

doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.cfdv>

## **Cuidados al final de la vida. La experiencia del Servicio de Ética Clínica**

### **End-of-Life Care. The Experience of the Clinical Ethics Service**

Recibido: 30/1/2022 | Aceptado: 20/7/2023

#### **Diana Carolina Moreno**

Enfermera. Jefe del Servicio de Ética Clínica, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3419-3635>

#### **Fritz E. Gempeler Rueda<sup>a</sup>**

Médico anestesiólogo, Servicio de Ética Clínica, Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. Profesor asociado de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6036-9155>

<sup>a</sup>**Autor de correspondencia:** [gempeler@gmail.com](mailto:gempeler@gmail.com)

**Cómo citar:** Moreno DC, Gempeler Rueda FE. Cuidados al final de la vida. La experiencia del Servicio de Ética Clínica. Univ Med. 2023;64(3).

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed64-3.cfdv>

## **Resumen**

Luego de cuatro años de la implementación del Plan de Atención al Final de la Vida en el Hospital, la percepción general es que los pacientes al final de la vida han recibido un manejo apropiado, sin intervenciones desproporcionadas y manteniendo un manejo adecuado de síntomas. El objetivo de este estudio fue analizar y caracterizar a los pacientes que ingresaron a este plan de atención desde enero de 2016 a diciembre de 2019. Los resultados muestran que se disminuyeron las intervenciones invasivas y desproporcionadas, promoviendo el adecuado manejo de síntomas.

**Palabras clave:** enfermería de cuidados paliativos al final de la vida; ética médica; humanización de la atención.

## **Abstract**

After a four years of implementing end-of-life care protocol at the Hospital, the general perception is that end-of-life patients have received an adequate management, avoiding disproportionate interventions and maintaining an appropriate management of symptoms. The objective of this study was to analyze and characterize the patients who entered this care plan from January 2016 to December 2019. The results show that invasive and disproportionate interventions were reduced and promoting the proper management of symptoms.

**Keywords:** hospice and palliative care nursing; ethics, medical; humanization of assistance.

## **Introducción**

La medicina actual ha logrado prolongar la vida y cambiar el curso de muchas enfermedades que antes eran mortales. Con ello se ha incrementado la recuperación de la salud en numerosos pacientes y situaciones clínicas, pero existen circunstancias que conducen a la etapa final de la vida, donde la muerte es inevitable para el paciente. En estas situaciones, el objetivo de la atención debe cambiar de una meta inalcanzable, como la curación, hacia la del cuidado y el alivio de síntomas (adecuación o reorientación terapéutica), tratando de mantener la mejor calidad de vida posible en un sentido integral, tanto físico como emocional, mental y espiritual, lo cual es generalmente deseado por el paciente, sus familiares y el equipo de salud (1-4).

El final de la vida puede ser predecible en muchas situaciones, en especial cuando los pacientes tienen enfermedades crónicas, debilitantes e incurables. Lamentablemente, a pesar de ello, con frecuencia, se mantienen todos los esfuerzos terapéuticos para tratar de curar al paciente, realizando intervenciones diagnósticas y terapéuticas desproporcionadas que no traen ningún beneficio real y, muchas veces, lo que se consigue es prolongar la agonía, deteriorar la calidad de vida en el tiempo previo a la muerte y aumentar los costos de salud (5-7).

Teniendo en cuenta lo anterior y la experiencia personal en la práctica clínica diaria, un grupo de expertos clínicos liderados por el Servicio de Ética Clínica del Hospital Universitario San Ignacio, entre los cuales se incluían médicos especialistas en medicina interna, cuidados paliativos, geriatría, psiquiatría, entre otros, y con la aprobación del Comité de Ética Hospitalaria se desarrolló e implementó en el 2016 el Plan de Atención para el Paciente en

Condición Fin de Vida (PFV), basado en la información científica disponible e integrando un manejo humano, individualizado y compasivo.

El PFV tiene como objetivo brindar apoyo a los grupos y médicos tratantes dentro del hospital, para la adecuada planeación del cuidado al final de la vida. El PFV se basó en la experiencia previa de numerosas instituciones del mundo, especialmente en la estrategia del Reino Unido, conocida como *The Liverpool Care Pathway* (8,9). El PFV estructura un abordaje a partir de cinco prioridades de cuidado:

1. Reconocer por parte de los médicos tratantes cuándo un paciente se encuentra al final de la vida y activar el PFV.
2. Establecer una comunicación adecuada entre el equipo médico, el paciente y su familia.
3. Involucrar al paciente y sus familiares en las decisiones relativas al tratamiento, si así lo desean.
4. Explorar y suplir las necesidades de los familiares en la medida de lo posible.
5. Instaurar un plan de atención individual, que incluya medidas de confort, hidratación, alimentación, control de síntomas, apoyo psicológico y espiritual.

A partir de estas prioridades de cuidado, se establecieron cuidados especiales (tabla 1), algunos de estos llamados *antiórdenes*, que consisten en la suspensión de ciertas actividades rutinarias que para la situación clínica del paciente no cambia su pronóstico y, al contrario, le pueden generar disconfort, por ejemplo, la toma de signos vitales, la toma de exámenes paraclínicos, entre otros. Los cuidados especiales buscan aliviar síntomas, ofrecer confort y garantizar un trato digno al final de la vida según cada paciente, por lo cual es vital tener una

adecuada comunicación para reconocer cuáles son las preferencias y deseos, y de esta forma brindar un plan de atención individualizado y humanizado.

**Tabla 1.** Cuidados especiales

<b>Cuidados especiales</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Si el paciente se encuentra en el servicio de urgencias, en la medida de lo posible debe ser trasladado a una habitación en hospitalización, idealmente individual.</li><li>2. Liberar visitas 24 horas (para permitir compañía permanente de sus familiares).</li><li>3. Recibir apoyo del Servicio de Cuidados Paliativos para un óptimo control de los síntomas.</li><li>4. Ofrecer apoyo espiritual y psicológico.</li></ol>
<b>Antiórdenes</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No aplica ninguna restricción en la dieta, el paciente puede comer lo que desea.</li><li>2. Suspender medicamentos e intervenciones que son fútiles en el contexto clínico del paciente.</li><li>3. Suspender la toma de signos vitales y la toma de exámenes paraclínicos.</li></ol>

La socialización del PFV consistió en múltiples conferencias participativas de todo el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas, auxiliares de enfermería, camilleros, entre otros.

Luego de cuatro años de divulgación e implementación, la percepción general, según las observaciones no controladas de médicos y enfermeras, es que los pacientes que han entrado a dicho plan de atención han recibido un manejo adecuado al final de la vida, sin intervenciones desproporcionadas y manteniendo un manejo sintomático adecuado. Sin embargo, no se conoce con exactitud el manejo específico que se les brinda al ingresar al PFV (¿qué se suspende?, ¿qué se adiciona al manejo?), ni las características clínicas comunes e individuales de dichos pacientes. Por ello, se decidió realizar una observación retrospectiva del manejo de los pacientes adultos ingresados al PFV, con el objetivo de conocer y describir

el manejo clínico de los pacientes ingresados a este plan, y si es necesario, mejorar el manejo de los pacientes el final de la vida.

### **Materiales y metodología**

Este fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión por parte de los investigadores de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el PFV en el Hospital Universitario San Ignacio entre el 2016 y el 2019, según la base de datos del Servicio de Ética Clínica. Solo se llegó hasta el 2019, ya que la pandemia modificó de forma importante el manejo clínico de los pacientes en final de vida. Se incluyeron todos los pacientes adultos mayores de 18 años.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional, cumpliendo todas las normas de confidencialidad y seguridad con los datos de los pacientes. Se analizó el manejo clínico que recibieron los pacientes al final de la vida teniendo en cuenta el plan de atención ya descrito.

### **Resultados**

Se analizaron 339 historias clínicas de los pacientes ingresados al PFV desde el 1.º de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2019, quienes en el momento de la muerte tenían una edad promedio de 66,3 años (rango entre 19 y 100 años; desviación estándar de 17,51). De ellos, el 51,9 % (176 pacientes) eran de sexo masculino, y el 48 % (163 pacientes), de sexo femenino. En todos los pacientes que entraron al PFV se siguió el abordaje establecido:

- Se estableció comunicación adecuada entre el equipo médico, el paciente y su familia.

- Se involucró al paciente y sus familiares en las decisiones relativas al tratamiento, si así lo deseaban.
- Se exploraron las necesidades de los familiares y, en la medida de lo posible, se solucionaron.
- Se liberaron las visitas, permitiendo la presencia de los familiares las 24 horas del día.

El tiempo transcurrido desde el ingreso al PFV y la muerte de los pacientes fue de 4,05 días, en promedio (rango entre 0 y 40 días; desviación estándar de 4,5). En la tabla 2 se pueden ver los principales diagnósticos de los 339 pacientes fallecidos. El diagnóstico con mayor prevalencia fue el oncológico, con un 60,47 % (205 pacientes); seguido por patologías neurológicas (eventos cerebrovasculares, encefalopatía hipóxica posreanimación cardiopulmonar, encefalopatía neurodegenerativas) y patologías infecciosas como el VIH.

**Tabla 2.** Diagnósticos definitivos de los pacientes ingresados al PFV

<b>Diagnósticos</b>	<b>Porcentaje</b>
Oncológico	60,47
Neurológico	20,35
Infeccioso	6,19
Cardiovascular	5,89
Falla renal	3,83
Falla hepática	1,47
Insuficiencia respiratoria	1,17
Otros	0,58
<b>Total</b>	<b>100</b>

Se observó que en el momento de la muerte más de la mitad de los pacientes, esto es, el 54,86 % (186 pacientes), se encontraban hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, seguido por la Unidad de Cuidados Intensivos, con un 12,68 % (43 pacientes). Ver tabla 3.

**Tabla 3.** Servicios en los que murieron los pacientes ingresados al PFV

<b>Servicio</b>	<b>Porcentaje</b>
Medicina Interna	54,86
Unidad de Cuidados Intensivos	12,68
Manejo ambulatorio	7,37
Neurociencias	5,01
Aislamiento	4,71
Ginecología	3,83
Hospitalización de cirugía	3,83
Servicios especiales	3,53
Medicina de Urgencias	2,35
Hematología	1,17
Ortopedia	0,58
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

Dentro del PFV se establece la suspensión de medicamentos e intervenciones que para la situación clínica del paciente fueran fútiles, para así encaminar los cuidados hacia el mayor bienestar posible. Se encontró que se suspendió la toma de signos vitales en el 34,3 % (116 pacientes); así como otras medidas terapéuticas, en el 24,4 % (83 pacientes), en las que se incluyeron retiro de medicamentos vía oral, heparinas, insulinas, nutrición, suspensión de procedimientos quirúrgicos, etc. Así mismo, se suspendió la ventilación mecánica en el 10 % de los pacientes, diálisis e inotrópicos, como se puede ver en la tabla 4.

**Tabla 4.** Procedimientos e intervenciones médicas suspendidas en los pacientes ingresados al PFV

<b>Intervenciones suspendidas</b>	<b>Porcentaje</b>
Toma de signos vitales	34,3
Otros	30,2
Antibióticos	12,6
Ventilación mecánica	10,9
Diálisis	4,7
Inotrópicos	4,4



Quimioterapia/radioterapia	2,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Todos los pacientes que ingresaron al PFV recibieron manejo conjunto con el Servicio de Cuidados Paliativos, para garantizar que los pacientes tuvieran un adecuado control de sus síntomas. En los casos en que ameritaba, se utilizaron medicamentos específicos según los síntomas (tabla 5).

**Tabla 5.** Sedación/analgesia que recibieron los pacientes ingresados al PFV

<b>Medicamentos</b>	<b>Porcentaje</b>
Hidromorfona	48,0
Morfina	29,2
Midazolam	14,2
Fentanilo	4,4
Oxicodona	1,5
Otros	2,4
Tramadol	0,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Así mismo todos los pacientes que ingresaron al PFV recibieron apoyo espiritual según sus deseos, además de atención permanente y específica por parte del personal de enfermería, como cuidados de la piel, cambios de posición, humectación de la mucosa oral, entre otros.

## **Discusión**

En aras de mejorar la atención de los pacientes en la fase final de su vida se han generado lineamientos y protocolos de manejo para su atención integral que incluyen abordaje de cuidados paliativos y tienen como objetivo brindar un trato digno al final de la vida. Estos cuidados se enfocan en controlar los síntomas, disminuir el sufrimiento y favorecer el confort, buscando mejorar la calidad de vida para el paciente y su familia (10,11).

Debido a la naturaleza altamente individualizada de la experiencia de morir, se debe garantizar un enfoque de atención multidisciplinario, con una evaluación que incluya el aspecto físico, psicológico, social y espiritual. Este análisis debe guiar a los médicos en la formulación de los objetivos que garanticen un buen morir (12-14).

En el mundo, cerca de 20 millones de personas reciben cuidados paliativos al final de la vida. Steinhäuser et al. (2) reportaron, basados en perspectivas de pacientes, médicos y otros cuidadores, que una buena muerte incluye no solo factores físicos, sino psicosociales y espirituales. Por lo tanto, depende de cada persona según su experiencia de vida, por lo que no se puede tomar una definición universal del buen morir (15).

Así mismo, Zhang et al. (7) y Sagha Zadeh et al. (3) documentaron que la calidad de vida en la etapa final es mejor cuando se evita la hospitalización, se disminuyen o eliminan las intervenciones médicas fútiles o desproporcionadas, reorientando los esfuerzos terapéuticos hacia el manejo de síntomas. Adicionalmente, hacen hincapié en entender las preocupaciones de cada individuo; por lo tanto, se debe ofrecer apoyo espiritual y psicológico, al enfermo y sus seres queridos, teniendo en cuenta y entendiendo los contextos social, cultural y religioso.

En el presente estudio se evidenció que, gracias al PFV institucional, se realizó un abordaje individual de cada paciente, según las necesidades y preferencias de cada uno, para garantizar una buena muerte, como cuidados paliativos, apoyo espiritual, atención especial de enfermería, entre otros. La mayoría de los pacientes fallecieron en un lugar adecuado y confortable, y más de la mitad de los pacientes fueron trasladados al Servicio de Medicina

Interna a una habitación individual. También se ubicaron en los diferentes servicios de hospitalización, que cuentan con una locación adecuada, con el fin de que el paciente y su familia tuvieran privacidad.

Es importante resaltar que el 7,37 % de los pacientes continuaron el PFV en casa, por el deseo del paciente o de sus familiares de retornar a su hogar y pasar sus últimos días en compañía de sus seres queridos. Por lo tanto, los médicos establecieron un plan de manejo domiciliario con indicaciones terapéuticas que garantizarán un óptimo control de síntomas y cuidados necesarios.

Gempeler et al. (5) publicaron un estudio llevado a cabo en el mismo hospital previo a la implementación del PFV, con un análisis retrospectivo del manejo de los pacientes en final de vida, enfocado en detectar las intervenciones médicas desproporcionadas en esa etapa final. En dicho estudio se encontró que a más de la mitad de los pacientes se les realizaban intervenciones consideradas fútiles. Con los resultados del presente estudio, podemos ver que con la implementación del PFV se lograron reducir algunas de las intervenciones fútiles, como ventilación mecánica, diálisis, utilización de inotrópicos, nutrición por vías artificiales, suspensión de procedimientos quirúrgicos, inserción de catéteres, así como quimioterapia y radioterapia en el final de la vida.

Dentro de los cuidados específicos del PFV se encuentran las antiórdenes, las cuales comprenden suspender o no iniciar intervenciones desproporcionadas, como la toma de signos vitales, pues dicho cuidado se considera que incomoda al paciente y no tiene ninguna relevancia clínica en la etapa final de la vida, excepto la toma de la temperatura, dado que si

se presenta fiebre, es un síntoma para paliar. Sorprende que la suspensión de la toma de signos vitales únicamente se dio en el 34,3 % de los pacientes. Analizando este resultado y socializándolo con el grupo de enfermería, la no toma de signos vitales se puede interpretar erróneamente como descuido o un déficit en la atención del paciente. Por tal razón, el grupo de enfermería, en muchas ocasiones, continuó con este cuidado.

La labor de enfermería es fundamental en los pacientes que se encuentran al final de la vida, debido a que la esencia de dicha profesión es el cuidado. Inicialmente, el grupo de enfermería debe realizar un análisis individualizado de las diferentes necesidades del paciente, para luego establecer unos cuidados específicos y especiales. Las acciones de enfermería van encaminadas a ayudar, aliviar, confortar y proporcionar mayor bienestar, ya sea físico, psíquico o psicosocial. Además, este actuar va acompañado de valores como la empatía, la compasión, el reconocimiento, el amor, entre otras, que son indispensables para aliviar el sufrimiento y favorecer una muerte digna (13,16-22).

## **Conclusiones**

Los resultados del presente estudio muestran que gracias al PFV se ofreció un abordaje integral, que se lograron suplir las necesidades de los pacientes y disminuir algunas de las intervenciones invasivas y desproporcionadas, promoviendo la ejecución de un análisis individualizado, en pro de favorecer los cuidados necesarios para una muerte digna según los deseos de cada paciente.

Adicionalmente, el presente estudio expone la importancia de un abordaje multidisciplinario, siempre incluyendo cuidados paliativos para lograr un adecuado control de síntomas.

A pesar de los logros positivos de esta estrategia, se debe fortalecer la educación del personal de salud sobre la importancia de construir planes de atención enfocados en garantizar una muerte digna.

### **Conflicto de intereses**

Ninguno.

### **Referencias**

1. Gempeler FE. Derecho a morir dignamente. Univ Méd [internet]. 2015;56(2):178-85. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/16356>
2. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, Mcneilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000 Nov 15;284(19):2476-82. doi: 10.1001/jama.284.19.2476
3. Sagha Zadeh R, Eshelman P, Setla J, Sadatsafavi H. Strategies to improve quality of life at the end of life: interdisciplinary team perspectives. Am J Hosp Palliat Care. 2018 Mar 1;35(3):411-6. <https://doi.org/10.1177/1049909117711997>
4. Pattison N. Integration of critical care and palliative care at end of life. Br J Nurs. 2004 Feb;13(3):132-6, 138-9. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.3.12109>
5. Gempeler FE, Torregrosa L, Cuadrado DM, Barriga S, Sotomayor J, Jassir MP, et al. Intervenciones médicas no proporcionales al final de la vida en un hospital de alta complejidad en Colombia. Univ. Med. 2021;62(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-1.imnp>

6. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016 Sep;28(4):456-69. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw060>
7. Zhang B, Tsiatis AA, Laber EB, Davidian M. A robust method for estimating optimal treatment regimes. *Biometrics*. 2012 Dec;68(4):1010-8. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0420.2012.01763.x>
8. Klapwijk MS, Dekker NL, Caljouw MAA, Achterberg WP, van der Steen JT. Experiences with the Liverpool care pathway for the dying patient in nursing home residents: a mixed-method study to assess physicians' and nurse practitioners' perceptions. *BMC Palliat Care*. 2020 Nov 30;19(1):183. doi: 10.1186/s12904-020-00686-y
9. Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, van der Maas PJ, de Vogel-Voogt E, van der Rijt CCD, et al. The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliat Med*. 2008 Mar;22(2):145-51. <https://doi.org/10.1177/0269216307087164>
10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos [internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-cuidos-paliatvs-gral-pediatrc.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
12. Della Santina C, Bernstein RH. Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: Their role in achieving quality end-of-life care. *Clin Geriatr Med*. 2004 Nov;20(4):595-620, v. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.010>

13. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. *Av Enferm.* 2015;33(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.37514>
14. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los cuidados paliativos. *Rev Soc Esp Dolor* [internet]. 2006;13(3). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001)
15. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería.* 2016;5(2):46-53. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1288>
16. García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioeth* [internet]. 2015;21(2):311-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55442862017>
17. García Uribe JC. Caring for care: ethics of compassion, beyond the protocolization of nursing care. *Cult Cuidad.* 2020;24(57). <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
18. Martínez Ques AA. Ética de la compasión en el cuidado de otros. *Ética de los Cuidados* [internet]. 2019 Oct 1;12. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e90865> [acceso: 22/08/2023]
19. Alvarado A. La ética del cuidado. *Aquichan.* 2004;4(1):30-9.
20. Durán Palacio NM. La ética del cuidado: una voz diferente. *Rev Fundac Univ Luis Amigó.* 2015;2(1):12-21. <https://doi.org/10.21501/23823410.1476>
21. Friedman HJ. Carol Gilligan: an introduction. *J Am Psychoanal Assoc.* 2020;68(4):670-4. <https://doi.org/10.1177/0003065120950446>
22. Gilligan C. *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino.* México D. F.: Fondo de Cultura Económica; 1985.