

EVALUACIÓN Y MANEJO DE FIN DE VIDA

Autora: Dra. Ma. Angélica Becerra Acosta. Residente Medicina Familiar UC

Tutor: Dr. Alfredo Rodríguez. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Editor(a): Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar UC

16 de Abril de 2019

Resumen de portada:

La fase final de vida de un paciente es una situación eventualmente estresante para los profesionales de la salud quienes deben reconocer los signos que orienten a este diagnóstico para definir, lo mejor posible, el tiempo de sobrevida del paciente, el manejo adecuado y, tener la oportunidad de hablar con el paciente y su familia. En este artículo se revisarán los signos de fin de vida, su validez diagnóstica y el manejo de algunos síntomas que se presentan en esta etapa.

Palabras clave: Cuidados paliativos en APS, diagnóstico de muerte inminente, variación de signos vitales al final de la vida, signos de muerte inminente.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE FIN DE VIDA

Autora: Dra. Ma. Angélica Becerra Acosta. Residente Medicina Familiar UC

Tutor: Dr. Alfredo Rodríguez. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Editor(a): Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar UC

16 de Abril de 2019

Introducción

La atención primaria en salud (APS) se hace cargo de hasta el 70% de los pacientes con enfermedades que requieren cuidados paliativos (1, 2). Es en este escenario donde los médicos manejan los síntomas derivados de las mismas patologías, realizan tratamiento de enfermedades intercurrentes, mantienen el manejo preventivo habitual de los pacientes, se monitorean los efectos secundarios de los tratamientos e incluso se hacen cargo del manejo de fin de vida teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes fallecen en sus hogares (3, 4, 5, 6).

Se describe fin de vida como el período que precede a la muerte natural del individuo como parte de un proceso que no puede ser detenido por el equipo de salud (7), y al ser parte de este equipo, debemos saber reconocer los signos que caracterizan dicha etapa para definir la sobrevida del paciente y tomar decisiones oportunas respecto al plan de manejo del mismo. Además, informar de manera asertiva la situación a los familiares; así como educarlos para prevenir medidas fútiles e ingresos innecesarios a urgencias (8, 9, 10).

Según un estudio realizado con médicos y enfermeras en una unidad de cuidados paliativos (UCP), se evaluó la precisión en la predicción clínica de sobrevida para los últimos 14 días de vida de un paciente en la etapa terminal de su enfermedad de una forma temporal (probabilidad de sobrevida de paciente en días) y probabilística (probabilidad de que el paciente esté vivo en 24-48hr); encontrando que esta última era más precisa (11). Sin embargo, esta precisión disminuye a medida que el momento de la muerte se acerca, por lo tanto sigue siendo difícil determinar el momento exacto de muerte sólo con la predicción del equipo de salud, lo que sugiere la necesidad de otras herramientas para aproximarnos de forma más precisa al diagnóstico de muerte inminente.

Variación de los signos vitales al final de la vida

Los signos vitales determinan la estabilidad hemodinámica de los pacientes y durante la fase final de vida se ha estudiado la variabilidad de los mismos. En un estudio (12), se determinó si los cambios en la frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SatO₂), presión arterial sistólica (PAS)/diastólica (PAD) y temperatura (T°) tenían alguna asociación o no con el diagnóstico de muerte inminente y si permitían una mayor precisión diagnóstica por parte del equipo de salud a cargo de los pacientes.

Se encontró que la asociación entre los cambios de los signos vitales y la muerte en 3 días fue estadísticamente significativa en la presión arterial sistólica (OR 2,5 IC95% 1,4-4,7), presión arterial diastólica (OR 2,3 IC95% 1,4-4,3) y saturación de oxígeno (OR 3,7 IC95% 2,1-10,8) con una disminución significativa en los tres últimos días de vida; así mismo, se evidenció una disminución significativa para la frecuencia cardiaca (OR 2 IC95% 1,1-3,2) y la temperatura (OR 2,1 IC95% 1,2-3,9). En cuanto a la especificidad para la disminución de la PAS > 20 mmHg, la disminución en la PAD >10 mmHg, la disminución en la FR >5, y la disminución en la SatO₂ >8% es muy alta, pero con una sensibilidad menor a 30% y, los likelihood ratio (LR) positivo y negativo de los mismos son pobres, por lo tanto la utilidad de los signos vitales para el diagnóstico de muerte inminente es limitada y la ausencia de cambios en los mismos no excluye la posibilidad de muerte inminente. En conclusión, en nuestra práctica clínica no es recomendable basarse en los signos vitales para hacer diagnóstico de fin de vida, incluso se describe que hay pacientes que fallecen con signos vitales estables, por lo tanto hay que tener en cuenta otros signos clínicos que se describen a continuación.

Signos clínicos de muerte inminente

Generalmente los médicos tendemos a sobreestimar la sobrevida de los pacientes y dudamos hacer el diagnóstico de muerte inminente sin tener a la mano evidencia que lo apoye.

La trayectoria del cáncer se ha estudiado en pacientes con meses/semanas de expectativa de vida, pero los signos clínicos que ocurren en los últimos días/horas de vida permanecen pobremente estudiados. Un grupo de investigadores (13,14) se ha dedicado a estudiar el proceso de muerte y a determinar la frecuencia y la utilidad diagnóstica de otros signos clínicos diferentes a los signos vitales, que se encontraron descritos de forma frecuente en la literatura, para poder orientar a los clínicos en el diagnóstico de muerte inminente. En dos publicaciones (13,14) de un estudio prospectivo longitudinal observacional con 357 pacientes en 2 UCP, se documentaron 62 signos físicos que fueron evaluados cada 12 horas hasta la muerte de los pacientes; encontrando 3 signos tempranos (se presentan 7 días previos a la muerte) que son frecuentes, tienen moderada sensibilidad, baja especificidad y moderado LR+; y 14 signos tardíos (se presentan 3 días previos a la muerte) que son menos frecuentes comparado con los tempranos, tiene un alto LR+ y alta especificidad, lo que ayuda a los clínicos a hacer el diagnóstico de muerte inminente, pero su ausencia no descarta la posibilidad de que el paciente muera en 3 días (Tabla 1).

SIGLOS FÍSICOS	PREVALENCIA (Últimos 3 días)	SENSIBILIDAD (IC 95%)	ESPECIFICIDAD (IC 95%)	LR POSITIVO (IC 95%)
TEMPRANOS				
Escala performance en paliativos (PPS) <20%	93%	64 (63,4-64,7)	81,3 (80,9-81,7)	3,5 (3,4-3,6)
Disfagia	90%	40,9 (40,1-41,7)	78,8 (78,3-79,2)	1,9 (1,9-2)
Sedación -2 en escala RASS	90%	50,5 (49,9-51,1)	89,3 (88,9-89,7)	4,9 (4,7-5)
TARDÍOS				
Gasto urinario en 12h <100ml	72%	24,2 (23,2-25,1)	98,2 (98-98,5)	15,2 (13,4-17,1)
Estertores de muerte	66%	22,4 (21,8-22,9)	97,1 (96,9-97,3)	9 (8,1-9,8)
Períodos de apnea	42%	17,6 (17,1-18)	95,3 (95,1-95,6)	4,5 (3,7-5,2)
Respiración con movimientos mandibulares	56%	22 (21,5-22,4)	97,5 (97,3-97,6)	10 (9,1-10,9)
Cianosis periférica	30%	26,7 (26,1-27,3)	94,9 (94,7-95,2)	5,7 (5,4-6,1)

Respiración de cheyne-stokes	41%	14,1 (13,6-14,5)	98,5 (98,4-98,7)	12,4 (10,8-13,9)
Pérdida de pulso de arteria radial	38%	11,3 (10,9-11,8)	99,3 (99,2-99,5)	15,6 (13,7-17,4)
Disminución de respuesta a estímulo verbal	69%	30 (29,4-30,5)	96 (95,8-96,3)	8,3 (7,7-9)
Disminución de respuesta a estímulo visual	70%	31,9 (31,4-32,4)	94,9 (94,6-95,1)	6,7 (6,3-7,1)
Pupilas no reactivas	38%	15,3 (14,9-15,7)	99 (98,8-99,1)	16,7 (14,9-18,6)
Caída del pliegue nasolabial	78%	33,7 (33,2-34,3)	95,5 (95,3-95,8)	8,3 (7,7-8,9)
Hiperextensión del cuello	46%	21,2 (20,6-21,7)	96,7 (96,5-96,9)	7,3 (6,7-8)
Incapacidad de cerrar los párpados	57%	21,4 (20,9-21,8)	97,9 (97,7-98,1)	13,6 (11,7-15,5)

Tabla 1. Prevalencia, sensibilidad, especificidad y LR + de los signos tempranos y tardíos de muerte inminente. Adaptado de: Hui D, et al. Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients (13, 14)

Manejo de Síntomas de fin de vida

Hay múltiples síntomas al final de la vida que dan cuenta del deterioro progresivo del paciente, es por esto que en este momento se deben tomar decisiones con respecto al manejo farmacológico como por ejemplo, suspender polifarmacia, definir la mejor vía de administración de medicamentos y evaluar de forma regular al paciente para optimizar tratamiento farmacológico, titulación de medicamentos y monitorizar reacciones adversas al medicamento (RAM). (8, 15, 16)

Dentro de los síntomas frecuentes que se presentan al final de la vida, se encuentran los estertores de muerte y el delirium terminal. Se hizo una revisión de la literatura para ver la evidencia disponible con respecto al manejo de estos síntomas.

Estertores de muerte

Son secreciones acumuladas en la vía aérea que no están asociadas a dificultad respiratoria, tienen una prevalencia variable, desde 12-94% reportada en la literatura, y en la mayoría de los casos es un síntoma muy angustiante para la familia y el equipo de salud; así mismo, se ha demostrado que su tratamiento no impacta la sobrevida de los pacientes (15,17,18).

En las guías NICE para el manejo de pacientes al final de la vida (8), se hizo una revisión sistemática de la literatura para determinar la efectividad y el impacto del tratamiento farmacológico en los estertores de muerte encontrando que:

- Podría no haber diferencia entre el butilbromuro de hioscina (escopolamina) v/s hidrobromuro de hioscina con respecto a la mejoría de los ruidos respiratorios a las 4, 12 y 24 horas.
- Es incierto el resultado con respecto a la mejoría de secreciones y alivio de la angustia de los familiares con ambos fármacos.
- El Butilbromuro de hioscina podría no empeorar el nivel de conciencia a 12 y 24 hrs de uso comparado con Hidrobromuro de hioscina.
- La atropina podría mejorar la respiración ruidosa a 12 horas de tratamiento comparado con butilbromuro de hioscina.
- Cuando se compara atropina v/s placebo, podría no haber diferencia para la mejora de estertores a las 2 hrs de tratamiento, y probablemente no habría diferencia en la mejoría de estertores a 4 horas de tratamiento.

La evidencia con respecto al tratamiento farmacológico de estertores de muerte es de calidad baja y muy baja al haber muy pocos estudios y la mayoría sin comparación con placebo. Sin embargo, la toma de decisiones se deberá hacer con respecto a las necesidades del paciente y la familia. En caso de iniciar tratamiento farmacológico se debe preferir escopolamina, ya que la atropina presenta muchos RAM cardiovasculares. Se debe hacer seguimiento estricto del paciente para

evaluar aparición de RAM y si a las 24 hrs del tratamiento no hay mejoría del síntoma se recomienda suspender el fármaco.

Delirium terminal

El delirium es un síntoma frecuente, multifactorial y subdiagnosticado, que al igual que los demás síntomas que se presentan al final de la vida genera mucha angustia al paciente y su familia y, además, es una de las principales indicaciones de sedación paliativa (8, 15, 17).

Se recomienda inicialmente siempre evaluar causas reversibles como dolor no controlado, RAM, retención urinaria, constipación, infección, etc., así como empezar el manejo siempre con las medidas no farmacológicas: evitar el ruido excesivo, el exceso de luz o de oscuridad, cambios de cuidador o de pieza frecuentes, facilitar una comunicación clara y simple, reorientación frecuente del paciente por la familia (usar reloj y calendarios visibles) y sobretodo evitar la contención física (8).

Con respecto al tratamiento farmacológico, no se encontró evidencia con respecto al manejo de delirium terminal en población de pacientes en cuidados paliativos, lo que va en línea con la revisión sistemática de Cochrane más reciente sobre el tema (19), donde la evidencia es escasa, de muy baja calidad, no hay comparación con placebo y el único estudio que cumplió los criterios de inclusión fue con una población de pacientes con VIH donde la fisiopatología del delirium podría ser diferente a la de los otros pacientes con patologías crónicas terminales como el cáncer.

Conclusiones

Es difícil predecir el momento exacto de muerte, si bien el personal de salud demostró tener un grado de acierto aceptable, éste disminuye a medida que se acerca el momento de la muerte. Por lo tanto es de vital importancia tener en cuenta los signos que nos ayudarán a orientar de manera acertada el diagnóstico de muerte inminente. Así mismo, según lo reportado en la literatura, podemos concluir que aunque los signos vitales no son útiles para el diagnóstico de muerte inminente, existen los signos tardíos que cuentan con una excelente especificidad y LR+ y que nos orientan con mayor certeza al diagnóstico.

Con respecto al tratamiento de los estertores de muerte y delirium terminal, la evidencia es escasa, de baja y muy baja calidad, por lo que la decisión de iniciar el manejo farmacológico debe ser tomada de forma compartida con familiares y cuidadores. Si se inicia el tratamiento, se debe evaluar de forma regular al paciente para ver la respuesta al tratamiento y probables RAM y finalmente tener presente que al tomar la decisión de tratar no habrá impacto en la sobrevida del paciente.

Bibliografía

1. Gomez-Batiste, X., and S. Connor. "Building integrated palliative care programs and services." Liberdúplex, Barcelona (2017)Estrategia Nacional de Cáncer. MINSAL. Chile 2016
2. Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians. Palliative Care Australia May 2005
3. M Knaul F, et al. The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief— findings, recommendations, and future directions. Volume 6, special issue, S5-S6, March 01, 2018
4. Informe Técnico 2013-2014. Programa CP y Alivio del Dolor. Ministerio de Salud. Chile
5. Morales A., et al. Eficacia del Programa Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos de Chile. Revista El Dolor 59 18-25 2013.

6. Navarro M. Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención. *Aten Fam.* 2017; 24(3):95-96.
7. Hui D., Nooruddin Z., Didwaniya N., et al. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.* 2014 January; 47(1): 77–89
8. NICE guideline [NG31], Care of dying adults in the last days of life, December 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>
9. Kennedy C, Brooks-Young P, Brunton Gray C, et al. Diagnosing dying: an integrative literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2014; 4:263–270.
10. Bailey A, Harman, S. Palliative care: The last hours and days of life. *Up To Date* 2019.
11. Perez P, dos Santos R, et al. Longitudinal Temporal and Probabilistic Prediction of Survival in a Cohort of Patients with Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2014 November; 48(5): 875–882.
12. Bruera S, et al. Variations in Vital Signs in the Last Days of Life in Patients With Advanced Cancer, *J Pain Symptom Manage.* 2014 October; 48(4): 510–517.
13. Hui D, et al. Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients. *The Oncologist* 2014;19:681–687
14. Hui D, et al. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: Preliminary findings of a prospective longitudinal cohort study. *Cancer.* 2015 March 15; 121(6): 960–967.
15. Binderman C, Billings A. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *N Engl J Med* 2015;373: 2549-61.
16. Bailey F. Palliative care: The last hours and days of life. *Up to Date.* Jul 20, 2018.
17. Jansen K, et al. Safety and Effectiveness of Palliative Drug Treatment in the Last Days of Life: A Systematic Literature Review. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:508e521
18. Lokker M, et al. Prevalence, Impact, and Treatment of Death Rattle: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2014;47:105e122.
19. Candy B, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.: CD004770.