



CARTA AL EDITOR

Consideraciones al manuscrito «Cáncer y población geriátrica: ¿dos conceptos incompatibles para la realización de cuidados intensivos?»



Considerations to the manuscript «Cancer and elderly: Two incompatible concepts for intensive care?»

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el manuscrito de A. Olivares-Hernández et al.¹ que lleva por título «Cáncer y población geriátrica: ¿dos conceptos incompatibles para la realización de cuidados intensivos?» en el que se hace una escrupulosa reflexión y revisión de los datos de mortalidad publicados en pacientes ancianos, especialmente, con cáncer. Sin embargo, creemos, que para responder a la pregunta que los autores plantean en el título de su manuscrito no solo bastan los datos de mortalidad publicados en este subgrupo de pacientes —por ejemplo— en el estudio de San Martín Arrieta et al.². Coincidimos con A. Olivares-Hernández et al. en que la decisión acerca de la idoneidad de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de pacientes con cáncer es complejo, máxime si nos centramos en población geriátrica.

En estos casos, nos enfrentamos a la disyuntiva de utilizar tratamientos a veces altamente complejos y costosos para mantener la vida del paciente y, por otra parte, la necesidad de decidir si esos tratamientos son útiles o no, para poder adecuarlos, en función de la posibilidad de sobrevivir y también en función de la calidad de vida asociada con esa supervivencia. En este punto, en nuestra opinión, es donde se encuentra la génesis de la respuesta a la pregunta que plantean los autores, y no es otra que una sesuda reflexión acerca de la adecuación de las medidas diagnósticas y terapéuticas (AMDT), antes conocida como imitación del esfuerzo terapéutico (LET)³. La AMDT consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. A la hora de realizar esta valoración en estos pacientes es necesario no dejarse llevar por la impresión de que existe una gran desproporción entre la efectividad y el beneficio esperado del ingreso en la UCI⁴. No menos importante es el otro lado de la balanza, es decir, no caer en la obstinación, «ensañamiento» o «encarnizamiento» médico, es decir, medidas no indicadas para un determinado paciente debido a su elevado riesgo de efectos secundarios o de producir sufrimiento, en contraposición al escaso beneficio⁵.

De hecho, es llamativo que en el estudio de San Martín Arrieta et al. solo el 31% de los pacientes mayores de 80 años recibieron ventilación mecánica, terapia habitual en pacientes ingresados en la UCI. Esto puede significar —como ellos mismo reconocen en su

manuscrito— que se limita el acceso a ciertos tratamientos en relación con la edad, lo cual sería un acto discriminatorio por edad o edadismo. Pero, si esto responde a una adecuación de las medidas terapéuticas estaríamos ante una buena práctica clínica y un criterio de calidad asistencial.

La reflexión acerca de la adecuación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precisan de un escrupuloso conocimiento de situación clínica, cognitiva y funcional del paciente, así como del pronóstico del cáncer y de la enfermedad aguda que hace que se precise su ingreso en la UCI.

Solo al tanto de todo esto, se podría responder a la pregunta de si la población geriátrica con cáncer serían subsidiarios de ingreso en la UCI, lo cual no es algo baladí si tenemos en cuenta que esas decisiones se toman habitualmente en horario de atención continuada, y sin la presencia del médico habitual del paciente.

Con independencia de lo anterior queremos felicitar a los autores por las pertinencia de la reflexión, así como de las aportaciones de su manuscrito.

Bibliografía

1. Olivares-Hernández A, Figuero-Pérez L, Miramontes-González JP, Fonseca-Sánchez E. Cáncer y población geriátrica: ¿dos conceptos incompatibles para la realización de cuidados intensivos? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022.
2. Martín Arrieta EJ, Jiménez Álvarez G, Quesada Bellver B, Baeza Monedero ME, Fernández Muñoz I, López Cuenca S. Análisis de los factores implicados en la evolución de los pacientes mayores de 80 años, ingresados en la unidad de cuidados intensivos: ¿debemos cambiar nuestro proceder? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022;57:182–5.
3. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000;342:654–6, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200003023420910>.
4. Pellegrino ED. Futility in medical decisions: The word and the concept. *HEC Forum*. 2005;17:308–18, <http://dx.doi.org/10.1007/s10730-005-5156-9>.
5. Casella C, Graziano V, Lorenzo PD, Capasso E, Niola M. Unreasonable obstinacy: Ethical, deontological and forensic medical problems. *J Public Health Res*. 2018;7:1460, <http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2018.1460>.

Javier Miguel Martín Guerra^{a,*} y Miryam Moreta Rodríguez^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.012>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.