

¿Cómo fallecen los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos? Descripción de un Hospital Universitario.

Verónica Rojas¹, Juan Nicolás Medel¹, Natalia Flores¹, Miguel Zavala¹, Alejandra Palma², Fernando Ihl², Verónica Rojas³, Juan Nicolás Medel³, Alejandra Palma³, Fernando Ihl³, Verónica Rojas⁴

Unidad de Pacientes Críticos. Departamento de Medicina Norte, Hospital Clínico Universidad de Chile.¹; Sección de Cuidados Continuos y Paliativos. Departamento de Medicina Norte, Hospital Clínico Universidad de Chile.²; Grupo de Trabajo Transversal "Fin de Vida y Muerte" Facultad de Medicina, Universidad de Chile.³; Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos.⁴

Introducción: Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) concentran pacientes graves, con riesgo de fallecer o sobrevivir con secuelas funcionales. Progresivamente un mayor número de pacientes está falleciendo en las UCI, por lo que resulta relevante evaluar las condiciones de fallecimiento de este grupo, con intención de implementar mejoras en su atención.

Objetivo: Caracterizar los fallecimientos en la UCI del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH), considerando potenciales focos de intervención en el modelo de cuidados paliativos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes fallecidos en la UCI del HCUCH en el año calendario 2017, a través de revisión de fichas médicas y de enfermería. Se recogieron datos sociodemográficos, indicadores de gravedad y falla multiorgánica, motivo de ingreso, estadía en UCI, y causa de muerte. Respecto a las variables consideradas durante el proceso de fin de vida, se incluyeron: registro de limitación del soporte vital, presencia de apoyo ventilatorio y cardiovascular, presencia de síntomas, cuidados de enfermería. Además se incorporaron aspectos sociales y espirituales, así como la intervención de Cuidados Paliativos. Aprobado por el Comité de Ética de la Institución.

Resultados: De una muestra de 419 pacientes en UCI, se registró fallecimiento en 55 (13,1%). Se obtuvo registro de 49 pacientes (89%), con edad promedio 64 años, relación hombre:mujer = 1,04:1 y 13,3 días de estadía en UCI. Se consignó promedio APACHE II 20 y SOFA 10 de ingreso. La principal causa de muerte fue disfunción multiorgánica (72%). El 9,6% de la muestra tenía consignado en la ficha no reanimar y 56% tenía consignado limitación de esfuerzo terapéutico. 32% de los pacientes fallecieron recibiendo drogas vasoactivas y 95% conectados a ventilación mecánica. Se registró búsqueda de dolor en 96% de los pacientes y otros síntomas en el 6% (principalmente disnea). Se mantuvieron cuidados básicos de enfermería (cambio de posiciones, actividades de aseo y confort) en la mayoría de los pacientes. No hubo registro evaluación por unidades de apoyo espiritual, asistente social o psicología.

El 6% fue evaluado por equipo de cuidados paliativos. Se registró la presencia de familiares en el momento de morir en el 65% de los fallecidos.

Conclusiones: Existe un sub-registro de las intervenciones realizadas en el proceso de fin de vida de los pacientes en UCI. La visión multidimensional del sufrimiento que aportan los Cuidados Paliativos es un complemento al enfoque biomédico propio de UCI, esto podría mejorar la atención brindada a pacientes y familiares enfrentados a procesos de fin de vida y muerte en el ámbito hospitalario.