



INVESTIGACIÓN

Extubación paliativa en una unidad de emergencia: relato de caso

Julieth Santana Silva Lage¹, Agatha de Souza Melo Pincelli², Jussara Aparecida Silva Furlan³, Diego Lima Ribeiro⁴, Rafael Silva Marconato⁵

1. Departamento enfermagem, Hospital de Clínicas da Unicamp, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus São Paulo/SP, Brasil. 2. Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas Unicamp, Campinas/SP, Brasil. 3. Faculdade de Enfermagem, Enfermeira Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (Caism), Unicamp Campinas/SP, Brasil. 4. Departamento de Clínica Médica e médico, Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas, Unicamp, Campinas/SP, Brasil. 5. Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem Hospital de Clínicas, Unicamp, Campinas/SP, Brasil.

Resumen

Las unidades de emergencia reciben los pacientes más graves, con enfermedades agudas o crónicas, y sujetos a secuelas o daños irreversibles. En estos casos, se priorizan los cuidados paliativos, para ofrecer más calidad de vida, confort físico, emocional, social y espiritual, elementos esenciales en el fin de la vida. Una de las formas de proporcionar mayor bienestar es la extubación paliativa, es decir, la extracción del tubo endotraqueal, que tiene el propósito de evitar la prolongación del proceso de muerte del enfermo y aliviar el sufrimiento de todos los involucrados. De esta forma, el objetivo de este trabajo fue reflexionar sobre tales cuestiones a partir del relato de caso de una paciente sujeta a extubación paliativa en una unidad de emergencia referenciada.

Palabras clave: Urgencias médicas. Cuidados paliativos. Extubación traqueal.

Resumo

Extubação paliativa em unidade de emergência: relato de caso

As unidades de emergência recebem pacientes mais graves, com doenças agudas ou crônicas, e sujeitos a sequelas ou danos irreversíveis. Nesses casos, priorizam-se cuidados paliativos para oferecer mais qualidade de vida, conforto físico, emocional, social e espiritual, elementos essenciais para o término da vida. Uma das formas de proporcionar maior bem-estar é a extubação paliativa, ou seja, a retirada do tubo orotraqueal, que tem o propósito de evitar o prolongamento do processo de morte do enfermo e aliviar o sofrimento de todos os envolvidos. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi refletir sobre essas questões a partir do relato de caso de paciente sujeita a extubação paliativa em unidade de emergência referenciada.

Palavras-chave: Emergências. Cuidados paliativos. Extubação.

Abstract

Palliative extubation in emergency units: a case report

Emergency units receive patients of greater severity with acute or worsened chronic conditions, and subject to sequelae or irreversible damages. In these cases, palliative care is prioritized, aiming to provide a better quality of life, with measures that promote physical, emotional, social and spiritual comfort, as essential elements of care for the end of life. One of these forms of comfort is palliative extubation, that is, the removal of the orotracheal tube, which is intended to alleviate suffering and avoid the prolongation of the death process for all those involved. Thus, the purpose of this study was to reflect on these issues from the case report of a patient subject to palliative extubation performed in a reference emergency unit.

Keywords: Emergencies. Palliative care. Airway extubation.

Las unidades de emergencia normalmente reciben pacientes con enfermedades de mayor gravedad y sujetos a secuelas o con cierta agudización de enfermedades crónicas¹. Lo que se ha percibido actualmente en estos servicios es que muchas de estas enfermedades son de difícil control o causan daños irreversibles, resultantes del propio proceso de evolución de la enfermedad, necesitando nuevas medidas para más confort y calidad de vida de estos enfermos.

Además, como señala la bibliografía, se debe considerar que, debido a la gravedad de la enfermedad, muchas familias experimentan la muerte del enfermo en la propia unidad de emergencia², lo que trae a tono la necesidad de preparar tanto al equipo de salud como a los familiares involucrados para lidiar con este tipo de situaciones. Esta preparación puede realizarse de antemano, cuando todos los involucrados ya conocen el pronóstico de la enfermedad y la ineficacia de las medidas curativas, teniendo en cuenta la gravedad del cuadro. En este caso, entran en escena los cuidados paliativos, que pueden ser más benéficos que cualquier acción de salvataje.

Actualmente, la bibliografía tiende a enfatizar más el “morir con dignidad” que prolongar inútilmente el sufrimiento del paciente y de su familia con tratamientos fútiles³. De esta forma, se priorizan en estos casos los cuidados paliativos para *dar más calidad al tiempo de vida, con medidas que promuevan el alivio físico, emocional, social y espiritual*⁴ y, con ello, reducir los costos de tratamientos innecesarios⁵⁻⁹.

Las personas asocian cuidados paliativos al proceso del morir inmediato; no obstante, la literatura deja claro que este tipo de asistencia no se limita al fin de la vida. Los cuidados paliativos deben ofrecerse junto con terapias vitales para personas con enfermedades graves y crónicas, para promover el bienestar, aunque no impida el curso natural de la enfermedad y la muerte inesperada¹.

Una de las formas de dar cierto alivio al paciente en el servicio de emergencia es la retirada de las medidas invasivas. Remover la ventilación mecánica es la acción más frecuente en la anticipación de la muerte¹⁰. Por su parte, la extubación paliativa se aplica en pacientes cuya muerte ya se espera: se considera como parte de la transición hacia una atención que genere medidas de alivio para aquel paciente, ya que se concluye de antemano que la asistencia médica previamente brindada de forma agresiva es incapaz de atender las metas esperadas para éste y, de esta forma, el paciente no podría beneficiarse de la continuidad de la ventilación mecánica^{11,12}.

La remoción del tubo endotraqueal durante las intervenciones que preceden a la muerte no debe ser considerada simplemente un procedimiento médico, sino un cuidado que alivia el sufrimiento y evita prolongar la muerte¹³. No obstante, se debe garantizar que el equipo de salud aborde a la familia de manera apropiada, permitiendo que el proceso de duelo se inicie precozmente, con el debido apoyo psicológico y el control de los síntomas y el bienestar del paciente, en caso de que recupere la conciencia luego de la extubación.

Es necesario también proveer la documentación que respalde ese cuidado y minimice los posibles impactos negativos sobre el equipo de salud¹³. Como lo demuestran algunos estudios, la extubación paliativa adecuada está *asociada a una mayor satisfacción familiar*¹⁴ y a una disminución de la incidencia de depresión entre los miembros de la familia³. No obstante, a pesar de los beneficios, esta práctica aún enfrenta algunas barreras en las unidades de emergencia^{1,2,5}.

No se encontraron muchos relatos de casos referidos a la realización de esta práctica en la bibliografía. De esta forma, el objetivo de este trabajo fue presentar el relato de caso de una paciente sujeta a la extubación paliativa en una unidad de emergencia.

Método

Se trata del relato de una experiencia que presenta los hechos y los sentimientos de los involucrados en un procedimiento de extubación paliativa que tuvo lugar en el mes de junio de 2017, en la unidad de emergencia referenciada (UER) del Hospital de Clínicas de la Universidad Estadual de Campinas (UniCamp).

Los datos fueron recolectados en julio del mismo año, cerca de un mes después del fallecimiento de la paciente, y reunidos en base a los procedimientos descritos y a la lectura del historial de la paciente. El proyecto fue sometido al comité de ética de la institución y el documento de consentimiento libre e informado fue juzgado como dispensable.

Resultados

Natural de Campinas, la paciente tenía 80 años y era una mujer sana, hipertensa, diabética y con dislipidemia. Fue llevada al servicio prehospitalario en junio de 2017, luego de haber sido encontrada sin reacción por el hermano, en su cuarto, por la mañana. Llegó al servicio de emergencia con índice 5 en la escala de coma de Glasgow, pupilas anisocóricas y en estado de descerebración.

Admitida en urgencias, se optó por la intubación orotraqueal después de la tomografía de cráneo, cuando se diagnosticó accidente vascular encefálico isquémico en la región del tronco cerebral. Después de la estabilización del cuadro, la paciente fue trasladada a la sala de cuidados intensivos de la unidad de emergencia, donde fue mantenida bajo ventilación mecánica.

Los familiares estuvieron presentes en todos los horarios de visita, acompañando de cerca la evolución del cuadro de la paciente. Percibían el sufrimiento y el empeoramiento de la paciente, incluso relatando el hecho al equipo. Entre el tercer y octavo día de la admisión de la paciente en el servicio de emergencia, el equipo médico compartió con la familia y el equipo multidisciplinario el mal pronóstico de la enfermedad. Se les informó que la paciente no conseguiría desempeñar sus actividades diarias, sería totalmente dependiente de cuidados básicos, como alimentarse y bañarse, y que ya no podría conversar o comprender a las personas. Por lo tanto, bajo esta condición irremediable e irreversible podría pasar por un proceso de muerte más prolongado, con más sufrimiento y dolor.

La familia entendió el cuadro y percibió que dejarla en esa situación sólo traería más tormentos a la paciente y a su círculo social. Después de esa conversación, el equipo abordó cuestiones relacionadas con los cuidados paliativos, el alivio propiciado por el equipo multiprofesional y la importancia de la visita y/o permanencia de la familia, incluso fuera de los horarios instituidos. Se resaltó además que la permanencia del tubo orotraqueal y de las drogas vasoactivas no revertirían el cuadro de la paciente, y podrían causar aún más daño. Luego del consenso entre el equipo y los familiares, se aplicaron medidas de alivio, incluyendo la extubación paliativa.

La paciente fue extubada después de nueve días de internación. A pesar de ello, siguió con el índice Glasgow 5, con respuesta ocular a los llamados, eupneica, en aire ambiente, fisonomía cómoda y sin signos de dolor, recibiendo cuidados intensivos y básicos como baño, cambio de decúbito y dieta por sonda nasointestinal. Siguió acompañada las 24 horas del día por el equipo de salud y por la familia, y falleció cinco días después de la extubación.

Discusión

La presentación de este caso se debe a la baja aplicabilidad de la extubación en nuestro medio. Frente al contexto en que las intervenciones médicas cada vez más agresivas no revierten la grave

evolución de ciertas enfermedades, la presencia continua del tubo orotraqueal es señalada, en muchos casos, como una prolongación de muerte agonizante. La extubación paliativa se realiza justamente para evitar esta situación dramática. Los profesionales de las unidades de urgencia deben aprender a poner en práctica procedimientos que se centren no sólo en el tratamiento y la curación de las enfermedades, sino también que se dirijan a minimizar el sufrimiento del paciente, en situaciones a menudo inevitables y cada vez más frecuentes¹³.

La bibliografía sobre el tema muestra que los especialistas en cuidados críticos pueden identificar qué pacientes están en tratamientos que prolongan la vida, pero que, al mismo tiempo, generan más sufrimiento antes de la muerte inminente^{11,13}. Siendo así, es necesario que el médico evalúe y confirme el diagnóstico de estos pacientes sujetos a la extubación paliativa y verifique también si la unidad donde están internados puede proporcionar apoyo a los familiares y ofrecer los debidos cuidados paliativos.

En el caso de la paciente en cuestión, la UER tenía una sala de cuidados intensivos con cinco camas y soporte similar al de la unidad de terapia intensiva (UTI) convencional, una especie de retaguardia de la sala de emergencia, que tiene el objetivo de proveer cuidados intensivos a pacientes en estado crítico hasta la derivación a las unidades de internación correspondientes. Además de soporte hemodinámico, en esta sala se brinda mayor atención a pacientes y familiares, ya que el equipo tiene más espacio, hay menos rotación en relación con la emergencia y dos horarios disponibles para visita. Estos factores permitieron que hubiera más contacto y se crearan más vínculos entre pacientes, familiares y equipo de salud, dado que los profesionales atendían a los enfermos las 24 horas del día y podían garantizar un cuidado integral.

Todos estos aspectos siguen aquello que se recomienda en la bibliografía, ya que fue posible integrar diversas cuestiones en la unidad de emergencia. Antes de la extubación, el equipo que cuidaba a la paciente se reunió para recibir explicaciones sobre la situación y conocer mejor el concepto de extubación paliativa, justamente para que se saldaran dudas y el equipo se sintiera más seguro con relación al procedimiento. Esto fue de gran importancia en este caso, pues el temor respecto de esta cuestión ya fue señalado por algunos estudios, aún más considerando que generalmente los profesionales de salud enfrentan otras barreras como la sobrecarga de trabajo, el hacinamiento, la desorganización en el lugar de

trabajo, la falta de conocimiento sobre el tema y el estrés emocional^{1,2,5}.

Es fundamental convocar a la familia, aclarar las dudas, exponer la situación actual del paciente y las medidas que puedan garantizar lo mejor posible para él. Los familiares del presente relato de caso optaron por no presenciar el momento de extracción del tubo, lo que nos recuerda la importancia de respetar a todas las personas involucradas y su período de negación y aceptación de los hechos.

En el caso de la paciente de esta investigación, los profesionales que formaban parte del equipo multiprofesional, como médicos, asistente social y enfermeros, fueron particularmente comprensivos en cuanto a la ansiedad de los parientes y al estrés vivido por el equipo que haría la extubación¹³. Como se plantea en la bibliografía, durante el proceso es necesario hacer el registro en el historial, para que sirva de documentación y respaldo a todos los profesionales, de modo que la extubación paliativa sea una medida de resultado mensurable, y sea posible evaluar la preparación, la competencia y el desempeño del equipo¹³.

Se destaca además que el verdadero propósito de la extubación paliativa es evitar la prolongación de la muerte, la incomodidad generada por la intubación orotraqueal y proporcionar los cuidados

terapéuticos para el control de signos y síntomas, como el dolor, hasta la llegada de la muerte. En cuanto a los familiares, se necesitan cuidados antes y después del duelo, además del apoyo psicosocial, principalmente después de la extubación paliativa, ya que la muerte puede tener lugar días después, como fue el caso de la paciente del estudio, que falleció cinco días después del procedimiento¹³.

Consideraciones finales

Así como en las unidades de internación, los cuidados paliativos también deben estar presentes en las unidades de emergencia, pues, además de proporcionar bienestar y alivio al paciente, también brindan mayor alivio a los familiares y profesionales involucrados. La extubación paliativa, es decir, la extracción de la ventilación mecánica del paciente cuya muerte ya es esperada, fue presentada aquí por medio de este relato de caso y de la referencia a otros estudios, como ejemplo de cuidado paliativo que puede justamente evitar la muerte agonizante. Se hace evidente, tras la conversación y el consenso entre el equipo y los familiares, que es posible realizar esta práctica y atenuar el sufrimiento del enfermo, mejorando su bienestar, el de su círculo social y el de todos los profesionales responsables.

Referências

1. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med* [Internet]. 2011 [acceso 26 jun 2017];14(8):945-50. DOI: 10.1089/jpm.2011.0011
2. Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT *et al.* Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department: an experience from a tertiary medical center in Taiwan. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 [acceso 26 jun 2017];96(19):e6943. DOI: 10.1097/MD.0000000000006943
3. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* [Internet]. 2011 [acceso 26 jun 2017];139(4):795-801. DOI: 10.1378/chest.10-0652
4. Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acceso 26 jun 2017];28(3):294-300. p. 295. DOI: 10.5935/0103-507X.20160042
5. American College of Emergency Physicians. Palliative medicine in the emergency department [Internet]. 2012 [acceso 18 set 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2OIxQsa>
6. Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2011 [acceso 26 jun 2017];18(6):e70-6. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x
7. Lamba S. Early goal-directed palliative therapy in the emergency department: a step to move palliative care upstream. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [acceso 26 jun 2017];12(9):767. DOI: 10.1089/jpm.2009.0111
8. Stone SC, Mohanty SA, Grudzen C, Lorenz KA, Asch SM. Emergency department research in palliative care: challenges in recruitment. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [acceso 26 jun 2017];12(10):867-8. DOI: 10.1089/jpm.2009.0139
9. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J* [Internet]. 2014 [acceso 26 jun 2017];18(2):77-85. DOI: 10.7812/TPP/13-103
10. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M *et al.* Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* [Internet]. 1990 [acceso 26 jun 2017];322:309-15. DOI: 10.1056/NEJM199002013220506

11. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acceso 26 jun 2017];16(11):1368-74. DOI: 10.1089/jpm.2013.0142
12. Von Gunten C, Weissman DE. Ventilator withdrawal protocol. *J Palliat Med* [Internet]. 2003 [acceso 26 jun 2017];6(5):773-4. DOI: 10.1089/109662103322515293
13. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015 [acceso 26 jun 2017];10:679-85. DOI: 10.2147/CIA.S82760
14. Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2008 [acceso 26 jun 2017];178(8):798-804. p. 798. DOI: 10.1164/rccm.200711-1617OC


Participación de los autores

Julieth Santana Silva Lage fue responsable de la revisión bibliográfica, escribió parte de la introducción, el método y la discusión, y revisó la introducción, el método, el caso clínico (resultados), la discusión y las consideraciones finales. Agatha de Souza Melo Pincelli también participó de la revisión bibliográfica y de las consideraciones finales. Jussara Aparecida Silva Furlan hizo la revisión bibliográfica y el caso clínico. Diego Lima Ribeiro escribió parte del resumen, la introducción y la discusión, siendo revisor y orientador del trabajo. Rafael Silva Marconato fue quien concibió el artículo, revisor y orientador del trabajo.


Correspondência

Julieth Santana Silva Lage – Rua Alcides Turci, 108, Dom Pedro I CEP 12232-640. São José dos Campos/SP, Brasil.

Julieth Santana Silva Lage – Especialista – julieth.lage@yahoo.com.br

 0000-0002-1158-0755

Agatha de Souza Melo Pincelli – Graduanda – htamelo@hotmail.com

 0000-0002-1962-0520

Jussara Aparecida Silva Furlan – Graduada – jussara.aps@hotmail.com

 0000-0002-8581-6329

Diego Lima Ribeiro – Especialista – lr.diego@gmail.com

 0000-0003-0731-9308

Rafael Silva Marconato – Mestre – marconato@hc.unicamp.br

 0000-0001-9222-8413

