



## Cartas al Editor

### Limitación del tratamiento en una unidad de cuidados intensivos

#### *Limitation of therapy in an intensive care unit*

Sr. Editor:

Recientemente ha publicado en su revista un interesante artículo especial sobre limitación de esfuerzo terapéutico (LET)<sup>1</sup>. Como bien comenta Gamboa, la LET es una medida utilizada frecuentemente en el entorno del paciente crítico y se hace referencia a ella como la decisión de no instaurar o suprimir, en el caso de que ya se haya instaurado, alguna actuación de soporte vital en un determinado enfermo cuando se cree que no aporta un beneficio significativo, sino la prolongación del proceso de muerte. En este caso, no hay duda de que no hay obligación moral de proporcionar un tratamiento fútil. El problema es determinar si lo es. El autor<sup>1</sup> hace referencia a la necesidad de justificar con datos empíricos y elementos valorables la utilidad o la futilidad de determinados procedimientos. Además, considera que existen 3 grupos de factores que condicionan la futilidad del acto médico: los estrictamente técnicos, las cuestiones éticas y las implicaciones sociales<sup>1</sup>.

En un intento por dilucidar la incidencia, el proceso o el tipo de medidas utilizadas, los factores asociados y los resultados de las actuaciones, los autores de la presente carta realizaron un estudio prospectivo observacional durante un período de 4 meses en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente de un hospital terciario, que incluía a todos los pacientes que ingresaban o de los que se solicitaba ingreso en la UCI. Se recogieron variables demográficas, APACHE II al ingreso, diagnóstico al ingreso, disfunción orgánica, estado de salud previo (según APACHE II), calidad de vida previa mediante en EuroQOL Instrument (European Quality of Life scale), predicción de calidad de vida futura, supervivencia de UCI y hospitalaria, tipo de medida de LET, motivo de LET, motivo del fallecimiento y reevaluación del nivel de tratamiento. Para el análisis univariado se utilizó el test de la chi-cuadrada para las variables cualitativas y la t Student para las numéricas. Se aplicó un modelo de regresión logística múltiple para identificar las variables independientes asociadas a la LET.

De los 193 pacientes que ingresaron o su médico solicitó el ingreso durante el período de estudio, a 40 (20%) se les limitó el nivel de tratamiento. Estos pacientes tenían una edad media de  $61,3 \pm 15,1$  años, una estancia media en la UCI de  $8,2 \pm 10,9$  días, estancia hospitalaria de  $21,1 \pm 28,7$  días; 22 (55%) eran varones. El APACHE II de ingreso fue de  $18,1 \pm 7,4$  y la media de órganos disfuncionantes de  $2,5 \pm 1,5$ . Los diagnósticos más frecuentes fueron en 12 (30%) la sepsis, en 7 (17,5%) cardiopatía isquémica y en otros 7 (17,5%) tras una parada cardiorrespiratoria. El 38,5% (15) poseía una calidad de vida previa buena y el 25% tenía uno o más antecedentes personales graves.

A 12 pacientes (30%) se les limitó el ingreso en la UCI, en 25 (62,5%) se recibió orden de no resucitar, a 16 (40%) se les limitó el nivel de catecolaminas, a 8 (20%) la depuración extrarrenal, a 7 (17,5%) el oxígeno, a 5 (12,5%) la ventilación mecánica, a 2 (5%) las transfusiones de sangre, a 1 (2,5%) la nutrición parenteral y a

ninguno se le limitó el tratamiento antibiótico. Al 42,5% se le limitaron más de 2 medidas. En 10 pacientes se reevaluó su nivel de tratamiento (a 6 se les aumentó el nivel de limitación y a 4 se les disminuyó). A 9 pacientes se les retiró el soporte.

Las motivaciones por las que se adoptaron estas medidas fueron la futilidad del tratamiento en 23 pacientes (57,5%), la calidad de vida futura prevista en 11 (27,2%), la calidad de vida previa en 10 (25%), el daño cerebral en 7 (17,5%), la gravedad de la enfermedad aguda en 6 (15%), la enfermedad crónica previa en 6 (15%), la consideración de enfermedad terminal en 6 (15%), la edad en 3 (7,5%), la petición de los familiares en 3 (7,5%) y la baja probabilidad de sobrevivir al hospital en 2 (5%). La escasez de camas o el coste no fue el motivo en ningún paciente. El 50% de los pacientes presentaron 2 o más motivaciones.

De los 40 pacientes, 5 (12,5%) sobrevivieron al hospital, 20 pacientes (50%) fallecieron en la UCI y el resto en el hospital (37,5%). De los pacientes supervivientes, a 2 se les limitó el ingreso en la UCI y en 3 se dio la orden de no resucitar.

En el análisis multivariado, sólo fueron factores independientes de LET el APACHE II ( $p < 0,007$ ; OR: 1,14), la enfermedad digestiva ( $p < 0,03$ ; OR: 10,23), la edad ( $p < 0,003$ ; OR: 1,06), la enfermedad crónica inmunológica ( $p < 0,05$ ; OR: 6,55), el estado previo sano ( $p < 0,006$ ; OR: 0,07) (factor predictor positivo para falta de LET) y número de órganos disfuncionantes ( $p < 0,009$ ; OR: 1,82).

Estos resultados ayudan a determinar empíricamente los resultados de este trabajo, a reflexionar sobre éstos y a valorarlos. Los datos aquí presentados son acordes con los de otros autores<sup>2</sup>, que también encontraron un porcentaje de pacientes supervivientes cuyo tratamiento se había limitado. En el presente caso, a 2 pacientes se les había limitado el ingreso en la UCI y a 3 la orden de resucitación cardiopulmonar. Es evidente que este resultado podría crear la incertidumbre razonable de si otros pacientes cuyo tratamiento se hubiera limitado habrían sobrevivido de no haberlo hecho. Pero la reflexión también puede ser la inversa, estos pacientes se beneficiaron de no recibir el ensañamiento terapéutico y la invasión que hubiera significado el ingreso en la UCI y, a la vista de los resultados, innecesario. Además, desde el punto de vista social, un uso indebido de los recursos.

Por otro lado, la calidad de vida previa al ingreso en la UCI es un buen predictor de la supervivencia del paciente, aunque sólo constituye una variable más para considerar cuando se decide el ingreso de un paciente<sup>3</sup> y los presentes resultados demostraron que el estado de salud era un factor predictor independiente de falta de LET. Sólo una pequeña proporción de los pacientes con peor calidad de vida se benefician de su ingreso<sup>4</sup>.

Las tasas de rechazo de ingreso en las UCI van a variar de unas unidades a otras, dependiendo no sólo de las circunstancias del paciente sino también de factores organizativos del propio medio sanitario en el que se oferte sus servicios<sup>5</sup>.

Como conclusiones, cabe decir que las medidas que más frecuentemente se utilizaron en el presente estudio fueron la orden de no resucitar, la limitación/retirada de catecolaminas y la limitación de ingreso en la UCI. La futilidad del tratamiento y la calidad de vida futura fueron las motivaciones más importantes

en la toma de decisiones. Por último, la LET se asoció a la gravedad de la enfermedad actual, el estado de salud previo, la edad y la enfermedad digestiva, en cambio no resultó asociada a la calidad de vida previa medida con el EuroQOL, escala más discriminativa —que incluye actividad física— que el estado global de salud.

## Bibliografía

1. Gamboa Antiñolo F. Limitación del esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? Med Clin (Barc). 2009. May 21. [Epub ahead of print]. doi:10.1016/j.medcli.2009.02.046.
2. Iribarren-Diarasari S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una unidad de medicina intensiva. Análisis de los factores asociados. Med Intensiva. 2007;31:68-72.
3. Hofhuis JG, Spronk PE, Van Stel HF, Schrijvers AJ, Bakker J. Quality of life before intensive care unit admission is a predictor of survival. Crit Care. 2007;11:R78.

doi:10.1016/j.medcli.2009.09.035

4. Rivera-Fernández R, Sánchez-Cruz JJ, Abizanda-Campos R, Vázquez-Mata G. Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and mortality rate. Crit Care Med. 2001;29:1701-9.
5. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P; French ADMISIONREA Study Group. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: A multiple-center study. Crit Care Med. 2005;33:750-5.

Francisca García Lizana, Luciano Santana Cabrera\*, Juan Carlos Martín González y Manuel Sánchez-Palacios

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org) (L. Santana Cabrera).

## Respuesta

### Reply

Sr. Editor:

Aunque inicialmente la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) surge en las Unidades de Cuidados Intensivos, es un planteamiento que debe extenderse a todas las áreas de la medicina cuando es preciso. Incluso más que LET, teniendo en cuenta que es un término desafortunado, habría que referirse a ello como adecuación de terapias<sup>1</sup>: dar a cada paciente el mejor tratamiento para la situación clínica que presenta, de tal forma que se da la paradoja de que cuidados paliativos y cuidados intensivos pueden no ser contradictorios<sup>2,3</sup>. En la carta remitida por F. García<sup>4</sup> se analiza la práctica clínica de una unidad de cuidados intensivos, donde hasta en un 20% de los pacientes se aplicó LET. Como siempre, el debate surge sobre si la calidad de vida previa o la calidad de vida futura prevista es un adecuado indicador para tomar esa decisión, teniendo en cuenta las dificultades que esta medida tiene en situaciones límite<sup>5</sup>. Como otros autores, los de esta carta abogan por un tratamiento de prueba en situaciones dudosas y que se prefije el objetivo y la duración de las terapias antes de limitar éstas<sup>6,7</sup>. Por otra parte, sería interesante conocer si la adecuación del tratamiento aportado al paciente en cada caso de los recogidos en el trabajo se comentó con la familia o el representante del paciente y si se tuvieron en cuenta las voluntades anticipadas del paciente, en el caso de que éstas se hubiesen realizado<sup>8,9</sup>, como exige una buena práctica y nuestra legislación.

doi:10.1016/j.medcli.2009.10.007

## Bibliografía

1. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?. Med Clin (Barc). 2009. doi:10.1016/j.medcli.2009.02.046.
2. Fernández Fernández R, Baigorri Gonzalez F, Artigas Raventos A. Limitación de esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. Med Intensiva. 2005;29:338-41.
3. Loncan P, Gisbert A, Fernández C, Valentin R, Teixido A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. An Sist Sanit Navar. 2007;30:113-28.
4. García Lizana F, Santana Cabrera L, Martín González JC, Sánchez-Palacios M. Limitación del tratamiento en una unidad de cuidados intensivos. 2009. doi:10.1016/j.medcli.2009.09.035.
5. Soto de Prado D, Uña E, Lopez-Lara F. Escalas de medición de calidad de vida al final de la existencia. Calidad de vida en Oncología. 2007;3:29-34.
6. Gomez Rubí JA. Conflictos al final de la vida. Ética en medicina crítica. Madrid: Ed Triacastela; 2002.
7. Grupo de trabajo de la SEN sobre Limitación de Esfuerzo Terapéutico y Cuidados Paliativos en recién nacidos. Decisión de limitación de esfuerzo terapéutico en recién nacidos críticos: estudio multicéntrico. An Esp Pediatr. 2002;57:547-553.
8. Brussino SL. Limitaciones de medidas de soporte vital en terapia intensiva. Consideraciones bioéticas. [consultado 10/1/2008]. Disponible en: <http://www.cuadernos.bioetica.org/resenas8.htm>.
9. Barbero Gutierrez J, Romero Casabona C, Gijón P, Juez J. Limitación de esfuerzo terapéutico. Med Clin. 2001;117:586-94.

Fernando Gamboa Antiñolo

Unidad de Continuidad Asistencial, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Correo electrónico: [minfga@us.es](mailto:minfga@us.es), [fernandom.gamboa.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:fernandom.gamboa.sspa@juntadeandalucia.es)

## Rendimiento diagnóstico de la determinación del antígeno carcinoembrionario en el líquido pleural

### Diagnostic value of carcinoembryonic antigen measurement in pleural fluid

Sr. Editor:

El derrame pleural maligno (DPM) es secundario a tumor primario o metastásico: los más frecuentes son el carcinoma broncogénico, el

de mama y los linfomas<sup>1</sup>. El estudio bioquímico del líquido pleural es de gran importancia para el diagnóstico etiológico de los derrames pleurales<sup>2</sup>. En los DPM las determinaciones de proteínas y lactato deshidrogenasa del líquido pleural son útiles para su clasificación como exudado<sup>3</sup>, la determinación de amilasa del líquido pleural se asocia con una citología de líquido pleural positiva<sup>4</sup> y hay diversidad de opiniones con respecto a la utilidad de la determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA) del líquido pleural<sup>5</sup>. El objetivo de este estudio fue calcular el rendimiento de la determinación del CEA del líquido pleural para el diagnóstico de DPM.