



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

## Estimación subjetiva de la morbimortalidad en Unidades de Cuidados Intensivos

**Artículo original:** Frick S, Uehlinger DE, Zuercher Zenklusen RM. Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors--a prospective comparative study. *Crit Care Med* 2003;31(2):456-61. [PubMed](#)

Paz Martín D.

*Complejo Hospitalario de Toledo*

### Resumen

Rescatamos un artículo un poco antiguo pero que no ha perdido actualidad desde hace una década. Frick S et al. en *Crit Care Med* 2003 publican un estudio prospectivo cuyo objetivo principal era investigar el patrón y la fiabilidad de los juicios subjetivos que el personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tenía sobre los pacientes ingresados a su cargo. La toma de decisiones clínicas en este contexto es un proceso dinámico complejo. A diario se deben tomar decisiones sobre cuándo iniciar, continuar y limitar intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Las escalas pronósticas que empleamos habitualmente presentan un valor limitado al aplicarse a casos individuales y deberían quedar reservadas para mejorar la estimación de mortalidad hospitalaria en un grupo numeroso de pacientes ingresados en UCI (1). Existen determinadas “áreas grises” en la evidencia científica disponible. ¿Cuánta y cuál es la mejor evidencia científica para tomar una decisión determinada? La incertidumbre es un aspecto inevitable de la condición humana.

### Introducción

Rescatamos un artículo un poco antiguo pero que no ha perdido actualidad desde hace una década. Frick S et al. en *Crit Care Med* 2003 publican un estudio prospectivo cuyo objetivo principal era investigar el patrón y la fiabilidad de los juicios subjetivos que el personal sanitario de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tenía sobre los pacientes ingresados a su cargo. La toma de decisiones clínicas en este contexto es un proceso dinámico complejo. A diario se deben tomar decisiones sobre cuándo iniciar, continuar y limitar intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Las escalas pronósticas que empleamos habitualmente presentan un valor limitado al aplicarse a casos individuales y deberían quedar reservadas para mejorar la estimación de mortalidad hospitalaria en un grupo numeroso de pacientes ingresados en UCI (1). Existen determinadas “áreas

grises” en la evidencia científica disponible. ¿Cuánta y cuál es la mejor evidencia científica para tomar una decisión determinada? La incertidumbre es un aspecto inevitable de la condición humana.

### Material y Métodos

Durante un año (diciembre 1997 a noviembre de 1998) a médicos y enfermeras se les pidió responder diariamente a estas preguntas de cada uno de los pacientes ingresados más de 24 horas en una UCI médica de 6 camas:

- 1.- ¿Consideras el tratamiento fútil en cuanto a a) supervivencia o b) calidad de vida?
- 2.- ¿Piensas que se debería retirar el tratamiento?

Se siguió a los pacientes hasta el alta hospitalaria para conocer la supervivencia,



y a los 6 meses se realizó una entrevista telefónica para conocer tanto la supervivencia extrahospitalaria como la calidad de vida y el grado de discapacidad.

### Resultados principales

Fueron analizados 521 pacientes durante el periodo de estudio. En el 79% de los casos hubo coincidencia entre las estimaciones de médicos y enfermeras. Sin embargo, se observaron estimaciones diferentes en el 21% de los pacientes. Se evidenciaron más opiniones diferentes en pacientes que finalmente fallecieron frente a supervivientes ( $p < 0,001$ ), en pacientes que fallecieron en el hospital frente a los que fallecieron tras el alta ( $p < 0,001$ ), en pacientes más graves con puntuaciones en la escala SAPSII mayores ( $p < 0,00$ ) y en aquellos pacientes con ingreso prolongado en UCI ( $p < 0,001$ ). De los 45 pacientes que fallecieron en 30 se registraron opiniones divergentes. Tanto en supervivientes como en pacientes que fallecieron, las opiniones de las enfermeras fueron más pesimistas y consideraron limitación de esfuerzo terapéutico más frecuentemente que los médicos. Tras el ingreso en UCI sólo un 6% de los pacientes refirieron una mala calidad de vida y un 2% discapacidad física severa. Ni enfermeras ni médicos pudieron predecir correctamente la calidad de vida de los pacientes a 6 meses.

### Discusión

En el presente trabajo los autores evaluaron la estimación subjetiva del pronóstico de morbilidad de pacientes ingresados en una UCI por parte del personal sanitario encargado de sus cuidados. En 1974 Tverssky y Kahman mostraron 3 errores típicos en la estimación de la probabilidad (2). Para estos autores existían 3 heurísticos (del griego “*heurisko*”, yo hallo, descubro), que son métodos que facilitan ayuda en la solución de un problema pero que se basan en la intuición, en suposiciones que a veces son correctas y otras no, en lugar de basarse en un análisis riguroso y completo. Los 3 heurísticos descritos por estos autores fueron:

- **Representatividad:** ¿qué probabilidad hay de que A pertenezca a la clase B? La gente suele considerar únicamente en qué medida A es representativo de B sin tener en cuenta otros elementos. Con el uso de la representatividad se producen, generalmente, buenas respuestas, ya que las muestras y los resultados más representativos tienen una mayor probabilidad de ocurrencia, pero puede llevarnos a ignorar algunos factores esenciales de la información.

- **Disponibilidad o accesibilidad:** la mente humana valora la probabilidad o frecuencia de aparición de algún suceso sobre la base de un número de casos que recuerda. Esto puede propiciar varios errores como la supervaloración de la experiencia subjetiva, mayor impacto en la memoria de casos que se graban con más fuerza por lo que la estimación de su frecuencia sería mayor de lo real, y correlaciones ilusorias.

- **Ajuste y anclaje:** a partir de la estimación de un valor inicial se van realizando ajustes hasta llegar a la respuesta final. Tanto el valor inicial como el ajuste posterior suelen ser insuficientes y llevar a estimaciones diferentes que están sesgadas. Un ejemplo sería el Conservadurismo por el que tendemos a valorar excesivamente la evidencia a favor de una hipótesis inicial, minusvalorando lo que se opone a ella.

### Conclusiones

- Enfermeros y médicos coincidieron en la mayor parte de los pacientes, aunque se observó que, cuanto más grave se encontraba el paciente y mayor era el número de días de estancia en la UCI, mayores eran las diferencias de criterio.
- En los pacientes más graves que finalmente fallecieron las enfermeras parecieron más realistas, sugiriendo la limitación del esfuerzo terapéutico en más ocasiones y de forma más precoz que los médicos. Esto puede deberse, al menos en parte, a un error de estimación por parte de los facultativos de anclaje y ajuste (conservadurismo) por el cual se tendería a lo largo del tiempo a valorar excesivamente la

evidencia a favor de su hipótesis inicial, minusvalorando la que se opone a ella. Pero también es probable que el umbral para decidir que una situación es fútil pudiera ser menor para el personal sanitario que no va a tomar directamente la decisión de retirar medidas terapéuticas.

- Por el contrario, la visión más pesimista del personal de enfermería propició que clasificaran como fútil el tratamiento de algún paciente que finalmente sobrevivió. Esto podría explicarse debido a que trabajan más estrechamente con los pacientes y ven más de cerca su sufrimiento, lo que podría influir en admitir el fallo terapéutico de forma más precoz. Es posible que el recuerdo de casos parecidos con elevada carga asistencial y que finalmente fallecieron pudiera influir también en sus juicios en determinados pacientes (error de estimación de disponibilidad de impacto en la memoria).
- Tanto médicos como enfermeras fracasaron al predecir la calidad de vida a los 6 meses, por lo que se podría pensar que no se debería incluir este aspecto en la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico excepto en aquellos casos en los que el propio paciente considera que su calidad de vida es intolerable. Esta es una visión un poco simplista. A la hora de tomar estas decisiones se hace imprescindible realizar una estimación del resultado en términos de mortalidad pero, cada vez más, pensar en la calidad de vida que le

puede quedar al paciente entendida esta en el más amplio sentido.

- Por último, un aspecto relevante que podría explicar las divergencias sería la ambigüedad del término *futilidad médica*, definida como aquella estrategia médica que no alcanzaría los objetivos de supervivencia y una aceptable calidad de vida. Este aspecto es un ejemplo que pone de manifiesto en qué medida se pueden producir errores derivados de las expresiones cualitativas de la probabilidad.

## Bibliografía

- 1.- Consensus conference ESICM and SRLF: Predicting outcome in ICU. Intensive Care Med 1994;20:390-397. [PubMed](#)
- 2.- Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases Science 1974;185:1124-1131. [PubMed](#)

---

### Correspondencia al autor

*Daniel Paz Martín*  
[dpaz@anestesiario.org](mailto:dpaz@anestesiario.org)  
 MD PhD DESA EDIC  
 Unidad de Reanimación  
 Servicio de Anestesiología y Reanimación  
 Complejo Hospitalario de Toledo  
 Miembro SCI SEDAR

---

[Publicado en AnestesiaR el 18 de mayo de 2015](#)