

TOMA de DECISIONES al FINAL de VIDA en PACIENTES con CÁNCER en la UNIDAD de CUIDADOS INTENSIVOS

Bryan Baltazar Torres Orozco, Jorge Arturo Lagunas Fuentes, Fabiola Bermúdez Temes, Gerardo Vizcaíno Salazar, Itzel Anahí Espinoza Mercado, Alejandro González Ojeda, Roberto Carlos Miranda Ackerman.

INTRODUCCIÓN

Las decisiones al final de vida entre pacientes oncológicos y no oncológicos se desconocen siendo influidas por múltiples factores tanto del paciente como de familiares y el médico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio realizado en un Hospital privado de Guadalajara, México. Se incluyeron todos los pacientes que han fallecido dentro de la UCI con y sin diagnóstico de cáncer en el periodo comprendido entre Enero del 2016 y Octubre del 2018. Obtuviimos una muestra 189 pacientes y se analizaron las variables de sexo, edad, decisión sobre el final de vida, días de estancia intrahospitalaria (DEIH), diagnóstico oncológico, metástasis y causa de muerte.

Se utilizó la plataforma TASY, que es un programa de informática que permite un acceso integrado a la información de los pacientes, se utilizó el sistema SPSS versión 24.0 para el análisis de los datos estadísticos y el programa de Microsoft Excel versión 16.16.3 para elaborar una base de datos. Se utilizó la información de los pacientes siempre protegiendo su identidad y datos personales.

RESULTADOS

Un total de 183 pacientes fueron incluidos y se dividieron en dos grupos; Grupo 1 (oncológicos) que representaban el 39.8% (n=73) y Grupo 2 (no oncológicos) con 60.1% (n=110). Del grupo 1 el 58.9% (n=43) eran hombres y 41.1% (n=30) eran mujeres, del Grupo 2 el 55.5% (n=61) eran hombres y 44.5% (n=49) eran mujeres. La edad media en pacientes del Grupo 1 fue de 60.8 ± 16.3 años, siendo la media de los hombres de 65.6 años y la de mujeres de 53.2 años. En la muestra del Grupo 2 el promedio de edad fue de 68.4 ± 19.4 años, siendo la de los hombres de 63.8 años y la de las mujeres de 74.2 años.

El promedio de DEIH del grupo oncológico fue de 16.53 días, de estos los pacientes que permanecieron más tiempo hospitalizado fueron los de sistema nervioso central con un promedio de 96.5 DEIH, 18.58 días fue el promedio del grupo no oncológico y los pacientes que permanecieron más días fueron aquellos con heridas por arma de fuego con promedio de 46.2 DEIH.

El cáncer más común fue el pulmonar con 12.3% (n=9), seguido por el colorrectal 10.9% (n=8) y el pancreático 9.5% (n=7). Las patologías más comunes presentadas en el Grupo 2 fueron 22.7% (n=25) enfermedades respiratorias, seguido por neurológicas en un 20% (n=22) y enfermedades renales, gastrointestinales y quirúrgicas en un 12.7% (n=14). Por sexo la enfermedad más común en los hombres fueron las enfermedades respiratorias con un 24.5% (n=15) y en las mujeres las enfermedades neurológicas con un 28.5% (n=14).

El 39.7% (n=29) de los pacientes presentaron metástasis, siendo la región anatómica más afectada la cavidad abdominal con 27.5% (n=8) y posteriormente a pulmón con 24.15% (n=7), mientras que los sitios de cáncer que más metástasis produjeron fueron el pancreático y el colorrectal, ambos con 13.7% (n=4).

Del grupo oncológico el 73.9% (n=54) tuvieron retenciones durante el final de vida, seguido por 15% (n=11) con RCP y 9.5% (n=7) con retiro. En el grupo no oncológico el 70% (n=66) tuvieron retenciones durante el final de vida, seguido por 21.8% (n=24) RCP y 15.5% (n=17) con retiro.

En cuanto a las medidas de soporte vital, el cáncer colorrectal presentó ventilación mecánica e intubación en el 50% de sus pacientes (n=4). En el caso del cáncer pulmonar, el 44.5% (n=4) de los pacientes utilizaron ventilación mecánica y el 55.5% (n=5) vasopresores. Del Grupo 2, los pacientes con enfermedades neurológicas presentaron ventilación mecánica e intubación en 34.6% (n=9) y vasopresores en un 35% (n=7).

Las razones más frecuentes para limitar alguna de las medidas de soporte vital en el grupo 1 fueron por pacientes que presentaban falla multiorgánica en un 37.8% (n=28) seguido por solicitud de los familiares en 25.7% (n=19) y por último terapia máxima sin respuesta en un 9.5% (n=7). En los pacientes del Grupo 2 un 35.5% (n=39) fue por falla multiorgánica, 22.7% (n=25) por solicitud de los familiares y sin respuesta a terapia máxima en un 12.7% (n=14). Al momento de la toma de decisiones en el grupo 1, 87.8% (n=65) fue por mejor interés del paciente y 5.4% (n=4) por decisión propia del paciente, mientras que en el Grupo 2, 90% (n=99) fue por mejor interés del paciente, 6.4% (n=7) por buena práctica médica y 2.7% (n=3) por decisión propia del paciente.

DISCUSIÓN

Durante la última década las terapias oncológicas han progresado considerablemente, mejorando significativamente el pronóstico para los pacientes con cáncer, incluso en estadios avanzados. Los pacientes se benefician de las mejoras en los esquemas y protocolos terapéuticos, así como de las terapias novedosas y dirigidas que mejoran la supervivencia general y la calidad de vida. (6) De la población del grupo 1 el 73.9% tuvieron retenciones durante el final de vida, seguido por 15% con RCP y 9.5% con retiro, similar a un estudio llevado a cabo en Japón por Sasaki et al en donde se reportó que la RCP se realizó en 14% de los pacientes y los factores asociados con RCP incluye los siguientes: edad > 75 años, diagnóstico primario de cáncer, enfermedad pulmonar, síndrome geriátrico o demencia y discusión sobre soporte vital avanzado. (7)

Lo anterior es contrastante comparado con los pacientes del grupo 2 en donde el 69.1% tuvieron retenciones al final de vida. En el grupo 2 los números que nos indican medidas agresivas para prolongar la vida son más elevados; el 21.8% procedió a RCP y 15.5% con retiro; esto podría deberse a que además del confort físico, los pacientes que enfrentan una muerte inminente han identificado que otros aspectos son igualmente importantes para su bienestar. Los pacientes oncológicos han identificado que no desean estar agobiados con intervenciones o ser percibidos como una carga. Es importante mencionar que el 70 % de las personas han identificado que el hogar es su lugar de muerte preferido (5) por ende, los profesionales de la salud deben proporcionar oportunidades para que el paciente y la familia expresen su preferencia sobre sus deseos. (8) Cuando las preferencias de final de vida de un paciente se desconocen, los familiares / cuidadores experimentan arrepentimiento y empeoran los resultados y la calidad de vida (1) Los estudios demuestran que la comunicación es más difícil en el cáncer terminal, siendo un problema al momento de tocar el tema. (9)

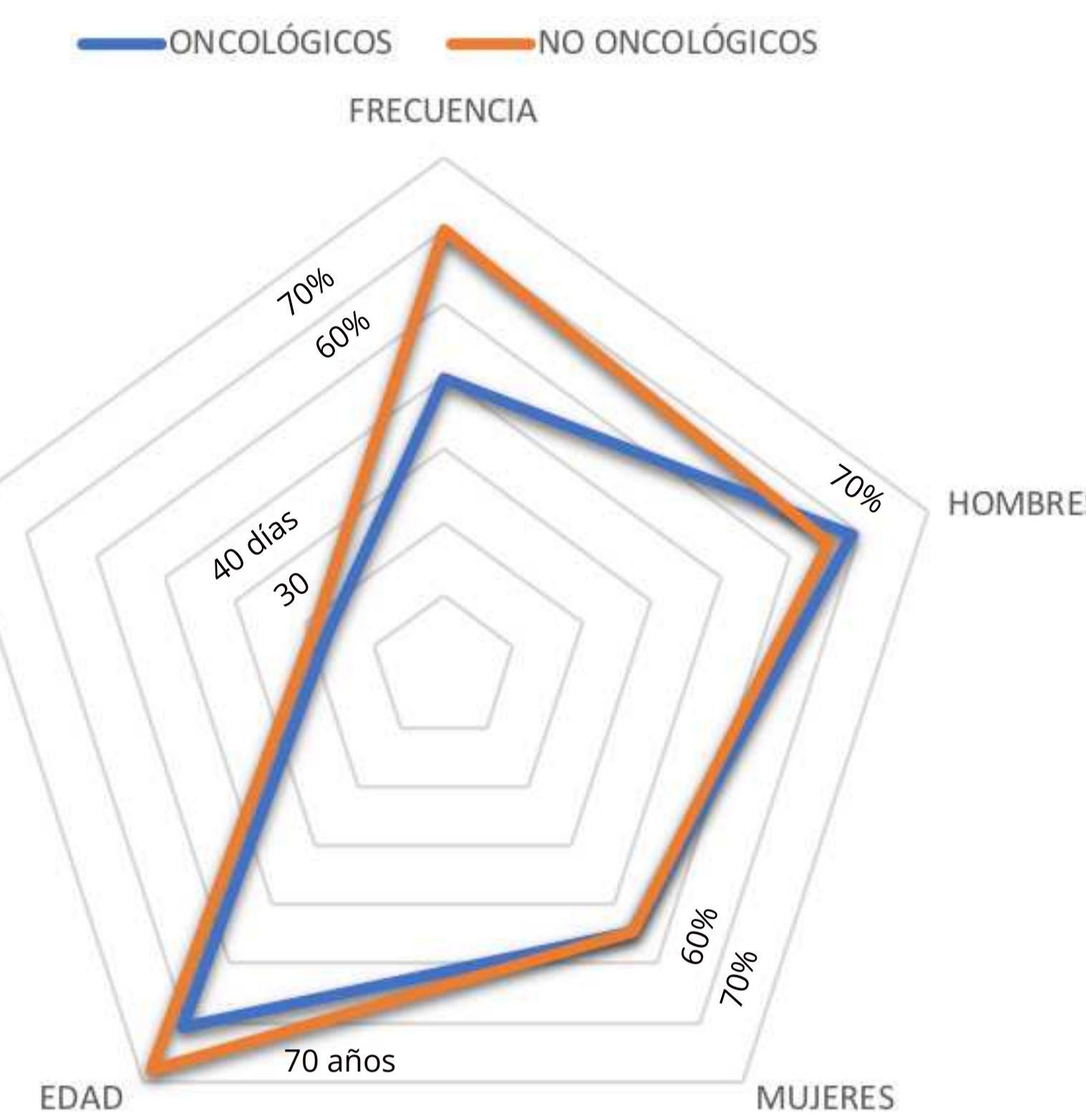
La asesoría a las familias y cuidadores aún no es una rutina, incluso para los pacientes con cáncer avanzado. En los hospitales, la participación de cuidados paliativos en la atención de pacientes gravemente enfermos se ha asociado con costos hospitalarios bajos debido a un menor uso de UCI. (1) Se ha sugerido ofrecer a los pacientes con insuficiencia orgánica un juicio completo para reevaluar los objetivos de la terapia después de al menos 6 días. En este ensayo todos los pacientes que murieron después del día 5 tuvieron decisiones de limitación del tratamiento. (10) Lo anterior es congruente con los resultados de nuestro estudio, en donde las razones más frecuentes para limitar las medidas de soporte vital en el grupo 1 fueron por pacientes que presentaban falla orgánica múltiple, seguido por solicitud de los familiares y por último terapia máxima sin respuesta y enfermedades crónicas. En el caso del cáncer pulmonar, el 44.5% de los pacientes utilizaron ventilación mecánica, probablemente porque en caso de que se inicie ventilación mecánica no invasiva en pacientes con cáncer con Insuficiencia Respiratoria Aguda Hipóxica las contraindicaciones comunes y / o la aparición de criterios de intubación deben conducir a la intubación y ventilación mecánica invasiva sin demora. (10)

El hecho de que en nuestro estudio hasta el 50% de ciertos tipos de cáncer presentaran ventilación mecánica invasiva podría deberse a que las dos causas más frecuentes de ingreso a UCI en pacientes oncológicos son la aparición de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que es el factor de riesgo más importante relacionado con mortalidad en pacientes en estado crítico y en segundo lugar sepsis grave o choque séptico. (11) En el Grupo 2, los pacientes con enfermedades neurológicas presentaron ventilación mecánica e intubación en 34.6% y vasopresores en un 35% significativamente menor que en algunos tipos de cáncer. Los estudios informan que en los pacientes oncológicos se esperan los peores resultados en aquellos que presenten ventilación mecánica, apoyo con vasopresores o los que reciben tratamiento sustitutivo final. (6)

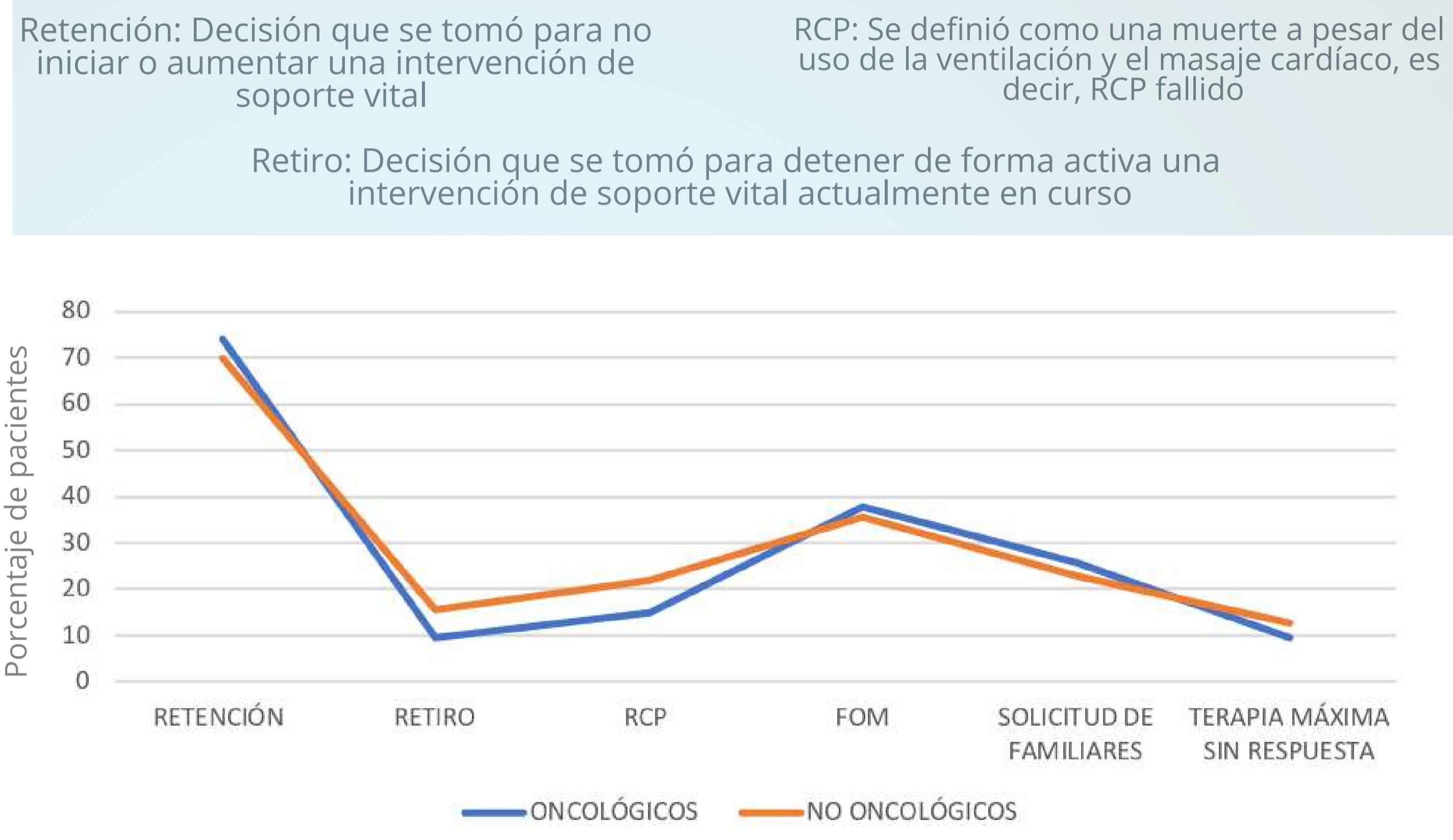
OBJETIVO

Establecer las diferencias al final de la vida entre pacientes oncológicos y no oncológicos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Cuadro 1. Comparación de variables en pacientes oncológicos y no oncológicos



Cuadro 2. Distribución en la toma de decisión y vía del final de la vida en pacientes oncológicos y no oncológicos



CONCLUSIÓN

Las mujeres del grupo oncológico eran significativamente más jóvenes al momento de su defunción en comparación con el grupo no oncológico. Los pacientes del grupo oncológico presentaron un mayor número de retenciones al final de vida y menos medidas agresivas para prolongar la vida que los del grupo no oncológico y la razón fue por un mejor interés del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Dalal S, Bruera E. End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs. *The Oncologist*. abril de 2017;22(4):361-8.
- End-of-Life Practices in European Intensive Care UnitsThe Ethicus Study. :8.
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Palk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 10 de febrero de 2007;25(5):555-60.
- McDermott CL, Fedorenko C, Kreizenbeck K, Sun Q, Smith B, Curtis JR, et al. End-of-Life Services Among Patients With Cancer: Evidence From Cancer Registry Records Linked With Commercial Health Insurance Claims. *Journal of Oncology Practice*. noviembre de 2017;13(11):e889-99.
- Clark K. Care at the Very End-of-Life: Dying Cancer Patients and Their Chosen Family's Needs. *Cancers*. 24 de enero de 2017;9(12):11.
- Oncological patients in the intensive care unit: prognosis, decision-making, therapies and end-of-life care. *Swiss Medical Weekly* [Internet]. 10 de agosto de 2017 [citado 16 de noviembre de 2018];147(3132). Disponible en: <http://doi.emh.ch/swm.2017.14481>
- Sasaki A, Hirakawa E, Homma Y, Takahashi O, Norisue Y, Kawai K, et al. Association of code status discussion with invasive procedures among advanced-stage cancer and noncancer patients. *International Journal of General Medicine*. julio de 2018;Volume 10:207-14.
- Ikezaki S, Ikegami N. Predictors of dying at home for patients receiving nursing services in Japan: A retrospective study comparing cancer and non-cancer deaths. *BMC Palliative Care* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 16 de noviembre de 2018];10(1). Disponible en: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-10-3>
- Githaiga JN, Swartz L. Socio-cultural contexts of end- of- life conversations and decisions: bereaved family cancer caregivers' retrospective co-constructions. *BMC Palliative Care* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 16 de noviembre de 2018];16(1). Disponible en: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0222-z>
- Consensus of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO), German Society for Medical Intensive Care Medicine and Emergency Medicine (DGIM), and Austrian Society of Medical and General Intensive Care and Emergency Medicine (ÖGIAIN). Kiehl MG, Beutel G, Böll B, Buchheidt D, Forkert R, et al. Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support. *Annals of Hematology*. julio de 2018;97(7):1271-82.
- Schellongowski P, Sperr WR, Wohlfarth P, Knoebel P, Rabitsch W, Watzke HH, et al. Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine—a narrative review. *ESMO Open*. septiembre de 2016;1(5):e000018.