

Cuidados paliativos en cuidados intensivos: revisión integradora

Enio Teixeira Molina Filho¹, Aline Augusto Olivero², Sanderland José Tavares Gurgel³, Nelly Moraes Gil³, Rafaely de Cassia Nogueira Sanches³, Mário Antônio Sanches¹, Waldir Souza¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Centro Universitário Ingá, Maringá/PR, Brasil.
3. Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, Brasil.

Resumen

Esta revisión integradora pretende identificar las decisiones terapéuticas de cuidados paliativos en una unidad de cuidados intensivos. La búsqueda se realizó en la Biblioteca Virtual de Salud, con los descriptores “cuidados paliativos”, “unidades de cuidados intensivos” y “cuidado de la salud”, la cual resultó en 1.579 estudios, de los cuales siete compusieron la muestra final. Para el análisis del material se utilizó el *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Se elaboró un árbol de similitud desde los resultados principales y las palabras “paciente”, “finitud”, “familia”, “unidad de cuidados intensivos”, “cuidados paliativos”, “hospital”, lo que dio como resultado dos categorías y cuatro subcategorías. Teniendo en cuenta los actuales avances en las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de la esperanza de vida, este tipo de cuidados puede utilizarse a gran escala, pues genera mejoras en la calidad de vida, asistencial y académica.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Unidades de cuidados intensivos. Atención a la salud.

Resumo

Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa

Trata-se de revisão integrativa com o objetivo de identificar decisões terapêuticas de cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “cuidados paliativos”, “unidades de terapia intensiva” e “atenção à saúde”, e encontrou 1.579 pesquisas, das quais sete constituíram a amostra final. O material foi analisado por meio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Uma árvore de similitude foi produzida a partir dos principais resultados e dos vocábulos “paciente”, “término”, “família”, “unidade de terapia intensiva”, “cuidados paliativos”, “hospital”, resultando em duas categorias e quatro subcategorias. Na atualidade, com avanços das doenças crônicas não transmissíveis e aumento da expectativa de vida, vislumbra-se a possibilidade de utilizar esses cuidados em grande escala, gerando melhorias na qualidade de vida, assistencial e acadêmica.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Unidades de terapia intensiva. Assistência à saúde.

Abstract

Palliative care in intensive care units: an integrative review

Our integrative review sought to identify therapeutic decisions for palliative care in intensive care units. Bibliographic search conducted on the Virtual Health Library using the descriptors “palliative care,” “intensive care units” and “delivery of health care” returned 1,579 studies, of which seven were included in the final sample. Textual analysis was performed using the Iramuteq software. From the main results and words—“patient,” “end of life,” “family,” “intensive care unit,” “hospital”—we produced a co-occurrences tree, resulting in two categories and four subcategories. Currently, the spread of chronic noncommunicable diseases and increased life expectancy call for the large-scale use of this type of care, improving quality of life, care and academia.

Keywords: Palliative care. Intensive care units. Delivery of health care.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

En el curso de cualquier enfermedad crónica degenerativa sin perspectivas de curación, se pueden y se deben ofrecer cuidados paliativos (CP). Estos tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, extendiéndose incluso a la etapa de duelo¹.

Además de la constatación de la necesidad de CP, cabe resaltar que los datos demográficos ponen de manifiesto el envejecimiento de la población brasileña debido a la reducción significativa de la tasa de fecundidad y al aumento de la longevidad. Este proceso, que sucedió de forma rápida, no estuvo acompañado de una reorganización de la sociedad como un todo —ni siquiera del área de la salud— dirigida a atender las demandas emergentes².

En Brasil, se ha observado un ritmo de crecimiento continuo de la población de personas mayores. Agostinho, Botelho y Moraes³ señalan que, según proyecciones de las Naciones Unidas, para el 2060 el número de individuos de 65 años o más superará los 60 millones. El rápido crecimiento de la proporción de personas mayores en la población es un fenómeno mundial que desafía los sistemas de salud en muchos países.

Ante el creciente envejecimiento de la población mundial, también se observa un aumento tanto de las enfermedades crónicas de carácter progresivo no curables, como de las enfermedades crónico-degenerativas (ECNT) no transmisibles. El tratamiento en estas condiciones se denomina cuidados paliativos (CP). Cada año, cerca de 20,4 millones de personas necesitan CP al final de la vida: aproximadamente el 94% de este total corresponde a adultos, de los cuales el 69% son adultos mayores⁴.

Ante las enfermedades crónico-degenerativas o enfermedades de carácter progresivo no curables, cabe resaltar que la finitud es una condición de la vida humana, que no debe verse como una patología que curar. Por lo tanto, primero es necesario aliviar el sufrimiento cuando sea posible y, cuando no lo sea, ayudar a las personas a despedirse de la vida con dignidad⁵. Incluso cuando la preservación de la vida, en el sentido biológico, ya no es el objetivo de la asistencia al paciente, el vivir, en lo que respecta a la relación entre las personas,

sigue siendo un tema fundamental⁶. Por lo tanto, es posible comprender la estrecha relación entre los CP y la bioética, sobre todo en lo que se refiere al cuidado de las personas que se encuentran en condición de dependencia al final de la vida.

La bioética, por lo tanto, como ciencia relacionada con la supervivencia humana, orientada a defender la mejora de las condiciones de vida, vislumbra reflexiones sobre la acción humana, buscando asegurar el bienestar y la supervivencia de la especie con base en sus principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁷. Aun puede presentarse bajo el enfoque personalista, según el cual la persona es protagonista de su propia vida; es decir, se trata de asegurar el reconocimiento de la persona, de su identidad y de su esencia, porque solo así sabremos cómo respetarla⁸.

El mayor desafío ético observado en los CP se produce en el seguimiento a la persona en su proceso de finitud, y se refiere al objetivo de mantener su dignidad y aliviar el sufrimiento y el dolor al final de la vida⁹; en ese contexto, se evidencia la importancia de los CP, así como la reorganización de los servicios de salud para asegurar su oferta. Se necesita romper el tabú en torno a la muerte y tratarla de forma más natural, para evitar a los pacientes una agonía prolongada e insensata, para que, en ese momento, se respeten sus valores y creencias personales con el objetivo de completar con dignidad este ciclo de vida¹.

Dado que el objetivo de estos cuidados es minimizar el sufrimiento físico y psicológico del paciente, los procedimientos que adoptar deben ser lo menos invasivos posibles. La realización de cualquier procedimiento paliativo invasivo debe tener como objetivo aliviar los síntomas, restaurar la función de los órganos, mejorar la calidad de vida y la imagen corporal y optimizar los cuidados al paciente. El tratamiento farmacológico implica el uso de medicamentos para aliviar dolor, disnea, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, fatiga, sudoración, picazón, depresión y ansiedad¹⁰.

Una vez que la mayoría de los hospitales aún no cuenta con una comisión de CP institucionalizada y hay un gran aumento de pacientes en estas condiciones, es de suma importancia observar cómo se van tomando las decisiones terapéuticas y si de hecho son beneficiosas para el paciente. Los profesionales de la salud suelen establecer la

forma de aplicar los CP que consideran la mejor, cuando, en realidad, están utilizando procedimientos y medicamentos inadecuados. Con base en estas consideraciones, el objetivo de este estudio fue identificar, en la literatura científica, las decisiones terapéuticas sobre CP realizados en unidades de cuidados intensivos.

Método

Esta es una investigación realizada mediante una revisión integradora de la literatura, método que permite sintetizar el conocimiento con base en los resultados de estudios significativos, combinando datos de la literatura para incorporar viabilidades y propósitos¹¹. La revisión integradora siguió criterios definidos según el protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma), que consta de cinco pasos: identificación de la pregunta de investigación; identificación de los estudios relevantes, válidos a la investigación; selección de los estudios; mapeo de los datos extraídos de los estudios incluidos; y síntesis narrativa de los resultados¹².

Para establecer e identificar el objeto de estudio, se utilizó la estrategia Pico, acrónimo para población (paciente adulto), intervención (protocolo de los CP) y contexto (unidad de cuidados intensivos). Esta estrategia facilita la identificación de los temas clave para posibilitar una mejor delimitación del objeto de estudio. De acuerdo con los productos provenientes de Pico —conceptos y temas identificados—, se estableció la siguiente pregunta orientadora: ¿cuáles son las evidencias científicas acerca de los protocolos de CP utilizados en pacientes adultos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos?

Con base en la pregunta de investigación, se seleccionaron palabras clave en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) adecuadas a la investigación en las bases de datos. Se utilizaron los siguientes descriptores controlados y sus correlatos: “cuidados paliativos”, “unidades de cuidados intensivos” y “atención a la salud”. La búsqueda de títulos y registros en las bases de datos y la identificación del estudio se realizaron entre enero y abril del 2022.

La etapa de identificación se inició a partir de la selección en las bases de datos indexadas en la

Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La búsqueda se dio mediante combinaciones entre los descriptores, utilizando los operadores booleanos “and” y “or” en el cruce de los descriptores mencionados. Para la etapa de triaje, se determinó, como criterio de inclusión, que las publicaciones consideradas fueran en formato de artículos originales, publicados íntegramente, sin interferencia temporal, y en portugués, inglés y español. Se excluyeron los estudios que no abordaban la temática y la literatura gris, como disertaciones, tesis, artículos de revisión y reflexión y artículos duplicados.

A continuación, se inició la etapa de elegibilidad e inclusión, realizada por el investigador. Para ello, se utilizó un instrumento elaborado para extraer y analizar los datos de los estudios seleccionados para esta etapa. Se enumeraron los siguientes ítems: autores y año de publicación, título y lugar del estudio, tipo de estudio y número de participantes, objetivo y resultados. La lectura de los estudios en su totalidad resultó en la etapa final de inclusión de los estudios, con los datos tabulados en el software Microsoft Office Excel 2010 y, posteriormente, se sometieron a análisis.

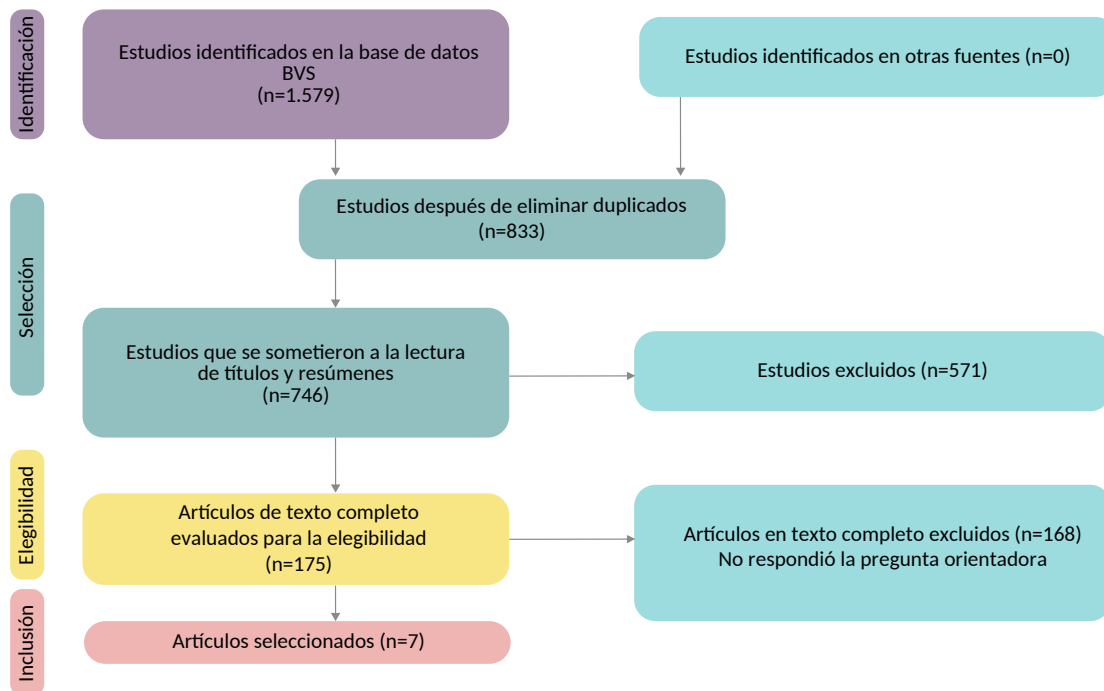
Los datos se analizaron por medio del *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), versión 0.7 alpha 2¹³. Con base en las categorías iniciales que surgieron del análisis de contenido, se construyó un corpus textual, con extractos de las entrevistas que contemplaban el objetivo propuesto por este estudio.

Luego se empleó el análisis de similitud, que permite identificar la ocurrencia de palabras en el corpus textual y la conexión entre ellas, para luego agrupar los términos en zonas centrales y periféricas, generando un árbol de similitud que ayuda a identificar las estructuras¹³. De la convergencia entre las categorías iniciales obtenidas del análisis de contenido y la organización de los datos por el *software*, se originaron dos categorías finales.

Resultado

La búsqueda en las bases de datos resultó en 1.579 publicaciones que, seleccionadas según los criterios de elegibilidad, dieron como resultado una muestra final de siete artículos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios en las bases/bibliotecas de datos para componer la muestra de esta revisión integradora (Maringá/PR, 2022)



Fuente: Adaptado de Page y colaboradores¹²

El Cuadro 1 contiene un resumen de los estudios primarios, con autor(es), año, título, lugar del estudio, tipo de estudio, número de participantes, objetivos y resultados. Predominaron los estudios publicados en el 2020 y el 2021, con tres artículos en cada año. En lo que respecta

al país de origen, predominaron las publicaciones brasileñas (42,8%; 3), seguidas de trabajos de Canadá (28,6%; 2), y de Estados Unidos y Turquía, ambos con un artículo publicado (14,3 %). La mayoría consisten en estudios de cohortes observacional (71,4%).

Cuadro 1. Resumen de los estudios seleccionados, según año y país de publicación, título, autor(es), tipo de estudio, objetivo y resultado (Maringá/PR, 2022)

Autor y año	Título y lugar	Tipo de estudio y n.º de participantes	Objetivo	Resultado
Alliprandini y colaboradores; 2019 ¹⁴ (A1)	“End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study”; Paraná, Brasil	Cohorte observacional n=201	Evaluar, entre los pacientes hospitalizados en cinco UCI en la ciudad de Cascavel/PR, aquellos que son elegibles para la realización y aplicación de CP	Entre los pacientes que fallecieron en el período, solo en el 15% se cumplieron correctamente los criterios del protocolo de CP, y la extubación terminal fue uno de los procedimientos raramente realizados.
Irmak y colaboradores; 2020 ¹⁵ (A2)	“The comparison of the survival rates of intensive and palliative care units”; Ankara, Turquía	Estudio observacional n=112	Comparar las tasas de supervivencia de la unidad de cuidados intensivos y de la unidad de cuidados paliativos.	Las tasas de supervivencia a largo plazo fueron similares entre la unidad de cuidados intensivos y la unidad de CP.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Autor y año	Título y lugar	Tipo de estudio y n.º de participantes	Objetivo	Resultado
Hua y colaboradores; 2020 ¹⁶ (A3)	"Association between the implementation of hospital-based palliative care and use of intensive care during terminal hospitalization"; Nueva York, Estados Unidos	Cohorte observacional n=73.370	Determinar si la implementación de servicios de cuidados paliativos de base hospitalaria estaba asociada con una disminución del uso de la UCI durante las hospitalizaciones terminales.	Se identificó una reducción del 10% en el uso de cuidados intensivos durante las hospitalizaciones terminales en los hospitales en los que había programas de CP.
Clara y colaboradores; 2020 ¹⁷ (A4)	"The palliative care screening tool as an instrument for recommending palliative care for older adults"; Espírito Santo, Brasil	Estudio transversal n=594	Evaluar el uso de la escala Palliative Care Screening Tool y su concordancia con la escala Palliative Performance Scale, así como describir las causas de la hospitalización en personas mayores en cuidados paliativos e ingresados en la UCI.	La Palliative Care Screening Tool demostró una gran importancia para la derivación de pacientes a CP debido a su alta sensibilidad.
Reeve y colaboradores; 2021 ¹⁸ (A5)	"Community implementation of the 3 Wishes Project: an observational study of a compassionate end-of-life care initiative for critically ill patients"; Ontario, Canadá	Observacional y descriptivo n=101	Evaluar la adaptabilidad del 3 Wishes Project a una unidad de cuidados intensivos y describir los pacientes tratados con este abordaje paliativo, así como las estrategias locales de implementación.	El 99,2% de los deseos terminales se cumplieron a un costo promedio de US\$ 5,39 por paciente, y el 89,8% no tuvo costo. El programa confortó a los pacientes y sus familias.
Takaoka y colaboradores; 2021 ¹⁹ (A6)	"Scale-up and sustainability of a personalized end-of-life care intervention: a longitudinal mixed-methods study"; Ontario, Canadá	Longitudinal n=369	Describir cómo se amplió y mantuvo el 3 Wishes Project, una intervención personalizada al final de la vida, en una unidad de cuidados intensivos.	El 3 Wishes Project comenzó como un estudio y se integró en la práctica clínica como un enfoque de atención accesible y sostenible.
Lacerda y colaboradores; 2021 ²⁰ (A7)	"Mechanical ventilation withdrawal as a palliative procedure in a Brazilian intensive care unit"; São Paulo, Brasil	Cohorte retrospectiva n=282	Describir las características y los desenlaces de los pacientes a los que se les retiró la ventilación mecánica y compararlos con los pacientes con ventilación mecánica y limitaciones de terapia de soporte vital (limitar o retirar), pero sin retirar la ventilación mecánica.	Los autores observaron que no existe una asociación entre la retirada de la ventilación mecánica y el aumento de la mortalidad hospitalaria.

La Figura 2 demuestra el árbol de similitud que se produjo con base en los principales resultados de los estudios que contemplan esta revisión, destacando las siguientes palabras: “paciente” (n=50), “cuidados paliativos” (n=27), “deseo” (n=19), “hospital”/“UCI” (n=18), “estudios” (n=17),

“fin” (n=12), “vida” (n=12), “muerte” (n=12), “familia” (n=10) y “protocolos” (n=10). Con base en las palabras indicadas se originaron categorías que ayudaron a identificar la estructura del campo representacional de las decisiones terapéuticas de CP realizados en una unidad de cuidados intensivos.

Figura 2. Árbol de similitud proporcionado por el software Iramuteq (Maringá/PR, 2022)



Las palabras “paciente”, “terminalidad”, “familia” y “vida” dieron origen a la categoría 1, denominada “Paciente, familia y limitación del final de la vida”, de la cual surgieron dos subcategorías: “deseo de proteger la dignidad del paciente” y “procedimientos para el mantenimiento o no de la vida”. Las palabras

“cuidados paliativos”, “hospital”/“UCI” y “estudios” resultaron en la categoría 2, intitulada “unidad de cuidados intensivos como lugar para realizar los cuidados paliativos”. De ella surgieron dos subcategorías: “implantación de protocolos de cuidados paliativos” y “realización de procedimientos invasivos”.

Discusión

El análisis de la producción científica mostró que, a pesar de los importantes avances, los CP dirigidos a los pacientes sin perspectivas de curación y sus familiares aún se realizan de forma incipiente y limitada, dada la alta complejidad de los cuidados y las dificultades de los profesionales. La identificación, en este estudio, de una producción científica reducida sobre el tema indica un vacío que llenar por parte de los profesionales de la salud.

Paciente, familia y limitación al final de la vida

Las UCI aún están relacionadas con el dolor y el sufrimiento del paciente y su familia. El uso de tecnologías complejas, la poca comunicación entre profesionales, paciente y familiares, la gravedad de los casos clínicos y, sobre todo, la inminencia de la muerte son factores que acentúan esta relación. Muchas dudas, miedos e inseguridades impregnan no solo la mente del paciente, sino la de la familia, que comúnmente sufre, y la de los profesionales de la salud, cuya proximidad a los pacientes en un entorno hospitalario favorece la formación de vínculos.

Los cuidados intensivos se caracterizan por el uso de muchos recursos tecnológicos y tratamientos especializados que, en ocasiones, van más allá del deseo y de la decisión de los pacientes y sus familias. Sin embargo, la finitud de la vida parece comprenderse cada vez mejor, así como los límites de la curación. La mayoría de los estudios sobre los CP en la UCI han buscado invertir en la calidad de vida y dignidad de los pacientes afectados por una enfermedad sin perspectivas de curación.

Dignidad del paciente: deseo de protección

El deseo común de proteger la dignidad del paciente que se encuentra en la etapa final de la vida puede ser expresado y representado por el equipo profesional y por los familiares. Dos estudios utilizaron para este fin el proyecto 3 Wishes (3WP), un programa dirigido a pacientes terminales que honra la dignidad de estas personas, promoviendo conexiones significativas entre pacientes, familiares y médicos en cuidados intensivos.

Estas conexiones se fomentan centrándose en las preferencias y en los legados de los pacientes, uno de los puntos fuertes del programa^{18,19}.

Como se presenta en el estudio de Reeve y colaboradores¹⁸, o 3WP hizo posible cumplir más del 99% de los deseos terminales, a bajo costo o sin costo alguno. Los deseos van desde mejorar el entorno clínico con pertenencias personales hasta celebraciones de la vida y presentaciones musicales. En el estudio, los deseos incluyeron celebraciones, rituales, decoración de la habitación del paciente y música, así como diversas formas de conexión con los seres queridos, incluidas las mascotas. El programa contribuyó al confort de los pacientes y familiares en el proceso de afrontamiento y aceptación de la muerte¹⁸.

En Ontario, Canadá, el 3WP se inició como un estudio y, dada su eficacia para acoger y promover el confort de todos los involucrados —no solo de pacientes y familiares, sino también del equipo multidisciplinario—, se incorporó a la práctica clínica, consolidándose como un enfoque de cuidado que permite una mayor humanización en la atención brindada a la vez que se presenta como accesible y sostenible¹⁹.

Para estos estudios, el 3WP fue un vehículo para un mayor reconocimiento de la dignidad de cada paciente y un medio de mostrar compasión por los pacientes y familiares, a medida que individualizaba la atención. Entre sus fortalezas se encuentra la posibilidad de cumplir casi todos los deseos terminales, promoviendo intervenciones personalizadas, accesibles y de fin de vida en este escenario^{18,19}.

Así, el cuidado con la vida, independientemente de su duración, pretende rescatar la fuerza de voluntad del paciente terminal¹⁴. Por esta razón, los CP deben ser establecidos por un equipo de profesionales de la salud competentes, con el objetivo de cuidar integralmente a la persona, con una escucha y acogida adecuadas, para permitir una muerte más digna y confortable¹⁶. Es importante cuidar los síntomas y evitar tratamientos invasivos que no aporten beneficios.

Procedimientos para el mantenimiento o no de la vida

La limitación del soporte vital implica reconocer la inutilidad del tratamiento y viene siendo

discutida como una forma de permitir una muerte digna a los pacientes, con menos sufrimiento y de acuerdo con sus condiciones. Comprende tomar decisiones clínicas como retirar o dejar de ofrecer soporte vital avanzado y mantener las medidas vigentes, sin añadir tratamiento para nuevas manifestaciones clínicas hasta que se produzca la muerte²⁰.

Hay cuatro razones para limitar el soporte vital del paciente en la UCI: el deseo de este o de sus familiares de interrumpir el tratamiento; la futilidad de la terapia frente a las condiciones; la previsión de baja calidad de vida; y la dificultad de soportar la carga del tratamiento para revertir las condiciones clínicas en cuestión²¹.

La implementación de los CP exige el reconocimiento de la responsabilidad en la articulación de las relaciones entre profesionales, familiares y pacientes, para asegurar el ejercicio de la autonomía del paciente frente a su condición de imposibilidad de curación. Cuando no se respeta esta autonomía, el profesional puede estar tratando de proteger al paciente y familiar del conocimiento de su pronóstico. Al hacerlo, sin embargo, niega la individualización del cuidado, la condición del paciente como sujeto, lo que se refleja en obstáculos a la operativización de los CP.

Un estudio realizado en Brasil, en una UCI, constató que una tercera parte de los pacientes que fallecieron en esas unidades tenían indicación de manejo de cuidados paliativos al final de la vida; sin embargo, los CP se realizaron adecuadamente solo en el 15% de los pacientes. Además, se señaló un retraso prolongado en el inicio de la aplicación de los criterios. Entre los componentes que nunca o rara vez se aplicaron, el destete/extubación terminal fue el más destacado¹⁴.

La retirada de la ventilación mecánica (RVM), también conocida como extubación paliativa, es adecuada cuando la ventilación mecánica (VM) ya no se alinea con los valores del paciente según el pronóstico y los desenlaces probables. Los resultados del estudio de Lacerda y colaboradores²⁰ señalaron que el retiro de la ventilación mecánica no se asoció con una mayor mortalidad hospitalaria, en comparación con los pacientes ventilados con limitaciones en las terapias de soporte vital que fueron extubados. Sin embargo, el tiempo de permanencia en el hospital fue más corto.

La extubación paliativa ocurre cuando la prioridad absoluta en la atención es proporcionar confort y permitir que la muerte ocurra de modo natural. Está indicada en los casos en los que la calidad de vida del paciente es inaceptable, cuando no hay esperanza de mejora y fracasan todos los intentos de destete, y el mantenimiento del soporte ventilatorio se vuelve inapropiado; de todos modos. Finalmente, cuando queda claro que el soporte está causando un sufrimiento innecesario²².

Unidades de terapia intensiva

Lugar para realizar cuidados paliativos

En los últimos años, se busca promover cada vez más la participación de pacientes y familiares en el equipo de cuidados de la UCI y en la toma de decisiones, reconociendo que la presencia constante de la familia con el paciente crítico posibilita mejores resultados y bienestar para ambos. Involucrar a los pacientes y familiares en el cuidado es, actualmente, una parte integral del tratamiento humanizado²³.

Compartir los espacios, en los servicios de salud, entre los profesionales responsables de los cuidados y los familiares es un desafío que superar por parte de los gestores de salud. Si bien se reconocen los beneficios de la presencia del familiar en la calidad de vida del paciente sin perspectiva de curación, muchas veces estos no se tienen en cuenta al momento de determinar el plan de cuidados que orienta las acciones del equipo multidisciplinario²⁴.

El riesgo de muerte del paciente en la unidad de cuidados intensivos provoca situaciones de estrés en la familia, tanto emocional como cognitivo y social, que se traducen en sentimientos de incertidumbre, negación, rabia, desesperación, esperanza, culpa, ansiedad y miedo a la muerte del familiar. Así, la familia se convierte en objeto de cuidado por parte del equipo multiprofesional, con una serie de demandas que deben ser atendidas²⁵.

Implementación de protocolos de cuidados paliativos

Las tasas de supervivencia a largo plazo fueron similares entre la unidad de cuidados intensivos

y la unidad de cuidados paliativos (UCP) en un estudio realizado por Irmak y colaboradores¹⁵. Aunque la UCP no cambia la sobrevida de los pacientes, los estudios sugieren que el empleo de terapias agresivas en la UCI puede anticipar la muerte natural de los pacientes, por lo que evitar su uso tiende a presentar efectos positivos en la sobrevida.

El servicio de CP en las unidades hospitalarias tiene como objetivo apoyar a los equipos asistenciales de los diversos sectores para ayudar al paciente a adaptarse a los cambios de vida que impone la enfermedad. Además, pueden promover la reflexión necesaria a los pacientes y familiares que enfrentan a una condición que amenaza la vida²⁶. En los hospitales en los que hay programas de CP, se identificó una reducción del 10% en el uso de cuidados intensivos durante las hospitalizaciones terminales^{16,17}.

Los CP implican diferentes tipos de profesionales —médicos, enfermeros, asistentes sociales y, si es necesario, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales—, con el fin de brindar apoyo psicológico y social al paciente y su familia, promoviendo así una sobrevida prolongada con mejor calidad de vida²⁶. En la etapa terminal de enfermedades graves e incurables, se permite al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del paciente, asegurándole los cuidados necesarios para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento. En ese sentido, se considera la perspectiva de una asistencia integral, respetando la voluntad del paciente o de su representante legal.

El estudio de Clara y colaboradores¹⁷ mostró la necesidad de diagnóstico precoz por medio de la aplicación de dos escalas —Palliative Care Screening Tool (PCST) y Palliative Performance Scale (PPS)— que demostraron ser determinantes para la derivación de pacientes a los CP¹⁷. Se trata de dos herramientas utilizadas para la indicación de paliación. La primera presenta alta sensibilidad y se gradúa con base en cuatro criterios: enfermedades de base, enfermedades asociadas, condición funcional del paciente y condiciones personales del paciente. La segunda permite establecer un pronóstico y evaluar la funcionalidad del paciente por medio de cinco parámetros: movilidad, actividad y evidencias de enfermedades, autocuidado, ingesta y estado de consciencia. Asigna valores de 0%

a 100%, donde 0% significa muerte y 100% significa que el paciente no tiene alteración funcional. La paliación está indicada si el paciente presenta un puntaje inferior al 40%¹⁷.

El estudio también reveló que el diagnóstico precoz y correcto para iniciar los cuidados es un gran desafío en los servicios de salud, debido a barreras institucionales, como la falta de camas suficientes para pacientes paliativos, el número inadecuado de comisiones de CP, la falta de capacitación de los profesionales de CP y la insuficiencia de programas de CP en las instituciones de salud¹⁷. Otra cuestión importante se refiere al aumento de los gastos con procedimientos y tecnologías innecesarias, que provocan un aumento del sufrimiento físico y psicológico en el paciente y en la familia por medio de terapéutica que prolonga el número de días de vida sin modificar el desenlace del cuadro clínico¹⁷.

Realización de procedimientos invasivos

Los programas de CP prescinden de la mayoría de las pruebas de diagnóstico y de los tratamientos para prolongar la vida en favor del alivio de los síntomas. También educan a la persona en estado terminal y a los familiares sobre el tratamiento adecuado y de confort. Aunque los programas de CP no tienen este énfasis, una buena CP puede prolongar un poco la vida, quizá al evitar los efectos secundarios potencialmente graves de la cirugía y de otros tratamientos con medicamentos agresivos²⁶.

El estudio de Lacerda y colaboradores²⁰ presentó la extubación paliativa como un procedimiento adecuado cuando la VM ya no cumple con el pronóstico. Así, durante la hospitalización, puede que el paciente ya no tenga perspectivas de mejora clínica y que los intereses de la familia y del paciente mismo entren en conflicto con las medidas invasivas.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta como limitaciones la cantidad reducida de investigaciones analizadas, en virtud de los criterios de inclusión establecidos. Otra limitación contribuyó a un número reducido de artículos: la consulta en una sola base de datos,

lo que denota la necesidad emergente de nuevas investigaciones en diferentes bases de datos, considerando la amplitud del tema, el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónico-degenerativas.

Consideraciones finales

Los resultados de este estudio permitieron conocer el estado del arte sobre las decisiones terapéuticas de CP realizadas en una unidad de cuidados intensivos. Actualmente, con el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de la esperanza de vida, se vislumbra la posibilidad de utilizar estos cuidados a gran escala, lo que podría repercutir en la mejora de la calidad de vida, asistencial y académica.

Los estudios han demostrado los efectos beneficiosos de los CP, pero aún es una especialidad desconocida por la sociedad en general y por

muchos profesionales de la salud. Con base en los principios de la bioética, se refuerza su importancia en la garantía de los derechos fundamentales relacionados no solo con la vida, sino también con la muerte.

Es importante que cada vez haya más discusiones y estudios sobre los CP en el ámbito médico, ya que se trata de un tema que suscita cuestiones éticas entre los profesionales de la salud. Actualmente, se prioriza la longevidad y la ausencia de dolor y sufrimiento: no pensamos en la muerte, sino ante el deseo de que su proceso sea rápido e indoloro.

Los CP buscan brindar confort y alivio del dolor al paciente, a la vez que evitan convertir la muerte en un proceso largo y doloroso. Los principios de CP y la bioética principialista corroboran la necesidad de evitar que los profesionales adopten tratamientos irrelevantes que posterguen innecesariamente la muerte.

Referencias


1. Pessini L, Siqueira JE. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2019 [acceso 24 mar 2022];27(1):29-37. DOI: 10.1590/1983-80422019271283
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acceso 24 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3Qx9jIO>
3. Agostinho CS, Botelho L, Moraes P. Indicadores sobre idosos: desafios diante do envelhecimento populacional. In: Simões A, Athias L, Botelho L, organizadores. *Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acceso 24 mar 2022]. p. 77-167. Disponible: <https://bit.ly/47uMjA0>
4. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acceso 24 mar 2022];18(9):2577-88. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900012
5. Pessini L. Vida e morte na UTL: uma ética no fio da navalha. *Rev. bioét.* (Impr.) [Internet]. 2016 [acceso 24 mar 2022];24(1):54-63. DOI: 10.1590/1983-80422016241106
6. Wittmann-Vieira R, Rosmari G. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acceso 24 mar 2022];25(3):334-9. DOI: 10.1590/S0103-21002012000300003
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
8. Ramos DLP. *Fundamentos e princípios da bioética* [Internet]. [s.d.] [acceso 24 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3DOA5EL>
9. Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. São Paulo: Martinari; 2013.
10. Carvalho RT, Parson HA. *Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado* [Internet]. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012 [acceso 24 mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3QwXUbR>

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 24 mar 2022];17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
12. Page MJ, McKenzie EJ, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];372:71. DOI: 10.1136/bmj.n71
13. Souza MAR, Wall ML, Huler ACMC, Lowen IMV. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 24 mar 2022];52:e03353. DOI: 10.1590/S1980-220X2017015003353
14. Alliprandini M, Ferrandin A, Fernandes A, Belim M, Jorge M, Colombo B *et al.* End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];51(5):348-56. DOI: 10.5114/ait.2019.91189
15. Irmak I, Adigüzel N, Yildiz E, Kargin F, Yazicioğlu Moçin Ö, Çiftaslan Gökşenoğlu N *et al.* The comparison of the survival rates of intensive and palliative care units. *Tuberk Toraks* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];68(3):245-51. DOI: 10.5578/tt.69753
16. Hua M, Lu Y, Ma X, Morrison RS, Li G, Wunsch H. Association between the implementation of hospital-based palliative care and use of intensive care during terminal hospitalizations. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];3(1):e1918675. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.18675
17. Santa Clara MG, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];22(5):e190143. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190143
18. Reeve BK, Dennis BB, Dechert W, Longo B, Heels-Ansdell D, Scholes A *et al.* Community implementation of the 3 Wishes Project: an observational study of a compassionate end-of-life care initiative for critically ill patients. *CMAJ Open* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];9(3):57-64. DOI: 10.9778/cmajo.20200273
19. Takaoka A, Tam B, Vanstone M, Clarke FJ, Hoard N, Swinton M *et al.* Scale-up and sustainability of a personalized end-of-life care intervention: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 [acesso 24 mar 2022];21(1):218. DOI: 10.1186/s12913-021-06241-6
20. Lacerda FH, Checoli PG, Silva CMD, Brandão CE, Besen BAMP. Mechanical ventilation withdrawal as a palliative procedure in a Brazilian intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2020 [acesso 24 mar 2022];32(4):528-34. DOI: 10.5935/0103-507X.20200090
21. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];27(4):699-710. DOI: 10.1590/1983-80422019274353
22. Coradazzi AL, Inhaia CLS, Santana M, Sala AD. Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? *Hospice Palliat Med* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];3(1):10-4. DOI: 10.15406/hpmij.2019.03.00141
23. Fumis RRL. *UTI humanizada: cuidados com o paciente, a família e a equipe.* São Paulo: Atheneu; 2016.
24. Meneguín S, Nobukuni MC, Bravin SHM, Benichel CR, Matos TDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados na UTI. *Nursing (ed. brasileira)* [Internet]. 2019 [acesso 24 mar 2022];22(52):2882-86. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i252p2882-2886
25. Au SS, Roze des Ordon A, Soo A, Guienguere S, Stelfox HT. Family participation in intensive care unit rounds: Comparing family and provider perspectives. *J Crit Care* [Internet]. 2017 [acesso 24 mar 2022]; 38: 132-6. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.10.020
26. Distrito Federal. Portaria SES-DF nº 418, de 4 de maio de 2018. Diretriz para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. *Diário Oficial do Distrito Federal* [Internet]. Brasília, 17 maio 2018 [acesso 24 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3FTUA4d>

Enio Teixeira Molina Filho – Magíster – dreniomolina@gmail.com

 0000-0002-0308-2692


Aline Augusto Olivero – Graduada – alineaugustoo@gmail.com

 0000-0003-0354-2756


Sanderland José Tavares Gurgel – Doctor – drsanderland@hotmail.com

 0000-0002-8079-1724


Nelly Moraes Gil – Doctora – nlmgil@uem.br

 0000-0002-4790-8396


Rafaely de Cassia Nogueira Sanches – Doctora – rcnsanches2@uem.br

 0000-0002-1686-7595

Mário Antônio Sanches – Doctor – m.sanches@pucpr.br

 0000-0002-5794-2272

Waldir Souza – Doctora – waldir.souza@pucpr.br

 0000-0002-4332-2822

Correspondencia

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches – Av. Colombo, 5790, bloco 1, sala 8 CEP 87020-900. Maringá/PR, Brasil.

Participación de los autores

Enio Teixeira Molina Filho y Aline Augusto Olivero participaron en la elaboración del texto y en la recopilación de datos. Sanderland José Tavares Gurgel, Nelly Moraes Gil, Rafaely de Cassia Nogueira Sanches, Mário Antônio Sanches y Waldir Souza orientaron y corrigieron el texto.

Recibido: 22.9.2022

Revisado: 27.3.2023

Aprobado: 3.10.2023