



## EDITORIAL

## Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino

## Adequacy of therapeutic effort. A challenge on the way

Benito J. Fontecha\* y Laia Navarri

Servicio de Geriatria y Cuidados Paliativos, Hospital General de L'Hospitalet y Hospital de Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España



El ingreso hospitalario de un paciente supone una carrera de toma de decisiones que comienzan en el mismo momento de llegar a urgencias, a través del conocido *triaje*, proceso estandarizado que determina el nivel de gravedad para ubicar al paciente que aún no ha sido atendido, en una u otra ubicación del servicio de urgencias. A partir de este momento, el proceso de atención es una toma continua de decisiones con base en el cuerpo de conocimiento científico, las guías y protocolos de actuación y la experiencia de los profesionales. Cada vez con mayor importancia, entre los elementos que se han de tener en cuenta en esta toma de decisiones hemos de incluir los valores y preferencias de los pacientes y si existen directivas previas o el paciente (o su familiar) expresan algún tipo de voluntad respecto a cómo desean ser atendidos.

La hospitalización es un proceso a través del cual se intenta seguir una trayectoria hacia la resolución de un problema agudo de salud (o la descompensación de una patología previa conocida), proceso este en el que la aparición de complicaciones suele ser directamente proporcional al grado de fragilidad o vulnerabilidad del paciente (pérdida de reserva funcional). Con relativa frecuencia este proceso de toma de decisiones se ha de seguir sin respetar un horario ni una trayectoria concreta, de forma similar a la aparición de complicaciones (broncoaspiración, sepsis, episodios de delirium, caídas...) o por una evolución tórpida de la noxa que motivó el ingreso, recayendo la misma sobre los equipos de guardia o de atención continuada.

La toma de decisiones puede y debe incluir de una parte, la mejor de las opciones terapéuticas posibles en favor del paciente-anciano-enfermo y de otra, respetar sus deseos y voluntades que, pueden conducir a una cascada intervencionista o no en función del proceso evolutivo. Dicha cascada no debería ser yatrógena en sí misma ni negativa per se, y solo fruto de la mejor opción terapéutica. La representación de los riesgos que puede suponer la hospitalización de un anciano quedó representada de una forma magistral por Creditor en 1993<sup>1</sup>. Precisamente uno de los valores intrínsecos más importantes de la valoración geriátrica integral es poner de manifiesto patología oculta que permita anticiparnos a situaciones de riesgo potencial y actuar de forma preventiva<sup>2,3</sup> e incluso,

posthospitalización<sup>4</sup>. La adecuación de la intensidad terapéutica en función de la situación clínica del paciente es uno de los valores de nuestra especialidad y el reconocimiento de las diferentes situaciones clínicas y pronósticas uno de los aspectos que la cargan de sentido<sup>5</sup>.

Una pregunta clásica y, aún vigente en muchos centros sanitarios realizada por enfermería es el registro en la historia clínica sobre si el paciente es tributario de reanimación cardiopulmonar en caso de parada cardiorrespiratoria, como muestra de orden anticipada en caso de complicaciones, pregunta que, en no pocas ocasiones era y es, aún hoy en día, sinónimo de situación de preagonía y por tanto de priorización de medidas de bienestar. La adecuación del esfuerzo terapéutico va mucho más allá de las órdenes de no reanimación (ONR) y representa un cuadro clínico complejo en el contexto de un paciente frágil en el que son muchas las decisiones que pueden ser protocolizadas y el rango de toma de decisiones que incluyen, además de las situaciones de preagonía y agonía; si el paciente ha de ser transferido de uno a otro nivel asistencial (de la unidad de media estancia a la unidad de agudos) o dentro del hospital a otro dispositivo (cuidados intensivos) o qué medidas diagnósticas y/o terapéuticas pueden ser tomadas en la ubicación actual del paciente (endoscopias, radiología intervencionista, procedimientos de ventilación-invasiva o no-, realización de punciones, y hasta canalización de vías centrales y procedimientos de alimentación artificial, diálisis, entre otros).

Este concepto que históricamente era denominado como Limitación del Esfuerzo Terapéutico y que, conlleva una idea peyorativa de restricción -limitación- es el que, en nuestro medio, consideramos que debe ser superado por el de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, en cuanto no es limitante, *sensu stricto*, de la toma de decisiones, sino que ha de ser de ayuda para que el resto de compañeros y equipo asistencial tengan un marco de actuación de cara al manejo durante el proceso asistencial. Parafraseando al profesor Ramón Miralles en un editorial reciente de nuestra revista<sup>6</sup>, nuestros compañeros (médicos y enfermeras) y los ancianos *se merecen* que hagamos este esfuerzo de registro de la adecuación del esfuerzo terapéutico en todos nuestros pacientes. Proceso que no solo no ha de ser interpretado en clave limitante sino todo lo contrario, que también ha de servir para dejar constancia en cuáles de nuestros pacientes, -los robustos o no frágiles-, no se debe limitar el esfuerzo terapéutico si fuera el caso, procedimiento este

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: bfontecha@csi.cat (B.J. Fontecha).

que desde las páginas de esta revista Broggi reivindicaba como la necesidad de personalización del enfermo anciano<sup>7</sup> y que traduce la necesidad de individualizar la toma de decisiones. Las bases éticas, deontológicas y jurídico-legales que subyacen a este proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico han sido resumidas en un trabajo de la Fundación de Ciencias de la Salud de forma magistral<sup>8</sup>.

En este número de la revista, Amblàs et al.<sup>9</sup> nos explican la experiencia de la implantación de un sistema de registro de toma de decisiones en el que hemos de destacar principalmente 3 hechos diferenciales. El primero de ellos, el dinamismo del proceso, que queda reflejado en el título *-Avanzando-* que refleja la necesidad de establecer una estrategia temporal, que permita la progresión y sensibilización de los compañeros y que se ha de mantener en el tiempo; el segundo, que dicha estrategia sea facilitadora (sistemas de información), y que permita la difusión a los diferentes servicios y la aplicación de una forma práctica y ágil, de forma que los demás servicios la vivan como una herramienta de ayuda y genere una fácil adhesión y la tercera y no por ello menos importante, la mejor respuesta de los servicios médicos respecto de los quirúrgicos, fenómeno este que también es de ayuda en el diseño de dicha estrategia a favor de aquellos servicios más proclives a su implantación (geriatría, respiratorio, cardiología, neurología, y medicina interna) y en un segundo tiempo la sensibilización de los quirúrgicos.

Uno de los primeros esfuerzos de establecimiento de niveles de esfuerzo terapéutico en pacientes no oncológicos de los que tenemos conocimiento en nuestro medio fue el establecido por Porta et al.<sup>10</sup> que estaba especialmente diseñado para el desplazamiento de pacientes entre niveles y basado en un trabajo previo del Rogers Veterans Hospital<sup>11</sup> en el que muchos de nosotros nos hemos basado para revisar este aspecto de la atención.

Finalmente, hemos de destacar la sencillez del instrumento descrito por Amblàs et al., en el que establecen 3 niveles básicos de intervención, pacientes candidatos a cuidados intensivos, candidatos a medidas intensivas en planta y candidatos a medidas conservadoras en planta y, a su vez, especifican en estos 2 últimos subniveles la opinión consensuada entre el equipo y el paciente-familia, lo que puede facilitar la toma de decisiones tanto entre equipos asistenciales como en la relación entre pacientes y equipo

asistencial, principalmente en las situaciones de diagnóstico situacional y toma urgente de decisiones complejas<sup>12</sup>. Sin lugar a dudas, es un camino que muchos de nosotros hemos de liderar en nuestros respectivos centros, que ha de contar con la complicidad de los equipos directivos para su implantación y que mejorará la atención a nuestros pacientes.

## Bibliografía

1. Creditor MC. Creditor Hazards of Hospitalization of the elderly. *Ann Int Med.* 1993;118:219-23.
2. Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: From miracle to reality (J.T. Freeman Award Lecture). *J Gerontol A Biol Med Sci.* 2004;59A:M473-7.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993;342:1032-1036.
4. Ekdahl AW, Wirehn AB, Alwin J, Jaarsma T, Unosson M, Husberg M, et al. Costs and effects of an ambulatory geriatric unit (the AGe-FIT study). *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16:497-503.
5. Straauss SE, Tinetti ME. Evaluation, management and decision making with the older patients. Chapter 10. En: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, editores. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology.* 6th Ed. New York: Mc Graw Hill Comp; 2009. p. 133-40.
6. Miralles R. Formación de Geriatría en el pregrado: estudiantes y ancianos se los merecen. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:53-5.
7. Broggi MA. La necesidad de personalización del enfermo anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:67-9.
8. Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Bioética para clínicos. *Med Clin (Barc).* 2001;117:586-94 [consultado 17 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
9. Amblàs J, Casas S, Catalán RM, Oriol-Ruscalleda M, Lucchetti GE, Quer-Vall FX. Avanzando en la toma de decisiones compartida con pacientes hospitalizados: diseño, implementación y evaluación de un sistema de registro de nivel de intensidad terapéutica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.004>.
10. Porta M, Miralles R, Digon A, Rius I, Seguí M, Torres A, et al. Intensidad terapéutica en pacientes ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Comunicación Congreso Nacional de Geriatría 2001. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36 (Suppl 2):15.
11. Sachs GA, Ahronheim JC, Rhymes JA, Volicer L, Lynn J. Good care of dying patients: The alternative to physician-assisted suicide and euthanasia. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43:553-62.
12. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med.* 2015;6:189-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>.