

Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva

Dr. Raúl Carrillo Esper,* Dr. Jorge Raúl Carrillo Córdova,† Dr. Luis Daniel Carrillo Córdova†

RESUMEN

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un área hospitalaria donde los fallecimientos son frecuentes por las características y gravedad de los enfermos que ingresan. Veinte por ciento de las muertes que ocurren anualmente en los Estados Unidos de América se presentan en la UTI, lo que equivale a 540,000 defunciones, cifra semejante al número de muertes secundarias a cáncer. Las políticas y toma de decisiones al final de la vida en la UTI dependen del tipo de unidad y de la normatividad legal e institucional. De la mitad de los enfermos que mueren en el hospital, cerca de 50% son atendidos en los tres días previos a su fallecimiento en la UTI. A pesar de que los cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios pueden disminuir los ingresos por esta indicación, la UTI sigue siendo elegida por los médicos tratantes o los familiares para la atención del enfermo terminal, lo que transforma a la UTI en un centro de atención de cuidados paliativos y de toma de decisiones al final de la vida altamente sofisticada, por lo que el médico intensivista y su grupo deben de tener entrenamiento en cuidados paliativos, pues en muchas ocasiones la frontera entre cuidados paliativos y curativos es muy estrecha o se entrelaza. En nuestro medio hay muchas barreras que limitan una buena atención paliativa en la UTI, de las que destacan la falta de entrenamiento en esta disciplina entre los intensivistas, el desconocimiento de los protocolos de paliación en enfermos terminales, la falta de normatividad hospitalaria en relación a los cuidados paliativos en la UTI, la carencia de paliativistas en las unidades y el rechazo por muchos especialistas a esta disciplina. Los programas de cuidados paliativos van de la mano con los protocolos encaminados a la curación de los enfermos, por lo que es una necesidad incluirlos dentro del manejo rutinario en la UTI, lo que elevará la calidad y eficiencia de la atención en el enfermo grave.

Palabras clave: Cuidados paliativos, final de la vida, Unidad de Cuidados Intensivos.

SUMMARY

Because of the severity of illness, the intensive care unit (ICU) is a setting where death is common. Approximately 20% of all deaths in the United States occur in the ICU which translates to approximately 540,000 Americans who die in the ICU each year. This is similar to the number of Americans who die of cancer each year. ICU use at the end of life varies markedly by the nature of the diseases, such as cancer less likely to result in death in the ICU, while the more acute, potentially reversible illnesses are more likely to result in death in the ICU. Of patients who die in the hospital, approximately half are cared for in an ICU within 3 days of their death. Although optimal palliative care of outpatients may prevent many ICU admissions, the ICU will always remain an important setting for the end of life care because of the severity of illness of patients in the ICU and because many patients and families will opt for a trial of intensive care even in the setting of severe underlying chronic illness.

ICU provide sophisticated care to seriously ill patients. Unfortunately, there are many barriers to providing effective palliative care in this setting. These barriers include insufficient communication skills about end of life issues among health care providers, inability of patients to participate in discussions about their treatment, unrealistic expectations on the part of patients and families about the prognosis of patients or the effectiveness of ICU treatment, and lack of advanced directives from patients about how they wish their care to be handled at the end of life.

Palliative care programs excel at integrating vigorous pain and symptom management whether life prolonging or curative treatment is being provided or is being withheld or withdrawn. Palliative care programs also ease case management burdens on primary physician and staff and provide assistance with care coordination and time intensive patient-family communication.

Key words: Palliative care, Intensive Care Unit, end-of-life.

* Presidente de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Jefe UTI Fundación Clínica Médica Sur. Profesor Titular de Postgrado de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. UNAM.

† Facultad de Medicina. Grupo NUCE. UNAM.

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 de 6% a 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 de 50 a 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 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 de 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 den-

tro de las UTI. De lo anterior se desprende que las UTI no solamente brindan cuidados curativos, sino que también es donde se requiere 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 paliación¹⁻³ (figura 1).

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.

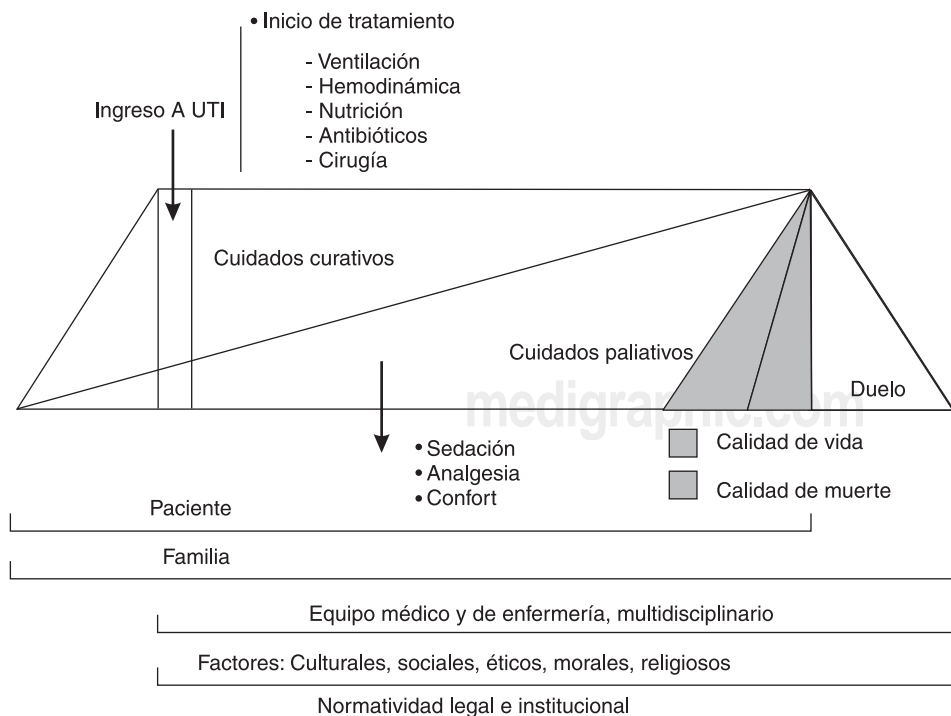


Figura 1. Relación cuidados curativos – cuidados paliativos en la UTI.

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 es inadecuada y que la mayoría de los intensivistas no están 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 48% de los casos, entre los grupos de atención médica en 48% y entre los miembros de la familia en 24%. En el estudio SUPPORT se encontró que 15% de los pacientes reportaron dolor de modera-

do 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 40% de los enfermos, 25% presentaron disforia o delirio y cerca de 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.^{4,5}

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 entablar 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 discomfort 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 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.⁵⁻⁹

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.¹⁰

La proporción de muertes en la UTI precedidas por suspensión progresiva del apoyo vital es de 20 a 79% y la proporción de muertes precedidas por la orden de no resucitar es de 30 a 83%. Por este mo-

tivo los indicadores de calidad de cuidados paliativos y decisiones al final de la vida deben de implementarse en las UTI en base a:^{11,12}

- 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 de la vida no solamente deben ser implementados en los servicios de UTI, sino 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 cardiaco-terminales, en los cuales la implementación de facilitadores optimizará el manejo multidisciplinario de estos enfermos a través del establecimiento de programas de:¹³⁻¹⁵

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

La insuficiencia cardiaca 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 11% de estos enfermos fallece en su primera admisión hospitalaria, 30% muere en el primer año después de su primera admisión y 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.¹⁵

A pesar del impacto que tienen los cuidados paliativos en el manejo de los pacientes graves, la mayoría de los programas de entrenamiento en medicina intensiva tanto en nuestro país como en otros no contempla en su currícula a los cuidados paliativos. En un trabajo reciente de la Universidad de Pittsburgh se demostró que la falta de conocimiento en medicina paliativa entre los residentes de medicina intensiva condiciona además de conflictos y sentimientos de culpa, una mala percepción en relación al proceso de morir y a las decisiones tomadas al final de la vida como son el no inicio o la suspensión del apoyo vital. Una vez que se ins-

tituyó un programa de entrenamiento que incluyó: 1. Cómo dar información a pacientes y familiares, 2. cómo dar malas noticias, 3. cómo manejar la donación de órganos, 4. cómo manejar la carga emocional, 5. toma de decisiones al final de la vida, 6. manejo del proceso de morir, 7. manejo de síntomas: dolor, delirio, disnea, etc., 8. trabajo en grupo, la actitud del grupo de residentes se modificó en relación a su percepción de los cuidados paliativos y la toma de decisiones al final de la vida. Este proyecto es de gran relevancia debido a que enfatiza la necesidad de incluir programas de cuidados paliativos en la enseñanza de la medicina intensiva.¹⁶

Con esta nueva visión del manejo del paciente grave con el binomio cuidados curativos-cuidados paliativos, el abordaje deberá enfocarse a los siguientes aspectos:¹⁷

- Control de síntomas.
- Desarrollo de algoritmos de toma de decisiones:
 - Retiro de apoyo vital avanzado.
 - No inicio de apoyo vital avanzado.
 - No reanimación.
- Relación equipo médico-enfermo-familia.
- Enseñanza y actualización continua en cuidados paliativos.
- Desarrollo de protocolos y políticas institucionales.
- Investigación.

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: En ésta es fundamental la interacción entre las medidas de apoyo vital avanzado

y la identificación y manejo agresivo de síntomas que deben ser paliados (dolor, ansiedad, delirio, disnea).

3. Holística. En ésta una vez que se estabilizó al paciente y se determinó su probabilidad de sobrevivir o morir se discutirá en conjunto con todo el grupo médico y la familia en base al marco legal y a las decisiones previas del paciente la conducta a seguir. Es fundamental el apoyo psicológico y religioso, pues en esta fase la familia se encuentra en gran tensión, lo que condiciona que la toma de decisiones puede ser inadecuada.
4. Bienestar. En ésta la paliación es el aspecto fundamental y prioritario del manejo, en la que deben de tomarse en cuenta todas las consideraciones relacionadas con las decisiones al final de la vida.

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 fentanil) con los que se optimiza el objetivo terapéutico y se reduce de manera significativa el empleo de benzodiazepinas 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. En la *figura 2* se resume en un algoritmo el abordaje para el manejo de la ansiedad y el dolor.¹⁸

Los esquemas de sedación basados en analgesia se asocian a los efectos colaterales de los opioides dentro de los que destacan la dismotilidad, constipación, náusea, vómito, liberación de histamina, mioclonías. El manejo de estos efectos colaterales es a base de senósidos, sorbitol, lactulosa, bisacodil, enemas, antieméticos, antihistamínicos y benzodiazepinas. Deberá tomarse en consideración que la dependencia física y psicológica puede desarrollarse con el uso regular de opioides. El riesgo de síndrome de abstinencia se presenta en aproximadamente un tercio de los enfermos graves tratados con opioides por más de una semana y se presenta a las 12 horas de su suspensión. Se caracteriza por diaforesis, disconfort, agitación epifora, diarrea y taquicardia.¹⁹

Las benzodiazepinas y propofol desarrollan tolerancia, por lo que se requieren dosis cada vez más elevadas para ejercer su efecto terapéutico, lo que puede modificarse con el empleo concomitante de opioides. Tratamientos adyuvantes incluyen ketoro-

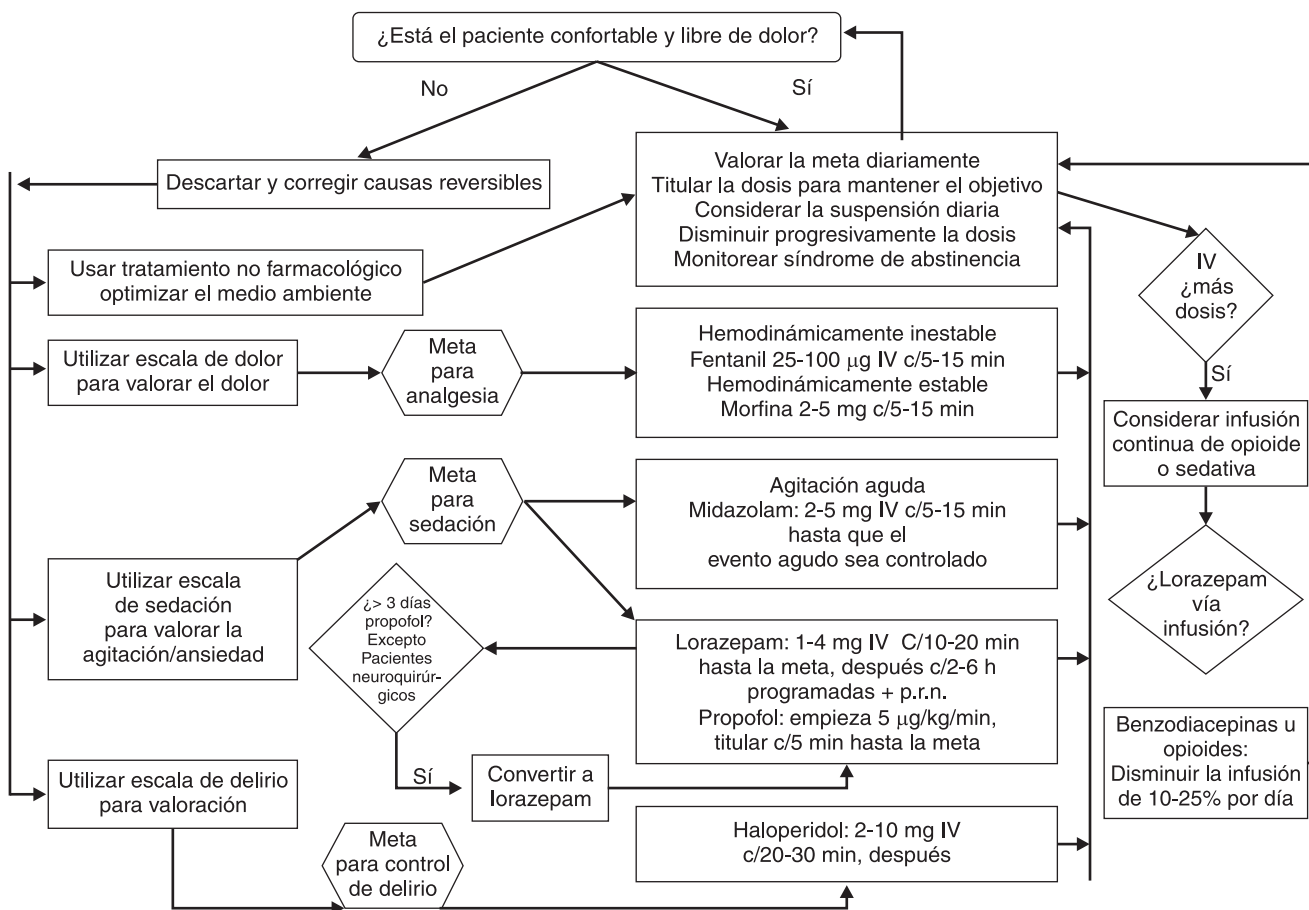


Figura 2. Algoritmo para el manejo del dolor y la ansiedad en el enfermo grave.

laco (no emplearlo por más de 5 días), acetaminofén, clonidina, bloqueos nerviosos, masoterapia, acupuntura, musicoterapia.²⁰

La sedación y la analgesia en los enfermos graves pueden tener efectos colaterales graves debido a las dosis que se requieren y a las disfunciones orgánicas con las que cursan los enfermos, lo que altera de manera significativa la farmacocinética y farmacodinamia que conduce a la acumulación de los medicamentos en los tejidos periféricos y al incremento en sus metabolitos circulantes. Por este motivo lo recomendable de acuerdo a la evidencia científica es suspender la sedación de manera intermitente con la finalidad de la evaluación del enfermo, la interrelación de éste con el grupo médico y familiares, y el favorecer su distribución y eliminación. De esta manera, la estrategia ideal de sedación es aquella que favorezca una sedación profunda, minimizando las complicaciones relacionadas al efecto de los medicamentos y a su acumulación.

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 hipoactivo 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 de 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 causan-

te 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.^{21,22}

Los factores de riesgo para el desarrollo del delirio en la UTI son: Tercera edad, antecedente de alcoholismo y/o tabaquismo, privación de sueño y gravedad de la enfermedad de base (comorbilidades asociadas).

El abordaje del delirio es a través del método de valoración de confusión que ha sido validado y que está conformado por 4 evaluaciones:²³

- Aparición aguda y/o evolución fluctuante de la sintomatología
- Inatención
- Pensamiento desorganizado
- Nivel alterado de conciencia

Cuando el paciente en la UTI desarrolla delirio deberá informarse a los familiares de que es un hecho esperable, que puede ser parte del proceso de muerte, con la finalidad de evitar angustia y el desarrollo de conflictos con el grupo tratante. Para el manejo del delirio deberán tratarse los factores orgánicos desencadenantes (fiebre, sepsis, alteraciones electrolíticas, etc.) de manera agresiva, teniendo siempre en mente que el delirio puede formar parte del síndrome de disfunción orgánica múltiple y de síndrome de abstinencia medicamentosa. El manejo terapéutico es a base de sedación profunda y haloperidol. La risperidona ha dado buenos resultados en el manejo del delirio en el paciente grave.

3. Disnea

La disnea se presenta en 30 a 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 paliación farmacológica de la disnea se hace con opioides, corticosteroides y benzodiazepinas. 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 hi-

poxia y la hipercapnia. El tratamiento deberá ser iniciado con preparaciones orales o sublinguales, pero si el enfermo no puede deglutir se pueden emplear las vías intravenosas o por nebulizaciones. La dosis de morfina para la disnea se inicia con 5-15 mg por vía oral o 2-5 mg por vía intravenosa. En los enfermos que han desarrollado tolerancia, la dosis puede incrementarse en fracciones de 50%. En pacientes muy sintomáticos puede emplearse una infusión continua por vía intravenosa. Los opioides nebulizados son efectivos en disnea terminal en pacientes intubados o con traqueotomía. La dosis inicial de morfina nebulizada es de 5-10 mg en 2 mL de solución salina cada 4 horas.²⁴

4. Secreciones

Conforme la muerte se aproxima, los enfermos se tornan más débiles y son incapaces de toser y/o deglutir. 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 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 escopolamina transdérmica, hiosiamina sublingual o butilbromuro de hiosina. Cuando las secreciones son muy abundantes y los pacientes no pueden tolerar la vía oral, puede emplearse glicopirrolato o escopolamina por vía subcutánea.²⁵

5. Tos

La tos en el enfermo terminal, sobre todo en los que padecen cáncer terminal o neumopatía obstructiva crónica, es desgastante y dolorosa. A tal grado que la disnea, la náusea y el vómito causan dolor musculoesquelético y fracturas 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 potente 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, en enfermos que han desarrollado tolerancia a los opioides la dosis de éstos deberá incrementarse hasta contener el síntoma. Los esteroides pueden emplearse cuan-

do la tos está relacionada a obstrucción bronquial por tumor, con la finalidad de reducir el edema y la obstrucción. Los expectorantes y mucolíticos no tienen ningún efecto y habitualmente agravan la sintomatología y producen náusea y vómito.²⁶

6. Fatiga

La prevalencia de la fatiga en los enfermos terminales es de 60 a 90%, siendo más acentuada en pacientes con neumopatía obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, cáncer y SIDA. Su etiología incluye efecto de citocinas inflamatorias, anemia, alteraciones metabólicas, depresión, ansiedad y desnutrición. La fatiga se valora mediante la valoración funcional de Edmonton 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 incrementar las cifras de hemoglobina de 10 a 13 g, sustitución tiroidea, esteroides a dosis bajas y psicoestimulantes como el metilfenidato.²⁷

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. Las prácticas actuales de los cuidados paliativos reconocen que la pérdida del apetito y la sed, son respuestas normales al proceso de morir y que por lo tanto la nutrición e hidratación forzada no solamente no prolongan la sobrevida, sino que alargan el proceso de muerte. Las alteraciones metabólicas asociadas a la deshidratación contribuyen a la sedación y pérdida de la conciencia antes de la muerte. El nutrir e hidratar a los enfermos terminales dentro de la UTI dependerá del consenso al que llegue el grupo médico con la familia del enfermo, tomando siempre en consideración la decisión de éste antes de su etapa terminal.²⁸

La desnutrición y caquexia que se presenta en la mayoría de los enfermos terminales en la UTI es secundaria a: disminución en la ingesta, hipercatabolis-

mo y pérdida de masa muscular secundaria a deficiencia de hormona de crecimiento e inactividad.²⁸

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 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.^{29,30}

La decisión de no tratamiento está relacionada no sólo a la realización de procedimientos sino a la terapia de sostén de la vida. Las categorías de intención resultantes en la decisión de acortamiento de vida en estas decisiones son de no intención, co-intención e intención explícita y siempre deberán de estar fundamentadas en los siguientes principios:³¹

1. La verdadera fuente de autoridad reside en el paciente y/o sus representantes legales.
2. Establecer comunicación efectiva con el paciente (cuando sea posible) y con los familiares cuando se requiere una situación de cuidados críticos, donde el paciente y familiares se encuentran bajo un máximo nivel de estrés, están temerosos e intimidados.
3. Establecer desde un inicio la posición del paciente y/o sus representantes legales acerca de la decisión de negar o suspender la terapia de apoyo vital.
4. Reconocer los derechos del paciente:
 - Derecho de un cuidado considerado y respetuoso
 - Derecho de autonomía
 - Derecho de escuchar la verdad
 - Derecho de mantener la esperanza mientras el enfoque no cambie
 - Derecho de expresar sentimientos y emociones
 - Derecho de mantener derecho a su espiritualidad
 - Derecho de recibir información sobre su enfermedad

- Derecho de recibir tanta información como sea necesaria sobre un procedimiento o tratamiento para tomar una decisión basada en un consentimiento informado
- Derecho de participar activamente en las decisiones con respecto al cuidado médico
- Derecho de estar libre de dolor
- Derecho de no morir solo

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.³²

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 26% tenían servicios de medicina paliativa y en la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales que incluyó a 4,797 hospitales, solamente 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, familiares 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.³³⁻³⁷

BIBLIOGRAFÍA

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(5):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. Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL et al. Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med* 2004;32(2):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(2):178-83.
10. Sprung CL, Cohen LS, Sjøkvist 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;2252-2262.
12. Hodde NH, Engelberg RA, Treece DP et al. Factor Associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32: 1648-1653.
13. Crossno RJ. Dying in the emergency department. What emergency physicians should know about palliative medicine. *Top Emerg Med* 2004;26:19-28.
14. Mosenthal AC, Murphy PA. Trauma care palliative care: Time to integrate the two? *J Am Coll Surg* 2003;197:509-516.
15. Davidson PM, Paull G, Intronta K et al. Integrated collaborative palliative care in heart failure. The St. George Heart Failure Service Experience 1999-2002. *J Cardiovasc Nur* 2004;19:68-75.
16. DeVita MA, Arnold RM, Barnard D. Teaching palliative care to critical care medicine trainees. *Crit Care Med* 2003;31:1-13.
17. Troug RD, Cist AF, Brackett SE. Recommendations for end of life on the intensive care unit: The Ethics Committee of the society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29:
18. Mularski RA. Pain management in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004;20:381-401.
19. Cammarano WB, Pittet JF, Weitz S et al. Acute withdrawal syndrome related to the administration of analgesic and sedative medications in adult intensive care unit patients. *Crit Care Med* 1998;26:676-84.
20. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002;30: 119-41.
21. Kress JP, Hall JB. Delirium and sedation. *Crit Care Clin* 2004;20:419-433.
22. Ely E, Gautam S, Margolin R et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001;27:1892-1900.

23. Ely E, Inouye SK, Bernard GR et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286:2703-10.
24. Campbell ML. Terminal dyspnea and respiratory distress. *Crit Care Clin* 2004;20:403-17.
25. Wildiers H, Menten J. Death rattle: prevalence, preventions and treatment. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:310-7.
26. Jacobs L. Managing respiratory symptoms at the end of life. *Clin Geriatr Med* 2003;19:225-239.
27. Barnes EA, Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:424-8.
28. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994;272:1263-66.
29. Ciccarelo GP. Strategies to improve End-of-life Care in the Intensive Care Unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2003;22:216-222.
30. 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.
31. Pitorak EF. Respecting the dying patient's rights. *Home Healthcare Nurse* 2003;21:833-836.
32. Treece PD, Engelberg RA, Crowley L et al. Evaluation of a standardized order form for the withdrawal of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:1141-1148.
33. Billings J, Pantilat S. Survey of palliative care programs in the United States teaching hospitals. *J Palliative Med* 2001;4:309-14.
34. Pan C, Morrison R, Meier D et al. How prevalent are hospital – based palliative care programs ? Status report and future directions. *J Palliative Med* 2001;4:315-24.
35. Azoulay E, Sprung Ch L. Family – physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2323-2328.
36. Weissman DE, Blust L. Education in Palliative Care. *Clin Geriatr Med* 2005;21:165-175.
37. Aulisio MP, Chaitin E, Arnold RM. Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004;20:505-523.

Correspondencia:
Dr. Raúl Carrillo Esper
Unidad de Terapia Intensiva.
Fundación Clínica Médica Sur.
E-mail: seconcapcma@mail.medinet.net.mx