

Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?

R. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, F. BAIGORRI GONZÁLEZ Y A. ARTIGAS RAVENTOS

Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Fundamento. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente.

Objetivo. Conocer la frecuencia con que se decide la LET en la práctica diaria, y si ha cambiado al inicio del siglo XXI.

Pacientes y métodos. Durante el año 2003 incluimos en el informe de alta de cada paciente del Área de Críticos una pregunta de obligada respuesta sobre si hubo o no LET. Se registró la mortalidad en el Área de Críticos y la mortalidad hospitalaria.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en el Área de Críticos 1.510 pacientes, con una edad de 61 ± 17 años. La LET se reconoció explícitamente en una minoría de pacientes (10%) y se asoció a una alta mortalidad hospitalaria (88%). En el 55% de los pacientes que fallecieron en el Área de Críticos hubo algún tipo de LET. Los pacientes con LET tuvieron mayor riesgo de muerte predicho por APACHE II (37 ± 27 frente a 22 ± 22), mayor frecuencia de enfermedades crónicas previas (26% frente a 10%), mayor edad (72 ± 12 frente a 60 ± 18 años) y mayor estancia en el Área de Críticos (10 ± 14 frente a 6 ± 8 días). Describimos un nuevo grupo de pacientes (1% del total) que ingresan en Críticos ya con alguna LET.

Conclusión. En el día a día, aunque aún escasa, la LET está aumentando y se asocia a una muy mala evolución. Se decide más frecuentemente en pacientes mayores y con co-morbilidades.

PALABRAS CLAVE: limitación terapéutica, bioética, cuidados semicríticos.

LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN INTENSIVE CARE: HAS IT CHANGED IN THE XXI CENTURY?

Background. The limitation of therapeutic effort (LTE) is the meditated decision on the non-implementation or withdrawal of therapeutic measures due to anticipating that they would not entail a significant benefit for the patient.

Objective. Know the frequency with which LTE is decided in the daily practice and if it has changed at the onset of the XXI century.

Patients and methods. During the year 2003, we included a question with required response on whether or not there was a LTE in the discharge report of each patient of the Critical Area. Mortality in the Critical area and hospital mortality were recorded.

Results. During the study period, 1,510 patients, aged 61 ± 17 years, were admitted to the Critical Area. LTE was explicitly admitted in a minority of patients (10%) and was associated to high hospital mortality (88%). In 55% of the patients who died in the Critical area, there was some type of LTE. Patients with LTE had greater risk of death predicted by the APACHE II (37 ± 27 versus 22 ± 22), greater frequency of previous chronic diseases (26% versus 10%), older age (72 ± 12 versus 60 ± 18 years) and longer stay in the Critical Area (10 ± 14 versus 6 ± 8 days). We

Correspondencia: Dr. R. Fernández.
Centro de Críticos.
Hospital de Sabadell.
Parc Taulí, s/n.
08208 Sabadell. Barcelona.
Correo electrónico: rfernandez@csppt.es

Manuscrito aceptado el 31-I-2005.

discovered a new group of patients (1% of the total) who were admitted in the Critical Area with some LTE.

Conclusion. Although still scarce, LTE is increasing and is associated to very poor course in everyday work. It is decided more frequently in older patients with comorbidities.

KEY WORDS: *therapeutic limitation, bioethics, semicritical cares.*

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se crearon para salvar la vida de pacientes amenazados por enfermedades agudas graves gracias a la concentración de tecnologías de soporte vital y de personal altamente especializado. Dos factores han modificado esta idea original, la necesidad de atender a pacientes con situaciones ya no tan reversibles, debido a la avanzada edad o a enfermedades crónicas subyacentes, y el cambio en el tipo de enfermedades amenazantes. Mientras que inicialmente se atendían traumatismos y arritmias secundarias a infarto de miocardio, actualmente son más frecuentes las sepsis en pacientes inmunodeprimidos y las reagudizaciones de enfermedades crónicas respiratorias y cardíacas. Así aparece la figura de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en aquellos casos en que, tras intentarlo, se considera que la prolongación de las medidas de soporte vital no conlleva un beneficio real para el paciente, volcándose más en los aspectos de paliación y confort.

Este aspecto se desarrolla ampliamente en la década de los 90, alcanzando unas posiciones de consenso en las diferentes sociedades científicas internacionales^{1,2}. En nuestro medio, tanto encuestas de opinión³ como registros específicos⁴ muestran una incidencia moderada, pero creciente, de LET en las UCI. Se ha descrito el efecto diferencial sobre la aplicación de la LET del nivel de hospital en que se trate⁵ y del tipo de especialista que lo atienda⁶. Ante la escasez de datos en nuestro medio, consideramos de interés conocer cuál es la magnitud de la LET en la actualidad, así como la aparición de pacientes que ingresan en el Área de Críticos con algún tipo de limitación terapéutica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante el año 2003 se incluyó en el informe de alta del Área de Críticos (UCI y Semicríticos) una pregunta de obligada respuesta sobre la aplicación o no de LET en cada paciente. Las respuestas estaban cerradas a 5 posibilidades: a) ninguna limitación; b) limitación ya al ingreso en Críticos; c) limitación durante el ingreso en Críticos como no incremento de medidas terapéuticas; d) limitación durante el ingreso como retirada de medidas terapéuticas, y e) retirada de medidas terapéuticas básicas durante la

agonía. Tales decisiones se tomaron por el equipo asistencial formado por el intensivista y el residente en la atención diaria, al tiempo que se discutieron los pacientes en sesión clínica diaria con el resto del equipo. No se proporcionó formación específica en estos temas previa al estudio. Se registró la mortalidad en el Área de Críticos y durante la hospitalización posterior. Los datos de LET no fueron suministrados al equipo asistencial de planta de hospitalización, excepto por las conversaciones ordinarias entre médicos y enfermeras que se transfieren pacientes.

Los datos se muestran como media y desviación estándar (DE) para las variables continuas y como porcentaje para las variables categóricas. Se compararon los resultados en el grupo de pacientes con LET y sin ella mediante la prueba de la "t" de Student para las variables continuas y la prueba Chi cuadrado para las variables categóricas. Se estableció el nivel de significación estadística en un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Nuestra Área médico-quirúrgica de Críticos con 16 camas de UCI y 10 de Semicríticos recibió 1.510 ingresos durante el año 2003, con una ocupación media del 90%. De manera destacable, el 35% de los pacientes de UCI pasaron por la Unidad de Semicríticos previamente al alta a las áreas convencionales de hospitalización. La edad media fue de 61 ± 17 años. El motivo de ingreso se distribuyó por tercios homogéneamente entre cardiológico, posquirúrgico y médico. El riesgo de mortalidad predicho por el APACHE II, sólo en pacientes de UCI, fue del $24\% \pm 23\%$, siendo la mortalidad real observada hospitalaria del 22% en estos pacientes.

Se realizó LET en el 9,9% de los pacientes ingresados (tabla 1). Se observa que la mortalidad en el Área de Críticos fue del 13% y la mortalidad en el hospital al salir del Área de Críticos del 4%. El grupo de pacientes que ya presentaban LET al ingreso en el Área de Críticos representó un 1% de la población de estudio y presentó una supervivencia hospitalaria de sólo el 12%.

Las diferencias en las variables clínicamente significativas entre pacientes con y sin LET se muestran en la tabla 2. Destaca que el 55% (109/199) de los pacientes que fallecen en el Área de Críticos lo hacen con alguna forma de LET. Por otra parte, los pacientes con LET tienen una mortalidad hospitalaria cercana al 90%.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio, el primero registrado en esta década en España, sugieren un aumento en la incidencia de LET, al tiempo que describen la aparición de un nuevo tipo de pacientes que ingresan en el Área de Críticos ya con alguna limitación de tratamientos agresivos.

En el mayor estudio publicado en nuestro medio, realizado en 1996, la incidencia de LET osciló entre

TABLA 1. Distribución de pacientes según el grado de LET explicitado

LET	Total n	Mortalidad en Área de Críticos n (%)	Mortalidad en planta de hospitalización n (%)	Supervivientes n (%)
Ninguna	1.351	90 (7%)	31 (2%)	1.238 (90%)
Al ingreso en Críticos	16	11 (69%)	3 (19%)	2 (12%)
Durante el ingreso como no incremento de medidas	85	53 (62%)	17 (20%)	15 (18%)
Durante el ingreso como retirada de medidas	33	30 (91%)	3 (9%)	0 (0%)
Retirada de medidas durante la agonía	15	15 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	1.510	199 (13%)	54 (4%)	1.257 (83%)

LET: limitación del esfuerzo terapéutico.

TABLA 2. Características clínicas y de evolución diferenciales entre los pacientes con LET y sin LET

	Sin LET (n = 1.361)	Con LET (n = 149)	p
Edad (años)	60 ± 18	72 ± 12	0,001
Enfermedades crónicas*, n (%)	130 (10%)	39 (26%)	0,29
Mortalidad predicha según APACHE II, %	22 ± 22	37 ± 27	0,001
Estancia en Área de Críticos (días)	6 ± 8	10 ± 14	0,001
Mortalidad en Área de Críticos, n (%)	90 (7%)	109 (73%)	0,02
Mortalidad hospitalaria, n (%)	121 (9%)	132 (88%)	0,01

LET: limitación del esfuerzo terapéutico.

*Enfermedades crónicas según definiciones del APACHE II.

Los resultados se expresan como media ± desviación estándar.

el 3% y el 13% según el *case-mix* de las unidades estudiadas⁴. La incidencia observada en nuestra unidad, un 10%, se sitúa en el rango alto de la frecuencia de LET reportada en el mencionado estudio y es mayor que el límite superior del intervalo de confianza del 95% (IC 95%) del promedio de LET reportado por los autores (6,5%; IC 95%: 5,7% al 7,3%). Teniendo en cuenta la asociación directa entre LET y mortalidad global en UCI e inversa entre LET y volumen de ingresos⁵, la frecuencia de LET esperable en nuestra unidad de acuerdo a la mortalidad global estaría entre el 4% y el 7%, mientras que de acuerdo al volumen de ingresos estaría entre el 4% y el 13%. Ello hace altamente probable que nuestra LET del 10% represente un aumento real en la incidencia de LET en 2003 comparado con 1996.

Nuestros datos sobre duración de la estancia en el Área de Críticos reafirman que, en la mayoría de los casos, la decisión de LET no es rápida, sino aplicada tras la comprobación de la futilidad de los tratamientos administrados durante un período razonable de tiempo. Una excepción son el 1% de pacientes en los que la LET ya está decidida al ingreso, aceptando, por ejemplo, ingresar un paciente de 88 años con infarto de miocardio para ofrecerle la posibilidad de sobrevivir a una arritmia ventricular, por su carácter de reversibilidad, pero con el que se acuerda no aplicar ventilación mecánica en caso de desarrollar shock cardiogénico, dadas las ínfimas posibilidades de supervivencia. Estos pacientes, todavía una minoría, han mostrado en este estudio una no despreciable supervivencia hospitalaria del 12%.

Éste es un fenómeno que consideramos que seguirá creciendo en el futuro próximo, ya que existe una compresión de la morbilidad, de forma que la

población vive mejor, más tiempo, y el período de senescencia se comprime cerca del final de la vida⁷. Este indudable éxito de nuestra sociedad ha llevado a que los hospitales estén ahora ocupados por una población envejecida, cada vez con mayor complejidad y gravedad, en la que se hace más difícil establecer un límite preciso entre seguir intentando la curación y la recuperación, y pasar a perseguir únicamente el confort y la ausencia de dolor. Tampoco los pacientes y sus familias cambian repentinamente de la esperanza de sobrevivir a la aceptación de la muerte. De hecho, las recomendaciones para cuidados al final de la vida en la UCI del Comité de Ética de la *Society of Critical Care Medicine*² están escritas desde la perspectiva, cada vez más evidente, de que los cuidados intensivos y los cuidados paliativos no son opciones mutuamente excluyentes sino que, al contrario, deberían ser coexistentes. El grado al que el tratamiento esté enfocado a la cura frente a la paliación dependerá de la situación clínica, pero, en principio, ambos están siempre presentes en alguna medida.

Aparece, así, la necesidad de definir los objetivos de la atención en UCI antes del ingreso en la misma. Sin embargo, esta estrategia está limitada por el hecho de que la comunicación antes del ingreso en UCI en relación a las preferencias sobre las medidas de soporte vital es muy poco frecuente en el caso de pacientes graves, como demostró el estudio SUPPORT en 7.000 pacientes graves hospitalizados⁸. En dicho estudio, más del 50% de los pacientes rechazaron discutir sobre aspectos del tratamiento al final de la vida, a pesar de ser inducidos a ello por personal entrenado, operando en el contexto de un estudio bien organizado y conducido por expertos. La posi-

bilidad actual de expresar esas preferencias en los documentos de voluntades anticipadas no parece que esté modificando la situación. Además, si bien las preferencias de los pacientes están claramente influidas por la percepción que ellos tienen de su pronóstico, esta estrategia asume que disponemos de elementos pronósticos fiables en cuanto al posible éxito de nuestras intervenciones, lo cual también está muy lejos de ser realidad.

En cuanto a las características del perfil de pacientes a los que se aplica LET coinciden con las propuestas en artículos de revisión en nuestro medio^{9,10}. Así, son pacientes con mayor riesgo de mortalidad, predicho por el APACHE II, principalmente debido a su mayor edad y a la presencia más frecuente de comorbilidades graves (insuficiencia cardíaca clase IV de la *New York Heart Association* [NYHA], insuficiencia renal crónica en diálisis, etc.).

Concluimos que, al inicio del presente siglo, la LET está claramente presente en las Áreas de Críticos y parece seguir creciendo. Se aplica más a pacientes mayores y con mayores comorbilidades, asociándose a una elevadísima mortalidad. Por último, confirmamos la aparición de pacientes que se benefician de la UCI incluso ingresando con algún tipo de limitación terapéutica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todo el personal facultativo (adjuntos y residentes) del Área de Críticos (intensivistas y anestesiólogos) del Hospital de Sabadell por su positiva predisposición a cumplimentar los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med*. 1990;18: 1435-9.
2. Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med*. 1997;25:887-91.

3. Abizanda R, Almendros Corral L, Balerdi Pérez B. Aspectos éticos de la medicina intensiva. Resultados de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:521-6.

4. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001;27:1744-9.

5. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, Esmail R, Inman KJ, Sibbald WJ, for The Southwestern Ontario Critical Care Research Network. Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit: a comparison of teaching and community hospitals. *Crit Care Med*. 1998;26:245-51.

6. Cook DJ, Guyatt H, Jaeschke R, Reeve J, Spanier A, King D, et al. Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. Canadian Critical Care Trials Group. *JAMA*. 1995;273:703-8.

7. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;17:303:130-5.

8. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *JAMA*. 1995;274:1591-8.

9. Barbero J, Casabona CR, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:586-94.

10. Cabre L, Solsona JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.