



Eficacia de la atorvastatina en comparación con otras estatinas en situación de práctica clínica habitual en el ámbito de la atención primaria

Sr. Editor: La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, con frecuente interacción entre sus diferentes factores de riesgo¹. En este sentido, la dislipemia puede considerarse un problema de salud de primer orden por su elevada prevalencia y el escaso cumplimiento de los objetivos terapéuticos de control². Su abordaje inicial comprende la modificación de los hábitos o estilos de vida y, posteriormente, el empleo de medidas terapéuticas como fibratos, resinas y estatinas (inhibidores de la hidroximetilglutaril coenzima A reductasa).

Una amplia evidencia basada en ensayos clínicos demuestra la eficacia de las estatinas en términos de morbimortalidad³. El CARDS⁴ fue el primer estudio clínico diseñado específicamente para evaluar la eficacia de una estatina en la reducción de episodios cardiovasculares (incluido el ictus) en pacientes con diabetes tipo 2 y concentraciones normales de colesterol. La atorvastatina consiguió una reducción de riesgo del 37% para el criterio principal de valoración, formado por el conjunto de muerte de origen cardiovascular, infarto agudo de miocardio, angina inestable que requiere rehospitalización, parada cardíaca, revascularización e ictus, y una reducción de riesgo de ictus de un 48%. La reducción de la mortalidad total en el grupo tratado con atorvastatina fue del 27%, rozando la significación estadística en esta últi-

ma variable secundaria ($p = 0,059$). Pese a todos estos datos, muy convincentes, derivados de los ensayos clínicos, los objetivos de control lipídico, incluso en grupos con un particular interés por el control del riesgo cardiovascular, siguen siendo insuficientes y merece la pena estudiar si la evidencia de los ensayos clínicos es consistente en la práctica. El objetivo del presente estudio ha sido determinar la utilización y eficacia de la atorvastatina en comparación con otras estatinas comercializadas (lovastatina, simvastatina, pravastatina y fluvastatina, en conjunto), así como medir su asociación con algunos factores relacionados, en pacientes atendidos en varios centros de salud en situación de práctica clínica habitual.

Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, con muestreo sistemático, a partir de los registros médicos de pacientes adultos seguidos en régimen ambulatorio y en situación de práctica clínica habitual. La población de estudio está formada por las personas de ambos sexos de 4 centros reformados de atención primaria gestionados por Badalona Serveis Assistencials S.A., que tienen asignada en su zona de influencia una población urbana de unos 80.298 habitantes, de los que un 14,1% son mayores de 64 años. Se incluyó en el estudio a todos los pacientes atendidos desde el 1 de octubre de 2003 hasta el 30 de septiembre de 2004 que reúnan las siguientes características: a) edad superior a 18 años; b) haber iniciado el tratamiento farmacológico con estatinas en monoterapia como mínimo 3 meses antes de la inclusión en el estudio; c) seguir de forma regular el protocolo/guía de riesgo cardiovascular establecido en los centros, y d) estar en el programa de prescripciones crónicas y acudir con regularidad a las citas programadas para la obtención de las recetas médicas (con registro constatado de la dosis diaria, intervalo de tiempo y duración de cada tratamiento administrado). Se excluyó a los pacientes que no acudieron a los centros, los desplazados o fuera de zona y los que presentaban enfermedades mentales incapacitantes. El estudio se realizó en 2 etapas: en la primera se seleccionó a todos los pacientes en

tratamiento farmacológico con estatinas siguiendo los criterios del Adult Treatment Panel III de la National Cholesterol Education Program⁵ para la hipercolesterolemia, y en la segunda se obtuvieron las variables clínicas y de utilización de recursos necesarias para su asociación. Se obtuvo información de la prescripción farmacológica de medicamentos, emitida en las historias clínicas informatizadas (OMI-AP), según las recomendaciones realizadas por el facultativo, y de la dispensación obtenida a partir de las recetas retiradas de la oficina de farmacia, según el aplicativo de seguimiento de la prescripción farmacéutica del Cat-Salut. En los 2 apartados (prescripción/dispensación) se seleccionaron del grupo terapéutico⁶ hipolipemiante (B04A) los siguientes principios activos: lovastatina, simvastatina, pravastatina, fluvastatina y atorvastatina. Además, se obtuvieron las variables demográficas y generales: edad, sexo, actividad laboral (situación en la seguridad social; activo o pensionista) y evolución, en meses, de la hipercolesterolemia. Los diagnósticos clínicos o comorbilidades asociadas se obtuvieron a partir de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)⁷. En la tabla 1 se detallan los episodios atendidos, no repetidos, que se seleccionaron en la población estudiada. Además se cuantificó el número de factores de riesgo cardiovascular. Se recogieron los siguientes parámetros clínicos: índice de riesgo cardiovascular (cálculo adaptado de Framingham para la atención primaria), índice de masa corporal (kg/m^2), colesterol total (mg/dl), fracción de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), obtenida según la fórmula de Friedewald (mg/dl) y fracción de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (mg/dl). En todos los casos (exploración física o determinaciones bioquímicas) se consideró la última medida obtenida durante el período de estudio. Los recursos sanitarios consumidos, que se recogieron de los registros propios de cada centro (historias clínicas, órdenes médicas o agendas programadas), fueron: número de entradas efectuadas en el protocolo de riesgo cardiovascular, derivaciones realizadas a los especialistas de referencia y visitas o citas realizadas en el centro. La magnitud del cumplimiento terapéutico se calculó en cada paciente mediante el método indirecto modificado del recuento de comprimidos. Una vez identificada la fecha de incorporación a las bases de datos, y hasta la última

TABLA 1

Características generales de la serie estudiada

Variables	Atorvastatina (n = 967)	Otras estatinas (n = 2.987)	Total (n = 3.954)	p
Generales				
Edad (años)	63,6 (10,8)	64,3 (10,8)	64,1 (10,8)	NS
Mujeres	52,9	53,7	53,5	NS
Situación laboral (pensionistas)	69,5	67,7	68,1	NS
Duración de la hipercolesterolemia (meses)	33,7 (27,1)	38,1 (27,0)	37,1 (27,2)	< 0,001
Antecedentes				
Hipertensión arterial	57,6	55,3	55,9	NS
Hipercolesterolemia	89,4	86,0	88,6	0,004
Diabetes mellitus	39,5	29,6	32,0	0,001
Fumadores	16,4	16,5	16,5	NS
Obesidad	49,3	44,6	45,7	0,035
Cardiopatía isquémica	22,2	13,9	16,0	< 0,001
Eventos cardiovasculares	30,5	19,8	22,4	< 0,001
Factores de riesgo cardiovascular	2,32 (1,0)	2,21 (0,9)	2,24 (0,9)	0,002
Insuficiencia cardíaca congestiva	2,9	2,0	2,3	NS
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6,8	5,7	5,9	NS
Trastornos depresivos	16,4	15,2	15,5	NS
Insuficiencia renal	1,8	1,4	1,5	NS
Cirrosis hepática	2,3	1,8	2,1	NS
Hipertrofia benigna de próstata	5,4	6,2	6,0	NS
Parámetros clínicos				
Índice de riesgo cardiovascular	17,2 (9,4)	17,3 (9,0)	17,2 (9,2)	NS
Índice de masa corporal	30,3 (4,6)	30,0 (4,5)	30,0 (4,6)	NS
Colesterol total (mg/dl)	204,9 (45,3)	221,4 (42,3)	217,7 (43,6)	< 0,001
cHDL (mg/dl)	46,1 (12,4)	45,0 (12,0)	45,9 (12,3)	0,023
cLDL (mg/dl)	130,1 (40,0)	146,1 (37,8)	142,4 (38,9)	< 0,001
Utilización de recursos				
Entradas en protocolo	3,1 (3,4)	3,1 (3,6)	3,1 (3,3)	NS
Derivaciones a especialistas de referencia	2,1 (1,3)	1,8 (1,2)	1,9 (1,2)	< 0,001
Visitas realizadas	15,1 (11,1)	14,5 (10,0)	14,7 (10,1)	NS
Cumplimiento terapéutico (intensidad de uso)	79,6	80,7	80,4	NS

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; NS: no significativo. Valores expresados en porcentaje o media (desviación estándar).

visita disponible, se cuantificaron tanto el tiempo transcurrido como las prescripciones o dispensaciones realizadas. Se calculó el porcentaje de cumplimiento del período como el número total de comprimidos dispensados, entre el número total de comprimidos recomendados o prescritos, dando por hecho que la dispensación del fármaco (adquisición de la medicación en la farmacia) no supone su consumo o toma real, pero se asocia estrechamente a ésta. Los datos se obtuvieron de forma informatizada, respetándose la confidencialidad de los registros marcada por la ley. El análisis bivariante se realizó con las pruebas ANOVA y de la χ^2 . Se efectuó un análisis de regresión logística múltiple con procedimiento paso a paso hacia adelante para la corrección del modelo. Las variables se incluyeron en función de la significación de los resultados en el análisis bivariante y de su significado clínico. Se utilizó el programa SPSSWIN versión 11 y se estableció la significación estadística para valores de *p* inferiores a 0,05.

El número de pacientes en tratamiento farmacológico instaurado en monoterapia de estatinas fue de 3.954. Un 24,5% recibía atorvastatina y un 75,5% otras estatinas (simvastatina: 52,8%; lovastatina: 13,2%; pravastatina: 5,9%; fluvastatina: 3,6%; *p* < 0,001). La edad media (desviación estándar) de los pacientes incluidos en el estudio fue de 64,1 (10,8) años, con un intervalo comprendido entre los 18 y 89 años. El porcentaje de mujeres fue del 53,5% y había presentado algún episodio cardiovascular el 22,4%. El porcentaje de cumplimiento terapéutico fue del 80,4% y el promedio de cLDL de 142,4 (38,9) mg/ml (tabla 1). La corrección del modelo logístico evidenció asociación entre la utilización de atorvastatina y la presencia de episodios cardiovasculares (*odds ratio* [OR] = 1,6; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,2-2,0; *p* < 0,001); mayor número de factores de riesgo cardiovascular, en especial en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (OR = 1,7; IC del 95%, 1,3-2,1; *p* < 0,001); menor fracción de cLDL en pacientes ya tratados (OR = 1,1; IC del 95%, 1,0-1,2; *p* = 0,005), y mayor número de derivaciones a los especialistas de referencia (OR = 1,2; IC del 95%, 1,1-1,3; *p* = 0,012). Una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con atorvastatina alcanzaron un control óptimo del cLDL, en comparación con el conjunto de las demás estatinas (el 52,8 frente al 46,4%; *p* < 0,01) y con cada una de las demás estatinas.

A pesar de que algunos autores evidencian que puede producirse un episodio cardiovascular en ausencia de cualquiera de los factores de riesgo considerados mayores, diversos estudios demuestran que los factores de riesgo cardiovascular considerados clásicos siguen teniendo un peso importante^{1,2}, y en especial su etiología multifactorial en asociación con la diabetes³. Los resultados obtenidos en nuestro estudio ponen de manifiesto esta circunstancia. De ellos se deduce que los pacientes tratados con atorvastatina presentan mayor riesgo, se les deriva con mayor frecuencia a la atención especializada y tienen un control mejor de los valores de cLDL. En nuestro estudio se evidencia la posible concienciación del médico de familia respecto al seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular. No obstante, aunque se obtienen resultados adecuados, siguen siendo mejorables, en especial en los pacientes diabéticos sin episodio cardiovascular declarado. Además, merece la pena destacar que en estas enfermedades crónicas el incumplimiento terapéutico (80,4%) puede ser uno de los problemas más importantes a que nos enfrentamos en la práctica clínica, puesto que puede provocar que no se consigan los objetivos terapéuticos y disminuya la eficiencia sanitaria⁸.

Algunas limitaciones del presente estudio obligan a ser cautelosos en la generalización de los resultados. Entre ellas destacan el propio diseño observacional (carencia de validez externa), la selección de los pacientes (aleatoriedad), la posible variabilidad de los profesiona-

les de los centros, la coordinación de niveles (continuo asistencial) y la falta de ajuste de las dosis prescritas⁹. No obstante, este tipo de centros reformados presentan un modelo organizativo y de protocolización de las actuaciones muy similar¹⁰. En el futuro, se deberían realizar nuevas investigaciones que confirmaran estos resultados, además de diseñar estrategias orientadas al personal sanitario para reducir los factores de riesgo cardiovascular (información y educación) y seguir avanzando en el grado de cumplimiento terapéutico y la consecución de los objetivos terapéuticos de control de los pacientes para conseguir actuaciones más coste-efectivas.

En definitiva, serán necesarios nuevos estudios representativos que muestren la consistencia de los resultados. La utilización de atorvastatina en situación de práctica clínica habitual está asociada a pacientes con un peor perfil de riesgo cardiovascular y con ella se alcanzan mejores objetivos terapéuticos de control del cLDL, si bien éstos son mejorables.

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses con la firma farmacéutica colaboradora del estudio.

Antoni Sicras Mainar^a,
Ruth Navarro Artieda^a,
Jaime Fernández de Bobadilla^b
y Juan Carlos Checa^b

^aBadalona Servicios Asistenciales, SA. Badalona. Barcelona.

^bUnidad Médica. Pfizer, SA. Madrid. España.

1. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:406-10.
2. García Navarro MD, Orozco D, Gil V, Carratalá C, Terol C, Merino J. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:141-6.
3. Dupuis J, Tardif JC, Rouleau JL, Ricci J, Arnold M, Lonn E, et al. Intensity of lipid lowering with statins and brachial artery vascular endothelium reactivity after acute coronary syndromes (from the BRAVER Trial). *Am J Cardiol*. 2005;96:1207-13.
4. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al. CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2004;364:685-96.
5. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment on High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-96.
6. Guidelines for ATC classification. Oslo: Nordic Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 1991.
7. Lamberts H, Wood M. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Clasificación de razones de consulta. Barcelona: Masson/SG; 1990.
8. Brotons C. Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo? *Med Clin (Barc)*. 2005;124:415-6.
9. Heinoven T, Stein E, Weiss SR, McKenney JM, Davidson M, Shurzinske L, et al. The lipid-lowering effects of atorvastatin, a new HMG-CoA reductase inhibitor: results of a randomized, double-masked study. *Clin Ther*. 1996;18:853-63.
10. Sackett DL, Haynes RB, Gibson EC, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 1975;1:1205-7.



Ventajas del pase de visita sistemático los fines de semana

Sr. Editor: Hemos leído con interés el trabajo de Barba et al¹, un espléndido estudio que muestra que existe un aumento de la mortalidad en los pacientes ingresados durante los fines de semana. No obstante, nos gustaría llamar la atención sobre las posibles causas que enumeran los autores para explicar este fenómeno. Por un lado, creemos que el equipo quirúrgico de guardia no es determinante, ya que en la mayoría de los centros hospitalarios se hace un turno de guardia cíclico, de modo que todo el equipo hace el mismo número de guardias en fin de semana. Además, durante la semana no hay mayor número de cirujanos de guardia que en el fin de semana, por lo que no se pueden obtener conclusiones basándose en este dato. Lo mismo ocurre con los especialistas en medicina interna, cuestión que no se ha tenido en cuenta.

Por otro lado, consideramos acertadas las recomendaciones que los autores establecen al final del artículo, en cuanto a guías clínicas y protocolos, pero creemos que seguirían sin ser útiles si los fines de semana se continúa sin pasar planta de forma sistemática. En un estudio que desarrollamos en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer de Murcia, tratamos de demostrar la importancia de este hecho. Para ello comparamos los hallazgos obtenidos al pasar planta los fines de semana de forma sistemática con el hecho de no hacerlo y evaluamos si se obtenía alguna ventaja añadida a este proceso.

Hemos desarrollado un estudio prospectivo, transversal y comparativo, en el que hemos revisado la adecuada o inadecuada indicación de hospitalización de los 127 pacientes ingresados durante los 4 domingos de septiembre de 2005 en nuestro Servicio de Cirugía General y los hemos comparado con 90 pacientes, seleccionados por muestreo aleatorio simple (método de sustitución de casos aleatorio sistemático: cada 3 habitaciones), que se hallaban ingresados en el resto de servicios del hospital (médicos y quirúrgicos) durante dicho período. Se rechazaron para el estudio los pacientes que, estando ingresados, habían sido vistos con carácter urgente el día de realización del estudio.

Tras el pase de visita de cada domingo (en nuestro Servicio de Cirugía se realiza de forma reglada todos los domingos y festivos del año, sin que suponga un coste adicional al hospital, sino todo lo contrario, ya que desarrollan esta actividad los 2 cirujanos de guardia correspondientes) aplicáramos los criterios de estancia adecuada de la herramienta Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)^{2,3} a cada uno de nuestros pacientes; posteriormente utilizáramos los mismos criterios en 90 pacientes ingresados en el resto de servicios del hospital. La obtención de datos se completaba con un protocolo en el que, además de la información obtenida por el AEP, recogíamos: el número de altas efectuadas cada domingo, los casos en que se progresó en algún aspecto en los enfermos incluidos en vías clínicas, la detección de problemas o acontecimientos clínicos que, de no haberse pasado visita, habrían pasado inadvertidos hasta el lunes (infecciones de herida, abscesos de pared, flebitis, focos de fiebre, etc.). El lunes siguiente al domingo de estudio, se revisaban todas las altas dadas en nuestro servicio para valorar el número de altas logradas gracias al pase de visita del domingo (p. ej., en el caso de una apendicitis no complicada operada el sábado, el domingo puede indicarse el inicio de la tolerancia oral y el lunes podría darse el alta). Además, se volvía a valorar a los pacientes pertenecientes al resto de servicios tras el pase de visita del lunes. El

TABLA 1

Resultados de estancias adecuadas

	Servicio de Cirugía General	Resto de servicios del hospital	p
Pacientes ingresados en domingo	127	90	-
N.º de altas en domingo	20 (13,30%)	0 (0%)	0,00001
N.º de estancias inadecuadas	6 (4,70%)	37 (41,10%)	< 0,001
Detección de problemas clínicos	9 (7,10%)	0 (0%)	0,007
Adelantamiento de altas al lunes	10 (41,60%)	0 (0%)	0,004
Progresión de vías clínicas	6 (60%)	0 (0%)	0,038
Relación de costes económicos	+3.462,48 € ^a	-9.150,84 € ^b	

Se consideraron significativos los valores de p inferiores a 0,05.
^aAhorro debido a dar altas en domingo con respecto a estancias inadecuadas.
^bGasto inadecuado por estancias no adecuadas.

estudio estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 11.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.). Empleamos la prueba de aproximación de la normal para el número de estancias inadecuadas y la prueba exacta de Fisher para comparar el resto de resultados obtenidos en las estancias de nuestro servicio con las del resto del hospital (el nivel de significación estadística lo establecimos en 0,05). El coste económico de estancia hospitalaria por día se obtuvo en la oficina de Control de Gestión del hospital, donde se realiza la contabilidad analítica desglosada. Los resultados del estudio se recogen en la tabla 1.

De los resultados obtenidos podemos concluir que medidas sencillas, como el pase diario de visita, reducen significativamente los costes de hospitalización, contribuyen a reducir estancias hospitalarias inadecuadas y permiten detectar problemas clínicos de forma eficiente^{4,5}, sin que suponga un coste adicional en recursos ni económico para el hospital ni que aumente excesivamente la carga de trabajo, por lo que recomendamos su inclusión en la cartera de servicios de cada departamento⁶.

Álvaro Campillo-Soto, Víctor Soria-Aledo,
 Benito Flores-Pastor
 y José Luis Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

- Barba R, Losa JE, Velasco M, Zapatero A. Mortalidad en los pacientes ingresados durante los fines de semana. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:794.
- Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:124-9.
- Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. *Rev Calidad Asistencial*. 1997;12:122-36.
- Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A, Leutscher E. Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas. *Cir Esp*. 2005;78:183-91.
- Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:65-71.
- Baré ML, Prat A, Lledó L, Asenjo MA, Sallerás LL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Rev Epid Sant Publ*. 1995;43:328-36.



Satisfacción de los familiares de pacientes fallecidos en una unidad de cuidados intensivos

Sr. Editor: Para cualquier familia, el hecho de tener a uno de sus miembros ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) supone una tremenda carga emocional y es nuestra obligación intentar aliviar sus dudas y ayudarles a prepararse para el proceso de pérdida¹.

Los familiares presentan una elevada prevalencia de ansiedad y depresión, lo que probablemente afectará a la comprensión, el razonamiento y la comunicación². Es fundamental que toda la información que se aporte sea no sólo comprendida, sino asimilada en su totalidad por el grupo familiar.

El objetivo de este estudio era reconocer el grado de satisfacción que experimentan los familiares de los pacientes que han fallecido en nuestra unidad, acerca de la asistencia y de la información médica. Para ello realizamos un estudio descriptivo, durante 1 año, en la UCI polivalente de adultos del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Se realizó una encuesta telefónica, modificada de la publicada por Malacrida et al³, de 20 preguntas a familiares de pacientes que habían fallecido en la UCI más de 1 mes antes. Se recogieron variables demográficas del paciente y sus familiares y se les preguntó acerca del tratamiento recibido por su familiar, la información y la empatía con el personal durante la hospitalización y la muerte. Se entrevistó a familiares de 51 pacientes. Para el 90% la información sobre el diagnóstico, las causas y las consecuencias de la enfermedad fue clara, pero el 45% tuvo dudas sobre la mortalidad. Catalogaron al médico que informaba habitualmente durante el ingreso y al que les comunicó la muerte como comprensivo o competente, aunque en algún caso como frío, despegado e impaciente. El 65% de los familiares estuvieron presentes en el momento del fallecimiento, y en este grupo hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tener menos dudas sobre la mortalidad de la enfermedad (el 39 frente al 66%) y en una menor demanda de información adicional (el 15 frente al 44%).

En general, los entrevistados estaban muy satisfechos con el tratamiento y la asistencia recibida por su familiar, aunque se notó una diferencia significativa en cuanto a las necesidades de información adicional y las dudas sobre la mortalidad de la enfermedad entre que el familiar estuviera presente durante el proceso de la muerte o no. La presencia del familiar durante el proceso de la muerte parece disipar muchas dudas sobre el tratamiento recibido, lo que debería ser una actuación generalizada con los pacientes cuya muerte se prevea cercana; esto concordaría con los resultados de estudios previos, que señalan que muchos pacientes sienten que tener a un ser querido presente en el momento de la muerte contribuiría a una buena muerte^{4,5}; a esta conclusión llegó también en un estudio un grupo de enfermeras, que percibieron que los pacientes que tenían a algún familiar presente a la hora de la muerte habían tenido un proceso del morir de calidad mucho mejor⁶.

Es muy importante explicar a los familiares de los pacientes que están muriendo qué es lo que está ocurriendo a su familiar, por qué y cómo ocurrirá la muerte, los cuidados paliativos aplicados para aliviar los síntomas y cómo la familia puede acompañar al paciente durante esos últimos momentos; todo eso hará que los familiares entiendan y asuman mejor el proceso⁷.

Debido a la alta prevalencia de muertes en la UCI⁸, es preciso un esfuerzo continuo en valorar las necesidades de los familiares de pacientes que fallecen, lo que es muy importante a la hora de mejorar la calidad de los cuidados en la UCI. En Europa hay una necesidad urgente de desarrollar unos cuidados en el fin de la vida adaptados a las necesidades y valores de cada paciente y cada familia concreta. Se observa una falta de comunicación con las familias e incluso dentro del propio equipo médico, además de una desinformación pública acerca de cuestiones sobre el fin de la vida y un insuficiente entrenamiento en el personal médico y de enfermería en estos temas¹.

El Comité Ético de la Society of Critical Care Medicine emitió unas recomendaciones para el cuidado de las familias de los pacientes que están muriendo en una unidad de medicina intensiva⁹, apuntando un decálogo de las necesidades más importantes, entre las que se encuentran que estén con el familiar que está muriendo, que le sirvan de ayuda, que estén informados de los cambios que ocurran en el paciente, que entiendan qué se le está haciendo y por qué, que estén seguros del bienestar del paciente y de que se encuentre cómodo, que hablen de sus emociones y sentimientos, que estén seguros de que sus decisiones son las correctas, que encuentren un significado a la muerte de su ser querido y, por último, que estén alimentados, hidratados y descansados para poder asumir en las mejores condiciones posibles el proceso del morir de su familiar.

Luciano Santana Cabrera,
 Elena Hernández Medina,
 Mérida García Martul
 y Manuel Sánchez Palacios

Servicio de Medicina Intensiva.
 Hospital Universitario Insular.
 Las Palmas. Gran Canaria. España.

- Fasier T, Laurette A, Cirolodi M, Azoulay E. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11:616-23.
- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision making capacity. *Crit Care Med*. 2001;29:1893-7.
- Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, Martínez M, Badia F, Piazza J, et al. Reasons for dissatisfaction: A survey of relatives of intensive care patients who died. *Crit Care Med*. 1998;26:1187-93.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284:2476-82.
- Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre L, Tulsky JA. In search of a good death: observations of patients, families and providers. *Ann Intern Med*. 2000;132:825-32.
- Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32:1648-53.
- Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2003;9:545-50.
- Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al; Robert Wood Johnson Foundation ICU End-Of-Life Peer Group. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med*. 2004;32:638-43.
- Troug RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2001;29:2332-48.