

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## XI Congreso AEGRIS; Ronda, Octubre 2008



*“Muchos de los catalogados como enfermos críticos acaban falleciendo(...)El objetivo de la medicina intensiva no es solo curar o mantener la vida para dar la oportunidad a la curación sino procurar una muerte en paz, entendiéndolo por tal aquella que se produce sin dolor ni sufrimiento.”*

***Juan Antonio Gómez Rubí***

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI



*Ronda, Octubre 2008*

*Pedro Ramos*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI



*Ronda, Octubre 2008*

*Pedro Ramos*

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

**Antes se creía en el “ars moriendi”:**

**En aquel tiempo la única actitud posible ante la muerte era dejar que sucediera...No había otra elección más que morir de la mejor manera posible... y apenas había otro recurso que la resignación y el consuelo...de la familia para aliviar las últimas horas**

*Sherwin Nulan*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI



- Entorno social actual
- Entorno de los cuidados intensivos

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- Auge de la tecnología
- Cultura de negación de la muerte

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- *“ la técnica moderna se ha convertido en una amenaza”.*
- *“ el sometimiento de la naturaleza, destinado a traer dicha a la humanidad, ha tenido un éxito tan desmesurado... que ha colocado al hombre ante el mayor reto que por su propia acción jamás se le haya presentado”*

*Hans Jonas: el principio de responsabilidad*

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- Auge de la tecnología
- Aplicación benéfica ( ¿paternalismo?)
- Imperativo tecnológico y calidad de vida
- Creencia en las posibilidades ilimitadas de la medicina
- Persecución de la inmortalidad

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

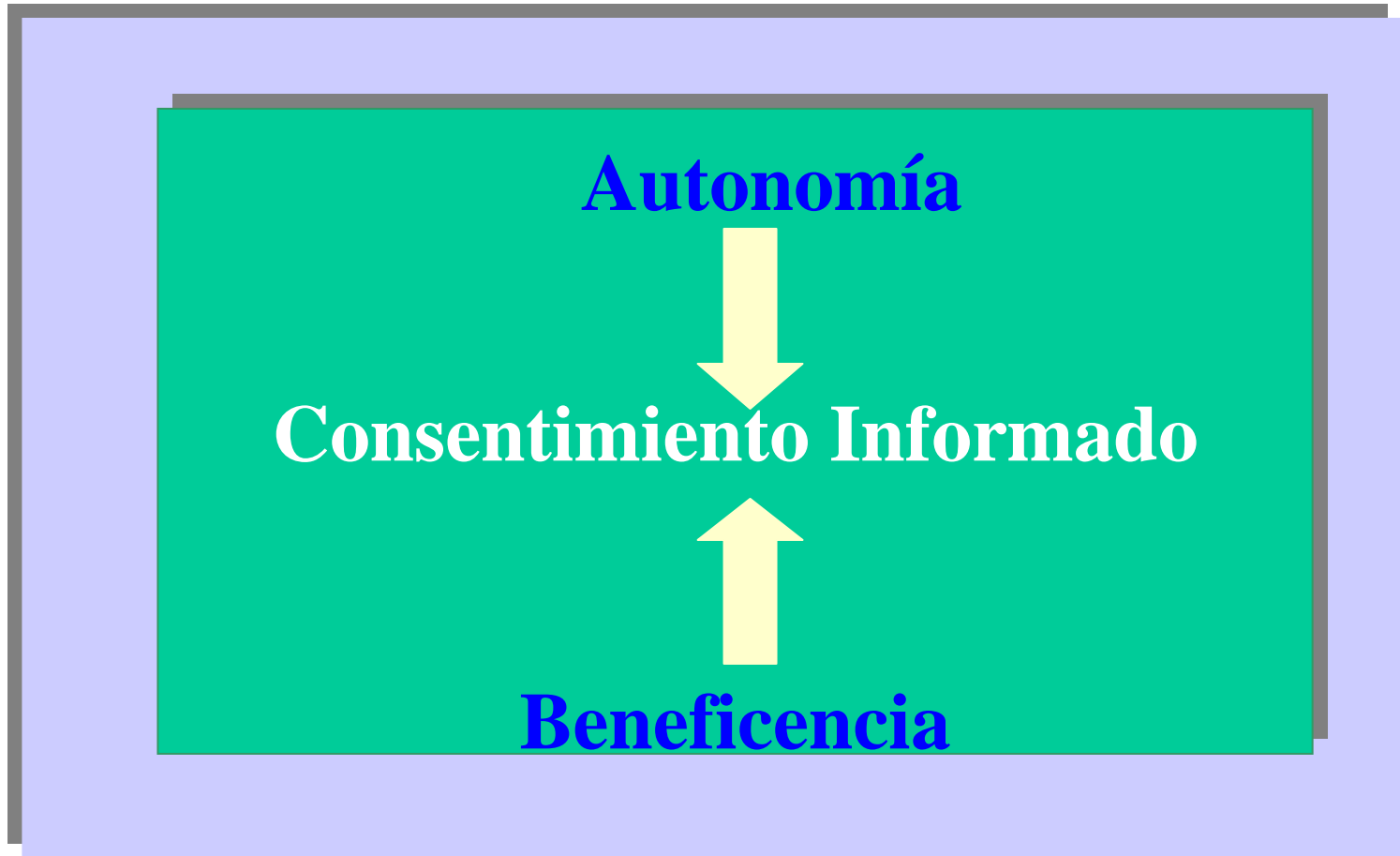
- **Fines clásicos de la medicina:**
  - **Salvar y prolongar la vida**
  - **Promoción y conservación de la salud**
  - **Aliviar el dolor y el sufrimiento**
  - **Asistencia y cuidados de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados**
  - **Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz**

*Monzón Marín et al: Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico.  
Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Med Intensiva 2008;32:121-133*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

**No Maleficencia**

**Justicia**



## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **Ética de Mínimos**
- **Evitar la Obstinación terapéutica: No Maleficencia**
- **Principio de Justicia: costes derivados de la alta tecnología; acceso equitativo**

- **Ética de Máximos**
- **Principio de Beneficencia (tratar dolor, disnea, cuidados etc.)**
- **Principio de Autonomía (toma compartida de decisiones)**

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## Perfiles de actuación en UCI *(Tomado de A. Couceiro)*

- Profesional intervencionista:
  - ❑ Tengo, luego uso
  - ❑ Lucha ciega contra la muerte
  - ❑ Su éxito es el milagro
  - ❑ Genera **problemas de maleficencia**

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## Perfiles de actuación en UCI *(Tomado de A. Couceiro)*

- Profesional racionalista:
  - ❑ Trabajamos con posibilidades, no con certezas
  - ❑ Es más adecuada y menos cómoda
  - ❑ Intervenciones proporcionales
  - ❑ Su éxito es la excelencia profesional

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **Obstinación terapéutica:** es el resultado de la imprudencia y de la ausencia de reflexión y viene condicionada por la asunción del carácter apodíctico de la medicina, cuando es en realidad probabilística, y la creencia en la certidumbre y en la infalibilidad de la medicina.

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **El IOM formula las características del bien morir como: Evitar distress y sufrimiento de acuerdo con los **deseos y preferencias** del paciente y en concordancia con los **estándares clínicos y culturales****
- **Establecer una buena comunicación paciente-familia- equipo sanitario**

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- La calidad en el morir, está asociada no solo al control del dolor y otros síntomas, sino a morir en paz, considerando a la persona en su totalidad, de forma que se mantenga el respeto y la dignidad.

*Murlaski et al: Quality of Dying in the ICU. Ratings by Family members  
Chest 2005; 128: 280-287*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

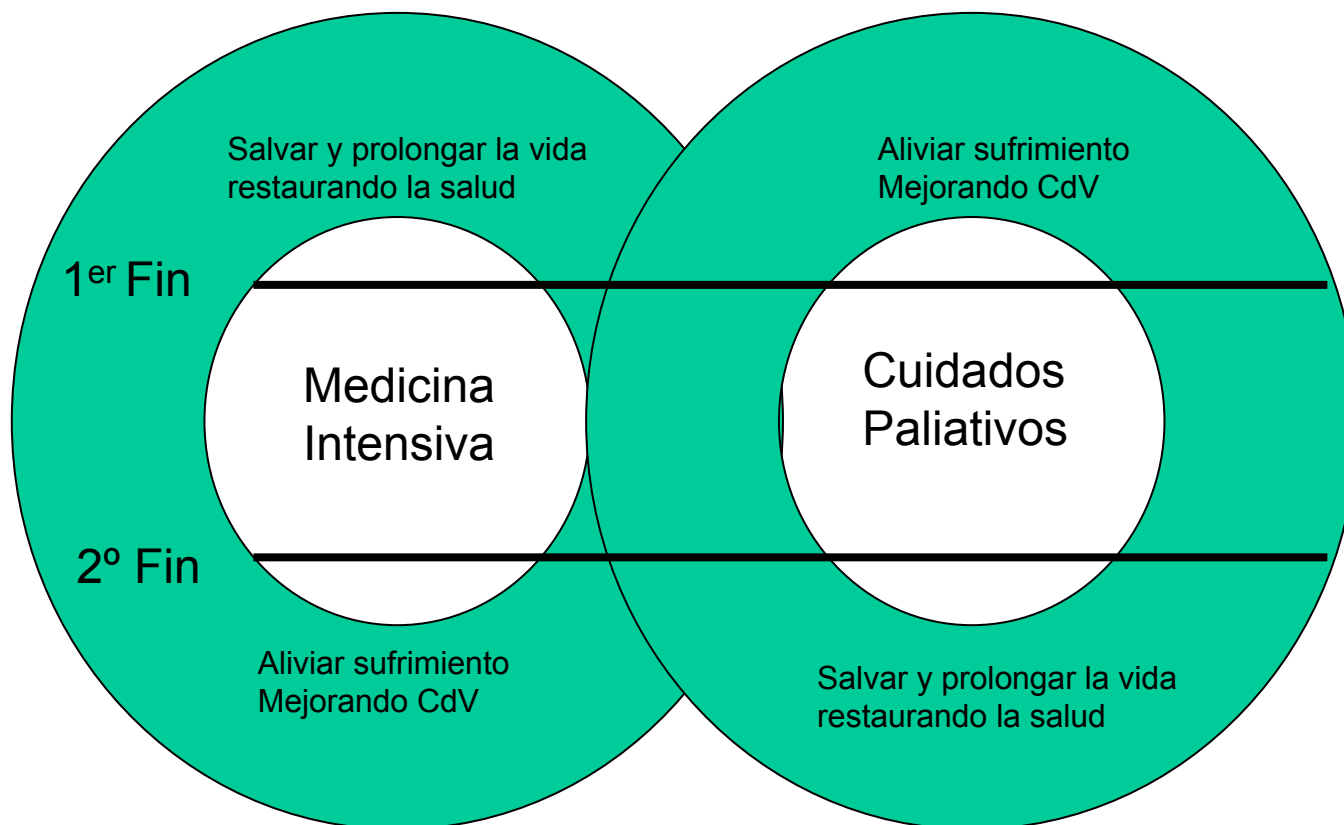
¿ qué ocurre en la práctica clínica?

- 15% - 20 % de muertes ocurren en UCI
- 40-60 % de muertes en UCI proceden de decisiones de LET
- No existe un consenso a pesar de ser una práctica corriente
- Existen diferencias según cultura y religión

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- *“viviremos más tiempo y con mejores cuidados y, a cambio, nuestra muerte será más larga y “wild” (cruenta, deshumanizada)” D. Calahan*
- *Los CP son esenciales en el tto de los pacientes críticos, tanto si el paciente evoluciona bien como si no. La ausencia de unos CP apropiados en el final de la vida en la UCI debe de ser considerado como un error médico.*

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI



Modificado de Byock I: Improving palliative care in intensive care medicine. Crit Care Med 2006;34: S302-S305

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **Medicina Intensiva:** representa el cenit de la medicina sofisticada y tecnologizada. Su fin es salvar y prolongar la vida, restaurando en lo posible la salud. Aplica las últimas tecnologías
- **Cuidados paliativos:** supone un acercamiento distinto a la enfermedad irreversible

Ambos comparten algo en común: el tratar el dolor, el confort del paciente, es un objetivo básico en CI. El abordaje humanitario del cuidado del paciente es plenamente compartido. El apoyo psicológico tanto para el paciente como para la familia es una pieza angular, del tratamiento de ambos tipos de enfermos.

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

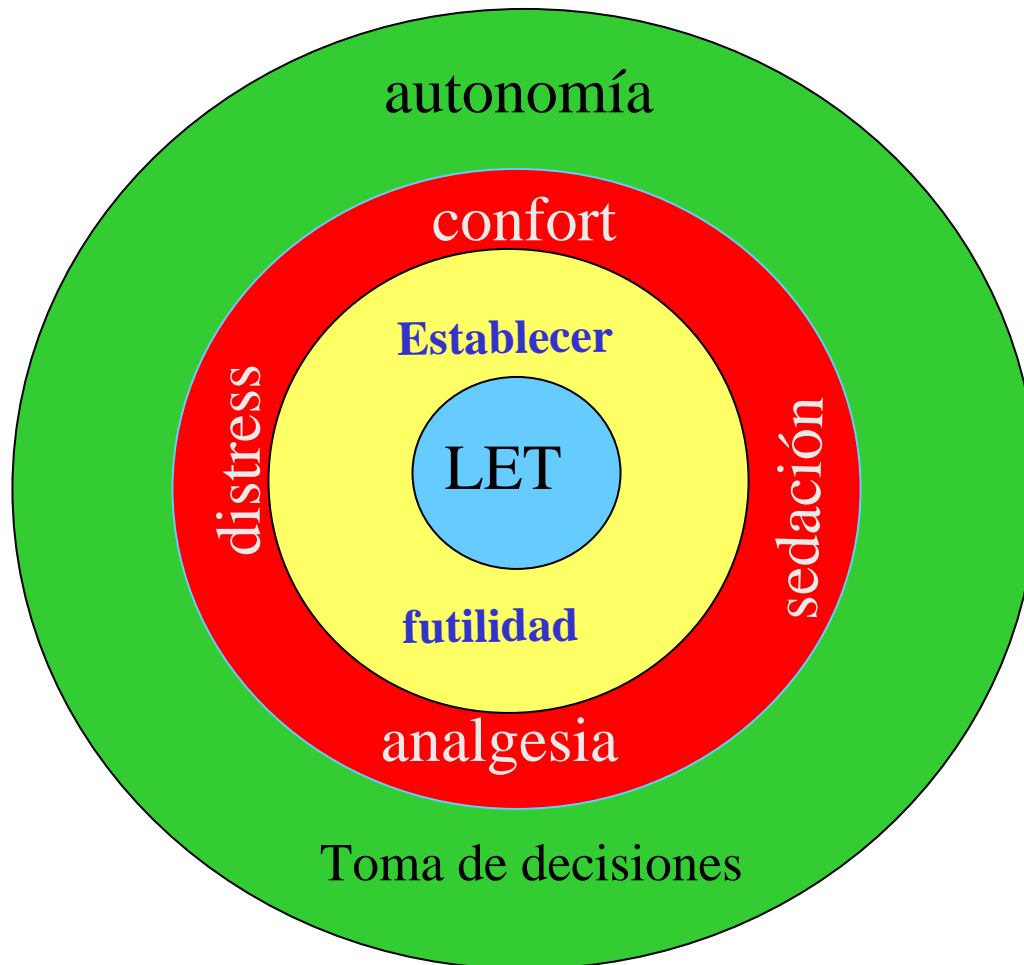
- **Modelo curativo**  
( **Medicina Intensiva**):  
valora en qué grado el  
procedimiento  
diagnóstico-terapéutico  
sirve para recuperar la  
salud

- **Modelo Paliativo**  
( **Cuidados Paliativos**):  
valora en qué grado la  
intervención mejora el  
estatus funcional, alivia  
los síntomas o  
proporciona mejoría  
psicológica

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **La transición de uno a otro modelo es a veces imperceptible y en ocasiones se mezclan ambos tipos de medidas. Es importante la reevaluación de la situación, adecuando los tratamientos y los cuidados de forma continua, siempre pensando en el confort del enfermo. En este sentido puede haber tratamientos que sean beneficiosos desde el punto de vista psicológico, como la vitaminoterapia p.ej.**

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI



# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## Autonomía: Necesidades de los pacientes

- Adecuado tratamiento del dolor y otros síntomas
- Evitar el alargamiento innecesario de la agonía ( ser tratados con respeto y dignidad)
- Mantener la lucidez
- Estrechar las relaciones con sus allegados
- Respetar sus creencias

*Singer PA et al: Quality end of life care:Patient's perspectives. JAMA 1999;281:163-168*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## *Principio de autonomía*

- **Toma de decisiones centrada en el paciente y en su familia**
- **Comunicación equipo sanitario-paciente-familia**
- **Continuidad asistencial**
- **Apoyo emocional a los familiares**
- **Tto de los síntomas, procurando el confort**
- **Apoyo espiritual**
- **Apoyo emocional al equipo de UCI**

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **Importancia de la comunicación:**
- En diversos estudios la duración media de la entrevista fue de 10 minutos
- El 54% de la familias no conocían el diagnóstico, pronóstico o plan terapéutico
- 46% percibían un conflicto de comunicación entre los miembros del staff
- El 73 % del tiempo de información es ocupado por el médico.
- La duración de la “investigación” sobre los valores de los pacientes es  $\leq 33\%$  y raramente se exploran las preferencias de los pacientes y su calidad de vida

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- Estudio sobre 94 familias
- 1.- control del dolor  $p=0,009$
- 2.- preparación del proceso  $p<0,001$
- 3.- mantener el respeto y la dignidad  
 $p< 0,001$

*Murlaski et al: Quality of Dying in the ICU.Ratings by Family members  
Chest 2005; 128: 280-287*

## Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- Beneficencia:
- Tratar dolor ( BDZ, mórficos, barbitúricos)
- Tratar disnea, náuseas y vómitos
- ¿Hambre y sed?

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## Futilidad

- El problema en pacientes críticos es establecer los límites, pues los índices pronósticos no son fiables a la hora de particularizar. (APACHE, SAPS, MPM, Estudio SUPPORT)
- ¿Quién dice lo que es fútil para mí?
- Hay que estudiar cada caso de forma individualizada y contemplando los valores de cada paciente...

## *COMUNICACIÓN*

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- Estructura
- Proceso
- Resultados

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

- **Estructura:** respeto por la intimidad y confort. Habitaciones individuales con aseo. Sala de espera y sala de información a los familiares
- Sistema de comunicación telefónica 24 horas al día

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## PROCESO: COMUNICACIÓN SANITARIO-PACIENTE-FAMILIA-1-

- Establecer plan de comunicación
- **Objetivo:** tratar de conocer preferencias y valores del paciente. Preguntar **obligatoriamente** si tiene DVVA o si se ha manifestado al respecto.
- Plan de toma compartida de decisiones
- Preparación para el duelo

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## PROCESO

- Tratar síntomas: dolor, ansiedad, disnea, procurando el confort del paciente
- Establecer un sistema de visitas flexible

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## PROCESO

- **Continuidad asistencial:** sesiones clínicas conjuntas médicos-enfermería, con deliberación de las medidas diagnóstico terapéuticas indicadas. Con ello se consigue no transmitir mensajes contradictorios a las familias-pacientes.

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI

## PROCESO

- Establecer la práctica de LET, mediante consenso sobre futilidad etc, para evitar caer en la obstinación terapéutica
- En la Unidad debe de existir un protocolo de LET que será aplicado mediante toma compartida de decisiones.

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI ¿qué hacemos nosotros?

- En el aspecto de la estructura... lo que podemos

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI ¿qué hacemos nosotros?

## Actuaciones en el ámbito de la comunicación

- Plan de información a pacientes y allegados
- Algunas preguntas obligatorias: existencia de VVA
- Evitar los discursos, intentar establecer un ámbito de deliberación, adaptándose al contexto sociocultural
- Reuniones “mixtas”.
- Congruencia entre los miembros del equipo

# Calidad asistencial en el final de la vida en UCI ¿qué hacemos nosotros?

- Promoción de los DVVA
- Protocolo de LET
- Protocolo de duelo
- Encuestas postalta