

Y. Corcia-Palomo<sup>a,\*</sup>, L. Martín-Villén<sup>a</sup>,  
S. Escalona-Rodríguez<sup>a</sup>, A. Roldán Reina<sup>a</sup>,  
A. Adsuar-Gómez<sup>b</sup> y R. Martín-Bermúdez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [yaelcorcia@gmail.com](mailto:yaelcorcia@gmail.com)

(Y. Corcia-Palomo).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.07.011>  
0210-5691/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

## Tratamientos de soporte vital al final de la vida: costos y aspectos éticos. Punto de vista en una unidad de cuidados intensivos basado en la metodología Q



### Life-support treatments at end of life: Costs and ethical aspects. Point of view in an intensive care unit based on Q methodology

Sr. Editor:

Presentamos los datos de un trabajo que ha tenido como objetivo valorar la subjetividad y analizar los diferentes puntos de vista a la hora de evaluar los aspectos éticos y los costos en los tratamientos al final de la vida del personal de una UCI, a través de la metodología Q.

En un estudio en el que sea utilizada la metodología Q el encuestado a través de un procedimiento de clasificación de afirmaciones conocido como «q-set», revela su punto de vista hacia el tema estudiado. Posteriormente se utiliza un análisis de factores por persona para identificar grupos significativos de correlaciones que pueden interpretarse como puntos de vista distinguibles<sup>1-7</sup>.

El análisis de datos en metodología Q implica la aplicación secuencial de 3 procedimientos estadísticos: correlación, análisis factorial y cómputo de factores<sup>8</sup>.

Se llevaron a cabo un total de 44 encuestas. El primer análisis de factores al que se sometió la matriz de correlación identificó 8 factores. El valor propio de cada uno de los factores, así como su porcentaje de varianza explicada se muestra en la [tabla 1](#).

El *scree plot* de los factores obtenidos presentaba un aplanamiento de la curva a la derecha del tercer factor, por lo que se escogieron los 3 primeros factores para el posterior análisis rotacional (varimax).

La correlación entre el factor 1 y el factor 2 fue de 0,41; entre el factor 1 y el factor 3 de 0,46; y entre el factor 2 y el 3 de 0,58.

En la [tabla 2](#) se presenta la composición completa de las declaraciones para los 3 factores, mostrando el posicionamiento de las afirmaciones ideal en la gradilla para cada uno de los puntos de vista.

Las 3 perspectivas encontradas en este estudio destacan la pluralidad de los puntos de vista y la importancia de profundizar en la comprensión de las cuestiones que rodean este tema en el ámbito de los cuidados críticos.

El punto de vista 1 (*La importancia de la familia y el entorno en las decisiones al final de la vida*), mayoritario en la muestra explorada, representa una perspectiva en la que los derechos del paciente a la vida y su entorno son capitales. La vida se considera un bien precioso, por el que no deben de escatimarse esfuerzos económicos, aunque puedan considerarse los beneficios obtenidos como limitados. Esta vertiente de opinión considera que los tratamientos deben aplicarse, si los pacientes y sus familias sienten que serán beneficiosos; no ocultando, por otro lado, que los pacientes deben ser capaces de rechazar tratamientos que prolongan la vida si así lo desean.

Sin embargo, aunque podría entenderse que las personas que se alinean con esta visión no apoyarían la existencia de una política especial de restricción para los tratamientos al final de vida, este hecho podría generar dudas. Estas dudas no vendrían suscitadas no porque crean que estos tratamientos no se deban proporcionar, sino más bien, por el hecho de encontrarse en desacuerdo con los análisis costo-efectividad en conjunto, como un medio para guiar la provisión y las restricciones de acceso a cualquier tratamiento para cualquier paciente que los quiera.

El punto de vista 2 (*El derecho del paciente a decidir*), parece ser una perspectiva más matizada y equilibrada, ya que apoya el valor del dinero en la toma de decisiones en los tratamientos al final de la vida, pero ese valor es más amplio que los beneficios para la salud y en parte definido por las preferencias de la sociedad. Esta visión considera que los tratamientos empleados para alargar la vida pueden ser valiosos y, por lo tanto se debe proporcionar, pero el valor deberá estar supeditado a la calidad de vida.

Parece razonable pensar que esta vertiente de opinión viene marcada por la eficiencia. Los pacientes no tienen

**Tabla 1** Valor propio de cada uno de los factores, así como su porcentaje de varianza explicada

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8
Valor propio	16,06	4,20	3,23	2,70	2,54	1,88	1,68	1,46
Varianza explicada (%)	37	10	7	6	6	4	4	3

**Tabla 2** composición completa de las declaraciones para los 3 factores, *Z-score*

N.º	Afirmación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	<i>Z-score</i> <i>variance</i>
1	Los pacientes deben tener derecho a rechazar los tratamientos de prolongación de la vida si así lo desean	2	2	3	0,086
2	Al final de la vida, los pacientes deben ser cuidados en sus hogares con una mejor calidad de vida, en lugar de tener tratamientos agresivos y costosos que solo prolonguen la vida por un corto período de tiempo	2	2	2	0,098
3	Si un paciente desea seguir luchando hasta el último momento posible, se le debe permitir hacerlo, sin importar el costo	1	-2	-1	0,577
4	Es importante otorgar a un moribundo y a su familia, el tiempo necesario para prepararse para morir, poner sus asuntos en orden, hacer las paces y despedirse de quien crea conveniente	3	1	1	0,245
5	Pondría más valor a los tratamientos al final de la vida que muchos tratamientos médicos para afecciones no terminales	-1	-2	0	0,118
6	Los medicamentos de alto costo suministrados a pacientes con una enfermedad terminal, con escaso beneficio, podrían considerarse como un uso indebido del dinero del estado	0	2	1	0,206
7	Es la naturaleza humana querer preservar la vida y seguir viviendo el mayor tiempo posible, es uno de nuestros instintos más básicos	1	0	2	0,224
8	Si solo existe una posibilidad de tratamiento, con un alto costo, para prolongar la vida de pacientes terminales, esta debe ser proporcionada	0	-2	0	0,422
9	Puede que no parezca mucho, pero algunas semanas o meses adicionales, pueden significar mucho para una familia afectada por una enfermedad terminal	3	0	1	0,544
10	La vida solo debe extenderse si la calidad de vida del paciente durante ese tiempo será buena	1	2	-1	0,542
11	Es preferible proporcionar una muerte digna mediante la compasión y una ayuda desinteresada en lugar de suministrar fármacos que otorguen unas semanas o meses más de vida a un cuerpo muy enfermo	0	3	3	0,632
12	Un año de vida tiene el mismo valor para todos	-3	-1	-2	0,122
13	Deberíamos destinar fondos de forma proporcional en aquellos pacientes que consideramos que no han recibido de forma justa una posibilidad, en términos de calidad o duración de su vida	0	-1	1	0,247
14	Visto desde una perspectiva moral, es correcto y beneficioso extender la vida a un paciente terminal	-1	-2	-3	0,308

Tabla 2 (continuación)

N.º	Afirmación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Z-score variance
15	Si existen los medios para ayudar a alguien a vivir más tiempo, es moralmente incorrecto negar el tratamiento	1	-1	0	0,249
16	No dar acceso a medicamentos que extiendan la vida a una persona con una enfermedad terminal es lo mismo que matarlo	-3	-3	-2	0,099
17	Los tratamientos que son de alto costo con relación a los beneficios de salud que otorgan, deben ser eliminados	-2	0	-2	0,299
18	Los medicamentos al final de la vida no son una cura, solo prolongan la vida. No tiene sentido retrasar lo inevitable por un corto tiempo	-2	1	-1	0,564
19	Los pacientes en fase terminal de su enfermedad albergan cualquier esperanza, pero esa no es razón de peso para que el estado proporcione tratamientos costosos que puedan prolongar la vida por un breve tiempo	-1	0	0	0,167
20	Los tratamientos que proporcionan un breve periodo de tiempo al final de la vida no valen la pena; solo prolongan el dolor para la familia y/o amigos del paciente	-2	0	1	0,747
21	Extender la vida a personas con enfermedades terminales solo está posponiendo la muerte	-1	1	2	0,607
22	La vida es sagrada y si es posible preservar la vida se deben hacer todos los esfuerzos para conseguirlo	-1	-3	0	0,467
23	No me gustaría que mi vida fuera extendida por el mero hecho de mantenerla: asistir la respiración no es vida	2	3	2	0,001
24	Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica básica, pero se tienen que definir límites claros en los pacientes en fase terminal debido a que los medicamentos son caros y no hacen parte de los cuidados básicos	1	1	-1	0,405
25	Es importante proporcionar tratamientos que extiendan la vida para que la persona que está muriendo tenga tiempo de alcanzar una fecha u objetivo importante, como un evento familiar o un logro personal	2	0	-1	0,408
26	Considero que los tratamientos que extienden la vida para las personas con enfermedades terminales tienen menos valor a medida que la gente envejece	-2	-1	-2	0,075
27	El tratamiento de pacientes en estado terminal no generará grandes beneficios para la salud, pero el sistema de salud debería centrarse en atender a los pacientes que más lo necesitan	0	-1	0	0,044
28	Una medida objetiva de control del gasto sanitario podría ser legalizar el proceso de la eutanasia	0	1	-3	0,783

el derecho a todos los tratamientos, algunos de los cuales podrían ser eliminados en función de su rentabilidad. No parece muy probable que los encuestados definidos en el perfil 2 apoyasen una política que priorizase los tratamientos de soporte con el fin de extender la vida sin considerar calidad de esta.

El punto de vista 3 (*Consideración de costos en los dilemas al final de la vida*), se asemeja más a una perspectiva utilitarista. El principio central es lograr las mayores ganancias de salud para el mayor número de enfermos a través de la asignación eficiente de unos recursos que son limitados. Consideran que la restricción de la disponibilidad de los tratamientos costo-ineficaces es aceptable.

Los factores identificados, aunque extraídos de una muestra relativamente pequeña, muestran la intencionalidad de los encuestados, y recoge los puntos de vista que se producen en los trabajadores de una unidad de cuidados intensivos en materia de valores éticos y costos en los tratamientos al final de la vida.

## Bibliografía

1. Baker R. Economic rationality and health and lifestyle choices for people with diabetes. *Soc Sci Med.* 2006;63:2341–53.
2. Buljac M, van Wijngaarden JDH, vanWijk KP, van Exel NJA. Perceptions of team workers in youth care of what makes teamwork effective. *Health Soc Care Community.* 2010;19:307–16.
3. Cramm JM, Finkenflügel H, Møller V, van Exel NJA. Patient views on determinants of adherence with tuberculosis treatment in the Eastern Cape, South Africa: An application of Q-methodology. *Patient.* 2010;3:159–72.

4. Lobo VM, Fisher A, Baumann A, Akhtar-Danesh N. Effective retention strategies for midcareer critical care nurses: A Q-method study. *Nurs Res.* 2012;61:300–8.
5. Van Exel NJA, de Graaf G, Brouwer WBF. Everyone dies, so you might as well have fun! Attitudes of Dutch youths about their health lifestyle. *Soc Sci Med.* 2006;63:2628–39.
6. Kline P. *An Easy Guide to Factor Analysis.* New York: Routledge; 1994.
7. Van Exel J, Baker R, Mason H, Donaldson C, Brouwer W. Public views on principles for health care priority setting: A European cross-country study using Q methodology *Social Science & Medicine.* 2015;126:128–37.
8. Bullington P, Pawola L, Walker R, Valenta A, Briars L, John E. Identification of medication non adherence factors in adolescent transplant patients: The patient's viewpoint. *Pediatr Transplant.* 2007;11:914–21.

A. Jiménez Alfonso<sup>a</sup>, P. Escudero Acha<sup>a</sup>, M. Ortiz-Lasa<sup>a</sup>, E. Chicote<sup>a</sup>, T. Dierssen-Soto<sup>b</sup> y A. González-Castro<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [e409@humv.es](mailto:e409@humv.es) (A. González-Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.03.007>

0210-5691/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

## Mortalidad y adecuación del esfuerzo terapéutico en un servicio terciario de cuidados intensivos pediátricos: revisión de 11 años



### Mortality and adequacy of therapeutic effort in a tertiary pediatric intensive care department: An 11-year review

Sr. Editor:

En el contexto del niño crítico, las decisiones vinculadas a la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) son tanto motivo de debate como aspecto de interés clínico. Esto es sobre todo destacable en situaciones de no mejoría esperada y dependencia de tecnología para el mantenimiento de la vida<sup>1-3</sup>. En el momento actual se dispone de escasa literatura que describa la toma de decisiones en el final de la vida en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP)<sup>4</sup>.

Se presenta un trabajo que describe las características de los pacientes que han fallecido en nuestra UCIP en aproximadamente la última década. Para ello se realiza un estudio retrospectivo observacional tras la aceptación por el Comité de Ética e Investigación Clínica. Se revisan los informes

clínicos de pacientes fallecidos en la UCIP desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2016. Las variables recogidas son: epidemiológicas, presencia de una enfermedad de base previa al ingreso, causa de ingreso, asistencia recibida (hemodinámica, respiratoria, renal, antimicrobiana, hematológica y nutricional), causa principal de la muerte, días de ingreso y registro de la adecuación del soporte vital (motivo, actuación derivada y participación de la familia en los cuidados al final de la vida). Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas con el programa SPSS<sup>®</sup> 19.0 para Windows. Los datos cualitativos se presentan en forma de frecuencias absolutas y porcentajes, y los datos cuantitativos mediante la mediana y el rango intercuartílico o la media y la desviación típica, según las características de la variable analizada. En aquellos casos en los que se realiza un análisis comparativo los datos cualitativos se han comparado usando el test de Chi-cuadrado. Se han considerado valores estadísticamente significativos aquellos con una p inferior a 0,05.

Se revisan 9.049 niños, de los cuales fallecieron 151 (1,7%). Se incluyeron en este trabajo 147 pacientes (77 varones/70 mujeres), con una mediana de edad de 6,3 años (rango intercuartílico 0,05-21 años). La media de fallecimientos por año fue de 13,7 ± 3,4. Setenta y ocho de los 147 pacientes presentaban una enfermedad hematológica. Del total de pacientes con enfermedad hematológica fallecidos, 56/78 habían recibido un trasplante de