



Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva

Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dr. Jorge Raúl Carrillo-Córdova**

* Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía. Coordinador Académico de la Especialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular de Postgrado de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Jefe de UTI Hospital Ángeles Lomas.

** Pregrado. Universidad Nacional Autónoma de México.

La medicina intensiva como especialidad tiene la misión de innovar terapias que salven la vida de enfermos, que sin éstas y con los cuidados estándares de atención hospitalaria morirían. A pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos que se han logrado en los últimos años en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), las tasas de mortalidad de acuerdo a diferentes series son del 6 al 40%, lo que depende de la gravedad de la enfermedad y del grupo de enfermos atendidos. Subgrupos especiales que incluyen a enfermos con cáncer, sepsis o síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, tienen en especial altas tasas de mortalidad y en los pacientes con ventilación mecánica la mortalidad es del 50 al 60%. En el estudio SUPPORT (The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments) que analizó la población de 5 grandes centros médicos con enfermedades avanzadas, la mitad de las muertes se presentaron en la UTI. En el estudio de Wennberg y Cooper de enfermos beneficiarios del Medicare, se demostró que el 25% de toda la población que fallece requiere en sus últimos 6 meses de vida de por lo menos un ingreso a la UTI. En el estudio publicado por Dereck Angus se reporta que más del 50% de los 540,000 pacientes que se hospitalizaron en su fase terminal murieron dentro de la UTI, lo que representa que 1 de cada 5 americanos mueren dentro de las UTI. De lo anterior se desprende que las UTI no solamente brindan cuidados curativos sino que también es donde se requieren de una gran cantidad de procedimientos y cuidados paliativos y es el lugar donde se toman más decisiones relacionadas al final de la vida lo que ha cambiado radicalmente el modelo de atención médica, del paternalismo y toma de decisiones unilaterales, al de autonomía y autodeterminación del enfermo y familiares, lo cual ha impactado en la limitación del uso de tecnologías que prolongan la muerte más que facilitar la recuperación. De esta manera la medicina paliativa

debe conformarse como parte fundamental del modelo de atención en los enfermos graves pues desde su ingreso a la UTI se presenta una estrecha interrelación entre las medidas implementadas tendientes a la curación del enfermo y la paliación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible a tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas así como el abordaje que integre los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares son fundamentales para la paliación y están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares.

Los cuidados paliativos en la UTI:

- Están encaminados al manejo del dolor y otros síntomas (delirio, disnea, tos, etc.).
- Afirman el concepto de vida y definen a la muerte como un proceso natural.
- No intentan retardar o acelerar el proceso de muerte.
- Integran al apoyo psicológico y espiritual al proceso de atención.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte.
- Apoyan a la familia en el conocimiento de la enfermedad y del proceso de morir.
- Requieren de un grupo multidisciplinario.
- Deberán de aplicarse desde el inicio de la enfermedad y en muchas ocasiones, sobre todo en el ambiente de la UTI, están asociadas a medidas de apoyo vital.
- Se basan en los principios de: preservación de la vida (calidad), no maleficencia (primero no hacer daño), máximo beneficio, autonomía de decisión, alivio del sufrimiento y distribución justa y equitativa de los recursos.

I. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UTI

Existe cada vez más evidencia en la literatura que indica que un gran número de enfermos en la UTI tienen un control inadecuado de síntomas ya sea como parte integral de los cuidados curativos o en la etapa final de su vida. También existe evidencia de que las expectativas y necesidades de los familiares de los enfermos no se alcanzan, que la comunicación entre los médicos y los familiares sea inadecuada y que la mayoría de los intensivistas no estén preparados para dar un cuidado óptimo que incluya la paliación a los enfermos graves. Por lo anterior los conflictos tienen una alta prevalencia en la toma de decisiones para el manejo del paciente grave, lo cual impacta en las interacciones interpersonales y en las medidas tendientes a decidir el mejor manejo en el paciente que no tiene oportunidad de sobrevivir. Un estudio realizado en enfermos en la UTI en los que se consideró la suspensión del apoyo vital demostró que se presentó conflicto entre los médicos y la familia en el 48% de los casos, entre los grupos de atención médica en el 48% y entre los miembros de la familia en el 24%. En el estudio SUPPORT se encontró que el 15% de los pacientes reportaron dolor de moderado a intenso durante su estancia en la UTI. En el grupo de enfermos más graves el dolor que se describió como intenso se presentó en el 40% de los enfermos, 25% presentaron disforia o delirio y cerca del 70% de los enfermos con cáncer pulmonar y neumopatía obstructiva crónica, presentaron disnea grave en sus últimos 3 días de vida. Todo lo anterior refleja y corrobora, el mal abordaje, planeación y aplicación de los cuidados paliativos por los médicos intensivistas.

Por definición el dolor, la ansiedad, la disnea y otros síntomas son manifestaciones subjetivas de la enfermedad que son evaluadas a través de la interacción y comunicación entre el enfermo y el médico. En el ambiente de la terapia intensiva la mayoría de los pacientes no pueden establecer comunicación con el equipo médico y de enfermería debido a que la mayoría están intubados, tienen deterioro neurológico y están siendo manejados con sedación profunda y/o bloqueo neuromuscular. Por otro lado la taquipnea, taquicardia, hipertensión o agitación pueden ser secundarias a dolor y desconfort pero también pueden ser indicadores de deterioro de su condición. Los miembros de la familia al conocer los patrones de respuesta de los enfermos pueden predecir de manera satisfactoria la presencia o ausencia de dolor en el 75% de los casos pero a menudo infraestiman la intensidad de éste. Una investigación reciente demostró que cambios conductuales y de comportamiento en el enfermo grave durante la práctica de diferentes procedimientos se relacionaba a la ansiedad y dolor que producían y no tuvo ninguna correlación con el análisis biespectral.

Los cuidados paliativos en la UTI requieren para su implementación de una interrelación y comunicación estrecha entre el equipo médico (Especialistas y enfermería), familiares, trabajadores sociales y el servicio de apoyo religioso lo cual fue demostrado de manera contundente en el estudio Ethicus, el cual es un estudio multicéntrico europeo, que involucró a 31,417 enfermos que ingresaron a la UTI y que a partir del cual se concluyó que los cuidados paliativos y el abordaje al final de la vida es heterogéneo y que las limitaciones más importantes en su implementación son la edad de los enfermos, el diagnóstico, los días de estancia en la UTI, así como factores étnicos, geográficos y religiosos.

La proporción de muertes en la UTI precedidas por suspensión progresiva del apoyo vital es del 20 al 79% y la proporción de muertes precedidas por la orden de no resucitar es del 30 al 83%. Por este motivo los indicadores de calidad de cuidados paliativos y decisiones al final de la vida deben de implementarse en las UTI en base a:

- Toma de decisiones basadas en la interacción con pacientes y familiares.
- Comunicación entre el grupo tratante: médicos, enfermeras y trabajadores sociales.
- Continuidad en el plan establecido.
- Apoyo emocional y religioso a pacientes y familiares.
- Manejo de los síntomas para optimizar el bienestar de los enfermos.
- Enfatizar que el bienestar, la calidad de vida y la calidad de muerte del enfermo son prioritarios sobre las medidas encaminadas a prolongar la vida de manera innecesaria (Encarnizamiento terapéutico).
- Instituir y usar escalas cuantitativas para la valoración de síntomas, tanto en enfermos que pueden comunicarse como en los que están imposibilitados para mantener una relación activa.
- Estandarizar y seguir las mejores prácticas clínicas para el manejo de síntomas.
- Uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas (musicoterapia, masoterapia, etcétera).
- Revalorar y documentar la evolución de los síntomas una vez instituidas las maniobras terapéuticas.
- Instituir, documentar y dar a conocer entre todo el grupo de atención, incluyendo a los familiares las medidas de suspensión o no iniciación del apoyo vital.
- Eliminar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos innecesarios (laboratorio, rayos X, tomografías, procedimientos invasivos, etc.).
- Evitar y eliminar ambientes ruidosos, muy iluminados y todos aquellos que condicionen angustia en enfermos y familiares.

- Mantener la dignidad y el respeto en el trato a los enfermos (higiene personal, limpieza de la habitación, manejo respetuoso, etc.).
- Hacer sentir a la familia y al enfermo que no están solos.
- Apoyo espiritual a los pacientes y familiares.
- Apoyo emocional y organizacional al equipo que atiende a los enfermos:
- Evitar rotaciones innecesarias del equipo médico y de enfermería que atiende a enfermos en fase terminal en la UTI.
- Comunicación periódica del grupo interdisciplinario.
- Desarrollo e implementación de un grupo especializado en los cuidados paliativos en la UTI con entrenamiento en manejo de dolor, delirio, conflictos, etc.
- Integrar al grupo a psiquiatras y psicólogos para implementar programas de apoyo al grupo tratante, enfermos y familiares.

Los cuidados paliativos y las decisiones al fin al de la vida no solamente deben ser implementados en los servicios de UTI, si no que deben extenderse a otros servicios involucrados en el manejo de enfermos graves y con un alto riesgo de muerte como son los servicios de urgencias, trauma y cuidados cardíacoterminales, en los cuales la implementación de facilitadores optimizará el manejo multidisciplinario de estos enfermos a través del establecimiento de programas de:

- Diagnóstico y prevención secundarios.
- Cuidados paliativos colaborativos que incluyan a los familiares.
- Atención domiciliaria y en hospicios.
- Rehabilitación.

La insuficiencia cardíaca terminal, al igual que el cáncer, constituye un grave problema de salud y su incidencia se ha incrementado de manera significativa en los últimos años. La calidad de vida de estos enfermos sin un buen programa de medicina paliativa es muy baja. Debe tomarse en cuenta que el 11% de estos enfermos fallece en su primera admisión hospitalaria, el 30% mueren en el primer año después de su primera admisión y el 70% del grupo restante fallece en la siguiente readmisión hospitalaria, por lo tanto los cuidados paliativos son parte fundamental del manejo integral entre cada una de las hospitalizaciones y dentro del evento de la hospitalización terminal.

II. CONTROL DE SÍNTOMAS

La lista de los síntomas que deben manejarse con cuidados paliativos es muy grande, por lo que exclusivamente se abordarán los de más impacto en el enfermo internado en la UTI.

1. Dolor y ansiedad

El dolor y la ansiedad son frecuentes en el enfermo grave, incrementan la morbimortalidad, y habitualmente son subestimados por el equipo médico. El buen manejo y control de éstos es parte de los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos. La sedación y la analgesia deberán de iniciarse desde el ingreso de los enfermos, dado que son parte esencial del continuo manejo de la estabilización al bienestar que está integrada por cuatro fases:

1. Transferencia e ingreso del enfermo.
2. Reanimación.
3. Holística.
4. Bienestar.

El manejo del dolor y la ansiedad deben ser simultáneos en el enfermo grave y actualmente la evidencia apoya el concepto de sedación basada en analgesia mediante el uso de opioides en infusión (Remifentanil o fentanyl) con los que se optimiza en objetivo terapéutico y se reduce de manera significativa el empleo de benzodiacepinas y/o propofol. Una vez que se inicia el manejo del complejo dolor-ansiedad, deberán usarse escalas de evaluación para valorar la respuesta terapéutica y de esta manera optimizar el tratamiento.

2. Delirio

El delirio es frecuente en el enfermo grave y se manifiesta como una alteración en la conciencia caracterizada por disfunción cognitiva aguda y fluctuante que condiciona disfunción en la recepción, procesamiento, almacenamiento y recuperación de la información y estímulos externos. El delirio puede ser hiperactivo o hipactivo y en muchas ocasiones es desencadenado por una mala estrategia de sedación. Está relacionado a disfunción orgánica múltiple, sepsis, privación de sueño, alteraciones electrolíticas, encefalopatía hepática y síndromes de abstinencia. En diferentes estudios se ha encontrado que la incidencia del delirio en los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva llega a ser del 80%. El impacto del delirio es variado y va desde la dificultad para el manejo del paciente (agresividad, autoextubación, retiro de catéteres, etc), lesiones al personal de enfermería y causante de gran conflicto con la familia. Recientemente se ha demostrado que el delirio *per se*, es un factor de riesgo independiente de mortalidad, incremento en los costos y estancia en la UTI

3. Disnea

La disnea se presenta en el 30 al 90% de los pacientes terminales, se define como la sensación de "falta de aire", no necesariamente relacionada a esfuerzo físico que condiciona incremento en el trabajo de la respiración, gran

angustia y disminución en la actividad física. Los enfermos sienten la imperiosa necesidad de respirar y sofocación. El manejo de la disnea se enfoca al manejo de la causa desencadenante y a las expectativas de vida del paciente y tiene como objetivo fundamental el confort del mismo. La paleación farmacológica de la disnea se hace con opioides, corticosteroides y benzodiacepinas. Los opioides son el medicamento de elección en la disnea terminal debido a que disminuyen la percepción de "falta de aire", reducen el consumo de oxígeno y disminuyen la respuesta a la hipoxia y la hipercapnia.

4. Secreciones

Conforme la muerte se aproxima, los enfermos se tornan más débiles y son incapaces de toser y/o deglutar. La saliva y las secreciones se colectan en la hipofaringe y vibran ruidosamente con cada respiración produciendo "el estertor de la muerte", que se presenta hasta en el 25% de los enfermos terminales no intubados. Este evento impacta a los familiares y causa gran ansiedad. El tratamiento es a base de aspiración frecuente de estas secreciones y la colocación del paciente en semi-fowler o decúbito lateral para favorecer el drenaje postural. El tratamiento farmacológico es a base de escopolamida transdérmica, hiosiamina sublingual o butilbromuro de hiosina. Cuando las secreciones son muy abundantes y los pacientes no pueden tolerar la vía oral, puede emplearse glicopirolato o escopolamina por vía subcutánea.

5. Tos

La tos en el enfermo terminal, sobre todo en los que padecen cáncer terminal o neumopatía obstructiva crónica, es desgastante y dolorosa. En un mayor grado, encontramos disnea, náusea y vómito lo cual causa dolor músculo-esquelético y fractura costales. Su etiología es multifactorial. El tratamiento tiene como objetivo controlar en lo posible la enfermedad causal. Del tratamiento farmacológico paliativo, los opioides son la primera elección por su patente efecto antitusígeno. Los protocolos de manejo recomiendan iniciar con codeína a dosis de 15 a 30 mg cada 4 horas o morfina 2.5-5 mg cada 4 horas.

6. Fatiga

La prevalencia de la fatiga en los enfermos terminales es del 60 al 90% siendo más acentuada en pacientes con neumopatía obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, cáncer y SIDA. Su etiología incluye efecto de citocinas inflamatorias, anemia, alteraciones metabólicas, depresión, ansiedad y disnutrición. La fatiga se valora mediante la valoración funcional de Edmon-ton o la escala del estado funcional de Karnovsky. El tratamiento de la fatiga consiste en tratar en lo posible la causa de base y mediante el empleo de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de las farmacológicas se ha descrito el uso de eritropoyetina para incremen-

tar las cifras de hemoglobina de 10 a 13 g, sustitución tiroidea, esteroides a dosis bajas y psicoestimulantes como el metilfenidato.

7. Desnutrición-anorexia-sed

Algunos piensan que en el proceso de morir siempre deberán de administrarse alimentos y líquidos debido a que esta forma de atención a los enfermos es una expresión básica de humanidad y de compasión. Por este motivo muchos médicos creen que el hambre y la sed siempre deberán de ser tratados en los pacientes graves, con la administración de agua y nutrientes a través de una sonda nasogástrica, nasoyeyunal o gastrectomía

III. DECISIONES EN LA UTI ANTE ENFERMOS TERMINALES

En la UTI deben tomarse decisiones cruciales en enfermos terminales y sin posibilidades de sobrevida, lo que se denomina "terminación del cuidado" y que involucran conceptos como: calidad de vida, calidad de muerte, preservación de vida, sedación terminal, negación de tratamiento, suspensión de tratamiento, extubación terminal, retiro terminal del apoyo ventilatorio y no reanimación. Independiente del método o métodos elegidos para la "terminación del cuidado" ninguno de éstos deben de verse como 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.

Para fines legales y médicos es aconsejable seguir un formato en el que se anoten todos los eventos relacionados a la suspensión del apoyo vital, incluyendo obviamente el consentimiento informado. El protocolo recomendado por la Universidad de Washington es uno de los más completos y puede adaptarse a las necesidades hospitalarias.

IV. EL FUTURO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UTI

A pesar de la evidencia científica que ha demostrado la necesidad de contar con programas de medicina paliativa en las UTIs, su incorporación a la práctica clínica cotidiana es aún bajo, lo cual se demostró en el estudio de Billings en el cual se encontró que de 100 hospitales de enseñanza solamente el 26% tenían servicios de medicina paliativa y en la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales que incluyó a 4,797 hospitales, solamente el 36% contaban con servicios de algología y el 15% con servicios de cuidados paliativos, lo cual refleja la realidad que se vive. Por lo anterior es urgente que se inicie con programas que tengan como objetivo fundamental el dar a conocer esta nueva disciplina dentro de los servicios de medicina intensiva lo cual

redundará en una mejor atención de los enfermos graves y terminales atendidos en las UTI's y en el desarrollo de políticas institucionales con algoritmos de toma de decisiones al final de la vida que involucren al grupo médico, familia-

res y equipo de apoyo (religioso, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), así como en programas universitarios que incorporen la enseñanza de la medicina paliativa dentro de la currícula de la Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

REFERENCIAS

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004;32:638-643.
2. SUPPORT Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995;274:1591-1598.
3. Wennenberg JE, Cooper MM. The Dartmouth Atlas of Health Care in the United States: A report on the Medicare Program. Chicago, American Hospital Publishing. 1990.
4. Breen CM, Abernethy AP, Abbott, KH, et al. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001;16:283-289.
5. Rubenfield GD, Curtis JR. Improving care for patients dying in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 2003;24:763-773.
6. Desbiens NA, Mueller-Rinzen N. How well do surrogates assess the pain of seriously ill patients? *Crit Care Med* 2000;28:1347-1352.
7. Hamill-Ruth RJ. Use of analgesics in the intensive care unit: who says it hurts? *Crit Care Med* 2002;30:2597-8.
8. Puntilla KA, Morris AB, Thompson CL, et al. Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med* 2004;32:421-7.
9. Frenzel D, Greim CA, Sommer C, et al. Is the bispectral index appropriate for monitoring the sedation level of mechanically ventilated surgical ICU patients? *Intensive Care Med* 2002;28:178-83.
10. Sprung CL, Cohen LS, Sjokvist P, et al. End-of-life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003;290:790-797.
11. Clarke EB, Curtis JR, Luce MJ, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003;22:2252-2262.
12. 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.
13. Auliso MP, Chaitin E, Arnold RM. Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004;20:505-523.

