
TRANSICIÓN DE LOS CUIDADOS CURATIVOS A CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO CON PATOLOGÍA TERMINAL CRÓNICA NO TRANSMISIBLE O EN EL ENFERMO CRÍTICO CRÓNICO

Rubén Darío Camargo¹

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el cuidado integral y se refiere al control del dolor y otros síntomas, así como el abordaje de los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares que son fundamentales para la paliación y que están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares. Es bueno diferenciar la medicina paliativa, que se inicia antes de que el paciente llegue a su situación terminal, de los cuidados paliativos terminales que se refieren a la atención de la fase terminal e irreversible de una enfermedad. En ambos se hacen tratamientos paliativos, que pueden llevar meses, semanas o días. Antes de admitir al enfermo en el programa de cuidados paliativos se debe tener la seguridad que se trata de un paciente en fase final de una enfermedad terminal, y no de un paciente crítico o de un paciente crónico recuperable.

Palabras clave: Medicina paliativa, cuidados paliativos terminales, paciente crítico.

ABSTRACT

World Health Organization defines palliative care as comprehensive and refers to control of pain and other symptoms, addressing psychological, social, spiritual and family aspects, critical for palliation as well. Palliative care is aimed at improving patients' quality of life and welfare, and the interrelationship of a medical team with the family. We ought to differentiate palliative medicine, which begins before patient reaches a terminal stage, with terminal palliative care, that relates to care of the irreversible terminal phase of an illness. Both types of palliative treatment can take months, weeks or days. Before admitting the patient in the hospice program, we have to make sure that this is a patient in the final stage of a terminal illness, and not just a critical patient or a recoverable patient with a chronic illness.

Key words: Palliative medicine, palliative terminal care, critical patient.

¹ MD Esp Medicina Interna y Cuidado Intensivo, Bioeticista. Miembro Correspondiente, Academia Nacional de Medicina, Capítulo del Atlántico, Barranquilla, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La edad avanzada se asocia con un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y deterioro funcional. Como resultado, la tasa de hospitalizaciones por descompensación de procesos crónicos y enfermedad aguda entre las personas de edad mayor es más alta. Del mismo modo, la admisión a las unidades de cuidados intensivos.(1-2)

Varios estudios realizados muestran que el 55% de las camas en cuidados intensivos son ocupadas por pacientes con edad ≥ 65 años y se estima que el 14% de los pacientes ≥ 85 años de edad fallecen en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) (3). En un estudio realizado en México, se encontró que la mortalidad era mayor en los subgrupos de mayores de 85 años (24%) en relación a los jóvenes (9,1%). (4) En las UCI (sitio donde comúnmente fallecen en la actualidad muchos pacientes), el 22% de las muertes ocurre alrededor o después de ser admitidos en una UCI. (5)

La admisión de los pacientes en las UCI va encaminada al soporte terapéutico, monitoreo y cuidados esenciales. Solamente cuando estos fallan, el grupo clínico que atiende al paciente debe replantear sus objetivos frente al paciente y a la familia. Este cambio es lo que se denomina transición, el cual es uno de los más difíciles e importantes aspectos de la medicina crítica, tanto para el intensivista como para la enfermera en la práctica médica en cuidado intensivo.

La transición de cuidados curativos a paliativos en el enfermo en fase final de una patología terminal de una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Insuficiencia cardiaca refractaria (ICC), insuficiencia renal crónica (IRC), cáncer, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), es muchas veces imperceptible. (6)

La calidad de vida de estos enfermos -sin un buen programa de medicina paliativa- es muy baja, teniendo en cuenta que 11% de estos enfermos con enfermedad crónica en fase final de su enfermedad 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, la medicina paliativa es parte fundamental del manejo integral entre cada una de las hospitalizaciones y dentro del evento de la hospitalización terminal. (7) A pesar de los esfuerzos que se están realizando, uno de los principales inconvenientes para dispensar una correcta atención paliativa a los pacientes con enfermedades crónicas en fase final de su enfermedad en las UCIs, es la dificultad a la hora de la identificación de la situación como terminal.

MARCO CONCEPTUAL

Paciente o enfermo terminal es un término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente dentro de un período corto de tiempo. Este término es más comúnmente utilizado para enfermedades degenerativas tales como cáncer, o enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas. Esta expresión se popularizó en el siglo XX, para indicar una enfermedad que eventualmente terminará con la vida de una persona.

Hoy día se trata de no utilizar la palabra “terminal” para calificar la situación de un paciente, se refiere más bien a una patología, que inevitablemente llevará a la muerte de un paciente o enfermo crónico. Entonces lo terminal no es el paciente, sino la enfermedad en su evolución crónica, la cual se torna refractaria o resistente a ser manejada. Pero al paciente se le otorga el beneficio de la atención hasta el final, siendo esta el cuidado paliativo. (8)

Este se conoce en algunas partes como “grupo de control de síntomas” (dolor, disnea, anorexia, secreciones, diarrea, náuseas, distrés psicológico). (9)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de ECNT son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (10) Al ser enfermedades crónicas se tornan en terminales.

El abordaje de los problemas específicos de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en fase final de su enfermedad, supone un problema importante en los hospitales y clínicas, que en ocasiones se evidencia en unidades de cuidado intensivo, tanto por la complejidad del tratamiento como por la carga social, el impacto asistencial y la alta necesidad de recursos que implican. La resolución 1441 del 2013 en Colombia establece para las instituciones prestadoras de salud y como requisito para la habilitación, tener un espacio para pacientes crónicos e incurables con o sin ventilación, además de un recurso humano calificado para su atención. (11)

Es importante diferenciar al paciente con ECNT en fase final de su enfermedad de los pacientes críticos crónicos (CC). El “Paciente Crítico Crónico” pertenece a una población de (5% a 10%) que sobrevive a una enfermedad crítica aguda, solo para convertirse en un paciente en estado crítico crónico. La característica más perceptible de este grupo es su prolongada dependencia de ventilación mecánica (7% a 15%) en la UCI. Sin embargo, la enfermedad crónica crítica debe ser considerada como un complejo síndrome, que se caracteriza por cambios fisiológicos, metabólicos, inmunológicos,

neuromusculares, siendo la sepsis un sello en estos, que contribuye a alargar la estancia en la UCI (12) de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible de tratamiento curativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como cuidado integral y se refiere al control del dolor y otros síntomas, así como el abordaje de los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares que son fundamentales para la paliación y que están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares. (13)

Es bueno diferenciar la medicina paliativa, que se inicia antes de que el paciente llegue a su situación terminal, de los cuidados paliativos terminales que se refieren a la atención de la fase terminal e irreversible de una enfermedad. En ambos se hacen tratamientos paliativos, que pueden llevar meses, semanas o días. (14) Antes de admitir al enfermo en el programa de cuidados paliativos se debe tener la seguridad de que se trata de un paciente en fase final de una enfermedad terminal, y no de un paciente crítico o de un paciente crónico recuperable.

A pesar del impacto que tienen los cuidados paliativos en el manejo de los pacientes ECNT en fase final de su enfermedad y los Pacientes Críticos Crónicos, en la mayoría de los programas de entrenamiento en medicina crítica y cuidado intensivo, tanto en nuestro país como en otros países no se contempla en su currículo a los cuidados paliativos. (15)

En un trabajo publicado en el 2003 por investigadores de la Universidad de Pittsburgh se demostró que la falta de conocimiento en medicina paliativa entre los residentes de medicina crítica y cuidado intensivo, condiciona 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 (omisión) o la suspensión (abstención) del apoyo vital.

Una vez se instituyó el programa de entrenamiento para residentes, este incluyó los siguientes parámetros:

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 en cuidado intensivo mejoró.(16)

Sin embargo, existe cada vez más evidencia en la literatura médica que indica que un gran número de enfermos en la unidad de cuidado intensivo tienen un control inadecuado de síntomas, ya sea como parte integral de los cuidados curativos o en el abordaje al final de la 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. (17)

En el estudio *Ethicus* se concluyó que los cuidados paliativos y el abordaje al final de la vida son heterogéneos y que las limitaciones más importantes en su implementación son la edad de los enfermos, el diagnóstico, los días de estancia en la UCI, así como factores étnicos, geográficos y religiosos. (18) Por lo anterior, la alta prevalencia en la toma de decisiones para el manejo del paciente

grave, impacta en las interacciones interpersonales, familiares, médicas en las medidas tendientes a decidir el mejor manejo en el paciente que no tiene oportunidad de sobrevivir. (19-20) Es el caso del paciente "terminal", vulnerable en su abordaje al final de vida. (21)

COMENTARIO

Poder diferenciar la transición del cuidado curativo al paliativo, redundará en una mejor atención de los enfermos crónicos graves y críticos en fase crónica de una enfermedad terminal y ayudará al desarrollo de políticas institucionales con guías de toma de decisiones al final de la vida que involucren al grupo médico, familiares y equipo de apoyo (religioso, trabajadores sociales, psicólogos, etc.). (22-23)

Los cuidados paliativos son espacios privados, tranquilos, sin tecnología ni alarmas. Esto puede ser difícil en una UCI, donde los pacientes no son separados de las camas del área. La transición debe ocurrir de una forma suave con referencia a las necesidades, diagnóstico del paciente y situación de la familia. (24)

El concepto del cuidado paliativo es dar apoyo y cuidado a las pacientes con ECNT en la fase final de una enfermedad terminal así como a pacientes crónicos críticos que están en la etapa final de una enfermedad mortal, permitiéndoles vivir de la manera más plena y confortable posible. El cuidado paliativo es una confirmación de la vida y mira a la muerte como un fin natural, sin acelerar ni posponer. (25)

REFERENCIAS

1. Chiller L, Greenwich a, Silverman M. Care for Critically Ill Elderly: Mortality, costs, and quality of life. Arch Intern Med. 1995; 155: 1013-1022.
2. Song X, McKnight C, Latte R, Mitnitski AB, Rockwood K. Frailty and survival of rural and urban Health. Al

- seniors: results from the Canadian Study of Health. *Aging Clin Exp Res* 2007; 19: 145-153
3. De Rooij SE, Abu-Hanna A, Levi M, De Jonge E. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. *Crit Care*. 2005; 9: R307-14.
 4. Prado J, Cerón U, Rodríguez R. El paciente geriátrico en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 1999; 13: 132-136.
 5. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, 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.
 6. World Health Organization 2008. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva, Switzerland. www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008
 7. 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 Nurs* 2004; 19:68-75.
 8. The common sense guide to Improving Palliative Care (J Lynn, E Chaudhry, LN Simon, AM Wilkinson, JL Schuster, Eds) Trajectories of illness: matching the care system to how people die. p. 14 Ed. Oxford – 2007.
 9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com. Accedido 14 Mayo 2013.
 10. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260.
 11. Ministerio de salud y protección Social. Resolución 1441 de 6 de Mayo de 2013. Habilitación de servicios. Atención Institucional del paciente crónico.
 12. Estenssoro E, Reina R, Canales H et al. La clínica crónica, perfil de los pacientes críticos: un estudio de cohortes. *Crit Care*, 2006; 10(3): R89-R89.
 13. Technical Report 804, WHO: Geneva 1990. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_804.
 14. Watson M., Lucas C., Hoy A., Back I. – Oxford Handbook of Palliative care – ed. Oxford 2005.
 15. Carrillo-Esper R, Carrillo JR, Carrillo LD. Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int*. 2007; 21 (4): 207-216
 16. DeVita MA, Arnold RM, Barnard D. Teaching palliative care to critical care medicine trainees. *Crit Care Med* 2003; 31:1-13.
 17. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. Rubenfield GD, Curtis JR. Improving care for patients dying in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 2003; 24:763-773.
 21. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration—fundamental principles and recommendations. *N. Engl. J. Med* 2005, 353 (24): 2607-12
 22. Weissman DE, Blust L. Education in Palliative Care. *Clin Geriatr Med* 2005; 21:165-175.
 23. Aulisio MP, Chaitin E, Arnold RM. Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004; 20:505-523.
 24. Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, et al: Quality of dying in the ICU: Ratings by family members. *Chest* 2005; 128:280-287
 25. Nelson JE, Bassett R, Weissman DE. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU), *Crit Care Med*. Sep 2010; 38(9): 1765–1772.

Recibido: marzo 8, 2014

Aprobado: abril 7, 2014

Correspondencia:

Ruben Darío Camargo
rcamargorubio@gmail.com