Evaluación y Manejo Proporcional del Paciente en Fin de Vida

Autor: Dra. Carmen Gloria Tapia Valdivia. Residente Medicina Familiar mención adultos UCM.
Revisor: Dra. Angela Pía Chamorro Hormazábal. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:
En el contexto de pacientes pertenecientes al programa de cuidados paliativos en atención primaria de salud, identificar precozmente que una persona ha entrado en fin de vida (FDV) permite orientar los objetivos hacia el confort y evitar intervenciones fútiles. La literatura describe signos clínicos altamente específicos de muerte inminente, entre ellos: ausencia de pulso radial, respiración con movimiento mandibular, estertor agonizante, respiración de Cheyne-Stokes y diuresis < 100 mL/12 h, que predicen el deceso probable en los siguientes 3 días y ayudan a realizar adecuación proporcional del tratamiento y manejo del paciente. Guiar las decisiones con estos hallazgos, junto con la situación funcional global y las voluntades anticipadas, favorece un manejo proporcional, centrado en la dignidad y la calidad de vida del paciente, procurando alcanzar una muerte digna. Este documento tiene como objetivo revisar criterios de evaluación del paciente en fin de vida, la relevancia pronóstica de signos y síntomas, y los principios para ajustar el esfuerzo terapéutico en cuidados paliativos en contexto de atención primaria.

Introducción:
El envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas avanzadas han incrementado la necesidad de cuidado paliativos. De esta forma se estima que para 2060 casi la mitad de las muertes requieran cuidados paliativos específicos, requiriendo atención especializada (Ijaopo, 2023). Identificar al paciente en FDV, entendido como el período previo a la muerte, de deterioro inexorable e irreversible de la funcionalidad, donde la enfermedad no tiene tratamientos curativos y se prioriza el control de los síntomas, a través de un abordaje multidisciplinario, donde interviene la persona, su familia y el equipo de salud, ya sea en su hogar u hospital (Chile, 2022), se hace fundamental para garantizar el manejo proporcional a los requerimientos y realidad del paciente. Sin embargo, los equipos de salud siguen enfrentando dificultades para estimar el pronóstico y suspender tratamientos sin beneficio, lo que puede prolongar el sufrimiento del paciente, así como de su familia y cuidadores (Meneses, 2023). Por lo anterior, contar con criterios objetivos de FDV junto a marcos éticos claros para la decisión fundamentada de limitación o suspensión de medidas vanas e invasivas es fundamental para garantizar una muerte digna, de acuerdo con las expectativas, deseos, valores y creencias del paciente y para apoyar a las familias durante el proceso.

Desarrollo:

1. Evaluación integral del paciente en fin de vida
La evaluación debe ser multidimensional, integrando al menos tres dominios:

- Historia clínica y desempeño funcional. Descensos abruptos de la funcionalidad y rendimiento, pérdida de peso acelerada y disminución del nivel de conciencia, reflejada en la caída rápida del Palliative Performance Scale (PPS ≤ 20 %), indican semanas o menos de sobrevida (Hui, 2014) .
- Planificación anticipada de cuidados. Realizar y revisar voluntades anticipadas, contar con registros previos adecuados y representantes legales designados para tomar decisiones cuando el paciente pierde competencia (Meneses, 2023) .
- Dimensión biopsicosocial y espiritual: El modelo chileno de Cuidados Paliativos Universales

integra y destaca la evaluación del dolor total, que incluye evaluación y manejo del paciente desde los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, considerando que el sufrimiento es global (Chile, 2022).

2. Reconocimiento de signos y síntomas de muerte inminente

La evidencia, a través de estudios prospectivos, diferencia y divide los hallazgos en signos tempranos (días-semanas) de tardíos (≤ 72 h) de muerte inminente en pacientes oncológicos (Hui, 2014):

Categoría	Signos principales	Implicancia pronóstica
Tempranos	Disminución del nivel de consciencia, Escala de rendimiento paliativo (PPS) ≤20% Disfagia para líquidos	Sobrevida probable: días a semanas; permite planificar objetivos y educar a la familia.
Tardíos específicos	Ausencia de pulso en la arteria radial Disminución de la diuresis Respiración de cheyne-stokes Respiración con movimiento mandibular Estertor agonizante Períodos de apnea Cianosis periférica	Fallecimiento probable en ≤ 3 días; activar protocolo FDV y retirar medidas fútiles.

Modelos similares en pacientes no oncológicos confirman utilidad de estos signos y síntomas, y refuerzan los hallazgos del pulso radial ausente, respiración con movimiento mandibular y disminución de respuesta a estímulos verbales y visuales para predecir muerte dentro de los 7 días con una alta precisión (Hosoi, 2021).

Los síntomas más prevalentes en las dos últimas semanas son disnea (57 %), dolor (52 %), estertor (51%) y confusión (50 %) (Ijaopo, 2023). Su evaluación sistemática permite adecuar intervenciones farmacológicas (opioides, antisecretores, ansiolíticos) y no farmacológicas (posición, ventilación, acompañamiento).

3. Manejo proporcional y adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)

El principio ético de proporcionalidad busca equilibrar el riesgo/beneficio de intervenciones según las características y el pronóstico del paciente. Lo anterior, podría determinar suspender o no iniciar tratamientos que sólo prolongan la agonía sin aportar beneficio clínico razonable para el manejo integral del paciente en fin de vida. Se proponen recomendaciones clave:

1. *Valoración y reevaluación del riesgo-beneficio específica de cada intervención:* evitar controles rutinarios de signos vitales, exámenes de laboratorio, tratamientos o nutrición artificial si no alivian síntomas (Meneses, 2023).
2. *Decisión consensuada y documentada:* la AET debe acordarse junto al equipo multidisciplinario, registrarse en ficha clínica y comunicarse claramente a la familia y paciente, cuando es adecuado. Con objetivo de no delegar responsabilidades compartidas.
3. *Continuidad de cuidados básicos*: no suspender hidratación o higiene si aportan confort; considerar sedación paliativa solo para síntomas refractarios bajo consentimiento informado (Chile, 2022).
4. *Entregar apoyo continuo al cuidador y al equipo*: promover espacios de autocuidado, realizar pesquisa y reconocimiento de estrés, facilitar apoyo espiritual y psicológico. (Meneses, 2023).

Conclusión:

La capacidad de identificar en forma temprana el paciente en FDV, mediante una evaluación funcional y el reconocimiento de signos clínicos validados, permite orientar un manejo proporcional que busca y privilegia la dignidad y el confort del paciente. Ajustar el esfuerzo terapéutico e implementar el manejo basado en la mejor evidencia, junto con una comunicación transparente y empática, son pilares para ofrecer una muerte digna y aliviar la carga personal y familiar. En este escenario, el rol del equipo de salud en atención primaria es clave para garantizar continuidad, contención emocional, acompañamiento familiar y decisiones compartidas fundamentadas, que promuevan una muerte digna y humanizada. El fortalecimiento de competencias en cuidados paliativos en los equipos de salud es clave para enfrentar este desafío.

Bibliografía

Chile, M. d. (2022). *Orientación técnica: Cuidados paliativos universales.*

Hosoi, T. O. (2021). Prediction models for impending death using physical signs and vital signs in noncancer patients: A prospective longitudinal observational study. . *Palliative Medicine Reports, 2(1), 287-295.*

Hui, D. D. (2014). Clinical signs of impending death in cancer patients. . *The Oncologist, 19, 681-687. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0457*.

Ijaopo, E. O.-A. (2023). A review of clinical signs and symptoms of imminent end-of-life in individuals with advanced illness. . *Gerontology & Geriatric Medicine, 9, 1-15. https://doi.org/10.1177/23337214231183*.

Meneses, C. A. (2023). Evaluación y manejo de pacientes en fin de vida. . *Pontificia Universidad Católica de Chile.*