



Priorización en la UCI: una realidad del día a día

Francisca García Lizana

A | *e* Agencia de Evaluación
t | **S** de Tecnologías Sanitarias





Objetivos de la Medicina Intensiva

- Disminuir la mortalidad
- Favorecer la recuperación posterior con igual calidad de vida
- Invirtiendo unos recursos

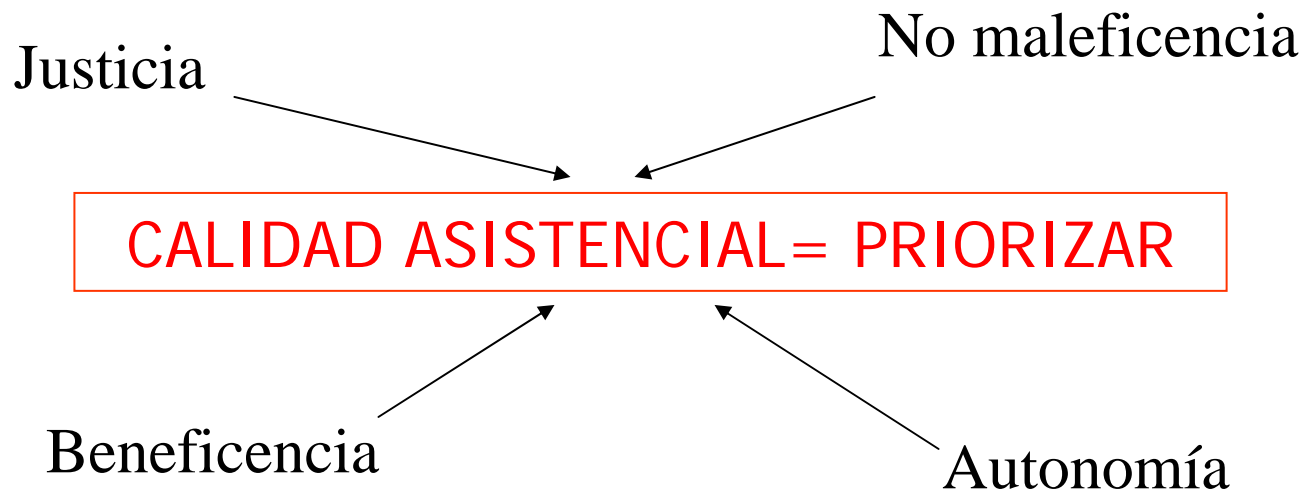
Eficiencia

BIOETICA

Eficacia



Principios de bioética



Tratamiento adecuado en el paciente adecuado



Riesgo de yatrogenia

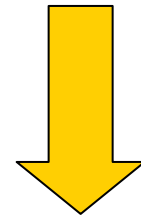
- Riesgo intrínseco de todo proceso invasivo
- Riesgo por el entrenamiento del personal
- Riesgos por la idiosincrasia del paciente
- Riesgos por el ambiente y la carga de trabajo.

Complicaciones iatrogénicas

- Infección nosocomial
- Alt. de conciencia metabólicas
- Psicosis
- Trastornos del sueño
- Úlceras de stress
- Interacciones de drogas
- Complicaciones por catéteres y tubos endotraqueales
- Alt. de la coagulación por transfusiones

+

Pronóstico de
su propia
enfermedad



Balance
riesgo/beneficio

Priorización







Selección de pacientes

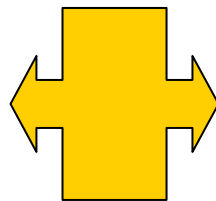
- Ausencia de pruebas suficientes y dificultad de los índices pronósticos.
- Aparición de nuevas perspectivas de tratamiento y nuevas patologías.
- Aumento de las demandas y limitados los recursos.
- Problemas en la identificación del tto futil.
- Medicina defensiva.



Problema

- Ausencia de guías clínicas de ingreso en UMI y de nivel de tratamiento

Imposibilidad de realizar estudios rdbdomizados



Variabilidad de la práctica clínica y de opiniones de expertos





Priorización: encuestas

- En España: la Calidad de vida previa (*Med Intensiva* 1994; 18:100-105)
- Internacional: (*Crit Care Med* 1999; 27: 1626-1633)
 - 75% decisiones afectadas por el nº de camas
 - 73% ingresan sin esperanzas y un 40% mantienen altas dosis hasta la muerte.
 - Diversidad según sexo, religión, país
- Diferencias entre Israel, USA y Europa. (*Intensive Care Med* 2004; 30(6):1140-3)
 - USA y Europa más paternalistas: la opinión de los profesionales = a los pacientes:
 - Priorización **última cama**: probabilidad de supervivencia aunque el 70% ingresan con pronóstico de semanas y el 98% con pronóstico de mala calidad de vida.



Incidencia

- Variabilidad según el tipo de hospital Acta Anaesthesiol Scand 1998; 42: 232-7
- Variabilidad según la religión
- Variabilidad según la edad o entrenamiento
- Variabilidad según los recursos disponibles
- Variabilidad del tipo de limitación



Factores asociados: Europa

Observacional, 31.417 pacientes, 4.248 fallecidos o limitados.

- Edad
- Diagnóstico agudo o crónico
- Número de días en UCI,
- Región
- Religión

Sprung CL, Cohen S, Sjokvist P et al. End-of-life practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. JAMA 2003;290:790-797



Factores asociados a la limitación de tratamiento

- Estudio prospectivo observacional de 4 meses.
- Variables: demográficas, APACHE II, diagnóstico, disfunción orgánica, días VM, días consciente, procedencia, **estado salud previo** (según APACHE II), **calidad de vida previa (EuroQOL Instrument)** y pronóstico de calidad de vida al año.
- Supervivencia de UMI y hospitalaria, medida de LT, motivo de LT, replanteamiento de tratamiento y motivo del exitus. Participación de la familia en la toma de decisiones.

García Lizana, F; Santana Cabrera, L; O' Shanahan, G; García Martul, M; Fuentes Esteban, J. "Factores asociados a la limitación de tratamiento". Med Intensiva 2001, 25 (Supl 1): 104



Modelo de regresión logística múltiple

Variable	B	S.E.	sig.	OR
APACHE II	0.13	0.05	0.007	1.14
E. DIGES	2.32	1.07	0.03	10.23
EDAD	0.06	0.02	0.003	1.06
ESP INMU	1.88	0.97	0.05	6.55
ESP SANO	-2.57	0.95	0.006	0.07
NOD	0.60	0.23	0.009	1.82
Cte	-7.93	1.67	0.000	



Conclusiones

- Los factores independientes asociados significativamente a la limitación del esfuerzo terapéutico fueron:
 - la gravedad de la enfermedad aguda
 - el estado de salud previo (sano)
 - la edad
 - la patología digestiva.
- La calidad de vida previa y la estancia media no fueron factores independientes de limitación

¿Tienen algo que decir los pacientes?

- Ley de autonomía (Ley 41/2002 de 14 Noviembre)
- Consentimiento informado:
 - Sinceridad
 - Lenguaje claro y sencillo
 - Riesgo/beneficio

AUTONOMIA





Soluciones

- Investigar en evaluación de resultados e índices pronósticos.
- Opiniones de consenso.
- Abogar al principio de autonomía.
- Responsabilidad, juicio clínico y experiencia.





¿Quieren priorizar?

■ En la UCI

- 1 cama libre
- 1 paciente en estado vegetativo persistente con neumonía aspirativa
- IAM evolucionado, estable que no ha cumplido la estancia
- Taponamiento cardiaco metastásico

■ Pendientes de ingreso

- TCE por moto, 17 años. GCS=6
- IAM, 50 años en shock cardiogénico.
- Hiperpotasemia por fracaso renal agudo.
- Muerte cerebral: Donante