

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna



Withholding and withdrawing treatment in patients admitted in an internal medicine ward

Sra. Directora:

Hemos leído con interés el excelente artículo publicado recientemente en su revista por García Caballero et al.¹, en el que analizan cuáles son las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) realizadas en los pacientes fallecidos en un servicio de medicina interna (MI). Como señalan los autores, los pacientes ingresados en estos servicios son en muchos casos pacientes ancianos, con mala calidad de vida y/o con padecimientos graves, en los que forma parte de una buena práctica clínica plantearse decisiones de LET². Aunque, como ellos afirman, hay pocos estudios que analicen específicamente las decisiones de LET en estos pacientes, sí podemos encontrar alguna información respecto a las mismas en otros estudios que analizan de una forma más general las circunstancias de la muerte en pacientes con enfermedad crónica avanzada.

En el año 2003, Formiga et al.³ publicaron un estudio en el que analizaban los pacientes fallecidos por insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o demencia en fase terminal, en el servicio de MI de un hospital de agudos durante un período de 2 años. En su trabajo analizaban, entre otras variables, la existencia de órdenes de no reanimación cardio-pulmonar (no-RCP), la existencia de otras decisiones de LET, entre las que incluían: no ingreso en unidades de críticos, no realización de determinadas exploraciones complementarias o no inicio de tratamiento antibiótico ante infecciones. Evaluaban también, por separado, si se retiraba o no la medicación del paciente para su enfermedad de base, que puede considerarse una decisión de LET. En dicho estudio las órdenes de no-RCP aparecían solo recogidas en el 37% de los pacientes, otras decisiones de LET en el 18% y la retirada de la medicación habitual del paciente en el 57% de los casos. Unos años después este mismo grupo publicó un estudio en el que analizaban las circunstancias de la muerte en pacientes fallecidos por IC (64%) o demencia (36%) avanzada⁴, en 2 hospitales de agudos, obteniendo una notable mejoría de los resultados con respecto al estudio previo. En este estudio las órdenes de no-RCP aparecían explicitadas en el 89% de los pacientes, otras órdenes de LET en el 64%, y se hacía retirada de tratamientos no dirigidos a control de síntomas en el 64% de los pacientes.

Recientemente publicamos un trabajo⁵ en el que analizábamos cómo eran los últimos días de vida en los pacientes fallecidos en el servicio de MI de nuestro hospital, en los que la muerte era un acontecimiento esperable. Se definía la muerte esperable como aquella en la que el médico responsable del paciente comentaba en la historia clínica

el mal pronóstico del paciente y la posibilidad de fallecimiento. En dicho estudio se valoraban, entre otros aspectos, la existencia o no de órdenes de no-RCP y si se hacía algún tipo de retirada de tratamiento, por ejemplo, suspensión de tratamiento antibiótico ante infecciones o retirada de la medicación habitual para la enfermedad de base del paciente. En nuestro estudio las órdenes de no-RCP aparecían en el 78.4% de los pacientes y solo en el 28,4% de pacientes se retiró algún tratamiento.

A pesar de que estudios como los mencionados previamente aportan información de ayuda respecto a las decisiones de LET, coincidimos con los autores en la necesidad de hacer estudios diseñados específicamente para analizar las distintas decisiones de LET en los pacientes ingresados en los servicios de MI.

Otro aspecto que nos gustaría comentar y que a nuestro juicio puede ser una limitación de trabajos de este tipo, es que no se haya recogido información relativa al momento en que se toma la decisión de LET. Casi la mitad de los pacientes de este estudio eran enfermos terminales en el momento del ingreso, según la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Si estas decisiones de LET se toman muy tardíamente y muy próximas al fallecimiento del paciente, pierden gran parte de su valor, porque aun cuando estén presentes, no garantizan la no obstinación diagnóstico-terapéutica en estos pacientes.

Por último, señalar que coincidimos plenamente con los autores en que se deben desechar expresiones como «no realización de medidas agresivas» ya que la consideración de una determinada maniobra diagnóstica o terapéutica como agresiva va a depender muchas veces de la persona que tome la decisión. Por tanto, es importante clarificar y explicitar por parte del equipo responsable del paciente qué medidas concretas decidimos limitar.

Bibliografía

1. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Rev Calid Asist.* 2016;31:70-5.
2. Los cuidados al final de la vida. Documento de recomendaciones. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2012 [consultado 7 Jun 2016] Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912.link.pdf.
3. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc).* 2003;121:195-7.
4. Formiga F, Olmedo C, López Soto A, Pujol R. Dying in hospital of terminal heart failure or severe dementia: The circumstances associated with death and the opinions of caregivers. *Palliat Med.* 2007;21:35-40.
5. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuan JA. Mortalidad esperable en Medicina Interna: ¿cómo son los últimos días de vida en los pacientes en los que la muerte es previsible? *Med Paliat.* 2015 (en prensa) [consultado 7 Jun 2016] <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.10.002>.

E. Ameneiros-Lago^{a,*}, C. Carballada-Rico^b
y J.A. Garrido-Sanjuán^a

^a Servicio de Medicina Interna, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.ameneiros.lago@sergas.es
(E. Ameneiros-Lago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.006>

1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Experiencia en los 2 primeros años de una unidad de diagnóstico rápido en un hospital comarcal



Experience in the first two years of rapid diagnostic unit in a local hospital

Sra. Directora:

Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) son una alternativa a la hospitalización convencional para el estudio de pacientes seleccionados con sospecha de padecer una enfermedad potencialmente grave, y que no requieren atención hospitalaria. El retraso en el proceso diagnóstico por los circuitos habituales a través de las consultas externas, condiciona ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas que se podrían evitar con este dispositivo asistencial. La atención a través de la UDR ha demostrado una mayor comodidad para el paciente, manteniéndose la calidad asistencial y consiguiendo un ahorro de costes al sistema sanitario¹. Nosotros comunicamos nuestra experiencia en la UDR del Hospital General Mateu Orfila de Menorca (Islas Baleares) que inició su actividad en enero de 2014. Nuestro centro está situado en la ciudad de Mahón, tiene una capacidad de 142 camas para pacientes agudos, y atiende a toda la población de la isla de Menorca (90.000 habitantes). La UDR se ofreció a los pacientes atendidos en el área de urgencias del hospital por el equipo médico de urgencias y medicina interna, aunque también se aceptaron interconsultas de otras especialidades. En febrero de 2015, se añadieron enfermos de un proyecto piloto en un centro de atención primaria de Mahón. La UDR de nuestro hospital depende del servicio de medicina interna y está formada por 2 médicos internistas y una diplomada de enfermería con dedicación a tiempo parcial, en 2 módulos de consultas a la semana de 3 h de duración. Presentamos los principales resultados de un estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestra UDR desde enero de 2014 hasta febrero de 2016. Un total de 183 pacientes fueron atendidos durante el periodo de estudio. La edad media fue de 58 años, muy inferior a los pacientes que ingresan en los servicios de medicina interna del hospital, debido a que se trata de enfermos que, por su menor comorbilidad y mayor autonomía, permiten la ambulatorización del proceso diagnóstico. Se realizaron 341 visitas con un ratio sucesiva/primera de 0,88 y en casi el 80% de los pacientes se alcanzó el diagnóstico con una o 2 visitas,

coincidiendo con las series publicadas más eficientes²⁻⁴. El tiempo de espera medio desde la solicitud de consulta hasta la valoración por nuestra unidad fue de menos de 5 días naturales. Uno de los aspectos fundamentales en el éxito de la UDR es ofrecer una primera valoración de forma precoz, aunque no menos importante es la realización rápida de las pruebas complementarias pertinentes. El tiempo medio hasta llegar al diagnóstico en nuestra serie fue de 15 días naturales, algo mayor que otras UDR que se sitúan en torno a una semana^{2,4,5,6}, debido a que los circuitos de algunas pruebas complementarias no estaban adecuadamente protocolizados. Algo más de la mitad de los enfermos visitados en la UDR provenían del servicio de urgencias del hospital, y un 13,1% de atención primaria. En la mayoría de las UDR, el servicio de urgencias es el que más pacientes remite, al ser la puerta de entrada más común para la admisión de enfermos en el hospital²⁻⁴. No obstante, en algunas series, dependiendo del modelo organizativo y funcional de la UDR y la difusión del proyecto, el mayor porcentaje de pacientes proviene de atención primaria^{5,7}. La gran mayoría de los pacientes (86,3%), se ajustaron a los criterios de derivación a la UDR que han sido establecidos para este tipo de unidades (tabla 1), con una tasa equiparable a la de otros trabajos^{2,4,5}. Es importante destacar que una inadecuada derivación de los pacientes a la UDR puede retrasar el estudio de otros pacientes más graves o suponer perjuicios para la salud a enfermos que requieren una atención médica inmediata. Una mejor información sobre el perfil de paciente que puede ser remitido a la UDR, podría mejorar su rendimiento. Entre los grupos de diagnóstico, el más frecuente correspondió a enfermedades digestivas benignas (20,8%), seguido de las neoplasias (18,1%), al igual que en otras series de nuestro país^{2,4,7,8}. En la enfermedad tumoral, un estudio rápido puede condicionar el tratamiento y el pronóstico de la neoplasia, reduciendo además la angustia que supone para el paciente y su familia, la demora del diagnóstico.

Tabla 1 Criterios de derivación a la UDR (deben cumplirse los 5 criterios)

1. Pacientes valorados por un médico que presenten estabilidad clínica y hemodinámica
2. Soporte socio-familiar adecuado para el estudio ambulatorio
3. Pacientes que no precisen cuidados hospitalarios
4. Aceptación del estudio ambulatorio por parte del paciente y su cuidador/a principal
5. Estudio diagnóstico actual que no haya sido iniciado por otro facultativo