



Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos... ¿Necesidad o utopía?

Palliative care in the intensive care unit... Necessity or utopia?

Gastón Daniel Martínez-Sedas*

RESUMEN

Los cuidados paliativos y el manejo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), históricamente se han visto como abordajes u objetivos contrarios. El aumento en la supervivencia de pacientes con necesidades paliativas como insuficiencia cardíaca, cáncer, enfermedades infecciosas, entre otras ha hecho que, en algún momento dentro del curso de la enfermedad, este tipo de pacientes requiera el ingreso a la UCI, por lo que estrategias actuales de manejo del paciente crítico en la UCI no sólo contemplan la necesidad de atención física, sino que optan por no ignorar las necesidades emocionales y espirituales, encontrando en los cuidados paliativos una excelente herramienta para cubrir todas las necesidades del enfermo durante su estancia en la UCI.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos, paliativos, humanizada.

ABSTRACT

Palliative care and intensive care unit (ICU) management have historically been viewed as opposing approaches or objectives. The increased survival rate of patients with palliative needs, such as those with heart failure, cancer, and infectious diseases, among others, has meant that these patients require admission to the ICU at some point during the course of their illness. Therefore, current strategies for managing critically ill patients in the ICU not only consider the need for physical care but also choose not to ignore emotional and spiritual needs, finding palliative care an excellent tool to meet all the needs of patients during their ICU stay.

Keywords: intensive care unit, palliative, humanized.

INTRODUCCIÓN

Cerca de 10 a 30% de los pacientes fallecidos en el mundo, mueren dentro de una unidad de cuidados intensivos (UCI) y lo hacen experimentando síntomas como son: dolor, sed, ansiedad, alteraciones del sueño y disnea. Estos síntomas no se limitan al enfermo, sino que la familia y el cuidador primario puede desarrollar síntomas como angustia psicológica y física –incluyendo depresión, miedo, ansiedad, anorexia y síntomas tempranos de estrés postraumático–, dando paso al síndrome post cuidados intensivos del familiar. Otra persona que puede sufrir esta sintomatología emocional es el propio profesional de la salud que convive con este tipo de escenarios.¹

Creer que los pacientes que ingresan a la UCI no necesitan cuidados paliativos o son pacientes que aún no son candidatos a los mismos es una idea incorrecta, derivada del desconocimiento de los diferentes modelos de atención en cuidados paliativos. Según la Organi-

zación Mundial de la Salud,² un amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos como lo son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, sida, diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas y tuberculosis resistente a medicamentos; por lo que diversas condiciones que pueden existir al mismo tiempo que una condición crítica o que una condición crónica se exacerbe y genere una indicación de ingreso a la UCI se ve beneficiada de recibir atención paliativa.

Incluso, la visión del paciente oncológico ha cambiado a lo largo del tiempo. En el pasado se limitaba el ingreso a la UCI de los pacientes con este diagnóstico; sin embargo, con el avance en tratamientos y el aumento en la sobrevida del paciente oncológico, la necesidad de ingreso del paciente oncológico a la UCI ha aumentado por condiciones ajenas al proceso oncológico o agudizaciones de la enfermedad de base o derivada de tratamientos para la misma.³

Se realizó una revisión de la literatura en bases de datos como ScienceDirect, ClinicalKey, SpringerLink y en buscadores como PubMed, con el objetivo de mostrar evidencia a favor o en contra de integrar a los cuidados paliativos en el modelo de atención del paciente crítico dentro de la UCI.

MODELOS DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Por muchos años a los cuidados paliativos se les dio la imagen de ser tratamientos realizados una vez que el tratamiento curativo había fracasado; sin embargo, existen tres modelos de atención para los cuidados paliativos. De acuerdo con Sanz⁴ las características y los modelos son los siguientes:

1. **Modelo tradicional:** está en desuso, dado que los cuidados paliativos deben estar en todo el proceso de la enfermedad. En este modelo se propone que los cuidados paliativos inicien una vez que el tratamiento curativo ha fracasado.
2. **Modelo precoz y progresivo:** es más eficaz en la provisión de cuidados, ya que existe una transición gradual de cuidados curativos hacia paliativos, a dife-

* Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Hospital General Xoco. Ciudad de México, México.

Recibido: 30/05/2025. Aceptado: 24/11/2025.

Citar como: Martínez-Sedas GD. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos... ¿Necesidad o utopía? Med Crit. 2025;39(4):272-275. <https://dx.doi.org/10.35366/122457>

www.medigraphic.com/medicinacritica

rencia de que exista un momento determinado en el tiempo. Este modelo se basa en la redirección del objetivo terapéutico, es decir, la transición ocurre cuando el objetivo va dejando de ser la prolongación de la vida y se convierte en conservar la calidad de la vida.

3. **Modelo dinámico:** en este modelo se plantea que los cuidados paliativos pueden requerirse en algún momento de la enfermedad para superar momentos de crisis y no sólo como una redirección del objetivo de tratamiento.

Ahora la pregunta es: en qué momento dentro de la UCI es pertinente considerar a los cuidados paliativos o qué modelo de atención adoptar. Koutsouki y Kosmidis⁵ proponen que la integración de los cuidados paliativos en la UCI debe ser temprana, ya que se promueve la calidad de la atención para proporcionar un entorno propicio para la calidad al final de la vida.

En 2023, Helgeson y colaboradores⁶ realizaron un estudio monocéntrico, prospectivo, aleatorizado, no ciego en pacientes ingresados a la UCI en los cuales se buscó evaluar la satisfacción del paciente y el familiar al recibir consulta por cuidados paliativos en las primeras 24 horas de estancia. Se incluyeron 91 pacientes, de los cuales a 50 se les asignó recibir consulta paliativa y 41 recibieron el estándar de atención habitual. Se realizó una encuesta de satisfacción con puntuación de 0 a 100, teniendo como resultado una media de satisfacción de 92 puntos en el grupo de intervención y de 69 puntos en el grupo control con un valor de $p \leq 0.001$. Otros resultados que arrojó este estudio fueron satisfacción en el familiar con intervención de 93 puntos en promedio y 69 puntos en el grupo control $p = 0.001$, días de estancia promedio en la UCI ocho versus tres ($p = 0.018$), realización de documentación anticipada en la hospitalización 34 versus 12% ($p = 0.016$), admisión a un hospicio 42 versus 15% ($p = 0.004$), cambio en código de estatus, es decir orden de no reanimación o intubación 56 versus 34% ($p = 0.037$). No registraron diferencia en mortalidad dentro de la UCI o en hospitalización. Concluyen que la consulta de medicina paliativa dentro de las 24 horas posteriores al ingreso en la UCI redujo significativamente la duración de la estancia en la UCI y mejoró la satisfacción del paciente con su atención.

En 2019 Ma y asociados⁷ realizaron un ensayo clínico aleatorizado en un solo centro. Se aleatorizaron dos grupos en el que el control recibía el estándar de atención y en el grupo de intervención se realizó consulta paliativa dentro de las 48 horas de admisión a la UCI. El objetivo del estudio fue determinar la proporción de pacientes que optaron por una directriz de no reanimar/no intubar antes del alta hospitalaria. Se incluyeron 199 pacientes, de los cuales 97 se asignaron al grupo de intervención y 102 al grupo control. Los resultados arrojaron que el número de pacientes que pasaron a una directriz de no rea-

nimar/no intubar fue significativamente mayor en el grupo de intervención (50.5%) en comparación con el grupo de cuidado estándar (23.4%), con una diferencia de riesgo (DR) de +27.0% (IC95% 13.6-39.1%, $p < 0.0001$).

Bajo esta misma línea, en 2023 Pan y su equipo⁸ refieren que, en cierto modo, los cuidados paliativos y los cuidados intensivos comparten los mismos valores y objetivos, todos los pacientes de UCI que reciben tratamientos generalmente invasivos deben recibir cuidados paliativos de forma simultánea o por separado, según las necesidades y preferencias del paciente y su familia. La toma de decisiones, la alineación del tratamiento con los objetivos del paciente, el apoyo emocional a las familias y el manejo de síntomas son elementos fundamentales en cuidados paliativos y deben ser aspectos rutinarios en los cuidados críticos.

NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA EN LA UCI

Los pacientes que ingresan a la UCI experimentan síntomas como dolor, disnea, sed, anorexia, estreñimiento, fatiga, miedo, depresión, ansiedad y delirio, afectando la calidad de vida del enfermo incluso después del egreso de la UCI.⁸

1. Objetivos analgésicos

- a. El dolor no tratado tiene repercusiones perjudiciales de forma física y psicológica.
- b. La elección del abordaje analgésico debe basarse en la evaluación del dolor y respetar los deseos satisfaciendo las necesidades de los pacientes.

2. Sedación paliativa

- a. Es la administración de fármacos con el fin de reducir el nivel de consciencia y aliviar los síntomas de los pacientes que no responden a tratamientos convencionales, es decir, presentan síntomas refractarios.
- b. Se toma en cuenta, aunque no de manera, absoluta algunas consideraciones como: 1) el paciente padece una enfermedad terminal, 2) presenta síntomas refractarios graves, 3) la muerte es inminente.
- c. El propósito no es acelerar la muerte, sino aliviar el sufrimiento al final de la vida, lo cual difiere de la eutanasia.

3. Tratamiento de disnea

- a. La disnea, si bien puede presentarse como síntoma refractario, es uno de los más comunes durante la fase terminal y se asocia con dolor, fatiga, ansiedad.

- b. Los opioides en conjunto con ansiolíticos, bronco-dilatadores, diuréticos y corticoesteroides son el tratamiento de la disnea en el paciente terminal.
- c. La ventilación mecánica no invasiva o la oxigeno-terapia de alto flujo ha surgido como una opción de tratamiento paliativo en el contexto de disnea.

4. Malas noticias

- a. Una de las tareas más comunes, pero menos entrenadas en el ámbito médico, es la comunicación de malas noticias.
- b. El proceso de comunicación de malas noticias es un evento angustiante para el trinomio médico-paciente-familia. Sin embargo, no debemos olvidar que ante todo debemos respetar la privacidad del paciente y sus familiares.⁹
- c. La utilización de protocolos para la comunicación de malas noticias y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación pueden mejorar significativamente esta tarea.
- d. Mientras que el personal de áreas críticas pocas veces se entrena en esta tarea, el personal de Cuidados Paliativos está entrenado y rutinariamente realiza esta tarea, por lo que el apoyo en esta tarea dentro de la UCI es fundamental.

EMERGENCIAS PALIATIVAS

Existen condiciones clínicas propias de la evolución de una enfermedad avanzada o terminal que ponen en riesgo la vida del paciente. Como personal de cuidados intensivos es natural actuar buscando preservar la vida del enfermo; sin embargo, en pacientes con criterios de terminalidad, la adecuación del esfuerzo terapéutico va dirigida a aliviar los síntomas y mantener la mejor calidad de vida posible. En las emergencias paliativas es importante considerar diferentes dimensiones: médica, legal, espiritual, ética y psicosocial. Los síntomas comunes que se presentan en las emergencias paliativas son disnea, convulsiones/pérdida de consciencia, exacerbación del dolor, tendencia aguda al sangrado, crisis psicosocial o paro cardiorrespiratorio. El pronóstico y la voluntad del paciente deben tenerse en cuenta en las decisiones a realizar.¹⁰

EL PROYECTO UCI-HUMANIZADA

En 2015, una importante política española comentó en un programa de televisión de alta audiencia sobre su experiencia como paciente de UCI, mostrando su gratitud al personal. Sin embargo, llama la atención que sus recuerdos sean «sensaciones de dolor y miedo»; además, de mencionar lo siguiente «UCI es una sucursal del infierno y la gente que ha estado allí lo sabe».¹¹ En

medio de todo este caos percibido, algunos pacientes que experimentan enfermedades críticas pueden experimentar una pérdida de su humanidad. Esta pérdida de humanidad puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la pérdida de identidad personal, control, respeto, privacidad y sistemas de apoyo, y se conoce como deshumanización. La deshumanización consiste en tratar a alguien como un «objeto» en lugar de como una «persona» y con frecuencia se asocia con la falta de respeto a la dignidad.¹² El detalle es que a menudo, caemos en esta deshumanización dentro de la práctica de la medicina crítica. En 2017, Heras y colaboradores publicaron una propuesta para «humanizar» la UCI.¹³ En esta publicación se buscaba no cuestionar el nivel de humanidad de los profesionales de la salud, sino lograr una mayor cercanía, comprensión, consciencia emocional y afecto, aumentando la capacidad de autocrítica y perseverando el constante afán de mejora; definió el humanizar en el ámbito sanitario como poner al ser humano en el centro de todo esfuerzo realizado para promover y proteger la salud, curar enfermedades o brindar la mejor atención en el proceso de la muerte como parte de la vida, contribuyendo a crear un entorno que garantice una vida sana y armoniosa en todos los niveles: físico, mental y espiritual. Las acciones principales del Proyecto «HU-ICU» se resumen en la [Tabla 1](#).

En 2021, Basile y asociados¹⁴ realizaron un estudio de calidad en pacientes sobrevivientes, familiares y personal de salud de la UCI, cuyo objetivo fue comprender cómo los pacientes y sus familiares experimentan un trato deshumanizante o humanizante cuando están en la UCI, para ello realizaron encuestas vía online o en redes sociales. Se encuestaron 72 participantes: 28 sobrevivientes, ocho familiares de sobrevivientes, cuatro familiares de pacientes que fallecieron en la UCI, ocho médicos/enfermeros practicantes, tres enfermeras, 11 terapeutas y 10 aprendices. Con los datos cualitativos, se concluyó que los pacientes de la UCI experimentan deshumanización

Tabla 1: Propuestas del proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos.

Política de puertas abiertas: horarios flexibles adaptados a cada paciente y familia
Comunicación: mejora de la información y relación con pacientes, familias y profesionales
Bienestar del paciente, incluyendo la escucha de las opiniones de pacientes y familiares: consulta de la historia clínica
Presencia y participación de familiares en cuidados intensivos
Atención al profesional sanitario. Prevención y manejo del síndrome de Burnout
Capacitación en habilidades como: resiliencia, trabajo en equipo, asesoramiento, empatía, escucha activa, compasión, comunicación de malas noticias y acompañamiento en el duelo
Prevención, manejo y seguimiento de síndrome post cuidados intensivos
Infraestructura humanizada. Mejoras arquitectónicas y de diseño
Gestión de situaciones al final de la vida: «código de muerte», limitación del soporte vital, cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos

Adaptado de: Heras La Calle G et al.¹³

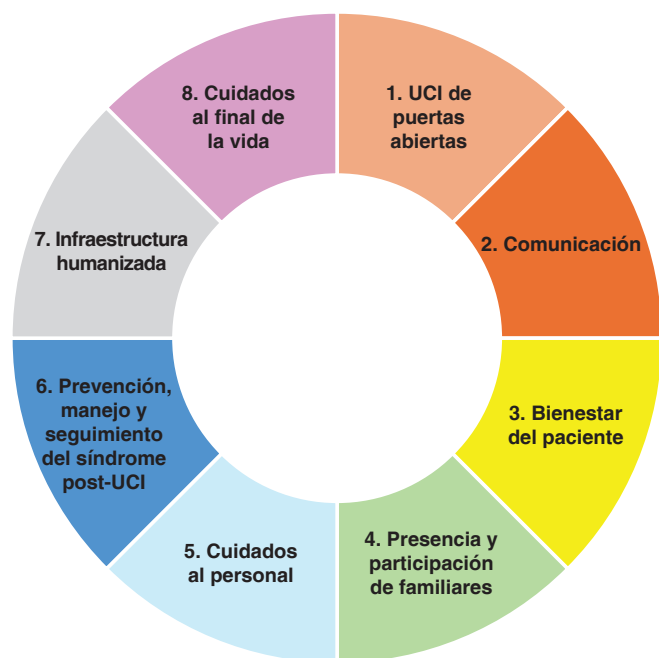


Figura 1: Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-IC).
UCI = Unidad de Cuidados Intensivos. Adaptado de: Rojas V.¹⁵

de diversas maneras, a menudo debido a comportamientos involuntarios de los miembros del equipo y, por otro lado, los comportamientos humanizadores se asociaban con una amplia gama de resultados positivos, incluyendo mejoras en el paciente, la familia y el equipo de la UCI.

El proyecto UCI humanizada ha desarrollado diferentes líneas de investigación, teniendo excelentes resultados principalmente en satisfacción del paciente y el familiar o cuidador. Dentro de las líneas estratégicas y de investigación de este proyecto se puede visualizar a los cuidados al final de la vida como una de las estrategias a implementar en las UCI humanizadas (Figura 1).¹⁵

CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos en la UCI han dejado de ser ajenos y deberían convertirse en un estándar de atención. Quedó atrás la época en la que pacientes oncológicos o con atención paliativa eran excluidos de la UCI. Hoy en día, estos pacientes tienen condiciones críticas secundarias a los tratamientos otorgados, a agudizaciones de enfermedades crónicas o por cuestiones ajenas al padecimiento de base. Si bien no se ha definido un momento exacto en el cual incluir a los cuidados paliativos dentro del abordaje integral del paciente crítico en la UCI, si podemos encontrar evidencia de que incluirlos lo antes posible tiene diferentes beneficios. Como profesionales de la medicina crítica nos preocupamos por salvaguardar la vida del enfermo, en ocasiones realizando medidas extraordinarias; sin embargo, no debemos dejar nunca

de lado las necesidades emocionales y espirituales, así como respetar las decisiones y preferencias del enfermo.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por formarme y permitirme laborar como médico intensivista, al Hospital General Xoco por formarme y permitirme laborar como médico Anestesiólogo y al Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga» por permitirme conocer y especializarme el área más humana de la medicina, medicina del dolor y paliativa.

REFERENCIAS

1. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* 2018;18(1):106.
2. OMS. *Cuidados paliativos*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Koutsoukou A. Admission of critically ill patients with cancer to the ICU: many uncertainties remain. *ESMO Open.* 2017;2(4):e000105.
4. Sanz FME, Molinero BE. Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 2013;11(27):1669-1676.
5. Koutsouki S, Kosmidis D. Curative to palliative care transition challenges in the intensive care unit. A narrative review. *Health & Research Journal.* 2023;9(3):166-174.
6. Helgeson SA, Burnside RC, Robinson MT, Mack RC, Ball CT, Guru PK, et al. Early versus usual palliative care consultation in the intensive care unit. *Am J Hosp Palliat Care.* 2023;40(5):544-551.
7. Ma J, Chi S, Buettner B, Pollard K, Muir M, Kolekar C, et al. Early palliative care consultation in the medical ICU: a cluster randomized crossover trial. *Crit Care Med.* 2019;47(12):1707-1715.
8. Pan H, Shi W, Zhou Q, Chen G, Pan P. Palliative care in the intensive care unit: not just end-of-life care. *Intensive Care Res.* 2023;3(1):77-82.
9. Carrillo ER, Contreras CNA, Remolina SM, Ramírez RFJ. Comunicando malas noticias en la Unidad de Terapia Intensiva "Primum non nocere". *Med Crit.* 2007;21(4):194-199.
10. Michels G, Schallenburg M, Neukirchen M; ICU Palliative Study Group. Recommendations on palliative care aspects in intensive care medicine. *Crit Care.* 2023;27(1):355.
11. Martínez-Sedas GD. Post intensive care syndrome. A review of a condition in need of attention. *MOJ Surgery.* 2023;11(2):97-100.
12. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care.* 2019;23(1):32.
13. Heras La Calle G, Oviés AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017;43(4):547-549.
14. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME, Polo J, Jacome SN, Brown SM, et al. Humanizing the ICU patient: a qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers, and ICU Staff. *Crit Care Explor.* 2021;3(6):E0463.
15. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Vol. 30, Revista Médica Clínica Las Condes. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. pp. 120-125.

Financiamiento: se declara que para la elaboración de esta publicación no se tiene ningún tipo de patrocinio.

Conflicto de intereses: ninguno.

Correspondencia:

Gastón Daniel Martínez-Sedas

E-mail: daniel.rebel13@gmail.com