

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.