

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

La etapa final de la vida. Abordaje por el intensivista-anestesiólogo

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

La etapa final de la vida. Abordaje por el intensivista-anestesiólogo

Dr. Raúl Carrillo-Esper*

* Jefe del Servicio de Terapia Intensiva, HCSAE, PEMEX.

Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico.

Academia Nacional de Medicina.

Academia Mexicana de Cirugía. Vicepresidente, Colegio Mexicano de Anestesiología.

Aproximadamente mueren 2.5 millones de personas en los Estados Unidos cada año, más del 60% de estas muertes ocurren dentro del hospital y 50% de estos pacientes están o estuvieron internados en la unidad de terapia intensiva (UTI). Recientemente Derek Angus publicó un estudio epidemiológico relacionado a las decisiones al final de la vida en la UTI, en el cual demostró que las principales causas de ingreso son cáncer, sepsis, insuficiencia respiratoria, cardíaca y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, asociadas todas éstas a una elevada mortalidad que equivale a 540 mil muertes anuales. Todos estos pacientes requirieron al final de su vida fundamentalmente de cuidados paliativos y la mayoría de los casos apoyando los hallazgos del estudio de Prendergast requirieron de una decisión para limitar o suspender la terapia de apoyo vital (TAV) o de una orden de no reanimación.

Los principios éticos generales que deben de tomarse en cuenta para tomar decisiones al final de la vida son:

- Preservación de la vida
- Alivio del sufrimiento
- “Primero no hacer daño” (*primum non nocere*)
- Autonomía individual de cada paciente
- Concepto de justicia: Distribución justa y equitativa de los recursos médicos

Los principios éticos ya enunciados se fortalecen con los siguientes fundamentos:

- La verdadera fuente de autoridad reside en el paciente o sus encargados legales

- Comunicación efectiva, verídica y transparente con el enfermo y sus familiares
- Entorno sociocultural y religioso de la posición del enfermo y/o su representante legal acerca de la decisión final y condensada de negar o suspender la TAV
- Reconocer, respetar y llevar a la práctica los derechos de los enfermos y de los médicos al tomar decisiones al final de la vida

La TAV se define como cualquier tratamiento encaminado a corregir y controlar todo aquello que pone en riesgo la vida. Se incluye dentro de este abordaje a la intubación orotraqueal y ventilación mecánica, uso de inotrópicos, antibióticos, antiarrítmicos, líquidos terapia de reemplazo renal continuo, etc. La suspensión de la TAV incluye tres categorías de intensión que resultarán en un acortamiento en la expectativa de vida y que son: 1) No intención, 2) cointención y 3) intención explícita.

La línea entre la vida y la muerte en las unidades de terapia intensiva es delgada, motivo por el cual es importante tomar en cuenta que la muerte es un proceso natural y el continuo de la vida. Con base en esto Dispelder acuñó el término de muerte apropiada en la cual se define a la calidad de muerte como aquella libre de dolor y que le brinda al paciente la oportunidad dignamente hasta su muerte.

DECISIONES A TOMAR EN LA UTI ANTE ENFERMOS TERMINALES

Dentro de este rubro se incluye el término “terminación del cuidado” y que engloba a las decisiones que deben tomarse

en los enfermos terminales y sin posibilidades de sobrevida y que involucra los siguientes rubros:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| • Calidad de vida | • Suspensión de terapia |
| • Calidad de muerte | • Muerte cerebral |
| • Preservación de vida | • Muerte asistida |
| • No reanimación | • Eutanasia |
| • Sedación terminal | • Extubación terminal |
| • Negación de terapia | • Destete terminal |

Independientemente del método elegido para la “terminación del cuidado” ninguno de éstos son suicidio asistido ni homicidio, debido a que es la condición médica más que el acto médico el causante de la muerte. La discontinuación del apoyo vital permite que un proceso natural continúe.

BIENESTAR DEL PACIENTE

La transición de cuidados curativos a paliativos en el enfermo terminal es un continuo muchas veces imperceptible, en muchos casos, los enfermos reciben una combinación de tratamientos que además de la curación producen confort, como son: la sedación, analgesia, aspiración de secreciones, cambios de posición, estabilidad psicológica y alivio de síntomas específicos como son disnea, náusea, fiebre, sed, etc. Las metas del tratamiento para lograr el confort deben de ajustarse a las perspectivas del paciente y su familia, y se dividen en:

1. Medidas no farmacológicas:

- Musicoterapia
- Masoterapia
- Acupuntura
- Aromaterapia

2. Medidas farmacológicas:

- Benzodiacepinas
- Opioídes
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Acetaminofén
- Neurolépticos

PRINCIPIOS PARA LA NEGACIÓN O SUSPENSIÓN DE LA TAV

Una vez que el equipo médico decide la negación o la suspensión de la TAV se recomienda tener en cuenta los siguientes principios:

1. La muerte ocurre como complicación de la enfermedad.
2. El objetivo de las medidas de apoyo y confort están encaminadas a aliviar el sufrimiento del enfermo, no a prolongar la muerte.

3. La suspensión de la TAV es un procedimiento médico que requiere del mismo grado de participación y preparación del médico como cualquier otro que realiza en su práctica cotidiana.
4. Las acciones que únicamente están encaminadas a acelerar la muerte son moralmente inaceptables.
5. La negación de los tratamientos es moral y legalmente equivalente a la suspensión de éstos.
6. Cuando un tratamiento encaminado al apoyo vital es suspendido, deberá de valorarse la suspensión del resto y modificar la meta del cuidado al confort del paciente.
7. Cualquier tratamiento una vez que haya sido valorado puede ser suspendido, incluyendo nutrición, líquidos, antibióticos y sangre.
8. La valoración del dolor y el confort en pacientes críticamente enfermos, en etapa terminal de su vida e intubado es difícil, pero pueden emplearse las siguientes manifestaciones como indicadores de dolor y angustia: taquipnea, taquicardia, diaforesis, uso de músculos accesorios, gesticulación, aleteo nasal e inquietud.
9. Los médicos deberán estar conscientes de las dificultades para valorar el confort en pacientes terminales y deberán tener en cuenta que un buen número de enfermos desarrollan tolerancia a sedantes y opioídes, por lo que se deberá de valorar cuidadosamente las dosis de éstas para evitar el empleo de dosis subterapéuticas.
10. Los pacientes con muerte cerebral no necesitan protocolo de sedación terminal durante la suspensión de la TAV.
11. La TAV deberá suspenderse cuando el enfermo no tenga efecto de relajantes musculares y de esta manera valore de manera adecuada que el enfermo no curse con angustia, dolor o confort.

Antes de suspender o negar la terapia de apoyo vital en el paciente terminal, el equipo médico deberá de explicar extensamente a la familia y a los cuidadores las manifestaciones que presentará el enfermo con la finalidad de evitar angustia y sentimientos de culpa que puedan hacer revertir la decisión ya tomada y prolongar la agonía del enfermo, haciendo énfasis en que el enfermo estará confortable y no sufrirá dolor. Es conveniente y aconsejable que para fines legales y médicos se siga un formato en el que se anoten todos los eventos relacionados a la suspensión de la terapia de apoyo vital. Por su formato, recomiendo usar la diseñada por la Universidad de Washington, la cual se puede modificar y adaptar a las necesidades de cada hospital (Cuadro I).

CÓMO DAR MALAS NOTICIAS

La notificación de malas noticias es una de las tareas más difíciles que los médicos enfrentan, pero es una necesidad común en la práctica de los cuidados intensivos. Existe poca investigación en el ámbito de la medicina intensiva en este

campo para fundamentar recomendaciones, sin embargo, la mayoría de las sugerencias están basadas en el sentido común, experiencia, intuición y siempre se deberá tomar en cuenta el marco legal de cada país o estado y los protocolos institucionales. Las malas noticias deben ser dadas en persona y en un lugar confortable, la apariencia del médico debe ser adecuada y se debe aprender como demostrar compasión y empatía iniciando la reunión con palabras reconfortantes y esperanzadoras, sin apartarse de la verdad, manteniendo con-

tacto visual y extendiendo un toque fraternal cuando sea apropiado. La interrelación del equipo médico con la familia es fundamental y dentro de esta comunicación se aconseja seguir los conceptos de Buckman para dar malas noticias:

- Dirigirse con la verdad.
- Emplear el escenario adecuado para cada paciente de acuerdo a su grupo étnico, principios morales, creencias religiosas, etc.

Cuadro I. Documento de la Universidad de Washington a seguir durante la suspensión del apoyo vital avanzado.

Completar lo siguiente

- Orden escrita de No Intentar Resuscitación
- Anotar por escrito en el expediente todo lo relacionado al confort del paciente, los comentarios médicos y los comentarios con la familia
 - 1) Suspender todas las órdenes previas incluyendo signos vitales de rutina, medicamentos, nutrición enteral, alimentación intravenosa, radiografías, laboratorios. Ver debajo para nuevas órdenes
 - 2) Retirar dispositivos no necesarios para el confort incluyendo monitores, manguitos para presión arterial y medias de compresión en piernas. Ver debajo para órdenes relacionadas con el ventilador
 - 3) Retirar todos los dispositivos del cuarto de UTI (computadora de gasto cardíaco, transfusores, desfibrilador, balón de contrapulsación aórtica, dispositivo de asistencia ventricular, marcapaso temporal)
 - 4) Permitir visitas

Sedación y analgesia

- 5) Seleccionar uno:
 - Morfina IV a dosis actual (asumiendo que el paciente está cómodo a esa dosis) o 10 mg/h o _____ mg/h

Para signos de incomodidad, hasta cada 15 minutos, dar morfina adicional igual a la dosis actual de goteo IV e incrementar goteo en 25%
 - Fentanyl IV a dosis actual (asumiendo que el paciente está cómodo a esa dosis) o 100 mg/h o _____ mg/h

Para signos de incomodidad, hasta cada 15 minutos, dar fentanyl adicional igual a la dosis actual de goteo IV e incrementar goteo en 25%
 - Otro narcótico _____
 - 6) Seleccionar uno:
 - Lorazepam IV a dosis actual (asumiendo que el paciente está cómodo a esa dosis) o 5 mg/h o _____ mg/h

Para signos de incomodidad, hasta cada 15 minutos, dar lorazepam adicional igual a la dosis actual de goteo IV e incrementar goteo en 25%
 - Midazolam IV a dosis actual (asumiendo que el paciente está cómodo a esa dosis) o 10 mg/h o _____ mg/h

Para signos de incomodidad, hasta cada 15 minutos, dar midazolam adicional igual a la dosis actual de goteo IV e incrementar goteo en 25%
 - Otra benzodiazepina, barbiturato o propofol: _____

Ventilador:

- 7) Ajuste inicial del ventilador: Frecuencia de IMV _____ PS _____ (escoger uno), FIO₂ PEEP _____
- 8) Reducir las alarmas de apnea, calentador y otras al ajuste mínimo
- 9) Reducir FIO₂ a ambiente y PEEP a 0 en 5 minutos y titular sedación como se indicó para incomodidad
- 10) Como está indicado para nivel de incomodidad, destetar IMV a 4 o PS a 5 en 5 a 20 minutos y titular sedación como está indicado para incomodidad
- 11) Cuando el paciente está cómodo en IMV de 4 o PS de 5, seleccione uno:
 - Extubar paciente al aire ambiente
 - Pieza en T con aire (No CPAP del ventilador)

- Enterarse de lo que la familia y el paciente saben de la enfermedad y del proceso de morir.
- Descifrar que es lo que quiere la familia.
- Dar la información necesaria y apropiada para cada grupo.
- Comprender los sentimientos y necesidades de la familia.
- Discutir y dejar perfectamente claras todas las dudas y cuestionamientos.

Las metas para lograr una atención de calidad al final de la vida de los enfermos son:

1. Toma de decisiones centrada en el enfermo y la familia.
2. Comunicación estrecha y continua entre el equipo médico, el enfermo y la familia.
3. Cuidado continuo.
4. Apoyo emocional y práctico para los enfermos y sus familiares.
5. Manejo de síntomas y confort del paciente.
6. Apoyo espiritual.
7. Apoyo emocional y logístico para los miembros del equipo médico.

REFERENCIAS

1. Carrillo ER, Carvajal RR, Villaseñor OP. La etapa terminal de la vida en la Unidad de Terapia Intensiva. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2004;18:173-191.
2. Angus DC, Barnato AE, Linde WT, Weissfeld SA, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med 2004;32:638-643.
3. Ciccarello GP. Strategies to improve end- of-life care in the intensive care unit. Crit Care Nurse 2003;22: 216-222.
4. Crippen D. Terminally weaning awake patient from life-sustaining mechanical ventilation: The critical care physician's role in comfort measures during the dying process. Clin Intensive Care 1992;3: 206-212.
5. Treece PD, Engelberg RA, Crowley L, Chan JD, et al. Evaluation of standardized order for withdrawal of life support in the intensive care unit. Crit Care Med 2004;32:1141-1148.

