

Cuidados al final de la vida en las UCI españolas

End of life care in Spanish intensive care units

doi.org/10.23938/ASSN.0301

A. Estella¹, A. Hernández-Tejedor², F. Gordo³⁻⁴, M.C. Martín⁵

Sr Director:

Hemos leído con interés el artículo titulado *El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial*¹.

Los resultados descritos difieren notablemente de series prospectivas, con participación de más centros y más recientes²⁻³ donde se aplicaron cuidados paliativos a la mayoría de los pacientes con limitación de tratamientos de soporte vital cuando lo precisaron, así como un régimen de visitas flexible que facilitaba el acompañamiento como un elemento esencial de los cuidados al final de la vida. La cita del estudio SUPPORT data de hace más de veinte años y consideramos discutible que los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) mueran en soledad y con mal control de los síntomas, como afirman en la introducción, sin que hayamos encon-

trado en la literatura estudios que apoyen actualmente dicha afirmación en nuestro medio.

Los cuidados paliativos forman parte de los cuidados intensivos de pacientes en estadios al final de la vida. El hecho de aplicar indicadores de calidad internacionales como han realizado los autores presupone, erróneamente, que estamos ante sistemas sanitarios comparables en cuanto a estructura, funcionamiento y gestión. Concluir que los cuidados de pacientes con limitación de tratamientos de soporte vital no son de calidad por el hecho de que no se consulte a un especialista en cuidados paliativos o a un trabajador social es presuponer erróneamente que un especialista en cuidados intensivos no tiene competencias en dicha disciplina^{4,5}. La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) lleva décadas fomentando y desarrollando los cuidados al final de la vida de los pacientes ingresados en sus

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (2): 279-281

1. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Intensiva. Hospital SAS de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.
2. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón. Madrid.
3. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario del Henares. Coslada. Madrid.
4. Grupo de investigación en Patología Crítica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria. Pozuelo de Alarcón. Madrid.
5. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Correspondencia:

Ángel Estella García
Unidad de Gestión Clínica de Medicina Intensiva del Hospital del SAS de Jerez
Carretera Nacional IV s/n
11407 Jerez (Cádiz)
Email: litoestella@hotmail.com

UCI⁶. De hecho, en las últimas recomendaciones publicadas por los grupos de trabajo de nuestra sociedad, se enfatiza la existencia de un plan de cuidados paliativos que disminuya el sufrimiento del paciente y facilite el acompañamiento familiar⁷.

No parece prudente generalizar sobre la calidad de los cuidados al final de la vida en las UCI españolas cuando sus observaciones se extrapolan de un análisis retrospectivo de veinte pacientes en quince unidades, la mayoría unidades de reanimación, sin detallar los criterios que se utilizaron para elegirlos ni representando la realidad de las casi trescientas UCI que existen en España, la mayoría llevada por especialistas de Medicina Intensiva⁸. De hecho, en los más de tres años que han pasado desde que se realizó el estudio¹, un elevadísimo número de UCI y otras unidades han puesto en marcha nuevas iniciativas, dada la gran importancia y difusión que se ha dado en los últimos años a los cuidados al final de la vida.

Nos ha parecido muy interesante el documento de referencia sobre indicadores de calidad que han utilizado, destacando que los principales indicadores descritos, relativos a la aplicación de protocolos de cuidados al final de la vida, a la información a representantes y/o familiares, y a la consulta de documentos de instrucciones previas, son similares a los propuestos por SEMICYUC desde hace años. Además, esta sociedad ha publicado ya la tercera edición de los indicadores de calidad del enfermo crítico, en cuyo documento⁹ se incluyen indicadores específicos sobre los cuidados al final de la vida y sobre aspectos relacionados con la sedación y analgesia para todos los pacientes críticos, interpretando que parte de los indicadores, referentes a la documentación sobre estado y tratamiento del distrés o el dolor, analgesia y sedación en extubaciones terminales u ofrecimiento de apoyo espiritual, están contemplados en los protocolos de limitación de tratamientos de soporte vital de las UCI españolas^{6,10}.

Coincidimos con los autores que aún quedan muchos aspectos del cuidado al final de la vida de los pacientes ingresados en UCI con decisiones de limitación que

han de mejorarse. Sin embargo, hay algunos datos publicados en su estudio que nos han parecido preocupantes y merece la pena aclarar, como la baja implementación de apoyo emocional y práctico y espiritual para el paciente y familia que describen. La totalidad de protocolos de actuación en estas etapas de la vida contemplan estos aspectos de manera indiscutible.

Por otro lado en la tabla 1, referente a las características de los 282 pacientes estudiados y que incluye un apartado titulado *circunstancias del fallecimiento*, los autores describen en seis casos que se tomaron medidas con posible acortamiento del proceso de morir; estos deberían haber sido explicados con más dedicación en la discusión, ya que en la forma en que los clasifican pueden plantear problemas médico-legales en nuestra legislación actual.

La bioética ha compartido con la medicina intensiva su juventud, y desde sus orígenes han crecido de forma paralela compartiendo la preocupación por los cuidados al final de la vida, que han sido y son un campo desarrollado al mismo nivel que otras parcelas de la especialidad. Juntas deben avanzar para ofrecer los mejores cuidados, y qué mejor que hacerlo de forma multidisciplinar con otras especialidades. Por dicho motivo recientemente la SEMICYUC ha firmado un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Medicina Paliativa (SECPAL), la Sociedad Española de Enfermería Intensiva (SEEIUC) y el Proyecto HUCI con el objetivo específico de mejorar la atención de los cuidados de los pacientes en UCI al final de la vida.

La medicina paliativa debe formar parte de la medicina intensiva porque solo de esta manera podemos asegurar el mejor cuidado de los pacientes que fallecen en estas unidades disponiendo de herramientas que nos permitan identificar de forma precoz aquellos pacientes en los que el objetivo terapéutico debe cambiar de un objetivo curativo a un objetivo de cuidados al final de la vida.

Finalmente, en la humanización de la atención sanitaria, las UCI han liderado un cambio significativo promocionando

las políticas de UCI abiertas, con horarios flexibles de visitas, facilitando la presencia y participación de las familias, cuidando el bienestar de los pacientes, favoreciendo los cuidados al final de la vida y promoviendo el cuidado y bienestar de los profesionales. Estos hechos quedan reflejados en los indicadores de calidad de la SEMICYUC, que en su última edición incluyen los horarios flexibles de visita y la medición del desgaste profesional⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. GIRBAU MB, MONEDERO P, CENTENO C, Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI. El buen cuidado de pacientes que fallecen en Unidades de Cuidados Intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 339-349.
2. ESTELLA A, MARTÍN MC, HERNÁNDEZ A, RUBIO O, MONZÓN JL, CABRÉ L. Grupo de trabajo bioética SEMICYUC. Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Med Intensiva* 2016; 40: 448-450.
3. HERNÁNDEZ-TEJEDOR A, MARTÍN DELGADO MC, CABRÉ PERICAS L, ALGORA WEBER A. Members of the study group EPIPUSE. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Med Intensiva* 2015; 39: 395-404.
4. FURQAN MM, ZAKARIA S. Challenges in the implementation of strategies to increase communication and enhance patient and family centered care in the ICU. *Med Intensiva* 2017; 41: 365-367.
5. ESTELLA Á. Improvement opportunities for communication in the ICU. *Med Intensiva* 2017. doi: 10.1016/j.medin.2017.08.007.
6. MONZÓN MARÍN JL, SARALEGUI RETA I, ABIZANDA CAMPOS R, CABRÉ PERICAS L, IRIBARREN DIARASARRI S, MARTÍN DELGADO MC et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* 2008; 32: 121-133.
7. HERNÁNDEZ-TEJEDOR A, PEÑUELAS O, SIRGO RODRÍGUEZ G, LLOMPART-POU JA, PALENCIA HERREJÓN E, ESTELLA A et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva* 2017; 41: 285-305.
8. MARTÍN MC, LEÓN C, CUÑAT J, DEL NOGAL F. Recursos estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva* 2013; 37: 443-451.
9. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC). Indicadores de calidad del enfermo crítico. Actualización 2017. http://www.semicyuc.org/sites/default/files/indicadoresCalidad2017/INDICADORESDECALIDAD2017_SEMICYUC.pdf. Consultado el 1 de marzo de 2018.
10. LÓPEZ CAMPS V, GARCÍA GARCÍA MA, MARTÍN DELGADO MC, AÑÓN ELIZALDE JM, MASNOU BURRALLO N, RUBIO SANCHIZ O et al. Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Encuesta nacional sobre los indicadores de calidad en Bioética de la SEMICYUC en los servicios de Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva* 2017; 41: 523-531.

Réplica de los autores a la carta

Cuidados al final de la vida en las UCI españolas

End of life care in Spanish intensive care units

doi.org/10.23938/ASSN.0312

M.B. Girbau¹, P. Monedero², C. Centeno³

Sr. Director:

Agradecemos el interés por nuestro trabajo mostrado por Estella y col¹, con quienes compartimos la preocupación por la mejora de los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes de la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) al final de la vida.

El hecho de que nuestros resultados² difieran de las series prospectivas es uno de los puntos fuertes de nuestro estudio: una serie prospectiva no es apropiada para evaluar la conducta y la práctica clínica habitual. Estudios de tipo *audit* como el realizado son los adecuados para valorar el cumplimiento de las recomendaciones de sociedades científicas y grupos de trabajo. La disparidad entre conocimiento y práctica ha sido demostrada en numerosos estudios³⁻⁶ y aún más en el análisis del comportamiento humano, modificado por su observación directa no oculta: efecto Hawthorne⁷.

Estella y col presuponen erróneamente que los indicadores internacionales del grupo de trabajo de la *Robert Wood Johnson Foundation* y sus actuaciones derivadas no son aplicables a España, inclinándo-

se injustificadamente por el uso exclusivo de las recomendaciones emanadas por un grupo de trabajo de la SEMICYUC, opinión con la que discrepamos.

Nuestro estudio muestra la factibilidad de un método de evaluación de la calidad asistencial de los cuidados al final de la vida para una UCI singular, y permite el diseño de planes apropiados y concretos para su mejora gradual. El hecho de que un bajo porcentaje de unidades tomara parte en el estudio, a pesar de la petición de colaboración a la SEDAR y a la SEMICYUC en su difusión, es un motivo de preocupación pues podría interpretarse como desinterés o temor a mostrar carencias. La participación de una proporción mayor de UCI dirigidas por equipos de anestesiólogos es motivo de alegría. Desearíamos que el método que hemos usado, basado en estándares internacionales y que se demuestra factible y útil, sirviera de herramienta en todo tipo de UCI españolas para valorar y guiar estrategias de mejora en el cuidado al final de la vida.

Las circunstancias del fallecimiento se clasifican según el estudio ETHICUS⁸ y plantean problemas éticos pero no médico-

1. Departamento de Anestesiología y Departamento de Cuidados Intensivos. Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao.
2. Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
3. Departamento de Medicina Paliativa y Control de Síntomas. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:

M^º Begoña Girbau
Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos
Clínica IMQ
Ribera de Botica Vieja, 23-4^ºB
48014. Bilbao
E-mail: bgirbau@gmail.com

legales cuando se realiza con el consentimiento del paciente y/o la familia, tras el acuerdo del equipo asistencial.

Compartimos con Estella y col la preocupación por la baja implementación del apoyo emocional y espiritual que muestra nuestro estudio, y que requiere una reflexión sobre el respeto debido a las diversas creencias y necesidades de los pacientes que fallecen en los hospitales. Tenemos por delante el reto de que las recomendaciones sobre cuidados al final de la vida no solo estén recogidas en guías y protocolos, sino que se apliquen de forma constante en todas las UCI españolas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESTELLA A, HERNÁNDEZ TEJEDOR A, GORDO F, MARTÍN MC. Cuidados al final de la vida en las UCI españolas. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 279-281.
2. GIRBAU MB, MONEDERO P, CENTENO C, Grupo español de cuidados al final de la vida en UCI. El buen cuidado de pacientes que fallecen en Unidades de Cuidados Intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 339-349.
3. VALENCIA C, HAMMAMI N, AGODI A, LEPAPE A, HERREJON EP, BLOT S et al. Poor adherence to guidelines for preventing central line-associated bloodstream infections (CLABSI): results of a worldwide survey. *Antimicrob Resist Infect Control* 2016; 5: 49.
4. WARD SL, QUINN CM, VALENTINE SL, SAPRU A, CURLEY MA, WILLSON DF et al. Poor adherence to lung-protective mechanical ventilation in pediatric acute respiratory distress syndrome. *Pediatr Crit Care Med* 2016; 17: 917-923.
5. WEISS CH, BAKER DW, WEINER S, BECHEL M, RAGLAND M, RADEMAKER A et al. Low tidal volume ventilation use in acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med* 2016; 44: 1515-1522.
6. GUPTA D, SHARMA D, KANNAN N, PRAPRUETTHAM S, MOCK C, WANG J et al. Guideline adherence and outcomes in severe adult traumatic brain injury for the CHIRAG (Collaborative Head Injury and Guidelines) Study. *World Neurosurg* 2016; 89: 169-179.
7. KOVACS-LITMAN A, WONG K, SHOJANIA KG, CALLERY S, VEARNCOMBE M, LEIS JA. Do physicians clean their hands? Insights from a covert observational study. *J Hosp Med* 2016; 11: 862-864.
8. SPRUNG CL, COHEN SL, SJOKVIST P, BARAS M, BULOW HH, HOVILEHTO S et al. Ethicus Study Group. End-of-life practices in European Intensive Care Units. The Ethicus study. *JAMA* 2003; 290: 790-797.