



CARTA CIENTÍFICA

Resultados preliminares del estudio ADENI-UCI: análisis de las decisiones de no ingreso en unidades de cuidados intensivos como medida de limitación de los tratamientos de soporte vital; estudio multicéntrico, prospectivo y observacional



Preliminary results of the ADENI-ICU trial: Analysis of decisions of refuse admission in intensive care units as a limitation of life support treatments; multi-center, prospective, observational study

Sr. Editor:

La falta de análisis de los factores relacionados con los procesos de denegación de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha sido una demanda tradicional¹.

En el mes de febrero de 2018 comenzó el reclutamiento de enfermos del estudio ADENI-UCI, con el objetivo de analizar las decisiones de no ingreso en UCI como medida de limitación de los tratamientos de soporte vital de nuestro entorno.

El presente análisis es parte del estudio ADENI-UCI, un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, llevado a cabo en España, que comenzó el reclutamiento en el mes de febrero de 2018. La fecha de corte se efectuó a los 120 días de comenzado el reclutamiento, con la finalidad de valorar la capacidad de reclutamiento de los centros implicados (8 de junio de 2018). Se invitó a participar a todos los servicios de medicina intensiva (SMI) a través del Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC.

Con respecto al ámbito y la población estudiada cuenta con la participación de los SMI distribuidos en 21 provincias del territorio español. Estos SMI diferían principalmente en el tamaño de las UCI (atendiendo al número de boxes disponibles), en la enfermedad tratada, en la presencia de unidades de cuidados intermedios, en la disposición de servicios extendidos de cuidados intensivos y en la ratio *staff*/número de boxes atendidos en horario de mañana y guardias.

Cada UCI participante se comprometía a registrar de forma consecutiva, durante un periodo de 6 meses, las

decisiones en las que se denegaba el ingreso en la UCI a pacientes, entendida como una medida de LTSV.

Se hará una descripción general de las variables incluidas en el estudio. Se presentarán las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, así como las medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mediana, mínimo y máximo, rango intercuartílico) de las variables cuantitativas. Se presentarán los intervalos de confianza (IC) del 95% para las principales variables cuantitativas de resultados asociados al objetivo principal.

No se imputarán los datos en ausencia y se dejarán como perdidos. Cuando se requiera un análisis inferencial se utilizarán test paramétricos para variables continuas y test no paramétricos en el caso de variables ordinales, categóricas o no paramétricas. Los test de hipótesis que se utilicen serán en todos los casos bilaterales y con un nivel de significación de 0,05. Para las variables que no se ajusten a una distribución normal (o paramétrica) se utilizarán los test de hipótesis de Mann Whitney (para datos no pareados) o de Wilcoxon (para datos pareados). En el análisis de tablas de contingencia, así como para la comparación de proporciones y/o distribuciones de frecuencias, se utilizará el test de la Chi al cuadrado (o la prueba exacta de Fisher cuando proceda).

El tamaño muestral vendrá definido por la temporalidad del estudio. En este caso, cada centro participante recogerá pacientes de forma consecutiva por espacio de 6 meses, que empezará a contar desde la inclusión del primer enfermo. La duración del estudio completo será de un año, con fecha de finalización en febrero de 2019. El último mes para comenzar el registro en el estudio será septiembre de 2018.

Durante los primeros 120 días de inclusión en el estudio ADENI-UCI se han registrado un total de 502 pacientes de 36 UCI participantes. La edad media fue de 76 ± 12 años, y el porcentaje de varones alrededor del 60%. Aproximadamente en el 60% de los casos registrados los enfermos se agrupaban en las clases C y D en la escala de Knauss, y 3 de cada 4 enfermos presentaban un valor de Karnofsky por debajo de 60.

La decisión de no ingreso en la UCI fue tomada en la primera valoración que el médico intensivista realizó del paciente en más del 90% de las ocasiones, realizándose en el horario de guardia en casi el 60% de los casos. La valoración desde áreas quirúrgicas podría considerarse testimonial, por debajo del 2%.

En el momento de la valoración, en cerca del 20% la disponibilidad se encontraba por debajo de las 2 camas.

Fue la enfermedad crónica severa el motivo de decisión de no ingreso más frecuente.

Los pacientes fueron informados de la decisión adoptada en menos del 20% de las ocasiones, aumentando dicho valor a prácticamente el 80% en el caso de la transmisión de la decisión a los familiares. La decisión de no ingreso en UCI se registró en la historia clínica en casi el 90% de los episodios.

Consideramos que los datos presentados reflejan un gran trabajo de fidelización y seguimiento del estudio.

A pesar de tratarse de unos resultados preliminares, de un análisis descriptivo y analítico, y de existir diferentes posibilidades donde enfatizar la discusión, nos gustaría destacar algunos puntos.

En primer lugar, es notorio el alto porcentaje de las ocasiones en las que la decisión de no ingresar al paciente se toma en la primera consulta. Es importante destacar que cualquier decisión de LTSV pasa siempre a través de una correcta valoración del complejo contexto clínico de nuestros enfermos, por consiguiente de nuestra capacidad de tratar con el paciente todas las posibilidades en el momento oportuno².

No obstante, parece razonable enfatizar la necesidad de una mayor previsión, en pacientes potencialmente graves con enfermedad crónica, por parte de familiares, médicos responsables y servicios extendidos de cuidados intensivos, para conseguir la mayor participación y el mayor de los consensos con el tiempo necesario.

En segundo lugar, es llamativo el escaso papel que parece tener la voluntad del paciente en este tipo de decisiones. En este sentido, hay que hacer hincapié que en estas situaciones en ocasiones los enfermos pueden carecer de la capacidad de decidir, y sus preferencias ser conocidas en un bajo porcentaje de casos^{3,4}. En tercer lugar, y entendiendo lo controvertido de la afirmación, en estos casos tanto la consideración de futilidad que correspondería al médico, como la falta de disponibilidad de una cama de UCI parecen estar fuera del alcance de la autonomía del enfermo. Pudiendo, por tanto, tomar la decisión sin el consentimiento del paciente o familiares⁵, puesto que podría considerarse una carga cruel e inadmisibles para la familia^{6,7}.

Sin embargo, nos sumamos a la opinión de que la decisión debería tomarse (no solo colegialmente), sino también de acuerdo con la familia⁸, situación que ocurre en prácticamente el 80% de las decisiones que se toman en nuestro medio, como muestran nuestros resultados. No obstante, de estos datos se extrae la duda de si la entrevista con la familia se limitó a informar sobre lo que previamente se había decidido o existió un verdadero diálogo³.

Autoría

A. González Castro y P. Escudero Acha realizaron las entrevistas y redactaron el manuscrito.

I. Gomez Aceba realizó el análisis estadístico.

M. Palomo Navarro, O. Leizaola Irigoyen, B. Vidal Tecedor, D. González Romero, M. Misis del Campo, P. Recena Pérez, M.C. Pavia Pesquera, S. Freita Ramos, G. Miró Andreu, A.M. de Pablo Hermida, M. Barceló Castelló, M.L. Blasco Cortes, D. Ballesteros Ortega, N. Lázaro Martín, D. Díaz Díaz, M. Pérez Ruiz, R. Poyo-Guerrero, M. Cordero Vallejo, O. Acune, J. Duerto Alvarez, M.C. García Torrejón,

E.M. Gómez Gómez y L. Claverías Cabrerías han participado en la recogida de datos en distintos centros.

Bibliografía

1. Capuzzo M, Moreno RP, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. *Curr Opin Crit Care*. 2010;16:499-504.
2. Requena Meana P. Doctor, no haga todo lo posible!. Granada: Editorial Comares; 2017.
3. Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med*. 2005;31:1215-21.
4. Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. EURELD consortium. End-of-life decision-making in six European countries: Descriptive study. *Lancet*. 2003;362:345-50.
5. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA*. 1994;271:1200-3.
6. Cabré Pericas L, Solsona Duran JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.
7. Vincent JL, Schetz M, de Waele JJ, de Cléty SC, Michaux I, Sottiaux T, et al. Belgian Society of Intensive Care Medicine. "Piece" of mind: End of life in the intensive care unit statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care*. 2014;29:174-5.
8. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P, et al., French ADMISSIONREA Study Group. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: A multiple-center study. *Crit Care Med*. 2005;33:750-5.

P. Escudero-Acha^a, M. Palomo Navarro^b, O. Leizaola Irigoyen^c, B. Vidal Tecedor^d, D. González Romero^e, M. Misis del Campo^f, P. Recena Pérez^g, M.C. Pavia Pesquera^h, S. Freita Ramosⁱ, G. Miró Andreu^j, A.M. de Pablo Hermida^k, M. Barceló Castelló^l, M.L. Blasco Cortes^m, D. Ballesteros Ortegaⁿ, N. Lázaro Martín^ñ, D. Díaz Díaz^o, M. Pérez Ruiz^p, R. Poyo-Guerrero^q, M. Cordero Vallejo^r, O. Acune^s, J. Duerto Alvarez^t, M.C. García Torrejón^u, E.M. Gómez Gómez^v, L. Claverías Cabrerías^w, I. Gomez Acebo^x, A. Gonzalez-Castro^{a,*} y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Sagunto, Valencia, España

^c Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Castellón, Castellón, España

^e Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria, España

^f Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España

^g Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias, España

^h Servicio de Medicina Intensiva, Hospital San Pedro de Logroño, Logroño, España

ⁱ Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

^j Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Mataró, Mataró, España

^k Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Sureste, España

^l Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

^m Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico de Valencia, Valencia, España

ⁿ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España

^ñ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^o Servicio Medicina Intensiva, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^p Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Jerez, Jerez, España

^q Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca, España

^r Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Álava, Vitoria, España

^s Servicio de Medicina Intensiva, Clínica Mompía, Mompía, Cantabria, España

^t Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^u Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid, España

^v Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón, España

^w Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Tortosa, Tortosa, España

^x Departamento de Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e409@humv.es (A. Gonzalez-Castro).