



DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e986>

Extubación paliativa: obstáculos, desafíos y soluciones

Palliative extubation: obstacles, challenges and solutions

Sandra Viviana Amaya Vanegas^a, Ómar Fernando Gomezese Ribero^{a,b}

^aAnestesiología y Reanimación, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

^bClínica de alivio del dolor, Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia.

Correspondencia: Cl. 9, Cra. 27, Anestesiología y Reanimación, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Email: sandra_vivi@hotmail.com

¿Como citar este artículo?: Amaya Vanegas SV, Gomezese Ribero ÓF. Palliative extubation: obstacles, challenges and solutions. Colombian Journal of Anesthesiology. 2021;49:e986.

Resumen

La interrupción de la asistencia vital puede ser una decisión complicada, aun cuando se debe considerar como una opción cuando la muerte es inevitable o la recuperación a una calidad de vida aceptable no es posible. A lo largo del proceso se encuentran obstáculos que se deben sortear para finalmente ofrecer a los pacientes una muerte tranquila y comfortable.

En este artículo ofrecemos una serie de herramientas que buscan solucionar los desafíos de la extubación paliativa y presentamos una guía de extubación que podría facilitar la decisión de retiro del soporte vital, haciendo de la extubación paliativa una alternativa por considerar en lugar de prolongar la vida de manera artificial a expensas de un costo humano y económico inaceptable.

Palabras clave

Cuidados paliativos; Cuidados paliativos al final de la vida; Extubación traqueal; Cuidados para prolongación de la vida; Derecho a morir.

Abstract

Life support withdrawal can be a challenging decision, but it should be considered as an option when death is inevitable or recovery to an acceptable quality of life is not possible. The process is beset by obstacles that must be overcome to finally offer patients comfort and a peaceful death.

In this article, we offer a series of tools that seek to solve the challenges of palliative extubation, as well as a protocol that could facilitate the decision to withdraw life support, making palliative extubation an alternative to consider instead of artificially prolonging life at the expense of unacceptable human and economic costs.

Keywords

Palliative care; Hospice care; Airway extubation; Life support care; Right to die.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, la intubación orotraqueal habitualmente se realiza en escenarios de emergencia en los que se acostumbra actuar primero y preguntar después, por lo que la intubación de pacientes en cuidados paliativos suele verse con relativa frecuencia. La interrupción de la asistencia vital una vez instaurada puede ser una decisión complicada. Los médicos suelen expresar angustia emocional tanto por la decisión como por la participación en el retiro de soporte vital. La extubación paliativa es un procedimiento éticamente sólido —basado en los principios éticos de proporcionalidad, justicia y autonomía—, indicado cuando la muerte es inevitable o no es posible la recuperación a una calidad de vida aceptable. El desarrollo y aplicación de un protocolo estandarizado para la extubación paliativa es útil y facilita la toma de decisiones éticas.

PRONÓSTICO VITAL Y FUNCIONAL

El primer obstáculo que enfrenta el médico ante un paciente crítico es determinar de manera objetiva y confiable el pronóstico vital y funcional. Los pacientes que ingresan a UCI, además de sufrir enfermedades graves, pueden tener comorbilidades y disfunción de múltiples órganos, entonces, la gravedad del proceso patológico no está relacionada tanto con la etiología, sino más bien con la respuesta de los mecanismos fisiológicos del individuo (1).

La decisión de extubación paliativa requiere una selección adecuada de los pacientes con un pronóstico vital inaceptable a corto plazo (Charlson Comorbidity Index menor del 50 %) o una funcionalidad global muy deteriorada (ECOG 4, Barthel < 35). En la escala Karnofsky un puntaje menor de 50 indica un elevado riesgo de muerte a seis meses en pacientes oncológicos y el índice PALIAR (>7,5 muy alto riesgo) estima el pronóstico vital a seis meses en pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica (1).

La incertidumbre pronóstica es un problema generalizado en medicina, algunas

revisiones retrospectivas citan la supervivencia después de la extubación paliativa hasta del 11 %, pero esto no debe ser limitación para la toma de decisiones, ni justifica elegir no retirar nunca los soportes de vida, ya que esta decisión presenta sus propias consideraciones éticas (2).

Técnicas de comunicación al final de la vida

La extubación paliativa del paciente alerta implica consideraciones psicosociales y éticas únicas, evaluar el grado de comprensión y la capacidad de participar en la decisión de final de vida puede hacerse incluso mediante la comunicación no verbal; sin embargo, la gran mayoría de los pacientes no pueden participar en la decisión.

Las técnicas de comunicación sobre el cuidado al final de la vida son útiles en este aspecto, el concepto moderno de dignidad humana se basa en la idea de que todo ser humano tiene el derecho innato a la libertad y esto le confiere dignidad, aun cuando la persona pierda su capacidad de tomar decisiones, conserva el derecho a ser respetadas sus voluntades, por lo que alentar la redacción de instrucciones anticipadas libra a la familia de decisiones difíciles y

ayuda a honrar la autonomía del paciente.

Cuando no contamos con las voluntades anticipadas hay que alentar la participación familiar en el entendimiento del paciente y el acercamiento a sus deseos expresados previamente o entendiendo el sistema de valores con los que afrontaba la toma de decisiones en el pasado, esto permite la toma de decisiones respetando la autonomía y dignidad (1) (Tabla 1).

Los familiares de los enfermos críticos valoran la comunicación como una de las facetas más importantes de la asistencia. La calidad de la comunicación está relacionada no solo con la información brindada, sino también con el acercamiento, la empatía, el apoyo psicosocial y espiritual, el reconocimiento de las emociones y la actitud de escucha del equipo médico.

Aunque el acercamiento sea apropiado, la familia puede rechazar la opción de extubación paliativa. La decisión en ningún caso puede ser unilateral, se recomienda apoyarse en un equipo interdisciplinario; desafortunadamente, en la mayoría de las áreas no existen servicios de cuidados paliativos, o su oferta es muy limitada (3). Se recomienda el acompañamiento de psicología en el proceso de duelo y mantener la comunicación abierta invitando a la familia siempre a pensar qué diría el paciente si pudiera tomar la decisión.

TABLA 1. Frases útiles para orientar la toma de decisiones respetando el deseo del paciente.

- En este momento la ciencia no puede curar a su familiar, sin embargo, aún hay muchas cosas que podemos hacer por él/ella, deseamos ofrecerle un cambio de objetivos y brindándole una muerte digna.
- No pienses en lo que tú quieres, sino en lo que hubiera deseado tu ser querido, ¿qué crees que diría si él estuviera aquí?
- Aunque podemos ver signos vitales en su familiar no es posible garantizarle una recuperación que no afecte su calidad de vida, podríamos honrar sus deseos si Ud. nos ayuda a entender lo que significaba para él “morir dignamente”.
- Desafortunadamente su familiar se enfrenta al final de su vida, recuerda si él/ella ¿alguna vez hablo con ud de como esperaba que fueran sus últimos momentos?, ¿recuerda si alguien cercano estuvo en una situación similar a esta? ¿Y que opinión tenía su familiar al respecto?

FUENTE: Adaptado de McVeigh et al. (4).

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El siguiente obstáculo que debe sortear el médico son los sesgos legales y éticos de la interrupción de asistencia vital. El acto de retirar o retener un tratamiento se considera igual desde el punto de vista ético y estas prácticas son moralmente permisibles con base en los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia (4). El médico no tiene la obligación de realizar o mantener tratamientos fútiles, entendidos como aquellos tratamientos que no consiguen el objetivo esperado; en este sentido, mantenerlos se considera mala práctica clínica por ir en contra de la dignidad humana, así mismo, consumir recursos sanitarios inútilmente va en contra del principio de justicia distributiva (5).

Todo paciente tiene la libertad de rechazar cualquier tipo de tratamiento, aunque de ello se pueda derivar incluso su muerte. Este derecho de autonomía se puede ejercer tanto de forma verbal como escrita. La decisión se debe discutir colectivamente, debe incluir a la familia y tomarse por consenso, en ocasiones, cuando hay dudas razonables, es recomendable la práctica de continuar el tratamiento intensivo condicionado a objetivos terapéuticos puntuales en un tiempo prudente.

REORIENTACIÓN HACIA NUEVOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Una vez superados los diversos obstáculos, el procedimiento de extubación paliativa debe ser realizado por un equipo multidisciplinario y con el principal objetivo de evitar a toda costa el padecimiento del paciente durante todo el proceso hasta la muerte.

Aunque el tiempo hasta la muerte después de retirada la ventilación mecánica es típicamente menor de 24 horas, el 10 % sobrevive más de 24 horas y en el paciente con enfermedad neurológica, puede ser un lapso, impredecible, de días a semanas (2).

Después de la extubación se pueden presentar síntomas que requieren intervención preventiva, como insuficiencia respiratoria, disnea, delirio, agitación, dolor, angustia psicológica y dificultad para des-

pejar secreciones. Ningún medicamento aliviará el dolor o el sufrimiento al instante, por lo que no se deben esperar signos de sufrimiento para realizar una excelente analgesia y sedación.

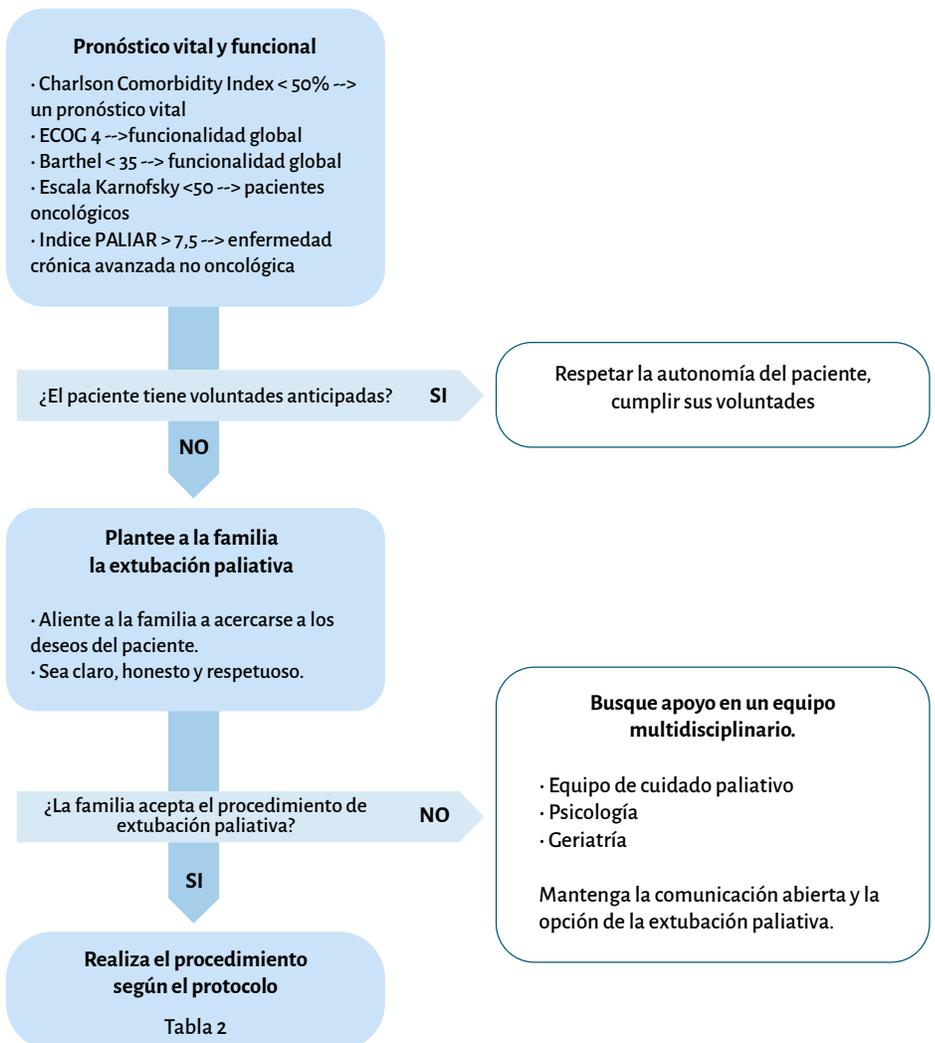
Es tranquilizador para la familia entender sobre el uso preventivo de medicamentos y la evaluación de signos no verbales de incomodidad, como gestos, tensión corporal y esfuerzo respiratorio, para guiar la dosis de medicamentos; es importante también, preparar a las familias para los patrones de respiración típicos asociados con el fallecimiento, como pausas, jadeo, movimiento involuntario de la mandíbula y estridores, pero que no indican sufrimiento.

Sedación paliativa

La sedación paliativa consiste en mantener la inconsciencia de un paciente con enfermedad terminal para aliviar la angustia física o psicológica refractaria. La garantía de que el paciente no experimentará síntomas durante el retiro del soporte vital solo se puede proporcionar si él se encuentra sedado para el procedimiento.

La doctrina del doble efecto y los principios de proporcionalidad y autonomía son los principios éticos que juegan un papel importante en la práctica de la sedación paliativa. La doctrina del doble efecto evalúa las intenciones de un tratamiento que tiene un doble efecto —sedación y depresión res-

FIGURA 1. Posibilidades y árbol de decisiones en extubación paliativa.



FUENTE: Autores.

TABLA 2. Protocolo de extubación paliativa.

| Etapa | Actividades |
|---------------------|---|
| Documentación legal | <ul style="list-style-type: none"> · Establezca el pronóstico vital y funcional de acuerdo a escalas clínicas en la historia clínica · Solicite concepto a especialistas pertinentes · Deje constancia en la historia clínica de la conversación con la familia y de los acuerdos realizados · Deje el consentimiento legal firmado en la historia clínica y deje constancia de dicho documento en su nota médica y de enfermería. · Documente en la historia clínica el proceso, la dosis y la frecuencia de los medicamentos administrados |
| Planificación | <ul style="list-style-type: none"> · Suspenda la alimentación enteral 24 h antes de la extubación. · Descontinúe la mediación fútil · Prepare a la familia, revise sus expectativas y provea apoyo psicosocial y espiritual. · Revise el plan de manejo con el equipo multidisciplinario |
| Premedicación | <ul style="list-style-type: none"> · Sugerimos el siguiente esquema de sedación: <ul style="list-style-type: none"> - morfina 5 mg y midazolam 1-2 mg, 30 minutos antes de la extubación, titular según la necesidad. - Decida el grado de sedación deseado según las condiciones del paciente, evalúe cada 10 a 15 min y repita la dosis según sea necesario. |
| Extubación | <ul style="list-style-type: none"> · Destete el oxígeno al 21 % y PEEP a 5, repita la dosis de morfina y midazolam, si encuentra algún signo de disestres. · Remueva el tubo orotraqueal y la sonda nasogástrica |
| Cuidado posterior | <ul style="list-style-type: none"> · Evite el soporte de oxígeno a alto flujo. · Maneje los signos de disestrés con bolos de opioide y benzodiacepina, si la muerte no es inminente, considere empezar infusión de opioide y bolos de benzodiacepina cada 4 h. · Acompañe y tranquilice a la familia y provea un ambiente adecuado y respetuoso. |

FUENTE: Adaptado de McVeigh et al. (4).

piratoria—, sin incurrir en el deseo de apresurar la muerte, lo que se puede demostrar realizando todo lo que esté al alcance para evitar el efecto indeseado, en este caso, evaluando los síntomas y manteniendo una proporcionalidad entre el objetivo terapéutico y la dosis de infusión.

La noción de que los medicamentos utilizados en la sedación pueden acelerar la

muerte es problemática y puede limitar las dosis apropiadas. No hay evidencia de que dosis más altas de opioides utilizadas en la extubación terminal aceleren la muerte; al contrario, los estudios encontraron que los pacientes que recibieron dosis altas de opioides tuvieron un aumento corto, pero significativo del tiempo hasta la muerte (6). En la práctica, los opioides se usan en com-

binación con benzodiacepinas, que se titulan para alcanzar la sedación, lo que permite utilizar dosis de opioide por debajo del rango de depresión respiratoria que ocurre con dosis iguales o superiores a las que causan sedación. Con lo anterior, se logra que la muerte ocurra en un ritmo determinado por la enfermedad.

PROTOCOLO DE EXTUBACIÓN PALIATIVA

La Figura 1 ofrece un flujograma para guiar las decisiones a partir de escalas clínicas y teniendo en cuenta el principio de autonomía, que permitirá al especialista sortear los desafíos de la extubación paliativa.

El desarrollo y aplicación de un protocolo que guíe la retirada del soporte vital es útil y facilita la toma de decisiones éticas para enfermeras y médicos. En la Tabla 2 se presentan recomendaciones para la realización del procedimiento basadas en guías de práctica clínica para la extubación paliativa (7,8).

CONCLUSIONES

Aun cuando los índices pronósticos no han sido útiles para predecir la supervivencia o tomar decisiones de final de vida, la extubación terminal es una opción que se debe considerar cuando la muerte es inevitable o no es posible la recuperación a una calidad de vida aceptable. La dignidad humana se basa en la idea de que todo ser humano tiene el derecho innato a la libertad y es nuestro deber guiar a la familia para honrar la autonomía del paciente. Mantener tratamientos fútiles se considera mala práctica clínica por ir en contra de la dignidad humana; por el contrario, la extubación paliativa es éticamente permisible con base en los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Una vez superados los diversos obstáculos, el procedimiento de extubación paliativa debe ser realizado por un equipo multidisciplinario y con el principal objetivo de evitar a toda costa el padeci-

miento del paciente durante todo el proceso hasta la muerte. Contar con un protocolo estandarizado para la retirada del soporte vital facilita la toma de decisiones éticas.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declaran este artículo se trata de una revisión de tema no sistemática y reflexión por lo que para la producción de este no se realizaron investigaciones ni experimentos en seres humanos ni en animales.

En el artículo no aparecen datos de pacientes ni fue necesario obtener previamente el consentimiento de potenciales participantes.

RECONOCIMIENTOS

Contribuciones de los autores

SVAV: Redacción inicial del manuscrito.

ÓFGR: Redacción y aprobación final del manuscrito.

Asistencia para el estudio

Ninguna declarada.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Presentaciones

Ninguna declarada.

Agradecimientos

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Gracia MP, Álvarez-Lerma F, Botet JP. Predicción de mortalidad del paciente ingresado en UCI: desarrollo y validación de un nuevo modelo pronóstico [tesis doctoral]. [Barcelona]: Universidad Autónoma de Barcelona. 2016.
2. Billings JA. Humane terminal extubation reconsidered: The role for preemptive analgesia and sedation. *Crit Care Med*. 2012;40(2):625-30. doi: <http://www.doi.org/10.1097/CC-M.0b013e318228235d>
3. Calvache JA, Gil F, de Vries E. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country? Analysis of mortality data. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2020;48(4):e924. doi: <http://www.doi.org/10.1097/CJ9.000000000000159>
4. McVeigh U, Eldakar-Hein S. Terminal extubation. *Hosp Med Clin*. 2015;4:272-81. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.ehmc.2014.12.004>
5. Reta IS, Diarasari SI. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33. doi: [http://www.doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70922-7](http://www.doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70922-7)
6. Chan JD, Treece PD, Engelberg RA, et al. Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: association with time to death? *Chest*. 2004;126(1):286-93. doi: <http://www.doi.org/10.1378/cofre.126.1.286>
7. Marr L, Weissman DE. Withdrawal of ventilatory support from the dying adult patient. *J Support Oncol*. 2004;2:283-8.
8. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest*. 2008;134(4):835-43. doi: <http://www.doi.org/10.1378/chest.08-0235>