

Futilidad en demencias

Sr. Editor:

El motivo de esta carta es contestar en parte al contenido del artículo de Velasco Arribas et al¹ titulado «Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa», publicado en la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. En ese artículo se aborda un tema muy interesante y de enorme actualidad por muchos motivos, el de la limitación del esfuerzo terapéutico en determinados grupos de pacientes.

Nos parece muy interesante, y necesario, la investigación en este campo, ya que es un tema necesitado de revisión y más profundización. En el artículo de referencia, los pacientes seleccionados tienen como diagnóstico principal presentar una demencia, lo cual añade aún más interés a éste, al ser un grupo de pacientes con múltiples interrogantes en este campo².

Nos parece que el objetivo del artículo puede quedar desvirtuado si no se explican algunos aspectos metodológicos que, en este caso, serían cruciales. Uno de ellos creemos que es el no estadificar la fase de la demencia que presentan los pacientes objeto de estudio, si bien en el estudio se habla de un alto porcentaje de demencia grave, y esa definición se especifica como: «Anulación completa de la comunicación y la imposibilidad de realizar cualquier tipo de actividad independiente». Además, en otra parte, se habla de altos porcentajes de incontinencia doble o úlceras por presión, entre otros datos, siempre haciendo referencia al conjunto de la población objeto de estudio; todo esto nos parece insuficiente para determinar la situación de terminalidad que lleva a esta limitación del esfuerzo terapéutico, sin servir, por tanto, al propósito del estudio, ya que no da una valoración particular del paciente en cada caso. Por otra parte, no sabemos cómo se puede concluir que la retirada del tratamiento antibiótico se hacía a los pacientes que presentaban demencias y neumonías más graves, si no se especifica el instrumento de medida de éstas.

La clasificación de las demencias en fase grave nos parece sencillo y no supone gran esfuerzo para el personal que atiende al paciente; se han propuesto grados para considerar al paciente con demencia en fase terminal de su enfermedad. Como bien dicen los autores, la valoración cognitiva y funcional durante un ingreso puede estar sesgada por empeoramiento respecto a la situación basal

en un contexto de enfermedad aguda, con lo cual sería prioritaria también que constara una valoración de su estado previo al ingreso hospitalario, que no vemos reflejada adecuadamente en el estudio.

Creemos que se debería documentar mejor la expresión «percepción del médico de una muerte cercana», con datos clínicos que deben estar recogidos en la historia clínica individual de cada paciente.

Además, debería mencionarse siempre, en estos casos de atención al final de la vida, las medidas tomadas para el alivio sintomático de estos pacientes, ya que lamentablemente esta aproximación sigue siendo escasa y rara en pacientes que tienen una enfermedad terminal no oncológica³.

Especialmente llamativo nos parece que los autores traten de explicar el escaso número de ingresos hospitalarios previos de los pacientes, basándose en que las residencias de la zona «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»; es muy conocida la amplia heterogeneidad de este medio asistencial en España, donde la falta de formación y homogeneidad de los cuidados provoca tanto un uso excesivo de los recursos sanitarios como situaciones de falta de atención.

La demencia es una enfermedad que puede evolucionar durante años hasta la fase final de total dependencia, en la que los pacientes sí son candidatos a un manejo similar al de una fase terminal de cualquier enfermedad. Si bien es cierto que la estadificación de la demencia por sí sola no nos permite guiar en la toma de decisiones al final de su vida, no por esto se hace menos necesaria esta información en la atención a estos pacientes, máxime cuando estamos hablando de limitar esfuerzos en personas mayores con demencia, ya que es de sobra conocido que ser una persona mayor aumenta la posibilidad del falso diagnóstico de demencia, del infradiagnóstico en general y un menor acceso a recursos asistenciales. Tener una demencia también supone un factor de riesgo para limitaciones terapéuticas injustificadas.

En resumen, entendemos la buena intención de los investigadores, y los resultados del estudio nos parecen co-

rrectos, pero creemos que se debe ser más exigentes metodológicamente en estos casos donde se decide limitar tratamientos fútiles en este tipo de pacientes.

Rafael Gómez García^a, Encarnación Martín Pérez^b
y Francisco José Vinuesa Acosta^c

^aServicio de Geriatría. Centro residencial para mayores SAR.
Santa Justa. Sevilla. España.

^bServicio de Geriatría. Hospital San Rafael. O.H. San Juan
de Dios. Granada. España.

^cServicio de Geriatría. Unidad de residencias del distrito
metropolitano de Granada. Servicio Andaluz de Salud.
Granada. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Arribas M, Vegas Serrano A, Guijarro Herraiz C, Espinosa Gimeno A, González Anglada I, Martín Álvarez H, et al. Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:297-300.
2. Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W. Advance care planning and the relevance of a palliative care approach in dementia. *Age Ageing.* 2006;35:581-5.
3. Van der Steen JT, Kruse RL, Ooms ME, Ribbe MW, Van der Wal G, Heintz LL, et al. Treatment of nursing home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and the Netherlands: an ocean apart. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:691-9.