

Sr. Director:

Agradecemos enormemente a los Profesores Cabero Roura⁽¹⁾ y Doménech⁽²⁾ la atención prestada a nuestro trabajo "Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria"⁽³⁾. Su aprobación a nuestro trabajo nos alienta en medio de algunas incomprensiones. Sin embargo, necesitamos aclarar algunos malentendidos:

La cifra del 6,8% que el Prof. Doménech refiere a la supervivencia corresponde en realidad a la mortalidad en nuestro grupo de niños menores de 1.500 g y más de 28 semanas; como dijimos comparables con las de la literatura⁽⁴⁾.

El concepto de catástrofe del lenguaje habitual difiere del de catástrofe sanitaria; por eso nosotros podemos decir que nos enfrentamos a una catástrofe (en esta acepción :similar a emergencia) y que la solucionamos con éxito⁽⁵⁾.

No creemos que nuestra experiencia en ventilación mecánica sea insuficiente: a las 450 h de ventilación mecánica que calcula el Dr. Doménech para pretérminos extremos hay que añadir las de otros neonatos y lactantes pequeños. Por lo tanto, en cuanto a nº de horas (unas 700 h/año) son suficientes. Disponemos de respiradores neonatales de última generación desde el año 92 y de ventilación de alta frecuencia desde el 93 y los conocemos bien⁽⁶⁾. Comunicamos nuestro primer caso de VAF en la LXXVI Reunión Científica de Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y de Extremadura, Sevilla 1994.

La tecnología que aplicamos para los sextillizos es la habitualmente utilizada en nuestra unidad y es la básica para la atención de un gran prematuro⁽⁷⁾. Además, como decimos en nuestro trabajo, habría constituido un error la utilización de tecnología nueva durante una emergencia, por el grave aumento de riesgos que conlleva⁽⁸⁾. Nada del aparataje utilizado fue comprado, sino prestado y luego devuelto. Solamente ganamos un monitor de PO₂ y PCO₂ Tc, largamente demandado previamente por obsolescencia de los aparatos de que disponíamos previamente. Por lo demás también nosotros hemos prestado aparataje a otras unidades de la Comunidad, que lo han precisado, en situaciones similares a la nuestra⁽⁹⁾.

Tanto el Prof. Cabero como el Prof. Doménech hablan de eficiencia. Evidentemente estamos de acuerdo en la teoría, pero ¿cómo es posible hablar de ese término, cuando se descono-

Réplica a las editoriales: "Asistencia perinatal de los embarazos múltiples" y "Asistencia perinatal de los embarazos múltiples: ¿Situación de emergencia o catástrofe?"

Tabla I Componentes de la calidad asistencial

- 1.- Práctica profesional o calidad científica.
- 2.- Uso de recursos o eficiencia.
- 3.- Riesgo del paciente de lesión o enfermedad asociada a los servicios dados.
- 4.- Satisfacción de los pacientes con los servicios prestados: calidad subjetiva o calidad percibida.

Tomado de Herrera M, López F. Por encima de la tecnología: humanizar la medicina intensiva. En Gómez Rubí JA, Abizanda R. Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Barcelona EDICKAMED-SEMIUC, 1998; 213-227.⁽¹¹⁾

cen, tanto los costos, como los resultados?⁽¹⁰⁾ ¿Hay alguna unidad de UCIN en la Comunidad con tal lujo de medios en la cual, la admisión de 8 enfermos graves y simultáneos no constituya una grave emergencia? Por los datos que tenemos todas las unidades de nuestro entorno están más sobrecargadas, disponen de menos espacio, de menos aparataje y de menos enfermería. Ninguna dispone de un espacio físico equipado y vacío como nosotros por ser un hospital nuevo y en expansión. En todas las unidades habría sido necesario el aumento de enfermería si se desea mantener la apropiada relación enfermera/enfermo que todos sabemos constituye la clave para el éxito del tratamiento de un niño prematuro. En hospitales más grandes que el nuestro disponen de más médicos, eso desde luego quiere decir mayor costo por estancia. Nosotros sólo contratamos a dos médicos a tiempo total durante dos meses y a otro para guardias. Si se tiene en cuenta el ahorro que supone el no desplazamiento de la paciente para el parto y de ella y sus hijos a las sucesivas revisiones, etc. creemos que el costo está equilibrado. En cuanto a los resultados: al parecer hemos tenido suerte⁽¹¹⁾.

Por otro lado, la eficiencia no es el único componente de la calidad asistencial⁽¹²⁾. La opinión del paciente es clave en una medicina actual centrada en el paciente (Tabla I). En nuestro caso pensamos que la confianza de la paciente en sus médicos contribuyó no poco a la feliz resolución.

Finalmente, en nuestra unidad se atiende una media de 30 grandes prematuros /año igual que en los hospitales similares al nuestro. Es posible que fuera más correcto enviarlos al hospital regional, pero no es esa la organización actual y además ¿es realmente viable? Las ventajas de la regionalización de los cuidados neonatales son evidentes, pero sólo si existe un plan real

UCIN. Servicio de Pediatría. Hospital Juan. Ramón Jiménez.
Circunvalación Ronda N s/n Huelva.

Correspondencia: Fátima Aburto Baselga. UCIN. Servicio de Pediatría.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Circunvalación Ronda Exterior N s/n. Huelva.

y detallado, y el plan de regionalización de cuidados neonatales andaluz no existe aún, como no existe el de Cuidados Intensivos ni de otras especialidades pediátricas. Sabemos, sin embargo, que hay compañeros trabajando intensamente en alguna de esas parcelas como el Dr. Ortiz Tardío en neonatología y el Dr. Custodio Calvo en planes de emergencias y catástrofes, etc., por lo que quizá pronto dispongamos de planes regionales a los que naturalmente nos atenderemos con todo entusiasmo.

Bibliografía

- 1 Cabero Roura L. Asistencia perinatal de los embarazos múltiples. *An Esp Pediatr* 1998;48:148-149.
- 2 Doménech E. Asistencia perinatal de los embarazos múltiples: ¿Situación de emergencia o catástrofe?. *An Esp Pediatr* 1998;48:150-151.
- 3 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Brevia M, Fondevilla Sauci J, Carrasco Zalvide M, de Estefanía Vázquez R. Parto de Octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998; 48:170-172
- 4 Pallás Alonso CR, de la Cruz Bertolo J, Mediana López M^oC, de Alba Romero C, Orbea Gallardo C, Belaustegui Cueto A, Rodríguez-Gimenez C. Evolución a los 3 años de edad de una cohorte de recién nacidos de muy bajo peso. *An Esp Pediatr* 1998; 48:152-158
- 5 Márquez E. Respuesta sanitaria a situaciones de catástrofes en Huelva: Propuestas para un plan de catástrofes. Tesis doctoral. Sevilla; 1990.
- 6 Aburto Baselga F, Martín Muñoz P, Sol Rodríguez Rodríguez M^a. Ventilación mecánica en pediatría. En: M. Herrera Carranza. Iniciación a la ventilación mecánica. Puntos Clave. Barcelona: EDIKAMED; 1997. p. 175-185.
- 7 Informe técnico de la AEP sobre Neonatología y CIP. 1990.
- 8 Herrera Carranza M, Raya Pugnaire A. Equipamiento y estructura. Condicionantes hospitalarios. En Abizanda R. La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control. Madrid: IDEPSA-SEMIUC; 1991. p. 66-87
- 9 Ruiz Moreno J, Carcía Eroles, González García Y. Teoría de los costos y Medicina Intensiva. Consideraciones sobre su aplicación. En: Abizanda R. La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control. Madrid: IDEPSA-SEMIUC; 1991. p. 242-278.
- 10 Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (2ª parte). *Control de Calidad Asistencial* 1991; 2:31-39.
- 11 Losada A, Aburto F, Sierra J, Machuca J, Martín P, Acosta J. Neurological Outcome during the first year of live in multiple delivery (Eight foetus). Poster presentado en el III Congreso Europeo de Pediatría. Madrid; 1998.
- 12 Jeseo WF. Estado actual del control de calidad en los hospitales de Estados Unidos de América. *Control de Calidad Asistencial* 1989; 4:33-38.
- 13 Herrera M, López F. Por encima de la tecnología; humanizar la medicina intensiva. En: gómez-Rubí JA, Abizanda R. Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Barcelona; EDIKA-

L. Cabero

An Esp Pediatr 1998;49:325-326.

Sr. Director:

En respuesta a su atenta carta, pláceme hacerle algunas consideraciones, que en cierta forma ratifican nuestra primera opinión.

En primer lugar, la opinión se centra más en la calificación de la planificación que en la propia actuación médica en sí. Me explico, el suceso que Ustedes catalogan de catástrofe, hubiese cumplido tales requisitos si no se tratase de un hecho previamente anunciado, y por más detalle, con unos cuantos meses de antelación. Mi planteamiento era que esa mujer, en primer lugar, nunca hubiera de haber quedado gestante de tantos fetos, y si tras las consabidas recomendaciones, la pareja hubiese decidido continuar (medicina centrada en la persona como sujeto autónomo) entonces se hubiese tenido que transferir a la paciente al centro adecuado (me consta que en la Comunidad Autónoma los hay, pero si Usted me indica que no, lo aceptaré, y enton-

Presidente de la S.E.G.O.

Réplica

ces le sugeriré que lo transfiera a otra Comunidad, donde sí los haya) de manera que con los recursos disponibles, no se hubiese sobrecargado al sistema (concepto de justicia y equidad distributiva), sino que se hubiese utilizado lo ya disponible.

En segundo lugar, no entro a discutir sus actuaciones profesionales ni cómo establecieron las estrategias frente a la situación planteada de manera programada -repito, no de manera urgente, es decir, previsible. No estoy preparado para ello, y por lo tanto, me abstengo. Sin embargo, a tenor de los resultados he de confesar que me sorprendió el buen resultado obtenido, y la eventual ausencia de complicaciones que presentaron los recién nacidos. Este hecho es indiscutible, y por lo tanto, al menos desde la óptica de un lego, la actuación debió ser impecable.

En tercer lugar, cuando Ustedes analizaron los costes, en términos de eficiencia, con su permiso, me permito discrepar. Los costes sí se saben, o al menos deberían saberlos. Tanto la imputación directa como indirecta basada en el estudio de costes de una

serie de guías de actuación previamente definidas (plan de actuación) es posible. Es más, incluso es posible el estudio de los costes de las alternativas (traslado a otro nivel), lo que en definitiva establece la eficiencia, dando por sentado al menos el mismo nivel de resultado. Es por ello que discrepo, porque el estudio de las alternativas era y es posible, y a partir de ahí, el estudio de la eficiencia de la actuación realizada. Y eso no se tuvo en cuenta.

En cualquier lugar, estoy de acuerdo con Ustedes en que las preferencias de la paciente han de ser tenidas en cuenta, sobre todo cuando la paciente tenía una confianza (merecida) en sus médicos. Pero también hemos de aplicar aquí otro precepto básico que es el de justicia (en bioética asistencial), es decir ¿cómo se establecen la distribución de los esfuerzos y costes?. ¿Por qué los ciudadanos de una comunidad han de pagar (lo que im-

plica disminución de recursos en otras áreas) por las preferencias (demanda, que no necesidad) de una paciente en concreto?.

Esas preguntas son las que me hacen mantener mi opinión de que no se puede argumentar su posición en base a las preferencias de la paciente, o lo que estipula en su carta, la satisfacción del cliente. Por el mismo motivo se deberían trasladar enfermos a USA u otro país de moda, porque la paciente lo prefiere (perdone el ejemplo, ya sé que es un poco fuera de tono, pero lo utilizo para apoyar mi posición).

En cualquier lugar, me ratifico en la felicitación inicial por el resultado obtenido y por el coraje de unos profesionales que supieron zarandear las circunstancias adversas por las que vivieron durante unas largas semanas, sabiendo que eran el centro de mira de no pocos ojos, tanto profesionales, como institucionales.

E. Doménech

An Esp Pediatr 1998;49:326-327.

Sr. Director:

En relación con la carta al director remitida por los autores del trabajo⁽¹⁾ y que hace referencia a las editoriales que dicho trabajo suscitó, quisiera, en primer lugar, destacar que nunca se cuestionó la preparación y calidad del equipo perinatal que asistió a la madre y los sextillizos, sino todo lo contrario y que merecían nuestra felicitación por la meticulosidad con la que se prepararon para dicho evento y por los excelentes resultados obtenidos.

Pero la situación planteada de emergencia o castástrofe, utilizando los mismos términos empleados por los autores, me hicieron reflexionar⁽²⁾, sobre tres cuestiones relacionadas con la planificación de la experiencia descrita.

La primera era la existencia cada vez mayor de embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de reproducción asistida y que constituyen una situación de emergencia o de catástrofe, según el número de fetos y de las disponibilidades de personal y de medios del hospital donde nazcan.

La segunda cuestión analizada fue la de sí en dichas situaciones sería o no preferible trasladar a la madre a un hospital de referencia regional, con mayor dotación de medios técnicos y humanos.

La tercera y última cuestión tratada fue la relación

Réplica

costo/eficiencia en referencia al tamaño de la unidad asistencial, a la experiencia en el cuidado de grandes prematuros y a la dotación de medios técnicos y humanos.

Los autores en su carta, además de aclarar algunos aspectos relevantes, insisten en su argumentación de que esta emergencia habría supuesto la necesidad de reforzar las plantillas y el utillaje disponible de cualquier hospital, y que había que tomar en consideración los inconvenientes que hubiera acarreado el desplazamiento de la gestante, señalando que en la toma de decisiones para mejorar la calidad asistencial, no sólo debemos basarnos en la eficiencia, sino también en la opinión del paciente.

Frente a este enfoque, que puede ser una opción válida si se dan las circunstancias de un hospital con un buen equipo sanitario y experiencia suficiente en el tratamiento de grandes pre-términos, que en la región no exista ningún centro con una estructura suficiente para atender sin problemas la gestación múltiple y que haya habido un adecuado consentimiento informado a los padres, sigo creyendo que hay que ser enormemente prudentes antes de repetir la experiencia, pues si bien el buen resultado referido por los autores podría animar a hacerlo a otros hospitales en las mismas circunstancias, no se debería ignorar el hecho de que si la gestación no hubiera llegado a las 30 semanas, lo cual es frecuente en estos embarazos múltiples, los re-

Presidente de la S.E.N.

sultados posiblemente hubieran sido distintos.

Señalaba también que con la capacitación demostrada por los neonatólogos de nuestro país, si se les dotaba de los recursos necesarios mejoraría la mortalidad perinatal y que si los recién nacidos pretérminos pudieran elegir dónde nacer lo harían en un hospital con los recursos que para éstos octillizos se consiguieron y a lo que posiblemente contribuyó el interés que este caso suscitó en los medios de difusión. Y para que no se produzcan situaciones catastróficas ni desigualdades, la administración sanitaria debería garantizar el que todos los recién nacidos pretérminos sean atendidos con similares medios técnicos y humanos a los que se dispuso para este embarazo múltiple.

No estoy de acuerdo con Uds. en que no se podían analizar los costes, sobre todo si tenemos en cuenta que la situación estaba planteada con meses de antelación, pues son muchas las administraciones sanitarias que los tienen definidos. También discrepo de que la asistencia deba hacerse según las preferencias de los pacientes, pues si bien no cabe duda de que hay que valorar cuidadosamente la opinión de los pacientes en las tomas de decisiones, es más debería solicitarse en muchas ocasiones su consentimiento informado, pero de ello a tener que realizar

la asistencia a demanda del paciente existe un abismo, pues habría que valorar la repercusión sobre la utilización de recursos, su coste y si es o no la mejor opción desde el punto de vista médico.

Por todo ello, lo adecuado sería planificar la regionalización de la asistencia perinatal para un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y disminuir la morbilidad perinatal⁽³⁾, estando de acuerdo con los autores en lo referente a que muchas Autonomías no disponen de una planificación adecuada ni tienen una política definida sobre el transporte neonatal y materno, por eso señalo esta falta de previsión de las autoridades sanitarias.

Bibliografía

- 1 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Breve M, Fondevilla Sauci J, Carrasco Zalvide M, De Estefanía Vázquez R. Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:170-172.
- 2 Doménech E. Asistencia Perinatal de los embarazos múltiples: ¿Situación de emergencia o catástrofe? *An Esp Pediatr* 1998; **48**:148-151.
- 3 Grether JK, Nelson KB, Emery III E, Cummins S. Prenatal and pe-

M. Riol Diego

An Esp Pediatr 1998;49:327.

Sr. Director:

Con motivo de la publicación de un trabajo en *Anales* sobre la asistencia perinatal a un embarazo múltiple⁽¹⁾ se le hace preceder de un editorial⁽²⁾ que no puede quedar sin comentar. El autor repasa los aspectos importantes del tema, pero se olvida (¿voluntariamente?) del más prioritario, el respeto a la vida humana. Es bien conocido que las técnicas de reproducción asistida aumentan el riesgo de embarazos múltiples, pero el que deban evitarse no supone su eliminación cuando se desarrollan más de dos o tres fetos. Abogar en estos casos por la "reducción multifetal" es menospreciar el valor de la vida humana y las graves implicaciones éticas que se derivan de su manipulación, máxime cuando hay autores⁽³⁾ que niegan un posible beneficio para las restantes gestaciones con esta práctica. Además, ¿quién puede hacer aquí la elección? ¿por qué éstos sí y aquéllos no?. Reducir este tema a disquisiciones por abaratar

¿"Asistencia" perinatal de los embarazos múltiples?

los costes y optimizar el control de calidad de una técnica de reproducción es simplificar demasiado las cosas. Es preciso repetir, una vez más, que no podemos olvidarnos de los compromisos adquiridos de modo individual con todas y cada una de las gestaciones de estas técnicas reproductivas. Ni qué decir tiene que la actitud de esos padres y médicos⁽¹⁾ está fuera de toda discusión y que el sobreesfuerzo realizado ha sido un ejemplo de profesionalidad y buen hacer para todos nosotros. Quizás, deberíamos cuestionarnos los límites a nuestro poder de intervención sobre el género humano y evitar así las trampas de algunos "avances" de la ciencia.

Bibliografía

- 1 Aburto Baselga F, Losada Martínez A, Acosta Prieto J, Mora Breve MC, Fondevilla Sauci J, Carrasco Zalvide M, de Estefanía Vázquez R. Parto de octillizos: Una situación de emergencia múltiple hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:170-172.
- 2 Cabero Roura L. Asistencia perinatal de los embarazos múltiples. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:148-149.
- 3 Alexander JM, Hammond KR, Steinkampf MP. Multifetal reduction of high-order multiple pregnancy: comparison of obstetrical outcome with nonreduced twins gestations. *Fertil Steril* 1995; **64**:1201-1203.

Servicio de Pediatría. Hospital de Manacor. Mallorca.
Correspondencia: Dr. Mario Riol Diego. Servicio de Pediatría.
Fundación Hospital Manacor. Ctra. Manacor-Alcudia, s/n.
07500 Manacor (Mallorca-Baleares)