



## EDITORIAL

# Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico



## Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient

Á. Estella<sup>a,\*</sup>, T. Velasco<sup>b</sup>, I. Saralegui<sup>c</sup>, J.M. Velasco Bueno<sup>d</sup>, O. Rubio Sanchiz<sup>e</sup>, M. del Barrio<sup>f</sup> y M.C. Martín Delgado<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

<sup>b</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>c</sup> Hospital de Álaba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

<sup>d</sup> Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

<sup>e</sup> Althaia Xarxa Hospitalaria Universitaria de Manresa, Manresa, Barcelona, España

<sup>f</sup> Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>g</sup> Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Disponible en Internet el 9 de octubre de 2018

En el presente año la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) ha firmado un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Medicina Paliativa (SECPAL), la Sociedad Española de Enfermería Intensiva (SEEIUC) y el Proyecto HUCI con el objetivo específico de mejorar la atención de los cuidados de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) al final de la vida. Este acuerdo contrapone un argumento falaz y tópico sobre que los cuidados intensivos y los paliativos son disciplinas antagónicas. El paciente crítico se caracteriza por presentar situaciones clínicas amenazantes para la vida y cursos evolutivos cambiantes e impredecibles de manera continuada. Es por ello que los objetivos de su tratamiento son también dinámicos según el curso evolutivo y respuesta a tratamientos. Los cuidados intensivos actuales han de contemplar no solo los tratamientos de soporte del enfermo grave sino también la previsión de cómo actuar en aquellos pacientes que

presenten una evolución desfavorable, mala respuesta al tratamiento y alta posibilidad de fallecer durante su ingreso en la UCI o durante su estancia en el hospital.

La atención integral del paciente crítico ha de incluir por ello los cuidados paliativos<sup>1</sup>, que deben formar parte del tratamiento en la UCI para garantizar la máxima calidad asistencial en estos pacientes en los que el objetivo curativo al ingreso transmute a ofrecer unos cuidados óptimos al final de la vida siendo clave la identificación precoz de las necesidades paliativas de dichos pacientes.

En los últimos años se están desarrollando proyectos de humanización de la atención sanitaria promocionando las políticas de las UCI abiertas, flexibilizando el régimen de visitas y favoreciendo la presencia y participación de las familias en el cuidado del enfermo crítico<sup>2</sup>. Las sociedades implicadas en este acuerdo de colaboración tienen el compromiso y ambicioso objetivo de promover medidas encaminadas a mejorar los cuidados al final de la vida de los pacientes atendidos en la UCI. Ello requiere la implementación de estrategias de intervención que aúne la valoración de aspectos clínicos, psicológicos, sociales y contextuales

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [litoestella@hotmail.com](mailto:litoestella@hotmail.com) (Á. Estella).

encaminados a reorientar los cuidados en los pacientes con evolución clínica desfavorable en busca del alivio del sufrimiento, mejoría de sus síntomas y consecución de su mayor bienestar. Además de atender las necesidades de las familias de estos pacientes y de los profesionales que pueden sufrir desgaste profesional u otros síndromes como estrés moral, fatiga por compasión o cuidados percibidos como inapropiados.

El respeto a la autonomía del paciente crítico incluyéndolo desde su ingreso en la toma de decisiones clínicas tiene su máximo exponente en aquellas situaciones en que pierda su capacidad de decidir a través de los procesos de planificación anticipada de los cuidados sanitarios o declaración de voluntades vitales anticipadas, también denominado documento de instrucciones previas cuya consulta ha de convertirse en una práctica cotidiana en la UCI y actualmente no siempre se realiza pudiendo vulnerarse los deseos del paciente<sup>1,3,4</sup>. El control de los síntomas, tales como el dolor, la disnea, el miedo o la ansiedad han de ser una prioridad en la atención al final de la vida favoreciendo el acompañamiento por sus seres queridos, además ha de promoverse la generación de un ambiente lo más confortable posible tanto para el paciente como para sus familiares<sup>5,6</sup>. La comunicación cercana, veraz y adecuada a la situación clínica han de ocupar un papel primordial en la práctica clínica situándose al mismo nivel de relevancia que otros procesos asistenciales que recibe el paciente durante su ingreso en la UCI<sup>7-9</sup>.

Las decisiones de limitación de tratamiento de soporte vital son habituales en las UCI españolas<sup>10</sup>, han de ser tomadas en equipo<sup>11</sup> con la participación de diferentes profesionales sanitarios que refuerzan las decisiones con sus distintos puntos de vista teniendo un peso relevante la opinión del personal sanitario que atiende directamente al paciente, han de fundamentarse en juicios clínicos prudentiales soportados por los hechos clínicos que comprenden evolución, respuesta a tratamiento y pronóstico pero que además se complementan con los valores de los pacientes, familiares y de la organización sanitaria en un entorno deliberativo. Su principal objetivo es combatir la obstinación terapéutica y evitar tratamientos fútiles o percibidos como inapropiados además de prever los diferentes cursos evolutivos y como abordarlos tanto en la UCI como fuera de esta, siendo clave la coordinación con los equipos de cuidados paliativos para su seguimiento<sup>6</sup>.

Los profesionales sanitarios de las UCI precisan adquirir conocimientos y competencias para poder desarrollar el papel esencial que ocupan los cuidados paliativos en determinados pacientes críticos<sup>5</sup>.

El desarrollo de programas formativos dirigidos a los profesionales que atienden al paciente crítico en los estadios finales de su vida, la actualización y la divulgación de recomendaciones de tratamiento en estas situaciones justifican este acuerdo de colaboración que debe llevar a alcanzar la excelencia de los cuidados de los pacientes críticos al final de la vida, ofreciendo una atención integral a pacientes y familias, y dando soporte a los profesionales implicados en dicho proceso.

## Bibliografía

1. González de Molina Ortiz FJ, Gordó Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, Caballero López J, et al., Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias "Do not do" recommendations of the working groups of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of critically ill patients [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2018;19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>, pii: S0210-5691(18)30117-7.
2. Heras La Calle G, Martín MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29:9-13.
3. Dresser R. Substituted judgment in real life. *J Med Ethics*. 2015;41:731-8.
4. Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Med Intensiva*. 2016;40:154-62.
5. Mathews KS, Nelson JE. Palliative care in the ICU of 2050: Past is prologue. *Intensive Care Med*. 2017;43:1850-2.
6. Vincent F, Chapuis L, Zamparini E, Bornstain C. Palliative cares and the intensivists: not confined to the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2018;44:667-8.
7. Furqan MM, Zakaria S. Challenges in the implementation of strategies to increase communication and enhance patient and family centered care in the ICU. *Med Intensiva*. 2017;41:365-7.
8. Estella A. Improvement opportunities for communication in the ICU. *Med Intensiva*. 2018;42:322-3.
9. Schaefer KG, Block SD. Physician communication with families in the ICU: Evidence-based strategies for improvement. *Curr Opin Crit Care*. 2009;15:569-77.
10. Estella A, Martín MC, Hernández A, Rubio O, Monzón JL, Cabré L, Grupo de trabajo de Bioética SEMICYUC. Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Med Intensiva*. 2016;40:448-50.
11. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.