

Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa

María Velasco Arribas, Ana Vegas Serrano, Carlos Guijarro Herraiz, Alfredo Espinosa Gimeno, Isabel González Anglada, Helena Martín Álvarez y Antonio Zapatero Gaviria

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.

RESUMEN

La limitación de esfuerzos terapéuticos es una medida escasamente evaluada en nuestro medio. Se valoran las características de los pacientes en los que se retiran los antibióticos en presencia de una infección activa. Se recogieron datos de todos los pacientes ancianos ingresados consecutivamente en medicina interna con infección activa a los que se les suspendió el antibiótico. Se compararon las características de los pacientes que fallecieron y de los que no. En el estudio se incluyó a 63 pacientes (8,9% de los ingresos); $84,6 \pm 9,1$ años. Un 86% tenía demencia, un 73%, incapacidad, y un 30%, neoplasia activa. El motivo de la retirada de los antibióticos fue siempre la percepción de una muerte cercana y/o la falta de respuesta al tratamiento. La mortalidad fue del 89%. Entre los que fallecieron, predominó el sexo femenino (el 95 frente al 76%) y tanto el tiempo sin antibiótico (2,9 frente a 8,5 días) como la estancia media (9,6 frente a 16,0 días) fueron más breves ($p < 0,05$). La suspensión del antibiótico es una medida no infrecuente en nuestro medio y está concentrada en pacientes con mal pronóstico vital y mala situación previa.

Palabras clave

Suspensión tratamiento activo. Infección. Demencia. Ancianos.

End-of-life decisions: foregoing antibiotic therapy in patients with an active infection

ABSTRACT

Limitation of therapy has been little studied in our environment. Data were gathered on all patients with active infection consecutively admitted to the internal medicine department of our hospital in whom antibiotic therapy was withdrawn or withheld. The characteristics of patients who died and those of patients who survived were compared.

Correspondencia: Dra. M. Velasco Arribas.
Sección Infecciosas. Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón.
Budapest, 1. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: mvelasco@fhalcorcon.es

Recibido el 17-11-2005; aceptado el 30-5-2006.

A total of 63 patients (8.9% of admissions) were included; the mean age was $84.6 \text{ years} \pm 9.1$. Dementia was present in 86%, incapacity in 73% and neoplasms in 30%. In all patients, the reason for withdrawing or withholding antibiotic treatment was the perception of impending death and/or lack of response to active treatment. In all patients, the families were involved in the decision to forego treatment. Mortality was 89%. Female sex was more common (95% versus 76%) and length of stay (9.6 versus 16.0 days) and time without antibiotic treatment (2.9 versus 8.5 days) were shorter in patients who died than in the group who survived. The decision to forego antibiotic treatment is not infrequent in our hospital. Most patients were elderly, had diseases with poor vital prognosis, and showed poor prior health status.

Key words

Foregoing active treatment. Infection. Dementia. The elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, con el aumento progresivo de pacientes con expectativas de vida limitadas, plantea una serie de cuestiones que apenas se había abordado previamente, como por ejemplo la limitación de esfuerzos terapéuticos^{1,2}. Entre los distintos niveles de intervención terapéutica, la suspensión de antibióticos en presencia de infección activa es una opción infrecuente y que está escasamente evaluada en la literatura médica. Al igual que ocurre con otras muchas, ésta implica una difícil toma de decisiones.

El presente estudio se diseñó para valorar las características de los pacientes a los que se retiran antibióticos en presencia de una infección activa en nuestro centro, y para explorar los factores que se asocian con ella.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional exploratorio realizado en un hospital universitario de segundo nivel, que atiende un área de 250.000 habitantes, y donde están ubicadas 35 residencias de ancianos. Durante 2 meses, se incluyó en el estudio de forma prospectiva a todos los pa-

cientes ingresados de forma consecutiva en la unidad de medicina interna con infección activa a los que se les suspendía el tratamiento antibiótico o éste no se iniciaba. La unidad de medicina interna, que genera 4.238 altas anuales, atendió a 707 pacientes durante la realización del estudio.

Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de todos los pacientes y, de forma prospectiva, se recogió el motivo de retirada del antibiótico y el grado de consenso con la familia.

Se consideró el diagnóstico de demencia e incapacidad si el paciente tenía un diagnóstico previo o según la valoración del médico que atendió al paciente. No se realizó un test específico para la valoración del diagnóstico de demencia.

Se compararon las características de los pacientes que fallecieron y las de los que no lo hicieron.

Los resultados se expresan como media $\pm$ desviación estándar para variables continuas, y porcentajes para variables cualitativas. Las variables cualitativas se comparan con la χ^2 o el test de Fisher cuando la frecuencia esperada era menor de 5, y las variables cuantitativas con distribución normal por medio de la t de Student, y las no paramétricas por medio de la U de Mann-Whitney. En todos los casos se aplicó un nivel de significación de $p < 0,05$ (intervalo de confianza del 95%).

RESULTADOS

Se incluyó a 63 pacientes que representan un 8,9% de los ingresos en la unidad de medicina interna en el período de estudio. De ellos, un 67% eran mujeres, y la edad media fue de $84,6 \pm 9,1$ años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron fiebre (37%), deterioro de la situación basal (35%) y disnea (11%). La duración de la fiebre antes del ingreso fue de $1,7 \pm 4,5$ días. Los focos de la infección se describen en la tabla 1.

El diagnóstico de demencia previa estaba presente en el 86% ($n = 54$) de los pacientes y el de incapacidad en el 73% ($n = 46$). Entre los pacientes con demencia, se consideró grave en el 62% ($n = 34$) (anulación completa de la comunicación e imposibilidad de realizar cualquier tipo de actividad independiente) y entre los pacientes con incapacidad, se consideró muy importante en el 80% (37) de los pacientes (imposibilidad de realizar cualquier tipo de actividad independiente).

En cuanto a las enfermedades concomitantes, un 21% ($n = 13$) eran diabéticos, un 30% ($n = 19$) tenía una neoplasia activa, y 2 pacientes tenían cirrosis hepática.

Un 40% ($n = 25$) de los pacientes estaba previamente institucionalizado en una residencia. Respecto a su situa-

TABLA 1. Distribución de focos de infección

Foco	n	Porcentaje
Vía respiratoria	28	44,4
Varios focos	13	20,6
Vía urinaria	9	14,3
Sin foco	4	6,3
Piel (úlceras presión)	3	4,8
Sistema nervioso central	3	4,8
Vía biliar	1	1,6
Articular	1	1,6
Cardíaco	1	1,6
Total	63	100

ción basal, el 70% presentaba incontinencia doble; el 9,5% eran portadores permanentes de catéter vesical y un 5%, de sonda nasogástrica. En un 29% ($n = 18$) de los pacientes se observaron úlceras por decúbito en el momento del ingreso.

La mayoría de los pacientes tenía pocos ingresos hospitalarios previos; el 70% ($n = 44$) no había tenido ningún ingreso en el mes anterior y el 65% ($n = 41$) tampoco en el año anterior. De los pacientes con ingresos en el año previo, el 41% tuvo más de 2 ingresos en total.

Los pacientes en su mayoría (55%) recibieron más de un antibiótico, ya fuera de forma simultánea o debido a cambios en el tratamiento. El antibiótico único más utilizado fue la amoxicilina-ácido clavulánico (22,5%). En 7 casos (11%) no se inició ningún tratamiento antibiótico.

El tratamiento antibiótico se inició en general de modo temprano, tras una media de $1,3 \pm 4,2$ días (mediana, 0) desde el comienzo de la fiebre. Antes de la retirada, los pacientes recibieron antibióticos durante una media de $7,7 \pm 9,0$ días (mediana, 4).

En todos los casos, la suspensión de antibióticos se discutió con las familias que participaron en la toma de la decisión junto con su médico habitual. El motivo de la retirada de los antibióticos en todos los casos fue la percepción del médico de una muerte cercana y/o la falta de respuesta al tratamiento aplicado. El tiempo de supervivencia una vez retirado el antibiótico fue de $3,5 \pm 6,5$ días (mediana, 3). La estancia media global de estos pacientes fue de $10,3 \pm 9,5$ días (mediana, 7). En cuanto al diagnóstico final, la gran mayoría (87%; $n = 55$) tuvo el mismo diagnóstico que el sospechado al ingreso.

La mortalidad fue muy elevada, falleció el 89% ($n = 56$) de los pacientes. En el análisis univariado, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes que sobrevivió y el que falleció, salvo que el porcenta-

je de mujeres que fallecieron fue mayor (el 95 frente al 76%, $p = 0,036$), y que tanto el tiempo sin antibiótico (8,5 frente a 2,9 días; $p = 0,012$) como la estancia media (16,0 frente a 9,6 días; $p = 0,016$) de los que no fallecieron fueron más prolongados.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se muestra una descripción de todos los casos consecutivos en los que se suspendió el tratamiento antibiótico en presencia de infección activa en nuestra unidad. Esto permite explorar las características de estos pacientes en esa situación, una información que apenas se ha generado en nuestro medio. Todos los casos se identificaron de forma prospectiva, lo que garantiza la inclusión de todos los pacientes y la ausencia de sesgos de recogida de información.

La incidencia de retirada de antibióticos del 9% de todos los ingresos durante el período de estudio es un número sorprendentemente alto. Dado que se trata de una limitación activa de una medida terapéutica potencialmente útil, el dato cobra mayor relevancia. Hay que analizar esta cifra en el contexto de una población atendida especialmente envejecida y con una esperanza de vida muy reducida. Son escasos los trabajos en los que se valora de forma específica la retirada de los antibióticos únicamente, por lo que es difícil establecer una comparación con otros grupos. Se ha publicado recientemente un estudio de cohortes realizado en residencias geriátricas en el que no se utilizaban antibióticos en pacientes con neumonía en el 27,2% de los casos³. En otro artículo relativamente reciente, se ha descrito que los antibióticos se retiraban hasta en un 23% de pacientes con demencia y neumonía⁴. En consonancia con nuestro estudio, en este trabajo, a los pacientes a los que se retiraban los antibióticos tenían una demencia y una neumonía más graves y, además, una menor ingesta oral y estaban más deshidratados. Por otro lado, los antibióticos son uno de los recursos que se desestiman con menos frecuencia por parte de los profesionales sanitarios⁵. Esta misma actitud se detectó en los familiares de nuestra área en otro trabajo realizado por nuestro grupo⁶. Sin embargo, en determinadas circunstancias, como en el caso de un estado vegetativo persistente, se han publicado porcentajes de retirada de antibióticos que pueden ascender hasta el 72%⁷. Incluso existen algunos trabajos antiguos que han mostrado que la supervivencia de pacientes con demencia grave con fiebre no difería entre los que recibían antibiótico y los que no⁸.

En el presente trabajo se pone de manifiesto que las características de los pacientes en los que se retiran los antibióticos son muy homogéneas; se trata de individuos con importante incapacidad física y deterioro cognitivo grave, que presentan comorbilidades asociadas y situaciones propias de pacientes encamados y dependientes,

como úlceras por presión o sondajes diversos, y, lo más importante, que tienen una situación clínica percibida por el médico como muy grave o con pésima evolución desde el inicio. El estudio de Van der Steen et al³, en el que el factor predictor de mortalidad más importante en pacientes con neumonía y demencia fue la percepción del médico de la extrema gravedad del paciente, independientemente del hecho de usar o no antibióticos, tiene cierta similitud con este hallazgo.

En nuestra serie, curiosamente la mayoría de pacientes tenían pocos ingresos hospitalarios previos en el año anterior, lo que resulta llamativo para su grado de deterioro. Una explicación de este hecho puede deberse a que casi la mitad de los pacientes procedían de residencias geriátricas, y en estos centros se suele contar con personal sanitario que puede lograr una estabilización del paciente cuando la enfermedad no es grave, con lo que así se evitan ingresos.

La causa de retirada de antibióticos fue en todos los casos la percepción del médico de una muerte cercana y/o la falta de respuesta al tratamiento. Como no puede ser de otra manera, la supresión de una medida activa en el tratamiento se realizó siempre con el pleno acuerdo de los familiares, que apoyaron la decisión en todos los casos. En este sentido, es interesante apuntar que la decisión del médico y su forma de abordar la situación tiene un gran potencial para modificar actitudes, y puede ser la variable determinante en situaciones similares. Así lo pusieron de manifiesto Cook et al⁹ en un trabajo sobre la retirada de ventilación asistida, en el que la determinación del médico fue la variable predictora más importante, superando incluso la edad y la gravedad de la enfermedad.

Para el presente trabajo exploratorio no se requirió la realización de un test homogéneo de demencia o incapacidad, cuya valoración se dejó a criterio del facultativo responsable cuando el paciente no estaba diagnosticado previamente. Si bien esto es una limitación del trabajo, el avanzado grado de demencia e incapacidad que mostraba la mayoría de los pacientes ofrece pocas dudas respecto al diagnóstico de éstas. Además, la realización de un test a todos los pacientes durante el ingreso probablemente hubiera aportado resultados sesgados, ya que es de sobra conocido que los pacientes ancianos pueden presentar deterioro de sus funciones cognitivas o agravamiento de la demencia previa durante la hospitalización.

Un aspecto que hubiera resultado de gran interés por que habría ayudado a caracterizar mejor a la población del estudio hubiera sido conocer las características de los pacientes en los que no se retiraron los antibióticos. Es de esperar, aunque no está estudiado, que la diferencia fundamental fuera un mejor estado general y una menor gravedad de la enfermedad, pero con el diseño del trabajo no podemos aportar esta información.

Una herramienta muy útil que podría facilitar la toma de decisiones es el testamento vital. En nuestro estudio, ninguno de los pacientes lo tenía formalizado; aun así, se tomó la decisión de retirar los antibióticos en un porcentaje apreciable de los pacientes. En este sentido, hay que resaltar un artículo¹⁰ sobre la retirada de sueros y alimentación, que mostró que el curso de la demencia, la calidad de vida del paciente y la situación de la enfermedad en curso influyeron más en la decisión de retirar los sueros que en el hecho de tener testamento vital. Al igual que sucedió con nuestro estudio, los médicos tomaron la decisión tras una discusión amplia con la familia y con consentimiento explícito de ésta.

En resumen, nuestro trabajo llama la atención sobre un aspecto de la limitación del uso de recursos que apenas se ha abordado con anterioridad, en una planta de hospitalización general de medicina interna, un entorno poco estudiado a este respecto. Se pone de manifiesto que la interrupción activa del tratamiento antibiótico es una medida que se lleva a cabo con una frecuencia no desdeñable en una unidad de hospitalización de agudos y está concentrada en pacientes con mal pronóstico vital y mala situación previa. Es necesaria la realización de otros estudios para profundizar en el conocimiento de estas prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Groenewoud JH, Van der Heide A, Kester JG, De Graaff CL, Van der Wal G, Van der Maas PJ. A nationwide study of decisions to forego life-prolonging treatment in Dutch medical practice. *Arch Intern Med.* 2000;160:357-63.
2. Bosshard G, Nilstun T, Bilsen J, Norup M, Miccinesi G, Van Delden JJ, et al. Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Arch Intern Med.* 2005;165:401-7.
3. Van der Steen JT, Ooms ME, Van der Wal G, Ribbe MW. Withholding or starting antibiotic treatment in patients with dementia and pneumonia: prediction of mortality with physicians' judgment of illness severity and with specific prognostic models. *Med Decis Making.* 2005;25:210-21.
4. Van der Steen JT, Ooms ME, Ader HJ, Ribbe MW, Van der Wal G. Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. *Arch Intern Med.* 2002;162:1753-60.
5. Evers MM, Purohit D, Perl D, Khan K, Marin DB. Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia. *Psychiatr Serv.* 2002;53:609-13.
6. Velasco M, Guijarro C, Barba R, García-Casasola G, Losa J, Zapatero A. Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:142-8.
7. Marcus EL, Clarfield AM, Moses AE. Ethical issues relating to the use of antimicrobial therapy in older adults. *Clin Infect Dis.* 2001;33:1697-705.
8. Fabiszewski KJ, Volicer B, Volicer L. Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. *J Am Med Assoc.* 1990;263:3168-72.
9. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2003;349:1123-32.
10. The AM, Pasman R, Onwuteaka-Philipsen B, Ribbe M, Van der Wal G. Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethnographic study. *BMJ.* 2002;325:1326.