

*Servicio de Terapia Intensiva  
de Adultos*

---

*Fundación Cuidados Críticos*

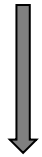
*Curso Actualización NEJM 2015*

***Dying with Dignity in the Intensive Care Unit***

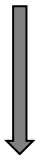
*Dra. Julieta Santillán  
Dr. Manuel Alcivar*

# Introducción

Tradicionalmente UTI



**SOSTEN**



**Restaurar la salud**

**Cuando...**

- FOM **desafía el tratamiento**
- Las metas del cuidado **no pueden sostenerse** más
- Los resultados **no son los deseados** por el paciente



**Morir con dignidad**

reconoce

- calidad intrínseca e incondicional del valor humano

- cualidades externas

autonomía  
comodidad física  
pertinencia  
preparación  
respeto



# ABCDs de la conservación de la dignidad del Cuidado

**Table 1. Examples of the ABCDs of Dignity-Conserving Care.\***

Attitudes and assumptions can affect practice.

Reflect on how your own life experiences affect the way in which you provide care.

Be aware that other clinicians' attitudes and assumptions can affect their approach to patients.

Teach learners to be mindful of how their perspectives and presumptions can shape behaviors.

Behaviors should always enhance patient dignity.

Demonstrate with nonverbal methods how patients and their families are important to you.

Do not rush; sit down and make eye contact when talking with patients and their families.

Turn off digital devices and avoid jargon when talking with patients and their families.

Compassion is sensitivity to the suffering of another and the desire to relieve it.

Elicit the personal stories that accompany your patient's illness.

Acknowledge the effect of sickness on your patient's broader life experience.

Recognize and relieve suffering.

Dialogue should acknowledge personhood beyond the illness.

Explore the values that are most important to your patients.

Ask who else should be involved to help your patients through difficult times.

Encourage patients and their families to reflect and reminisce.

\* This approach is adapted from Chochinov.<sup>4</sup>

**Las Actitudes y los suposiciones pueden afectar a la práctica.**

**Los comportamientos (Behaviours) siempre deben mejorar la dignidad del paciente.**

**La Compasión es la sensibilidad al sufrimiento de los otros y el deseo de aliviarlo.**

**El Diálogo debe reconocer la individualidad de la persona más allá de la enfermedad.**

## Sobre la necesidad de los cuidados paliativos

**Mantenimiento de la  
dignidad**



**PERSPECTIVAS de un paciente**  
**ENTORNO de despersonalización**  
**Aceptación de DEPENDENCIA**

**Cuidados paliativos: mejoran la calidad de vida de los pacientes y familiares**

**Prevenir y aliviar el sufrimiento**

**Manejo del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales**

# Interpretar los valores del paciente

¿Quiere mi paciente  
medidas  
extraordinarias de  
soporte vital?

- A veces es demasiado tarde
- Pacientes que no están en condiciones de expresar su voluntad
- Los familiares hablan por ellos. (¿que hubiera deseado.....?)
- Los médicos NO debemos anticiparnos a presunciones inválidas



# Comunicación

- Comunicación **efectiva**
- **Continuidad** de cuidado
- **Confianza** en el médico a cargo
- Finalización de la vida
- Evitar el soporte vital **no deseado**



**DESAFIO**



cuando los pacientes mueren en etapas tempranas de una enfermedad crítica.



***"El poder de la comunicación efectiva es el poder del silencio"***

***Hablar menos y escuchar más***

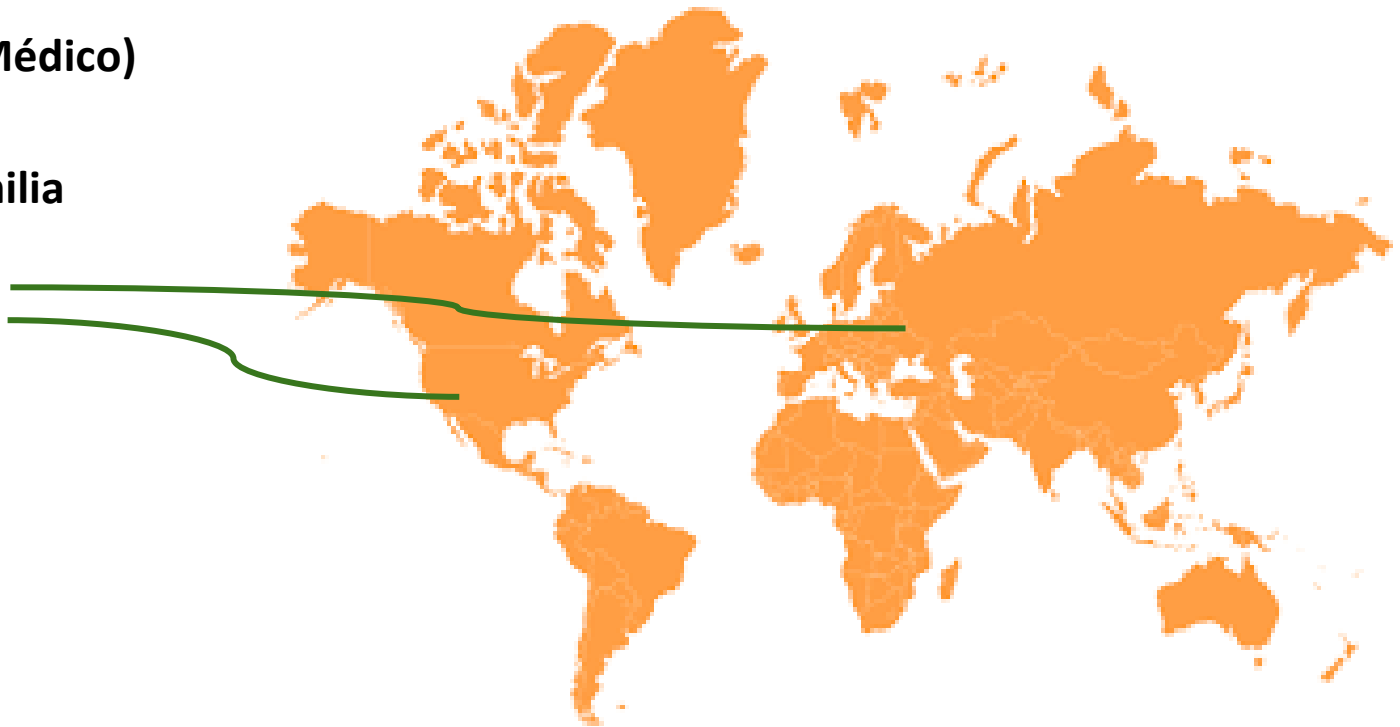
# Tomando la decisión

Los Modelos difieren internacionalmente:

Paternalista (Médico)

Paciente / Familia

Compartido



**Deben INDIVIDUALIZARSE**

# Brindar información pronóstica

Fundamental para la discusión del final de la vida

**Comprender la predicción** de un resultado y **lo incierto de esa predicción** es de ayuda en la toma de decisiones que reflejan los valores del paciente.

Annals of Internal Medicine | SUMMARIES FOR PATIENTS

Surrogate Decision Makers' Interpretation of Prognostic Information

AMERICAN JOURNAL OF

Respiratory and Critical Care Medicine®

**A Randomized Trial of Two Methods to Disclose Prognosis to Surrogate Decision Makers in Intensive Care Units**



# Hacer recomendaciones

Los médicos de la UCI suelen recomendar el rechazo al uso de la tecnología de soporte vital.

AMERICAN JOURNAL OF  
Respiratory and Critical Care Medicine®

## **Are Physicians' Recommendations to Limit Life Support Beneficial or Burdensome?**

Bringing Empirical Data to the Debate


## **Recommendations to Limit Life Support**

A National Survey of Critical Care Physicians

## Proveer cuidado integral

La sensibilidad cultural y espiritual es fundamental para el enfoque paliativo

Tener en cuenta  Comunicación VERBAL y NO VERBAL

Utilizar nemotecnia:  **S:** Sistema de creencias espirituales  
**P:** espiritualidad **P**ersonal  
**I:** Integración con la comunidad espiritual  
**R:** prácticas y restricciones espirituales **R**itualizadas  
**I:** Implicancias para el cuidado de la salud  
**T:** planificación de los eventos **T**erminales

La espiritualidad puede influir ya sea positiva o negativamente

# Los Pasos Finales

Las estrategias deben ser discutidas abiertamente e informadas considerando el equilibrio de los beneficios, las cargas, y el respeto por las preferencias de los pacientes y sus familiares

**Table 3. Practical Preparatory Procedures to Ensure Patient Dignity before Withdrawal of Life Support.**

#### Prepare staff members

- Review the planned procedures in detail with all relevant staff members.
- Ensure that the referring physician is aware of the plans, if not already engaged.
- Ensure that spiritual care services are offered, if not already engaged.
- Remind staff members that all their actions should ensure the dignity of the patient.
- Remind staff members that the patient and family are the unit of care.
- Prepare a staffing schedule to maximize the continuity of care during the dying process, if possible.
- Ensure that the bedside nurse has not been assigned to care for another acutely ill patient, if possible.
- Ensure that the bedside nurse is experienced in palliative care; if not, change the assignment or arrange for supervision to be provided by a nurse experienced in palliative care.
- Ensure that physicians are readily available and do not abandon the patient or family.
- Introduce the relevant housestaff members to the patient and family.
- Introduce the respiratory therapist to the patient and family, when applicable.
- Ensure that staff members minimize unnecessary noise immediately outside the room.

#### Prepare the patient's room

- Consider the comfort of the patient and family (e.g., lighting, temperature, personal items).
- Liberalize visiting restrictions (e.g., timing, duration, number of visitors).
- Remove unnecessary equipment.
- Bring additional chairs into the room, if necessary.
- Secure a quiet room for the family away from the bedside.

#### Prepare the patient

- Position the patient as comfortably as possible.
- Honor requests for cultural, spiritual, and religious rituals.
- Dim the lighting on screens required for monitoring (e.g., electrocardiography).
- Discontinue unnecessary monitoring (e.g., oximetry), unnecessary devices (e.g., feeding tubes), unnecessary tests (e.g., blood work), and unnecessary treatments (e.g., enteral nutrition).
- Discontinue medications that do not provide comfort and provide those that do.
- Ensure that the patient is as calm and distress-free as possible before proceeding to withdraw life support.

- Preparar a los profesionales
- Preparar la habitación del paciente
- Preparar al paciente

# Los Pasos Finales

Las estrategias incluyen variaciones y combinaciones de:

- **no escalada** de las intervenciones actuales
- **no futuras** intervenciones
- **retirada de algunas o de todas** las intervenciones, excepto las necesarias para el confort del paciente.

Independientemente del enfoque



tratamiento farmacológico **individualizado**



**alivio** de la disnea, la ansiedad, el dolor y otros síntomas angustiantes



# Los Pasos Finales

## Consideraciones y precauciones en el retiro del soporte vital

**Table 4. Considerations and Cautions in the Withdrawal of Life Support.\***

Variable	Considerations	Cautions
Discontinuation of renal-replacement therapy	Confers a low risk of physical distress	Death may take several days if this is the only advanced life support withdrawn
Discontinuation of inotropes or vasopressors	Confers no risk of physical distress Death may occur quickly if the patient requires high doses, with or without withdrawal of mechanical ventilation	Death may not occur quickly if the patient requires low doses, particularly if mechanical ventilation is ongoing
Weaning from inotropes or vasopressors	Confers no risk of physical distress	May prolong the dying process, particularly if the patient requires low doses and this is the only life support withdrawn
Discontinuation of mechanical ventilation	Confers risk of dyspnea Death may occur quickly if the patient requires high pressure settings or high oxygen levels	Preemptive sedation is typically needed to blunt air hunger due to rapid changes in mechanical ventilation Death may not occur quickly if the patient requires low pressure settings or low oxygen levels
Weaning from mechanical ventilation	Confers low risk of dyspnea	May prolong the dying process, particularly if the patient requires low pressure settings or low oxygen levels and this is the only life support withdrawn
Extubation	Confers risk of dyspnea Avoids discomfort and suctioning of endotracheal tube Can facilitate oral communication Allows for the most natural appearance	Informing families about possible physical signs after extubation can prepare and reassure them Secretions may cause noisy breathing, which may be reduced with the use of glycopyrrolate; the use of glucocorticoids may reduce stridor Airway obstruction may occur; jaw thrust or repositioning of the patient may help Not advised if the patient has hemoptysis

- Discontinuar Terapia de Reemplazo Renal
- Discontinuar Inotrópicos o Vasopresores
- Destete de Inotrópicos o Vasopresores
- Discontinuar ARM
- Destete de ARM
- Extubación

# Consecuencias para los médicos

No todos somos capaces de enfrentar el fin de la vida de nuestros pacientes



- Angustia moral por desacuerdo con la familia.
- Sufrimiento indirecto, empatía traumatizante.
- Puede poner en peligro los cuidados de fin de vida.
- **Asesoramiento de estrategias de adaptación.**

**Los cuidados del fin de la vida como objetivo de mejora de la calidad**

# Conclusiones

Los **cuidados paliativos** en la UTI han **avanzado**.

Ayudar a morir con dignidad **requiere reflexión, tiempo y espacio** para crear conexiones que serán recordadas por los familiares tiempo después de la muerte.

Se necesita de médicos **humanizados para promover** un entorno pacífico durante el fin de vida del paciente y el apoyo a los familiares en duelo.

Garantizar la muerte digna en la UTI **personifica el arte de la medicina y refleja el corazón de la profesión.**

**Exige lo mejor de nosotros**



Muchas Gracias

 **HOSPITAL ITALIANO**  
de Buenos Aires

---

*Servicio de Terapia Intensiva  
de Adultos*

---

*Fundación Cuidados Críticos*