



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GOMEZ

**“LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y MODOS  
DE MUERTE EN PACIENTES FINADOS DURANTE EL  
2008 EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
FEDERICO GÓMEZ”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

PRESENTA:

**LIDIA GABRIELA ESTRADA GONZALEZ**



TUTOR DE LA TESIS: DR. ANTONIO ZAMORA

HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO  
FEDERICO GÓMEZ  
Instituto Nacional de Salud

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DR. ANTONIO ZAMORA CHÁVEZ**  
**TUTOR DE LA TESIS**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO**

---

**DRA LIDIA GABRIELA ESTRADA GONZÁLEZ**  
**AUTOR DE LA TESIS**

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, lo más importante en mi vida, porque gracias a sus sacrificios, comprensión y apoyo incondicional he logrado todas y cada una de mis metas. A mi papi, por ser el gran maestro, la enciclopedia andante, la persona de mejor corazón que conozco, mi ejemplo; a mi mami, quien sazona cada día de mi vida con amor y compañía quien nos ha dado todo y que sin ella simplemente no habría llegado a ser quien soy. A mi hermanita, por compartir su vida junto a la mía, a ti en especial te dedico este logro, por ser mi inspiración y mi luz en momentos de oscuridad; sin ustedes a mi lado esto no sería real, los amo.

A mi tío Arturo, por ser la persona más transparente y noble, por quererme y protegerme.

A mis mejores amigos, por compartir momentos inolvidables, por su apoyo incondicional, por demostrar que la amistad existe a cada momento, Luis Enrique Moreno, Gabriela Juárez, Jackie Fernández, Diana González, simplemente los mejores los quiero mucho.

Al Dr. Zamora, gracias por su apoyo a cada momento, por la confianza depositada en mi, por la paciencia durante este tiempo de trabajo en conjunto, ha sido un honor.

Al Dr. Macías Duvignau, por mostrarme el camino del triunfo, por ser más que una guía un gran amigo.

A todos los médicos que han participado en mi formación profesional, por transmitirme sus conocimientos y experiencias para hacer de mi un mejor médico.

A todas aquellas personas que me brindaron su apoyo y amistad para llevar acabo este proyecto, en especial al personal del archivo, Marce Callejas y Juan Manuel Carrillo, muchas gracias.

A todos y cada uno de los niños del Hospital Infantil de México, por permitirme sonreír con ellos, por llenar mi vida, por ser parte de mi formación, como persona, médico y ser humano.

## INDICE

	Paginas
Planteamiento del problema .....	1
Justificación .....	1
Marco teórico .....	2-5
Objetivos .....	6
Metodología de la investigación .....	7
Planeación operativa de la investigación .....	7
Material y métodos .....	7
Análisis .....	7
Definición de variables .....	8
Resultados .....	9-13
Conclusiones .....	14-15
Bibliografía .....	16-17
Anexos .....	18-22

# **LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y MODOS DE MUERTE EN PACIENTES FINADOS DURANTE EL 2008 EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La limitación terapéutica en pacientes finados en el Hospital Infantil de México durante el 2008, estará relacionado con aquellos que cursan con enfermedades crónicas.

## **JUSTIFICACION**

Debido a la transición epidemiológica en nuestro país, cada vez se admiten más pacientes con enfermedades crónicas en las unidades hospitalarias, haciendo evidente el aumento de pacientes con enfermedades terminales, y la necesidad de cuidados paliativos y Comités de Bioética para las decisiones al final de la vida.

Dado que los hospitales pediátricos atienden pacientes que finalmente morirán, los objetivos relacionados con las decisiones deberían definirse en una guía que facilitara su aplicación.

Se necesitan guías específicas publicadas por sociedades de cuidados intensivos pediátricos basadas en principios y valores éticos, adaptadas a las prácticas en principios y valores éticos, y a las prácticas actuales.

Consideramos que es necesario conocer la limitación del esfuerzo terapéutico en cifras objetivas así como los modos de muerte que constituyan la base de datos a partir de la cual se realicen guías que estandaricen la conducta del médico ante los pacientes al final de la vida y evitar en lo posible el encarnizamiento terapéutico.

## MARCO TEÓRICO

Con el desarrollo de la tecnología médica de este siglo, se ha incrementado la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación.

Curar ha sido el objetivo más importante de la medicina, por tanto, la muerte, es considerada como un fracaso (1). Esto ha ocasionado que no se sepa como actuar con los enfermos en los cuales no hay posibilidades de curación.

Las dificultades de los profesionales sanitarios para enfrentarse con la muerte han dado lugar al aislamiento, separación y hasta cierto punto el abandono del enfermo que va a morir (2).

En opinión de Laín Entralgo, el concepto de morir cambió después de la Primera Guerra Mundial, y con ello, la realidad de morir. El primer rasgo que salta a la vista es que la muerte de un individuo no afecta la continuidad de la sociedad, el segundo rasgo es la medicalización: la muerte oculta en el hospital, hasta 1945 la muerte conservaba sus rasgos tradicionales y fue entonces que el hospital no es ya sólo el lugar donde la persona se cura o muere a causa de un fracaso o error terapéutico, es el lugar de la muerte normal, prevista y aceptada por la sociedad, y en ocasiones, rechazada por el personal médico, agobiado por las demandas que ello le conlleva e impone al médico la confianza pérdida así como el cargo de conciencia (3).

El final de la vida lejos de ser un momento íntimo compartido con amistades y la familia, se ha convertido en un momento solitario rodeado de tecnología y, no poco frecuente con dolor (4).

El bien morir se define por los pacientes en términos de control de síntomas, incluyendo morir al dormir, libre de dolor, tranquilidad y con dignidad (5).

En los últimos años se ha producido un aumento notable de demanda en aspectos de medicina paliativa, considerando como factores desencadenantes el progresivo envejecimiento de la población, el aumento del número de enfermos con cáncer y sida y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas. En América Latina se ha dado un cambio en el perfil epidemiológico en el que están aumentando progresivamente las enfermedades crónicas no transmisibles (3).

En toda sociedad se espera que los niños sobrevivan a sus padres. Sin embargo, en México, a pesar de los importantes avances en la pediatría, la tasa de mortalidad infantil es de 40 por 1000 nacidos vivos y cada año fallecen alrededor de 800 por 100,000 niños de 1 a 15 años por diferentes causas como traumatismos, cáncer y otras enfermedades (4).

Según la definición de la OMS y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad en fase terminal, es aquella que no tiene tratamiento específico curativo con capacidad para retrasar la evolución y que conduce a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y genera un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y en el paciente.

En las situaciones terminales el objetivo es proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte y para ello surgió una nueva forma de atención médica integral denominada cuidados paliativos (4 - 7).

Tradicionalmente, los cuidados paliativos se enfocaron en los pacientes con cáncer, pero este tipo de cuidado se debe ampliar a un amplio rango de enfermedades. (8)

A pesar del desarrollo alcanzado por la pediatría, hay un grupo de pacientes, con diferentes patologías, que van a fallecer durante la evolución de su enfermedad. La implementación de unidades de cuidados paliativos en pediatría, es una necesidad, sobre todo en hospitales de gran complejidad, para ofrecer una atención de calidad a los niños y sus familias cuando no hay posibilidad de mejoría (4).

Existen factores que contribuyen a esta necesidad, como son:

- 1) La tendencia a tratar los problemas del paciente en su vertiente puramente biológica, sin considerar la repercusión afectiva y sociofamiliar de la enfermedad.
- 2) Las obstinaciones innecesarias en prácticas diagnósticas y terapéuticas inútiles, desplazamientos injustificados a los servicios de urgencias hospitalarias, etc. sólo consiguen aumentar el sufrimiento y el disconfort del enfermo (el llamado “encarnizamiento terapéutico”).
- 3) El vacío asistencial que puede producirse una vez que el paciente se encuentra en fase terminal. El médico de atención primaria desbordado por el número de pacientes curables que tiene que atender, la falta de recursos y su escasa formación específica en este tipo de cuidados influye negativamente en la atención. Por otro lado, la familia que en ocasiones se encuentra impotente o es incapaz de atender correctamente las necesidades del paciente. Por último el hospital que, en la mayoría de ocasiones, no está preparado para cuidar de forma permanente a los pacientes que no se pueden curar.
- 4) La falta de comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal y con su familia (3).

La historia de los cuidados paliativos parte de un aforismo del siglo XIV “*Curar, a veces, mejorar, a menudo, confortar, siempre*” pero no se concretan como tales hasta que en las década de los 50, con la aparición de los medicamentos quimioterápicos, donde se generaron nuevas esperanzas para los pacientes oncológicos que al verse incumplidas en buena parte, derivaron en un movimiento destinado a dar soporte a los pacientes en fase terminal y ayudarles a bien morir, desde la base de que la muerte en estas circunstancias no es un fracaso médico y que es posible llevarla con dignidad (5, 6).

Así la OMS definió en el año 1990 a los cuidados paliativos como “El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa” (7).

El Cuidado Paliativo Pediátrico (CPP) es el cuidado integral, de pacientes de 0 a 15 años que tienen una enfermedad progresiva y en etapa avanzada, que no responde a tratamiento curativo. El énfasis de la atención debe ser entonces el alivio del sufrimiento, control del dolor y manejo de síntomas asociados,

además de promover una mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Este cuidado debe ser “un continuo” en la atención del paciente, lo que permitirá una mejor relación entre el equipo de salud, el paciente y su grupo familiar (4).

Los cuidados paliativos no se enseñan a nivel de pregrado o posgrado en la gran mayoría de las universidades de la región de las Américas (3).

Las características de los niños son muy diferentes a las de los adultos, por lo tanto la aproximación a los cuidados paliativos (CP) debe ser diferente también. (4).

Los objetivos de los Cuidados Paliativos son:

- 1) *La confortabilidad como objetivo terapéutico*: La enfermedad de base atraviesa distintas fases que van planteando la necesidad de actuaciones diferentes en cada momento. Cuando se han agotado los recursos terapéuticos específicos, los esfuerzos deben dirigirse a la comodidad del enfermo y su familia, priorizando los objetivos de calidad sobre cantidad de vida.
- 2) *Atención integral*: Han de tenerse en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continua.
- 3) *El enfermo y la familia es la unidad a tratar*: La familia ocupa un papel preponderante en el cuidado. La familia es un elemento indispensable para el cuidado del paciente, principalmente cuando éste se realiza en el domicilio. Por tanto, la familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- 4) *Promoción de la autonomía y la dignidad*: La situación de enfermedad obliga a cambios en el estilo de vida, muchos de ellos vividos por el enfermo como claudicaciones impuestas por el nuevo estado de salud. Si el enfermo no se siente parte activa de su tratamiento colaborando en la toma de decisiones, provocaremos más conflictos internos. Siempre que sea posible se elaborarán «con» el enfermo los objetivos terapéuticos.
- 5) *Terapéutica activa*: La situación de enfermedad Terminal no es equivalente a incapacidad terapéutica. Hay que incorporar una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el «no hay nada más que hacer» que refleja una actitud inadecuada y equivocada ante esta situación, así como una falta de formación en este ámbito.
- 6) *El domicilio como medio asistencial*: El paciente debe recibir la atención en aquel ambiente que le proporcione mayor comodidad, confianza, seguridad y posibilidad de comunicación y relación con sus seres queridos. En la mayoría de los casos coincide con el propio domicilio (3).

Se ha cuestionado desde 1990, sobre el concepto de “la vida a cualquier costo”, las decisiones al final de la vida, ahora se discuten ampliamente, anteponiendo el respeto al paciente, incluyendo como gran preocupación el mantener la dignidad al final de la vida y la humanización de la muerte (9).

La pérdida de la dignidad es una de las razones por la que los médicos consideran la eutanasia (10, 11, 12).

Concomitantemente, el concepto de limitación del soporte de vida, que incluye órdenes de no reanimación han aparecido en la práctica para evitar tratamientos que solo prolongan la vida pero que no mejoran las condiciones

del paciente, usualmente conduciendo al empleo de tratamientos innecesarios que generan sufrimiento al enfermo (9). Estudios acerca de los modos de muerte en unidades pediátricas intensivas, conducidas en Europa y en Estados Unidos, muestran una limitación del soporte de vida del 30 al 60%.(9-11)

En los países de Latinoamérica en donde se usan los principios de medicina paternalista, se lleva a cabo poca investigación sobre la toma de decisiones al final de la vida, especialmente en cuanto a los hospitales pediátricos (9). Hay dos estudios extensos en Latino América uno en Argentina publicado en el año 2003 por Althabe,(12) otro en Brasil por Kipper en el año 2005 (13), concluyendo en este último que hay un incremento significativo en la limitación del soporte de vida del 30 al 60% con respecto a estudios previos.

La limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión frecuente en las terapias intensivas ante determinados casos de pacientes en situación crítica y sin posibilidades de recuperación. Existen pocos estudios sobre cómo se toman las decisiones en este sentido. (10), En la práctica pediátrica surgen dilemas éticos sobre quien debería tomar las decisiones y que principios éticos podrían utilizarse, integrando los intereses del niño, los derechos de los padres y las responsabilidades de los pediatras. Las regulaciones legales y la retirada de determinadas medidas de soporte vital generan problemas. Las decisiones de limitación de esfuerzo terapéutico se basan en la calidad de vida, probabilidad de supervivencia, pronóstico, estado funcional, potencial para la supervivencia neurológica intacta y preferencias de la familia. Habitualmente son los pediatras quienes inician el diálogo para las decisiones, aunque en ocasiones son los padres quienes toman la iniciativa (14).

La persona que toma las decisiones varía según los países. En un estudio estadounidense se halló que en el 49% de los casos la tomaban los padres, 20% los médicos y 15% padres y médicos de forma conjunta. Las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico son con frecuencia ambiguas, se retiran una medidas y se dejan otras que suponen una mayor tranquilidad o aceptación del personal asistencial y de la familia. No se debe alargar situaciones irreversibles con el consiguiente sufrimiento del enfermo, la familia y el personal sanitario. (15). La alta tecnología cerca del final de la vida implica un alto costo económico y humano. (16). La gran variabilidad al tomar y llevar a cabo estas decisiones refleja la falta de pautas bien establecidas. (15)

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la limitación del esfuerzo terapéutico y los modos de muerte en el Hospital Infantil de México durante el 2008.

### **OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Describir las causas de muerte involucrados en la decisión de limitar el soporte de vida.
2. Describir las características de la población finada en el Hospital Infantil de México en el 2008.
3. Establecer la relación entre la limitación del soporte de vida y las enfermedades crónicas de los pacientes finados en el 2008.

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se llevará a cabo un estudio observacional, retrospectivo.

### **PLANEACION OPERATIVA DE LA INVESTIGACION.**

#### **MATERIAL:**

#### **POBLACION Y MUESTRA**

Se analizaron los expedientes de 100 pacientes que incluye niños que murieron en el Hospital Infantil de México, en el periodo comprendido entre enero del 2008 y diciembre del mismo año.

La identificación de los pacientes y de sus Expedientes Clínicos, se realizó a través del Departamento de Bioestadística y Archivo Clínico del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

#### **ANÁLISIS**

Se diseñará una tarjeta donde se tomarán las siguientes variables:

1. Características demográficas de los pacientes.
2. Estancia hospitalaria.
3. Modo de muerte.
4. Lugar del Hospital donde sucedió la muerte.
5. Realización de maniobras de reanimación.
6. Nota de no reanimación.
7. Participación del comité de Bioética.

Modos de muerte se definió como:

1. Falta de respuesta en las maniobras de reanimación.
2. Muerte cerebral
3. Limitación del esfuerzo terapéutico:
  - Ordenes de no reanimación.
  - Consenso por parte de los padres y del Comité de Bioética.

## VARIABLES

Nombre de la variable	Definición	Definición operacional	Nivel de medición
EDAD	No. De meses entre la fecha de nacimiento y la defunción	1- 252	MEDIA MEDIANA MODA
GENERO	Sexo del paciente finado	Femenino o Masculino	Porcentaje
ENFERMEDAD CRÓNICA	Definido como padecimiento crónico	-Cardiopatía congénita -Tumores sólidos y leucemias -Trastorno genético -Enfermedad hepática -Enfermedad inmunológica adquirida -Patología renal -Múltiples malformaciones -VIH -Trastorno hematológico	Porcentaje
MODO DE MUERTE	Definido como el modo en el que murió el paciente	-Reanimación cardiopulmonar sin respuesta a la misma -Nota de no reanimación	Porcentaje
TERMINAL	Definido bajo los criterios de la OMS como aquel paciente cuya expectativa de vida sea menor de 6 meses, que se encuentra fuera de tratamiento. Definido en cada servicio tratante como tal acorde a pronóstico.	Si o NO	Porcentaje
PRINCIPAL DISFUNCIÓN ORGÁNICA	Definido como la principal falla orgánica que condicionó la muerte	-Cardiovascular -Neurológica -Ventilatoria -Choque séptico	Porcentaje
ESTANCIA HOSPITALARIA	Definido como los días de estancia entre el ingreso y la defunción del paciente.	1- 300	MEDIA MODA MEDIANA
REALIZACIÓN DE ESTUDIO POSMORTEM	Realización o no de estudio posmortem	Si o No	Porcentaje
LUGAR DE DEFUNCIÓN	Definido como el sitio donde sucedió la defunción	-Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos -Unidad de Cuidados Intensivos neonatales -Hospitalización -Quirofano	Porcentaje
MUERTE CEREBRAL	Definido como muerte cerebral evidenciado por clínica y gabinete con trazo isoeléctrico	-SI O NO	Porcentaje

## VARIABLES

Nombre de la variable	Definición	Definición operacional	Nivel de medición
EDAD	No. De meses entre la fecha de nacimiento y la defunción	1- 252	MEDIA MEDIANA MODA
GENERO	Sexo del paciente finado	Femenino o Masculino	Porcentaje
ENFERMEDAD CRÓNICA	Definido como padecimiento crónico	-Cardiopatía congénita -Tumores sólidos y leucemias -Trastorno genético -Enfermedad hepática -Enfermedad inmunológica adquirida -Patología renal -Múltiples malformaciones -VIH -Trastorno hematológico	Porcentaje
MODO DE MUERTE	Definido como el modo en el que murió el paciente	-Reanimación cardiopulmonar sin respuesta a la misma -Nota de no reanimación	Porcentaje
TERMINAL	Definido bajo los criterios de la OMS como aquel paciente cuya expectativa de vida sea menor de 6 meses, que se encuentra fuera de tratamiento. Definido en cada servicio tratante como tal acorde a pronóstico.	Si o NO	Porcentaje
PRINCIPAL DISFUNCIÓN ORGÁNICA	Definido como la principal falla orgánica que condicionó la muerte	-Cardiovascular -Neurológica -Ventilatoria -Choque séptico	Porcentaje
ESTANCIA HOSPITALARIA	Definido como los días de estancia entre el ingreso y la defunción del paciente.	1- 300	MEDIA MODA MEDIANA
REALIZACIÓN DE ESTUDIO POSMORTEM	Realización o no de estudio posmortem	Si o No	Porcentaje
LUGAR DE DEFUNCIÓN	Definido como el sitio donde sucedió la defunción	-Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos -Unidad de Cuidados Intensivos neonatales -Hospitalización -Quirofano	Porcentaje
MUERTE CEREBRAL	Definido como muerte cerebral evidenciado por clínica y gabinete con trazo isoeléctrico	-SI O NO	Porcentaje

## RESULTADOS

En el 2008, se documentaron 207 muertes, de los cuales se revisaron 100 expedientes.

En esta muestra hubo un ligero predominio del género masculino siendo éste último de un 56%, contra un 44% del género femenino. (Tabla 1)

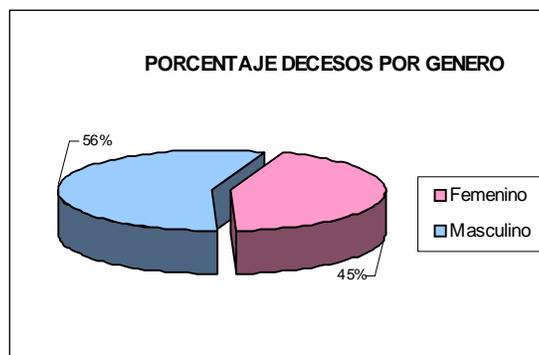


Tabla 1. GÉNERO DE LOS PACIENTE FINADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

La edad fue valorada en meses, cayendo el 50% entre los 12 y los 144 meses de edad. (Tabla 2)

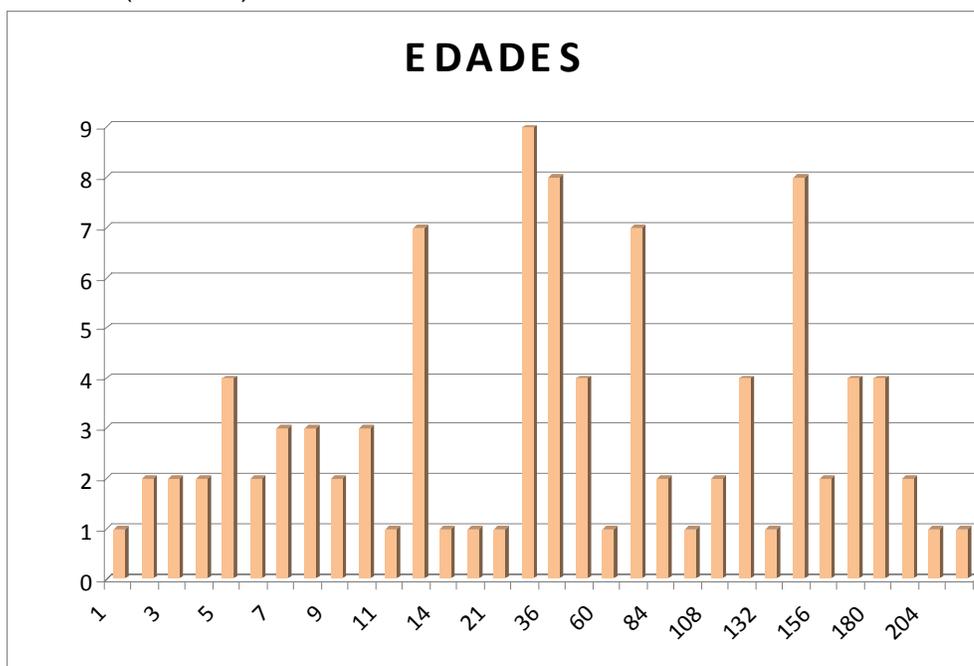


Tabla 2. EDAD DE LOS PACIENTE FINADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

Más del 97% de los pacientes finados padecían alguna enfermedad crónica, siendo las cardiopatías congénitas y los tumores sólidos y leucemias las principales causas de muerte con un 31 y 33% respectivamente, seguida por la enfermedad hepática con un 15%, trastorno genético (mucopolisacaridosis y trisomía 21) y enfermedad inmunológica adquirida (Lupus eritematoso sistémico) con un 5% en ambos casos, solo 3% de la muestra estuvo constituida por pacientes previamente sanos. Múltiples malformaciones (Asociación VACTER) y trastorno hematológico (Hemofilia A y B, púrpura trombocitopénica idiopática) con un 3% cada uno. (Tabla 3).

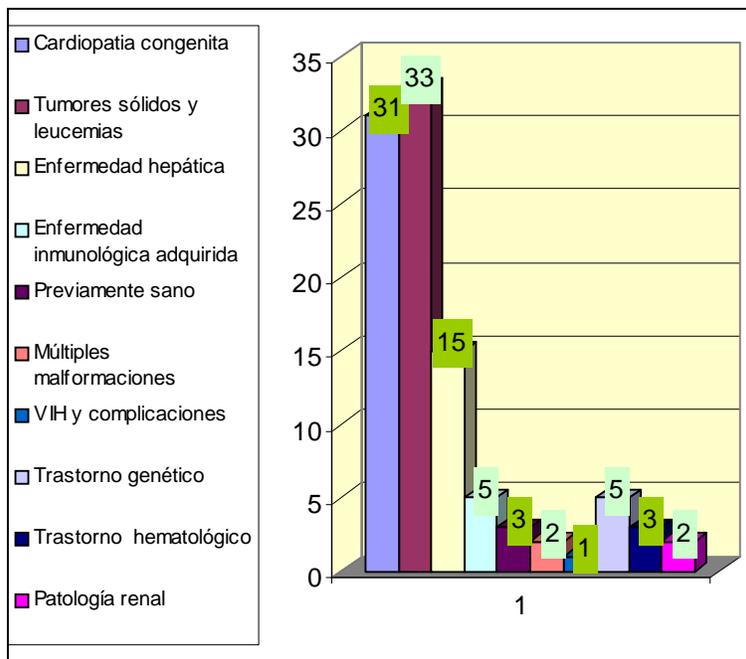


Tabla 3. ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA MUERTE DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

Las principales fallas orgánicas relacionadas con la muerte fueron clasificadas como: disfunción cardiovascular, ventilatoria, neurológica, choque séptico, disfunción hepática.

Cabe señalar que en disfunción cardiovascular se incluyeron arritmias mortales, choque cardiogénico, y choque hipovolémico; en la disfunción neurológica se incluyó status epiléptico, así como hemorragia subaracnoidea e intraventricular. Siendo las más prevalentes la disfunción cardiovascular con un 39%, y el choque séptico con un 33%, seguido por la disfunción neurológica con un 14%, y en menor prevalencia la disfunción hepática con un 9%, y la disfunción ventilatoria con un 5%. (Tabla 4)

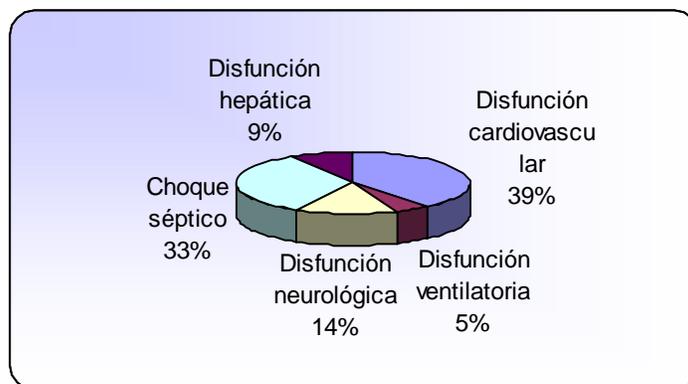


Tabla 4. DISFUNCIONES ORGÁNICAS RELACIONADAS CON LA MUERTE DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

En cuanto al lugar más frecuente de defunción fue la Unidad de Terapia Intensiva (53%) , seguido de hospitalización 33%, con menor prevalencia el quirófano en un 11% y finalmente la Unidad de cuidados intensivos neonatales con un 3%. (Tabla 5).

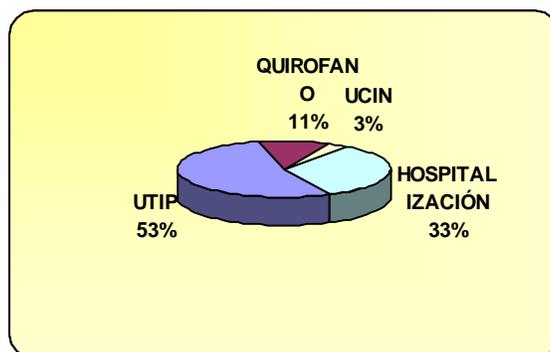


Tabla 5. SITIOS DE DEFUNCIÓN MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

En cuanto a los días de estancia hospitalaria se calculó una media de 29.5 días, entre el momento del ingreso y la defunción.

ESTANCIA HOSPITALARIA	
MEDIA	29.59 días
MEDIANA	14 días
MODA	14 días
MAXIMO	173 días
MINIMO	1 día

En el 86% de los casos se llevó a cabo una reanimación cardiopulmonar avanzada, y en el 17% restante no se llevaron a cabo maniobras al existir nota de no reanimación firmada por los tutores, solo en un caso se encontró consenso con el comité de ética con firma de los tutores. Se encontró solo 3% de los pacientes con muerte cerebral diagnosticada, de los cuales 2% recibieron RCP a pesar de dicho diagnóstico y de nota de no reanimación. (Tabla 6 y 7).

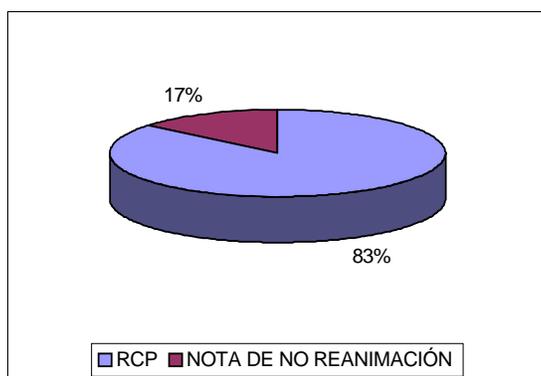


Tabla 6. MODOS DE MUERTE EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

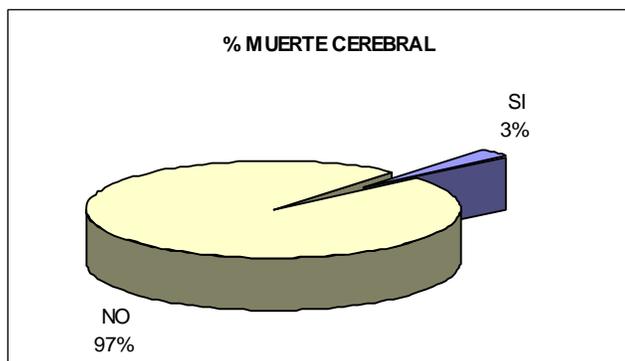


Tabla 7. PORCENTAJE DE MUERTE CEREBRAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

Las enfermedades crónicas que se relacionaron con la decisión de no reanimar fueron los tumores sólidos y leucemias en la mitad de los casos con un 50%, seguidos de trastornos genéticos y cardiopatías congénitas con un 14% y en menor proporción trastorno hematológico, enfermedad inmunológica adquirida y enfermedad hepática en un 7%. (Tabla 8).

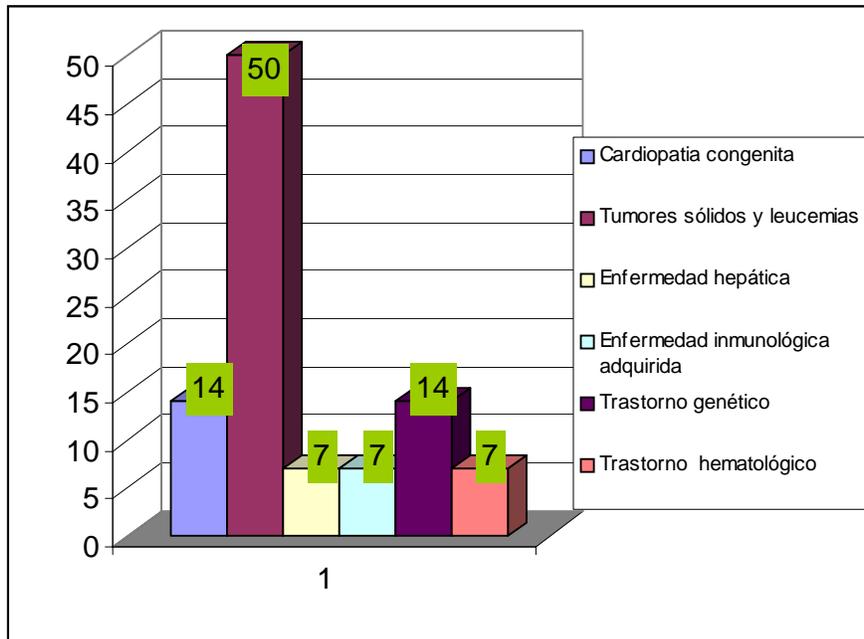


Tabla 8. ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA NOTA DE NO REANIMACIÓN EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

De los 100 pacientes finados el 27% se consideraron terminales, anotados en el expediente como nota con pronóstico para la vida, de los pacientes considerados como terminales el 50% tenían nota de no reanimación. El 3% de los pacientes finados fueron sometidos a comité de bioética. Tabla 9.

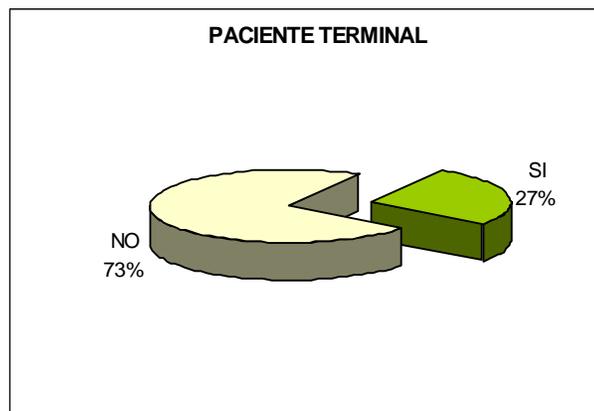


Tabla 9. PORCENTAJE DE PACIENTES TERMINALES FINADOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO EN EL 2008

Solo el 11% de los pacientes finados fueron sometidos a estudio postmortem, autorizado por lo tutores. De los pacientes que no recibieron maniobras de reanimación solo 7% autorizaron la realización de estudio postmortem.

## CONCLUSIONES

1.- Múltiples estudios se han publicado en la literatura internacional revelando un incremento en la limitación del soporte de vida en pacientes terminales que van de un 30 a un 90%(17-19), en el caso de nuestro hospital fue de un 17% en este estudio, no contamos con estudios previos con respecto a la decisiones al final de la vida, para realizar comparación.

2.-El progreso en los cuidados primarios, la transición epidemiológica de procesos agudos (infecciones) a enfermedades crónicas, hace que la admisión a los hospitales por padecimientos agudos sea mucho menor, por lo tanto la mayoría de los pacientes que fallecen como se demostró en este estudio es por enfermedades crónicas, 97% vs 3% previamente sanos, que también puede estar influenciado por ser un hospital de tercer nivel.

3.- En este estudio las decisiones de limitación de soporte de vida se asociaron con la presencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los casos, padecimientos neoplásicos y enfermedades congénitas del corazón 64%, siendo en ambos casos enfermedades que pueden cursar con mal pronóstico, y prolongar sus vidas puede resultar en tratamientos inútiles y prolongar un sufrimiento innecesario.

4.- Comparando los datos obtenidos de estudios de modos de muerte en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá se ha observado que la incidencia de reanimación cardiopulmonar previo a la muerte es mucho más alta en nuestro hospital (86% vs 53%). (20-22) Esta discrepancia de resultados en los modos de muerte en dichos países y en el nuestro están relacionados con las diferencias de las poblaciones estudiadas, así como los aspectos culturales, éticos y religiosos.

5.- Cabe destacar que se encontraron notas de no reanimación a pesar de las cuales, el modo de muerte fue reanimación cardiopulmonar en un 2% de los casos, esto puede explicarse por la visión de la muerte en el personal médico, como un fracaso, en un momento dado se puede incurrir en ensañamiento terapéutico, de ahí la necesidad de establecer programas de enseñanza en todos a aquellos que trabajamos con pacientes terminales. Llama la atención que en 2 de los 3 pacientes con muerte cerebral documentada, se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar e incluso uno de ellos con nota de no reanimación, lo que reafirma la misma problemática.

6.- Es de mencionarse el hecho de que un paciente que cuenta con nota de no reanimación, implica el mismo cuidado y atención que un paciente que no la tiene, e incluso hay otros aspectos que cuidar, el riesgo de en estos pacientes es el de abandono médico.

7.- Similar a otros estudios, en nuestro hospital, la nota de no reanimación fue la forma más frecuente de limitación de soporte de vida 14% vs 3% constituida por la muerte cerebral. (12-13)

8.- En la revisión de expedientes se encontró que posterior a la defunción por nota de no reanimación hasta en un 30% de los casos no hay una descripción de todos los eventos ocurridos durante la defunción, esto puede estar relacionado a el miedo a las implicaciones legales.

9.- Este estudio, como la mayoría de los estudios retrospectivos sobre la muerte, tiene algunas limitaciones. La investigación sobre la muerte y de las decisiones es siempre complicada, ligada a varios factores, como la falta de definiciones consistentes, uso de herramientas que no han sido validadas, datos incompletos y descripciones con carencia de objetividad en los expedientes clínicos. (23-24)

10.- Este estudio representa la realidad en una región del país, por lo tanto, se deben realizar otros estudios para posteriormente dar solución a dicha problemática por medio de la creación de una guía de cuidados paliativos en pacientes pediátricos así como la implementación en los programas académicos de las profesiones que estamos directamente implicados.

11.- Recordemos que a pesar de la alta tecnología, no se debe perder el sentido humano de nuestra profesión, respetando la dignidad e integridad de cada uno de nuestros pacientes.(25)

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Bravo Maririo M. Tanatología. Revista Pediatría Chile 2006: Vol:7 . Núm (9): 3-10.
- 2.- Grifo Peñuelas, M., López Martínez L. Manejo de los síntomas en pacientes terminales en Atención primaria. Semergen 2007: Vol: 25. Núm (4): 312- 321.
- 3- Aries, P., El hombre ante la muerte, 1ª edición, Editorial Taurus, Madrid, 1997.
- 4.- Organización Panamericana de la Salud. Guía de Cuidados Paliativos. 2ª edición, OPS, 2005.
- 5.-Rodríguez N., Cádiz V., et al. Cuidados paliativos en oncología pediátrica. Revista Pediatría Chile 2005: Vol: 2. Núm (2): 33-36.
- 6.- Palomeque Rico A. Cuidados Intensivos y cuidados paliativos. An Pediatric (Barc) 2005; 62 (5): 409- 411.
- 7.- Doucet C. La clinique des soins palliatifs au regard du probleme métapsychologique de la mort. L'évolution psychiatrique 2005;70: 605-612.
- 8.- SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL, Madrid, España, 2006.
- 9.- Lago, P., Piva J., et al. Life support limitation at three pediatric intensive care units in southern Brazil. J Pediatr (Rio J) 2005; 81 (2): 111-117.
- 10.- Prendergat T., Claeen M., et al. A national survey of end of life care for critically ill patients. Am J Rep Cri Care Med 1998; 158:1163-1167.
- 11.- Vernon D., Timmon O., et al. Modes of death in the pediatric intensive care unit: withdrawal and limitation of supportive care. Crit care med. 1993; 1: 1978-1992.
- 12.- Althabe M., Cardigni G., et al. Dying in the intensive care unit: Collaborative multicenter study about forgoing life- sustaining treatment in Argentine pediatric intensive care units. Pediatr Crit Care Med. 2003; 4: 164-169.
- 13.- Kipper D., Piva J., et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. Pediatr Crit Care Med. 2004.
- 14.- Salas A., Gabaldón P., et al. El pediatra ante la muerte del niño: Integración de lo cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. An Pediatr (Barc) 2005; 62 (5): 450-457.
- 15- Max Chocinov H., Hack T., et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Social science and medicine 2002; 54: 433-443.
- 16.- Brandt H., Delien L., et al. Symptoms, signs, problems, and, diseases of terminally ill nursing home patients. Arc Intern Med 2005; 165: 314-320.
- 17.- Haverkate I., Van Delden J., et al. Guidelines for the use of do no not resucítate orders in Dutch hospitals, Crit Care Med 2000; 28: 3039-3043.
- 18.- Heide A., Deliens L., et al. End of life decision in six European pediatric countries: descriptive study. Lancet, 2003; 362: 345-350.
- 19.-DeVictor D., Nguyen D. Forgoing life- sustaining treatments in children: a comparison between northern and southern European pediatric intensive care units.Pediatr Crit Care Med 2004; 5: 211-215.

- 20.- Levin P., Sprung C. Cultural differences at the end of life. Crit Care Med 2003; 31 Suppl : S 354-357
- 21.- Stevens L., Cook D., et al. Education, ethics, and end of life decisions in te intensive care unit. Crit Care Med 2002; 30: 290-296.
- 22.-Truog R., Brackett S., et al. Recommendations for end of life care in te intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical care medicina. Crit Care Med 2001; 29: 2332-2348.
- 23.- Masri C., Farrell C., et al. Decisión Making and end of life care in critically ill children. Journal of palliative care 2000; 16: S45-S49.
- 24.- Sittisombot S., Love E., et al. Cardiopulmonary resuscitation performed in patients with terminal illness in Chiang Mai University Hospital, Thailand. International Journal of epidemiology 2001; 30:896-898.
- 25.- Basta L.- Tauth J. High technology near the end of life: Setting limits. JACC 1996; 28: 16231630.

REGISTRO	GENERO	EDAD	DIAGNOSTICO	MODO DE MUERTE	NOTA	TERMINAL	PRINC FALLA ADMISION	CAUSA DE MUERTE	MUERTE	
									PRIMERAS	ENFERMEDAD CRONICA
807203	M	5	Tronco Arterioso	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
790114	M	24	Neuroblastoma R	NOTA	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790242	M	12	Tumor Rabdoide	RCP	NO	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
791736	F	48	Tronco Arterioso	RCP	NO	NO	Neurológica	Hemorragia Subaracnoidea	NO	Cardiopatía Congénita
791135	M	12	Transposición De Grandes Vasos	RCP	NO	NO	Cardiaca	Arritmia	NO	Cardiopatía Congénita
779234	M	120	LLA	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790571	M	156	LMAM3	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
804253	M	12	Fibrosis Hepática Congénita	RCP	NO	NO	Renal	Insuf Hepática	NO	Enf Hepática
791061	F	6	Tronco Arterioso	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791646	M	11 d	Cardiopatía Congénita Compleja	RCP	NO	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
788475	F	36	Tirosinemia	RCP	NO	SI	Oncológica	Carcinoma Hepatocelular	NO	Enf Hepática
788889	M	36	LLAL2 AR	RCP	NO	NO	Ventilatoria	Insuf Respiratoria	NO	Tumores Sólidos Y L
748987	M	84	Heterotaxia visceral poli	RCP	NO	NO	Cardiaca	Crisis Hipoxia	NO	Cardiopatía Congénita
791581	F	5	Sana	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Sana
791571	F	12	Conexión anómala vena pul	RCP	NO	NO	Neurológica	T Epiléptico	NO	Cardiopatía Congénita
801921	M	72	AVB Colangitis Kasai	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Enf Hepática
791214	F	8	AVB Colangitis Kasai	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Enf Hepática
805497	F	8	cardiopatía congénita compleja	RCP	NO	SI	Cardiaca	Inuf Cardiaca	NO	Cardiopatía Congénita
790191	F	72	LLAL2 AR	RCP	NO	NO	Neurológica	Hemorragia Intracraneana	NO	Tumores Sólidos Y L
790944	F	7	VACTER	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Múltiples Malformaciones
788919	M	48	Púrpura Trombocitopénica Apendicitis	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Hipovolémico	NO	Hematológica
790904	M	8	Trisomía 21	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
779969	M	144	LES	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Reumatológica
791287	F	7	coartación aórtica	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791692	F	21	LMAM4	RCP	NO	NO	Ventilatoria	Insuf Respiratoria	NO	Tumores Sólidos Y L
790265	M	24	Sarcoma partes blandas	RCP	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L

777313	M	24	Atresia pulmonar	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
802635	M	36	Retinoblastoma bilateral	RCP	NO	NO	Neurológica	Hiperten Endocraneana	NO	Tumores Sólidos Y L
791502	F	24	LLAL1AR	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
791851	F	96	LMAM3	RCP	NO	NO	Neurologica	Hematoma Epidural	NO	Tumores Sólidos Y L
790137	M	6	Cardiopatía congénita compleja	RCP	NO	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Cardiopatía Congénita
806464	M	84	Doble vía de salida del VD	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
767494	F	72	AVB OP TRHEPATICO	RCP	NO	NO	Neurológica	Inf Cerebral	NO	Enf Hepática
790290	F	144	AVB OP TRHEPATICO	RCP	NO	NO	Rechazo	Rechazo	NO	Enf Hepática
791239	F	1	Doble vía de salida del VD	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
807478	F	168	LES	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Reumatológica
791378	M	180	Miocardiopatía dilatada	RCP	NO	NO	Cardiaca	Arritmia	SI	Sana
791373	F	12	AVB OP Kasai	RCP	NO	NO	Insuf Hepática	Insuf Hepática	NO	Enf Hepática
806566	F	192	LLAL2 AR	RCP	NO	NO	Neurológica	Hemorragia Subaracnoidea	NO	Tumores Sólidos Y L
791166	M	192	Hepatitis fulminante	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Enf Hepática
791344	F	120	Hepatitis granulomatosa	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Hipovolémico	NO	Enf Hepática
806739	M	132	LLA L1	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
722523	M	144	Mucopolisacaridosis Tipo6	NOTA	SI	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	T Genético
807695	F		Sarcoma Ewing	nota	SI	NO	Neurológica	X De Compresión Medular	NO	Tumores Sólidos Y L
770116	M	72	Linfangioma Abdominal	RCP	NO	NO	Ventilatoria	Pulmón De Choque	NO	Tumores Sólidos Y L
805314	F	168	LES	NOTA	SI	SI	Neurológica	T Epiléptico	NO	Reumatológica
791520	F	168	Glioma de tallo	RCP	NO	NO	Neurológica	Hiperten Endocraneana	NO	Tumores Sólidos Y L
791384	M	11d	CIA, PCA, CIV	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791088	F	144	Sarcoma embrionario hepático	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Hipovolémico	NO	Tumores Sólidos Y L
791113	M	4	Síndrome dismórfico	RCP	NO	NO	Ventilatoria	Insuf Respiratoria	NO	T Genético
805490	F	9	Síndrome Down	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	T Genético
789309	F	156	LLAL1AR	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790006	M	144	LLA L1 AR REFRACTARIA	RCP	NO	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790305	F	36	Hepatoblastoma	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L

790199	M	204	IRCT	RCP	NO	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Renal
780839	F	108	LLA L1 AR	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
780330	M	108	Enf Hodgkin recaída	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
777774	M	36	Neuroblastoma	NOTA	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
776575	M	24	TGA	RCP	NO	NO	Cardiaca	Insuf Cardiaca	NO	Cardiopatía Congénita
791353	M	120	LLAL1 AR	NOTA	SI	SI	Ventilatoria	Ap Pulmonar	NO	Tumores Sólidos Y L
704942	F	168	Tetralogía de Fallot	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
806740	M	14	Tronco Arterioso	NOTA	SI	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
778759	F	72	LLAL2 AR	RCP	SI	SI	T Hemorragíparo	Hemorragia Intracraneana	NO	Tumores Sólidos Y L
805250	F	3	Tetralogía de Fallot	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Cardiopatía Congénita
778542	M	60	Linfoma No Hodgkin Ref	RCP	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790118	M	7	Doble vía de salida del VD	RCP	SI	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
801929	M	72	AVB OP Kasai	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Enf Hepática
779713	F	24	Sarcoma Granulocítico	NOTA	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
791352	F	180	LLA L1AR	RCP	NO	NO	Neurológica	Muerte Cerebral	NO	Tumores Sólidos Y L
776852	M	72	LLA L1 AR REFRACTARIA	NOTA	SI	SI	Oncológica	Actividad Tumoral	NO	Tumores Sólidos Y L
788075	F	36	AVB	NOTA	SI	SI	T Hemorragíparo	Cid	NO	Enf Hepática
790876	M	48	Pan encefalitis Esclerosante	RCP	NO	NO	Cardiaca	Arritmia	NO	Sana
791426	M	2	Cardiopatía Congénita Compleja	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
804216	F	24	Neuroblastoma	RCP	NO	NO	Oncológica	Actividad Tumoral	NO	Tumores Sólidos Y L
779871	F	120	VIH Vasculitis cerebral	RCP	NO	SI	Neurológica	Muerte Cerebral	NO	Infeciosa
791288	M	10	Hemofilia B	RCP	NO	NO	Neurológica	Inf Cerebral	NO	Hematológica
791871	M	12	Rabdomiosarcoma Embrionario	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
790981	F	9	AVB	RCP	NO	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Enf Hepática
779516	M	144	LMAM4 REFRACTARIA	NOTA	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos Y L
752523	M	144	Mucopolisacaridosis tipo 6	NOTA	SI	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	T Genético
790960	M	5	Tronco Arterioso	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
800258	M	24	Tronco Arterioso	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791356	F	5	AVB	RCP	NO	SI	T Hemorragíparo	Cid	NO	Enf Hepática
790768	F	144	LES	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	SI	Reumatológica
803752	M	36	CIV	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita

777503	M	24	Heterotaxia Visceral Poliesplenía	RCP	NO	NO	Cardiaca	Crisis De Hipoxia	SI	Cardiopatía Congénita
790118	M	3	Transposición Grandes Arterias	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791523	F	10d	Conexión Anómala Vena Pulmonares	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
749279	M	11	Fibrosis Quística	RCP	SI	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	T Genético
750358	M	10	Doble Vía De Salida Del VD	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
776135	M	48	Doble Vía De Salida Del VD	NOTA	SI	SI	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791719	M	8d	Onfalocele	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Múltiples Malformaciones
790792	F	4	Transposición Grandes Arterias	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
790591	F	2	Cardiopatía Congénita Compleja	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Cardiogénico	NO	Cardiopatía Congénita
791910	F	180	LES	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Reumatológica
778596	F	20	AVB OP KASAI	RCP	NO	NO	Cardiaca	Choque Hipovolémico	NO	Enf Hepática
790891	M	10	Hepatitis Fulminante	RCP	NO	NO	Ventilatoria	Pulmón De Choque	NO	Enf Hepática
804870	M	36	Anemia Aplásica	NOTA	SI	SI	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Hematológica
779195	M	12	Tetralogía de Fallot	RCP	NO	NO	Cardiaca	Crisis De Hipoxia	NO	Cardiopatía Congénita
803302	M	180	Linfoma No Hodgkin Refractario	RCP	NO	NO	Choque Séptico	Choque Séptico	NO	Tumores Sólidos