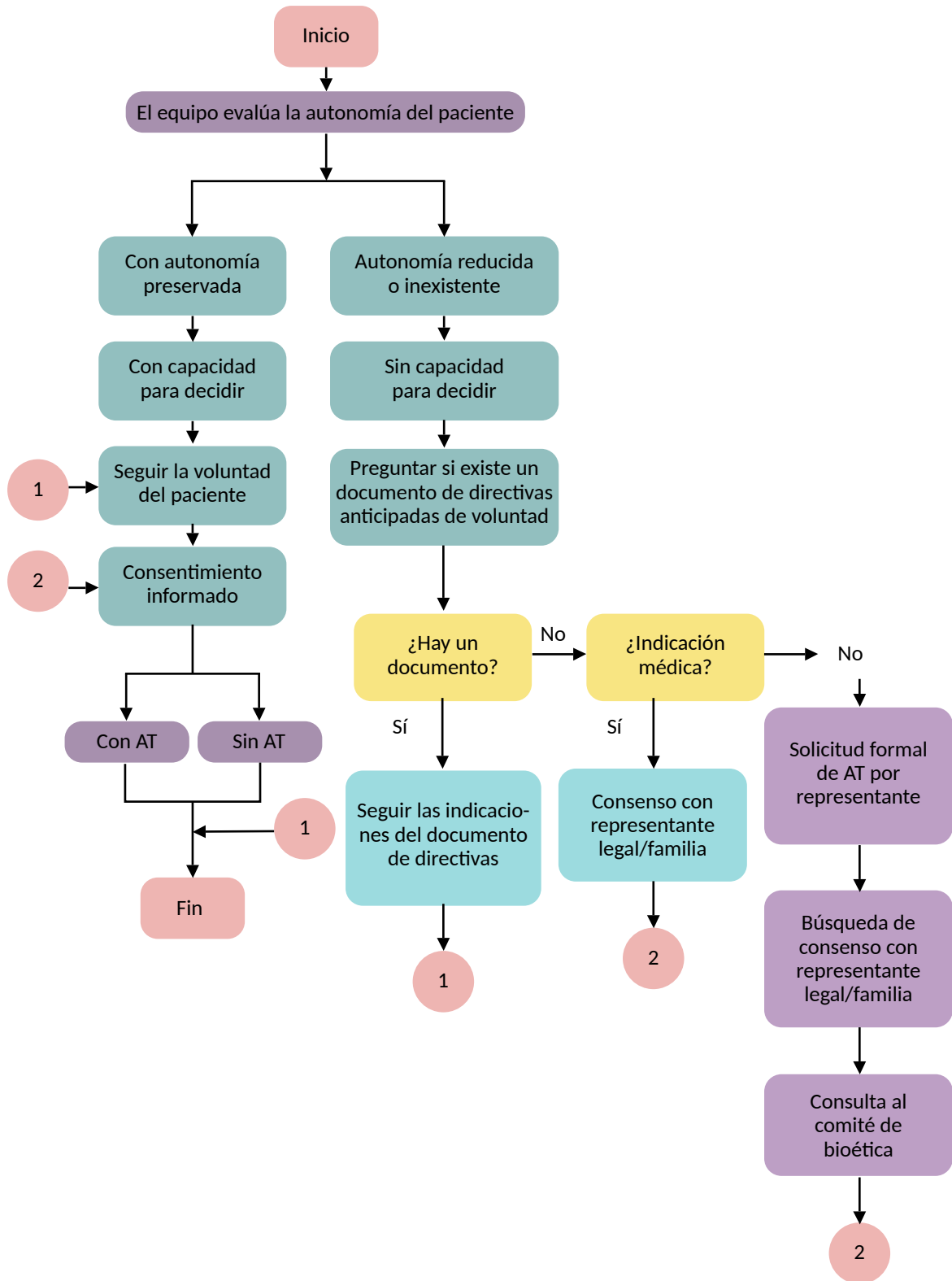
Apéndice

Diagrama de flujo 1. Pasos para la implementación de la adecuación terapéutica



AT: adecuación terapéutica; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno
 Fuente: Adaptado de Gomes y colaboradores⁸ y Canteros y colaboradores²⁷.

Diagrama de flujo 2. Comunicación con el paciente para la toma de decisiones sobre adecuación terapéutica



AT: adecuación terapéutica

Fuente: Adaptado de Gomes y colaboradores⁸ y Canteros y colaboradores²⁷.

Investigación