

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

CUIDADOS PALIATIVOS EN TERAPIA INTENSIVA: AVANCES Y DESAFÍOS

PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE THERAPY: PROGRESS AND CHALLENGES

Dra. Miriam Sanchez Ramos*; Dra. Vanesa Rocio Orellana Caro**

RESUMEN

La integración de cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para adultos ha surgido como un componente esencial en la atención crítica contemporánea. Este no se limita únicamente al final de la vida, los cuidados paliativos en este entorno buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante el manejo integral de síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Diversos estudios han demostrado que la incorporación temprana de cuidados paliativos en la UTI puede reducir la duración de la estancia hospitalaria sin aumentar la mortalidad, al tiempo que mejora la satisfacción de los familiares y disminuye el estrés asociado a la toma de decisiones críticas, aliviando el sufrimiento y brindando atención médica basada en principios bioéticos.

Palabras clave: Cuidados paliativos (CP), Paciente crítico, Soporte vital, Mortalidad

ABSTRACT

The integration of palliative care in the Intensive Care Unit (ICU) for adults has emerged as an essential component of contemporary critical care. This is not limited solely to end-of-life care; palliative care in this setting seeks to improve the quality of life for patients and their families through comprehensive management of physical, psychological, social, and spiritual symptoms. Various studies have shown that the early incorporation of palliative care in the ICU can reduce the length of hospital stay without increasing mortality, while also improving family satisfaction and reducing the stress associated with critical decision-making, alleviating suffering and providing medical care based on bioethical principles.

Keywords: Palliative care (PC), Critically ill patient, Life support, Mortality

INTRODUCCIÓN

A pesar del desarrollo de nuevas tecnologías y la mejora de la atención, la tasa de mortalidad en la unidad de Terapia Intensiva (UTI) sigue siendo alta (1), que oscila entre el 20% y el 35%, con variaciones según las regiones geográficas. La tasa de mortalidad fue mayor en los países de ingresos medios-altos que en las Terapias Intensivas de los países de ingresos bajos y medios-bajos o altos (2). 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 no transmisibles, de hecho se considera una nueva pandemia llamada la Pandemia de enfermedades crónicas en los siguientes años, debido al cambio de transición epidemiológica y al aumento de la esperanza de vida, donde existirán mayores necesidades paliativas. El tratamiento para 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 personas mayores. Por lo tanto, primero es necesario aliviar el sufrimiento cuando sea posible y, cuando no lo sea, ayudar

* Medicina crítica y terapia intensiva – Terapia intensiva adultos - Hospital Materno Infantil Caja Nacional de Salud. ID <https://orcid.org/0009-0006-6680-3617> . (autor principal) teléfono 78880385

** Medicina familiar, medicina paliativa, bioética y derecho – CIMFA El Alto N°4 Caja Nacional de Salud, orellanacarovanesa@gmail.com, teléfono: 72517185, ID <https://orcid.org/0000-0002-6360-5790>

a las personas a despedirse de la vida con dignidad, 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 (3).

Los CP en Terapia Intensiva, como campo clínico surgió en la década de 1990, los cuidados paliativos son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas: físicos, psicológicos y espirituales” (4).

Los objetivos de los cuidados paliativos y los cuidados intensivos pueden parecer inicialmente contrarios. Los valores y objetivos en los cuidados intensivos y los cuidados paliativos son análogos, ya que salvar o prolongar la vida puede conciliarse con el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida y la muerte. Por supuesto, el objetivo principal de cada disciplina es el objetivo secundario de la otra (5). Una definición más reciente y amplia, el objetivo de los cuidados paliativos es “mantener y mejorar la calidad de vida de todos los pacientes y sus familias durante cualquier etapa de una enfermedad potencialmente mortal”. Los cuidados paliativos tienen como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento Identificación temprana, evaluación y tratamiento de síntomas físicos y psicológicos, así como de angustia emocional y espiritual (6).

Además, la estancia en la UTI también es una experiencia desagradable. Muchos síntomas que se encuentran comúnmente en la práctica de cuidados paliativos, como el dolor, la sed, la ansiedad, los trastornos del sueño y la disnea, se desarrollan con frecuencia en pacientes gravemente enfermos, estos síntomas pueden persistir incluso después del alta de la UTI y pueden producir un síndrome post-unidad de cuidados intensivos, con consecuencias cognitivas, psiquiátricas y físicas. Los médicos de UTI deberían anticipar este enfoque para mitigar estos problemas (7). Incluso se recomienda la capacitación en comunicación para el personal de UTI y el uso de materiales impresos de comunicación para las familias, así como implementar reuniones familiares estructuradas con el fin de mejorar los resultados y la satisfacción. También se consideran

protocolos de gestión de conflictos y estrategias de autocuidado para prevenir el agotamiento en los profesionales sanitarios. (8)

La integración de cuidados paliativos previene el sobretratamiento, la calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos mejora, se acorta la duración de estancia en UTI, sin incremento de la mortalidad (9, 10).

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 UTI han buscado invertir en la calidad de vida y dignidad de los pacientes afectados por una enfermedad sin perspectivas de curación. (3)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las prácticas de atención de pacientes con necesidades paliativas y especialmente al final de la vida se rigen por principios bioéticos, marcos legales, normas culturales y recursos disponibles, y por lo tanto varían considerablemente entre países y sistemas de salud. En algunos países, los equipos clínicos comparten las decisiones sobre la limitación de soporte vital con los pacientes y sus familias, mientras que en otros las toman solos. Las comparaciones entre países pueden ayudar a mejorar las prácticas al identificar correlaciones entre patrones específicos de atención al final de la vida y los resultados. Algunos enfoques priorizan la autonomía del paciente, mientras que otros priorizan el mejor interés. Ningún enfoque es óptimo para todos los pacientes, por lo que se requiere criterio clínico para adaptar las decisiones de atención al final de la vida.(8)

En Terapia Intensiva, los cuidados paliativos deben seguir los principios bioéticos con mayor reconocimiento, como son la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- **Autonomía:** La autonomía se considera un derecho del paciente a la autodeterminación, todo el mundo tiene el derecho a decidir qué tipo de atención deben recibir y a que se les respeten las decisiones. Respetar la autonomía del paciente es uno de los aspectos fundamentales Principios de ética médica. Este principio hace hincapié en la protección de los médicos del derecho de sus pacientes a autodeterminación, incluso para los pacientes que han perdido

la capacidad de tomar decisiones. (11) Se debe respetar adecuadamente el derecho de los pacientes con capacidad de decisión a expresar de forma autónoma sus preferencias de tratamiento, pero también se debe tener en cuenta la disponibilidad de medidas de tratamiento avanzadas y el pronóstico de la enfermedad (12) Cuando los pacientes no pueden participar en la toma de decisiones, los delegados designados o las familias de los pacientes tienen derecho a tomar decisiones, que deben basarse en los valores y deseos previamente conocidos o declarados del paciente. Esta protección se puede lograr mediante el uso de directivas anticipadas (DA) o voluntades anticipadas apropiadamente. Las DA se derivan de los principios bioéticos de la autonomía del paciente. Son instrucciones escritas sobre la futura atención médica de un paciente en el caso de que se vuelva incapaz de comunicarse y pierda la capacidad de tomar decisiones por cualquier motivo, completados por una persona competente, ordinariamente incluyen testamentos vitales, poderes de atención médica y “orden de no resucitar” (11), sin embargo Bolivia no cuenta con una Ley de voluntades anticipadas o directivas anticipadas, por ese motivo el consentimiento informado se convierte en la máxima expresión de la autonomía del paciente y a través de este se debe considerar sus preferencias, después de haber comprendido la información brindada de forma clara y veraz sobre su situación clínica y las alternativas de tratamiento. (13)

- **Beneficencia:** La beneficencia se refiere a acciones que tienen como objetivo beneficiar a los pacientes mediante el tratamiento de enfermedades, la promoción de la salud y/o el alivio del dolor, el sufrimiento y la angustia. (14) El principio de hacer el bien pone énfasis en las intervenciones eficaces para aliviar los síntomas que afectan la calidad de vida del paciente. En cualquier caso, el personal de la UTI tiene la responsabilidad de proporcionar las mejores medidas de atención posibles a sus pacientes. La responsabilidad del médico en el cuidado del paciente moribundo debe abogar por los enfoques que fomentan la prestación de la mejor atención a disposición del paciente. (11)

- **No maleficencia** La no maleficencia es el principio de abstenerse de causar daño innecesario. Este principio se refiere a una máxima básica de la buena atención médica: *Primum non nocere* (es decir, primero, no hacer daño) algunos tratamientos u operaciones inevitablemente causan dolor o lesiones, y el daño está justificado si el beneficio supera al daño y su propósito no es dañar al paciente. (15)
- **Justicia:** El principio debe garantizar la distribución equitativa de los recursos médicos y mantener la equidad en la prestación de servicios de salud. El personal médico de la UCI tiene la obligación de defender un tratamiento justo, equitativo y razonable para los pacientes con enfermedades potencialmente mortales, evitando al mismo tiempo el uso innecesario de recursos limitados. En situaciones extraordinarias, como una pandemia o un triaje de desastres, los recursos médicos deben asignarse de manera razonable de acuerdo con los estándares de la práctica médica, a fin de maximizar las posibilidades de éxito (14).

Existen otros principios bioéticos que también tienen relevancia en cuidados paliativos y cuidados intensivos como ser el **principio de Fidelidad:** Que requiere que los médicos sean honestos con su paciente moribundo con respecto al pronóstico o diagnóstico, incluso las posibles consecuencias de la enfermedad y que se les proporcione información detallada sobre las ventajas, limitaciones y desventajas de los diferentes tratamientos para que puedan tomar la mejor decisión. Aunque los pacientes tienen derecho a elegir sus propios métodos de tratamiento siempre y cuando no afecte o vulnere los derechos y autonomía de terceras personas y el personal médico de la UTI debe explicar los resultados esperados de todos los enfoques (11).

El principio de dignidad humana, se debe considerar la influencia que tuvieron los derechos humanos en su postulación, los cuales, a su vez, contienen el sentido concreto de la igualdad planteado desde la Revolución francesa. El sentido y significado de la igualdad es inherente a los seres humanos por lo que se transforma en una prerrogativa referencial a la vida humana individual; expresa implícitamente un compromiso moral humano, así como el respeto mutuo entre los sujetos sociales (16)

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 vida; 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 vida (3).

MOMENTO DE INICIO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UTI

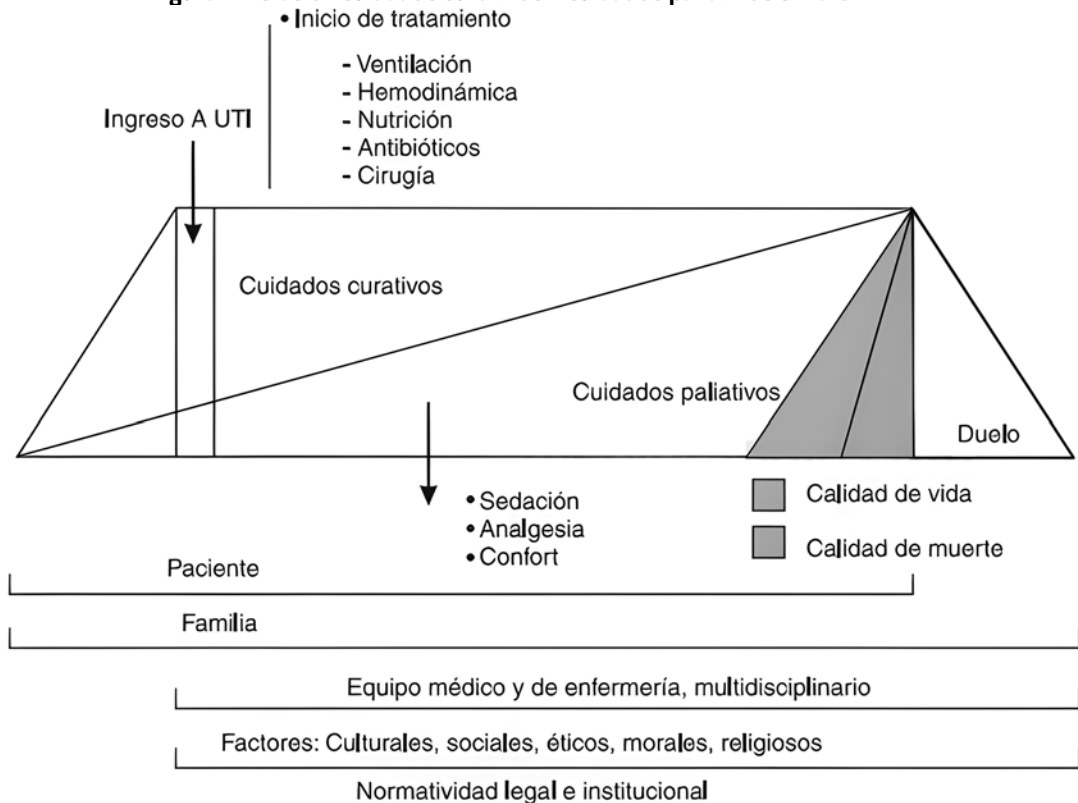
La UTI no solamente brindan cuidados curativos, sino que también es donde se requiere de una gran cantidad de procedimientos y cuidados paliativos y es el lugar donde se toman más decisiones relacionadas al final de la vida, lo que ha cambiado radicalmente el modelo de atención médica, del paternalismo y toma de decisiones unilaterales, al de autonomía y autodeterminación del enfermo y familiares, lo cual ha impactado en la limitación del uso de tecnologías que prolongan la muerte más que facilitar la recuperación (9)

Siempre que haya duda sobre la idoneidad de ingreso a UTI, la intervención temprana de Cuidados paliativos, tan pronto como se inicie un ensayo de tratamiento limitado, puede facilitar la transición del tratamiento curativo al tratamiento de los síntomas.

Cuando la disfunción orgánica de una enfermedad crítica no responde al tratamiento y los objetivos de la atención ya no se pueden alcanzar, o cuando el soporte vital deja de ser proporcional al pronóstico esperado, los médicos de la UTI deben proporcionar una muerte aceptable. Cuando las terapias de soporte vital no logran satisfacer los objetivos del paciente o, paradójicamente, pueden resultar más onerosas que beneficiosas, la retirada y retención de las terapias es algo común entre los pacientes de la UTI (17,18)

De esta manera la medicina paliativa debe conformarse como parte fundamental del modelo de atención en los enfermos graves, pues desde su ingreso a la UTI se presenta una estrecha interrelación entre las medidas implementadas tendientes a la curación del enfermo y la paliación (17) (figura 1)

Figura 1. Relación cuidados curativos – cuidados paliativos en la UTI.



Las discusiones sobre los cambios en los objetivos de la atención y un nivel de tratamiento más proporcional deben iniciarse temprano en la UCI. A medida que se reduce el soporte vital del UTI se intensifican los cuidados paliativos. (Castillo 2007)

MODELOS DE INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN TERAPIA INTENSIVA

Existen 3 modelos principales para la integración de Cuidados Paliativos en UTI

a. Modelo Integrador: Busca integrar los principios e intervenciones de cuidados Paliativos en la práctica diaria del equipo de la UTI, que presta servicios a todos, los pacientes graves y a sus familiares que enfrentan una enfermedad crítica (19). Los médicos que están familiarizados con los principios del tratamiento paliativo pueden comunicarse eficazmente con los familiares. La enfermera tiene un rol muy importante en los cuidados paliativos, incluida la comunicación del equipo de atención médica al paciente y los miembros de la familia (20).

b. Modelo Consultivo

Este modelo se centra en la participación de los equipos de cuidados paliativos en el cuidado de los pacientes de la UTI con mayor riesgo de muerte, teniendo acceso abierto al ingreso a la UTI, para evaluar e identificar a los pacientes que puedan beneficiarse. Los factores que guían la consulta incluyen el estado agudo de la enfermedad y factores del paciente como edad, diferentes etapas de la enfermedad. (20).

c. Modelo Mixto

La forma más eficaz de integrar los cuidados intensivos y los cuidados paliativos es combinar los dos modelos, los cuidados paliativos básicos son proporcionados por el personal de la UTI y se solicitan cuidados paliativos profesionales cuando es necesario. Para satisfacer la necesidad de cuidados paliativos, es importante mejorar la capacidad del personal médico de la UTI para proporcionar cuidados paliativos básicos y ampliar el equipo de cuidados paliativos profesionales. El modelo mixto garantiza la calidad de los cuidados paliativos estándar y la continuidad de la atención incluso cuando los pacientes es externado de la UTI (15,20).

ESCALA DE TOLDS Palliative Performance Scale (PPS)

La escala Palliative Performance Scale (PPS) es ampliamente utilizada para indicar cuidados paliativos, permitiendo establecer el pronóstico y la funcionalidad del paciente. Esta escala puede ser aplicada en los siguientes casos: En cualquier paciente con enfermedad avanzada, crónica progresiva o terminal, al ingreso en unidades de cuidados paliativos o UTI, durante hospitalización prolongada o deterioro progresivo, en contexto de Planificación Anticipada de Cuidados (PAC). (21).

Las variables de evaluación son cinco dimensiones clínicas observables que permiten valorar de forma integral la funcionalidad del paciente en contexto de enfermedad avanzada o terminal. 1. Ambulación, 2. Actividad / evidencia de enfermedad, 3. Capacidad para el autocuidado. 4. Ingesta, 5. Nivel de conciencia. Se asigna el porcentaje que mejor representa el estado global del paciente. Las 5 variables de la PPS permiten una evaluación holística del paciente que permitirá: Determinar el nivel de funcionalidad, estimar pronóstico, tomar decisiones éticas y clínicas fundamentadas. La estimación del pronóstico. Un PPS $\leq 50\%$ Probabilidad alta de fallecer en semanas a pocos meses. Un PPS $\leq 30\%$ En general indica etapa de agonía, con una sobrevivencia estimada de días a muy pocas horas. El Criterio para ingreso a programas de cuidados paliativos Generalmente PPS $\leq 50\%$ se considera un umbral útil para iniciar seguimiento paliativo formal (22). Gonçalves M et al 2019. Realizaron un estudio en el que evaluaron el uso de la herramienta Palliative Care Screening Tool (PCST) para la recomendación de cuidados paliativos entre pacientes mayores ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, identificó una concordancia perfecta entre las escalas PCST y PPS, y encontró que la PCST, debido a su alta sensibilidad, es una herramienta importante para indicar pacientes de UTI para cuidados paliativos. El estudio de Clara y colaboradores (2022) 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 CP (23).

INTERVENCIONES AVANZADAS EN CUIDADOS PALIATIVOS EN UTI

6.1. Manejo integral de síntomas: Los cuidados paliativos tienen como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación perfecta y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, 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. Los pacientes de la UCI son propensos a presentar síntomas como dolor, disnea, sed, anorexia, estreñimiento, fatiga, miedo, depresión, ansiedad y delirio que afectan la calidad de vida. (3).

El uso de sedantes, analgésicos y otros métodos no farmacológicos para aliviar los síntomas angustiantes, así como una comunicación cuidadosa para apoyar el proceso de toma de decisiones, incluida la autonomía, la determinación de la capacidad y la gestación subrogada, son de suma importancia, incluso durante la fase de tratamientos activos (18). El dominio de la paliación de los síntomas incluye: presencia del equipo de cuidados paliativos, relación paciente familia, enfoque de equipo multidisciplinario, política de abordaje de los pacientes, detección y manejo de los síntomas y presencia de un comité de revisión ética (15)

6.2. Manejo de los síntomas más frecuentes

- **Manejo del Dolor:** Analgesia dirigida: La herramienta de observación del dolor en cuidados críticos es un método eficaz para la evaluación del dolor en pacientes de la UCI que no pueden autoinformar su dolor (24). La elección del tratamiento analgésico o no farmacológico debe basarse en la evaluación del dolor y reflejar las necesidades y los deseos de los pacientes. Los opioides siguen siendo la opción principal para la analgesia dirigida (15).
- **Sedación terminal:** Los sedantes se

utilizan para la sedación terminal. Se requieren cuatro criterios para que un paciente sea considerado apto para la sedación terminal: el paciente tiene una enfermedad terminal; presenta síntomas graves, que no responden al tratamiento y son insoportables para el paciente; está en vigor una orden de no reanimar; y la muerte es inminente (de horas a días). El objetivo de la sedación terminal no es acelerar la muerte, sino aliviar el sufrimiento al final de la vida, lo que difiere de la eutanasia. (11)

- **Disnea:** La disnea es uno de los síntomas más comunes durante el período terminal y se asocia con dolor, fatiga, ansiedad y aumento de la mortalidad. El uso de ansiolíticos puede ayudar a reducir los componentes de ansiedad en la disnea, y también se pueden utilizar broncodilatadores, diuréticos y corticosteroides como complementos. Se considera que los opioides son la piedra angular del tratamiento de la disnea en pacientes terminales. Sin embargo, la calidad de las evidencias sobre el uso de opioides es baja y el oxígeno es ineficaz en pacientes disneicos sin hipoxemia (26)

6.3. Planificación Anticipada de Cuidados (PAC)

Es un proceso deliberado, estructurado y centrado en la persona, mediante el cual se identifican, discuten y registran valores, deseos y preferencias del paciente sobre la atención médica futura, especialmente en caso de que en algún momento no pueda expresar sus decisiones por sí mismo. Esto incluye: 1. Preferencias sobre el uso de soporte vital (intubación, RCP, diálisis, etc.) 2. Lugar preferido para recibir cuidados (hospital, domicilio). 3. Designación de un representante o "decisor sustituto" (familiar o tutor legal). 4. Objetivos generales del tratamiento (curativo vs paliativo). 4. Instrucciones médicas anticipadas (IMA) o voluntades anticipadas. La PAC permite a los pacientes expresar sus preferencias respecto al tratamiento en situaciones críticas. Estudios han mostrado que la implementación de intervenciones de PAC reduce la probabilidad de admisión a la UTI en pacientes con alto riesgo de muerte en un 37%. (27)

6.4. Comunicación y Toma de Decisiones

Compartidas

La comunicación efectiva entre el equipo de salud, el paciente y la familia es esencial. La formación en habilidades comunicativas y la implementación de herramientas de apoyo a la decisión compartida han demostrado mejorar la satisfacción de los familiares y reducir la ansiedad y el estrés del equipo clínico.

En general, los pacientes moribundos carecen de capacidad para tomar decisiones. Las directivas anticipadas, cuando estén disponibles, deben guiar el proceso de toma de decisiones, aunque a menudo se trata de una decisión del equipo médico. Este proceso puede ser complejo y emocionalmente agotador. La formación de los médicos en la educación médica de posgrado y continua puede proporcionar orientación y apoyo. Además, las complicaciones de la polifarmacia, la falta de una visión general realista, la escasa atención a la calidad de vida y la comunicación con los familiares son motivo de preocupación. Sin embargo, a menudo es difícil para los médicos iniciar una conversación adecuada con los familiares de los pacientes. Por lo tanto, los médicos de la UCI deben tener conocimientos y competencia sobre CP y apoyos al final de la vida (18).

6.5. Soporte Psicosocial y Espiritual

El apoyo emocional y espiritual es crucial para los pacientes y sus familias. La presencia de equipos interdisciplinarios que incluyan psicólogos, trabajadores sociales ha mostrado mejorar el bienestar general y la satisfacción con la atención recibida. (3).

6.6. Educación y Capacitación del Personal de Salud: La educación y capacitación del personal de UTI en este enfoque es un componente importante para brindar una atención compasiva, efectiva y ética al final de la vida. La formación continua del equipo de salud en principios y prácticas de cuidados paliativos es fundamental para garantizar una atención de calidad. Las discusiones sobre los cambios en los objetivos de la atención y un nivel de tratamiento más proporcional deben iniciarse temprano en la UTI (18). Numerosos estudios han demostrado que el personal de UTI (médicos, enfermeras,

fisioterapeutas y otros profesionales) suele presentar **deficiencias en conocimientos, habilidades de comunicación y toma de decisiones éticas** relacionadas con los cuidados paliativos.

DESAFIOS EN LA IMPLEMENTACION DE CUIDADOS INTENSIVOS

A pesar de los avances, existen barreras significativas para la integración efectiva de los cuidados paliativos en la UTI:

7.1. Formación Insuficiente en CP: La falta de capacitación específica en cuidados paliativos entre el personal de salud limita la calidad de la atención proporcionada. Muchos intensivistas no han recibido capacitación formal en cuidados paliativos. Según Santos et al. (2023) Hay desconocimiento sobre manejo de síntomas, sedación paliativa y criterios de adecuación del esfuerzo terapéutico). La educación en cuidados paliativos en América Latina ha sido limitada. Menos del 15% de los médicos han recibido formación específica en cuidados paliativos durante su formación universitaria. Además, solo el 13.5% de las facultades de medicina ofrecen cursos sobre este tema, y la cantidad de docentes especializados es insuficiente, con un promedio regional de 14 por país. En países como Bolivia y Honduras, no se registran docentes en esta área. (28).

7.2. Resistencia Institucional: Las estructuras organizativas y los protocolos existentes a menudo no favorecen la integración de cuidados paliativos. Creencias erróneas sobre que los cuidados paliativos “aceleran la muerte”. Choques de valores entre los profesionales de UTI y los equipos de paliativos (cuando los hay) (29)

7.3. Dificultades Culturales: En algunas culturas, la aceptación de la muerte y la planificación anticipada de cuidados son temas sensibles, lo que puede dificultar la implementación de estas prácticas. En Latinoamérica, las familias suelen tener un rol central en las decisiones. Fuerte influencia de creencias religiosas que pueden dificultar la aceptación de un pronóstico terminal (29,34)

7.4. Marco legal ambiguo o restrictivo: En algunos países de Latinoamérica en particular Bolivia, la legislación no es clara respecto a: Sedación paliativa, Limitación del soporte vital, Directrices anticipadas o

voluntades anticipadas. Esto genera temor médico legal entre los profesionales de UTI. La Ley N° 1223, promulgada el 5 de septiembre de 2019, establece los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral para pacientes con cáncer. Sin embargo, su aplicación está restringida a esta enfermedad específica, excluyendo a pacientes con otras patologías crónicas o terminales que también requieren atención paliativa. Esta limitación impide una cobertura universal en el ámbito de la salud crítica (19).

El Decreto Supremo N° 4881, emitido el 22 de febrero de 2023, reglamenta parcialmente la Ley N° 1223, pero no aborda de manera directa la implementación de cuidados paliativos en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). La ausencia de protocolos claros y específicos para la atención paliativa en UTI contribuye a la ambigüedad y falta de uniformidad en su aplicación. (30).

7.5. Ausencia de protocolos institucionales:

En muchas instituciones no existen guías clínicas para: Iniciar cuidados paliativos en la UTI. Determinar cuándo retirar soporte vital. Sedación paliativa o LET. Fortín Magaña et al. (2018) argumentan que, en América Latina, la enseñanza formal de medicina paliativa sigue siendo limitada, y muchas instituciones carecen de planes estructurados para su implementación. (31)

CONCLUSIONES

- A pesar de los avances tecnológicos en la atención de UTI, la mortalidad en las Unidades de Terapia Intensiva sigue siendo considerable, y muchos pacientes enfrentan enfermedades crónicas e irreversibles que limitan las posibilidades de recuperación.

En este contexto, la integración de los cuidados paliativos (CP) en las UTI se vuelve no solo necesaria, sino ética y clínicamente imperativa. Esta integración permite abordar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual de los pacientes gravemente enfermos, mejorar la calidad de vida, facilitar una muerte digna y optimizar el uso racional de los recursos sanitarios.

- Sin embargo, su implementación aún enfrenta múltiples desafíos: desde aspectos culturales y organizacionales hasta limitaciones ético-legales y educativas. La escasa formación del personal, la falta de modelos de atención estandarizados y el enfoque tradicional centrado exclusivamente en la curación dificultan la adopción sistemática de los CP en UTI. En respuesta, se proponen modelos integrador, consultivo y mixto para facilitar la incorporación progresiva de esta práctica.
- Herramientas como la Escala de Desempeño Paliativo (PPS) y la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC) permiten individualizar la atención, respetar la autonomía del paciente y favorecer decisiones compartidas. El soporte psicosocial, el acompañamiento espiritual y la comunicación efectiva con las familias son pilares esenciales en este proceso.
- De una perspectiva ética, los CP en UTI deben guiarse por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y fidelidad, promoviendo decisiones centradas en los valores del paciente. Por lo tanto, es urgente la formación continua del personal sanitario y la sensibilización institucional para lograr una atención verdaderamente humanizada y centrada en la dignidad de la persona, especialmente en los momentos más vulnerables de la vida.

REFERENCIAS

1. Angus D, Barnato A., Linde W, Lisa A Weissfeld, Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med.* 2004;32:638-43. DOI: 10.1097/01.ccm.0000114816.62331.08.
2. Vincent JL, Marshall JC, Namendys-Silva Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. *Lancet Respir Med.* 2014;2:380-6. DOI: 10.1016/S2213-2600(14)70061-X.
3. Molina E, Olivero A, Tavares S. Cuidados Paliativos en Cuidados Intensivos: Revisión Integradora. *Revista de Bioética* vol.31 Brasília 2023; Pg. 1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233418ES>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos, promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

5. Saunders C. The evolution of palliative care. *JR Soc Med.* 2001;94:430–2. DOI: 10.1177/014107680109400904
6. OMS. Definición de cuidados paliativos de la OMS. <http://www.who.int/cancer/palliative/definicion/en>. Consultado el 25 de mayo de 2018.
7. Desai S, Law T, Needham D. Long-term complications of critical care. *Rev. Crit Care Med* 2011 Vol. 39, No. 2. Pg:371-79. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5.
8. Kesecioglu, J., Rusinova, K., Alampi, D., Arabi, Y. M., Benbenishty, J., Benoit, D., et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 2024; 50(11), 1740–1766. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>
9. Neukirchen M, Metaxa V, Schaefer M. Palliative care in intensive care *Intensive. Care Med* (2023) 49:1538–1540 <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07260-z>.
10. Michalsen M., Neitzke N., Dutzmann J., Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin.* 2021 · 116: 281–294. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>.
11. Akdeniz M, Yardimci B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end of life care. *SAGE Open Medicine*, 2021, Volume 9: 1 –9. DOI: 10.1177/20503121211000918
12. Spoljar D, Curkovic M, Gastmans C, et al. Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: A systematic review. *Crit Care.* 2020;58:10–9. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.03.010
13. Casado, M., de Lecuona, I., & Royes, A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Revista española de medicina legal*, 2013; 39(1), 26-31.
14. Bandrauk N, Downar J, Paunovic B. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper. *Can J Anaesth.* 2018;65:105–22. DOI: 10.1007/s12630-017-1002-1
15. Hongyan P., Weihua Sh., Qilong Z., Palliative Care in the Intensive Care Unit: Not Just End-of-life Care. *Intensive Care Research* (2023) Vol.: (0123456789) 3:77–82. <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>.
16. Vargas C. Tendencias y principios en las corrientes bioéticas. *Revista Colombiana de Bioética*, 2021; 16 (2), 119-140. DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3077>
17. Esper R. Córdova J. Carrillo L. Cuidados paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva, 2007; 11(4):207-216.
18. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiología* (2018) 18:106. DOI: 10.1186/s12871-018-0574-9.
19. Crooms R, Gelfman L. Palliative care and end-of-life considerations for the frail patient. *Anesth Analg.* 2020;130:1504–15. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004763.
20. Ganz F, Ben N, Raanan O. Introducing palliative care into the intensive care unit: an interventional study. *Heart Lung.* 2020;49:915–21. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2020.07.006.
21. Goncalves M., Ramos V., Alvares R., et al. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Articles Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(5):e190143 <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
22. Victoria Hospice Society. Palliative Performance Scale (PPSv2) Columbia: VHS; 2018: http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf.
23. Santa Cl., Silva V., Alves R et al. The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2022;22(5):e190143. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190143.
24. Fedele S, Strasser S, Roulin M. Validación de la herramienta de observación del dolor en cuidados intensivos en cuidados paliativos. *Pain Manag Nurs.* 2020;21:360–4.
25. Cortegiani A, Mercadante S, Gregoretti C. Palliative ventilatory support: same knowledge, different goal. *J Thorac Dis.* 2018;10: 236–7.
26. Khandelwal N., Kross E., Engelberg R et al. Estimating the Effect of Palliative Care Interventions and Advance Care Planning on ICU Utilization: A Systematic Review. *Crit Care Med.* 2015; 43(5):1102–1111. doi:10.1097/CCM.0000000000000852.
27. Santos dos Santos, D. et al. Cuidados paliativos y enfermería al paciente en UCI: una revisión integradora. *Research, Society and Development*, 2023. 10(9), e18209. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18209>.
28. Paccha C., Reyes E., saraguro S. et al. Barreras en el acceso a los cuidados paliativos: Perspectivas de pacientes y familias. Vol. 7 Núm. 1 (2025). DOI: <https://doi.org/10.47606>
29. Decreto Supremo N° 4881. (2023). Recuperado de <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-N4881.html>.
30. Fortín M., Gomez J. Lopez M. et al. (2016). Situación actual de la enseñanza de la medicina paliativa en las universidades de Centroamérica. *Educación Médica. Educ Med.* 2017;18(4):242-248.
31. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2021, 116(4):281–294.
32. Vink E, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJO, Bakker J Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med*(2018) 44(9):1369–1377
33. Urizzi F, Tanita MT, Festti J, Cardoso L. Caring for critically ill patients outside intensive care units due to full units: a cohort study. *Clinics* 2018;72(9):568-74. <http://www.scielo.br/scielo>.
34. Ley N° 1223, Ley del Cáncer. (2019). Recuperado de <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N1223.html>.