

## La enfermera ante el paciente terminal de la UCI

Noelia González Prieto<sup>1</sup>, Lorena Del Pozo Rodríguez<sup>2</sup> y  
Belén Vega Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias (España); <sup>2</sup>Servicio de Salud del  
Principado de Asturias (España)

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes acerca del duelo en pacientes fallecidos en el hospital. Material: se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cochrane. Resultados: Actualmente más del 80% de los fallecimientos sucede en hospitales, por lo que los familiares ya padecen las fases del duelo en el centro sanitario. La doctora Kübler-Ross tras un estudio con más de doscientos pacientes moribundos estableció las fases del duelo por las que pasaba un paciente tras conocer un diagnóstico mortal: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Existen claras referencias que ponen de manifiesto los efectos positivos de la integración e implicación familiar en el cuidado del paciente crítico. Discusión: la muerte forma parte de nuestro trabajo en hospitales sin que nos resulte indiferente. Muchos de los dilemas éticos con que nos encontramos los enfermeros se generan por diversos factores, y por lo general, no nos gusta afrontar esas situaciones y acabamos poniendo distancia de por medio, tanto física como emocional. Los estudios demuestran que con una enfermera centrada en mejorar la comunicación con las familias de un paciente ingresado se puede reducir el tiempo de estancia hospitalaria y gestionar mejor la utilización de recursos materiales.

*Palabras clave:* Enfermera, paciente terminal, duelo.

*The nurse before the terminal patient of the ICU.* The objective of this study is to perform a literature review of existing publications about grief in patients who died in the hospital. Material: a systematic search was carried out in Pubmed, Cuiden, Cochrane databases. Results: currently more than 80% of deaths occur in hospitals, so that relatives already suffer from the phases of grief in the Health Center. Dr. Kübler-Ross after a study with more than two hundred moribund patients established the stages of grief through which a patient passed after knowing a fatal diagnosis: denial, anger, negotiation, depression and acceptance. There are clear references that highlight the positive effects of integration and family involvement in the care of critical patients. Discussion: death is part of our work in hospitals without being indifferent to us. Many of the ethical dilemmas with which we find nurses are generated by various factors, and usually, we do not like to face those situations and we end up putting distance between, both physical and emotional. Studies show that with a nurse focused on improving communication with the families of a hospitalized patient, it can reduce the length of hospital stay and better manage the use of material resources.

*Keywords:* Grief, nurse, terminal patient.

Actualmente más del 80% de los fallecimientos sucede en hospitales, por lo que los familiares ya padecen las fases del duelo en el centro sanitario (Sanz-Ortiz, 2006). La doctora Kübler-Ross tras un estudio con más de doscientos pacientes moribundos estableció las fases del duelo por las que pasaba un paciente tras conocer un diagnóstico mortal: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1969).

Existen claras referencias que ponen de manifiesto los efectos positivos de la integración e implicación familiar en el cuidado del paciente crítico. (Gálvez, 2011). La familia tiene un importante papel durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán mucho a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad. Incluso las personas que están en coma hay que tratarlas siempre con mucho respeto y hablarles teniéndoles muy presentes (Baile, Buckman, y Lenzi, 2000).

Es por eso que los cuidados de enfermería requieren meticulosa observación y evaluación de las preocupaciones familiares, comprensión de los eventos clínicos y la experiencia práctica para lograr resultados positivos, incluso si se produce una muerte (Mendyka, 1993). Esto se logra a través de estrategias tales como estar ahí, apoyando, compartiendo, participando, interpretando y abogando porque estén confortables (Andrew, 1998). La denominada EPICEE ha sido una estrategia de gran ayuda en esta labor (Fernández y Rodríguez, 2002).

## **METODOLOGÍA**

Este trabajo es una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes acerca del duelo para analizar el papel de la enfermera en el acompañamiento con las familias en el final de la vida de un ser querido y lo positivo de su intervención para aliviar el duelo de la pérdida. Se ha realizado una revisión bibliográfica del duelo. Se han utilizado DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud) palabras clave relacionadas con el duelo, obteniendo traducción a lenguaje científico universal. Con estos términos tras acceder a las bases datos: Lilacs, IBECS, ElSevier, Cochrane, Cuiden Plus, Pubmed y SECPAL. Se han recabado diversos artículos de investigación relacionados con el duelo desde varias perspectivas y la labor de enfermeras con familiares de pacientes terminales.

## **RESULTADOS**

La muerte, por lo general, en una gran parte de los pacientes, ocurre después de una decisión médica de limitación de tratamiento (Gradaz y Doll, 2011). Para los familiares de un paciente ingresado es una situación angustiosa sobrellevar los últimos días de un ser querido en un medio hospitalario. Cuando la evolución del paciente no es la esperada, y el pronóstico es sombrío, se conduce a una situación que conlleva un excesivo sufrimiento sin posibilidad de recuperación real.

Es entonces cuando el equipo médico y la familia toman la decisión de limitación de tratamiento, desencadenándose el fallecimiento. Éste es un momento, aunque lógico y esperado, muy complicado para el desarrollo de las tareas del equipo sanitario, porque se cambia el objetivo principal de la labor asistencial: se abandona el intentar salvar la vida para preparar la llegada de la muerte. La enfermera y la auxiliar de enfermería son las personas que más tiempo dedican a estar junto al paciente, constituyendo por tanto, junto a la familia, las piezas clave en su vivencia del final de la vida. En la literatura enfermera abundan publicaciones relacionadas con este tema desde hace décadas. En ellas, encontramos claras referencias que ponen de manifiesto los efectos positivos de la integración e implicación familiar en el cuidado del paciente moribundo aunque no hayan trascendido a la práctica como deberían (Gálvez, 2011). El cuidado de los que van a morir y de los muertos, que fue una vez un aspecto común de la vida familiar, ahora se ha convertido en una actividad de profesionales. La gente muere en los hospitales y las funerarias preparan sus cuerpos. Debido a esto, el personal sanitario debe de estar preparado para atender a pacientes en su última etapa de la vida y socorrer a su familia una vez producido el fallecimiento. No podemos ayudar al paciente desahuciado de un modo verdaderamente importante si no tenemos en cuenta a su familia. Ésta tiene un importante papel durante la enfermedad y sus reacciones contribuirán mucho a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad (Kübler-Ross, 1969).

#### *La comunicación con el paciente terminal y su familia*

Es frecuente que médicos, pacientes y familiares se introduzcan en la fase terminal mediante una conversación en la que se tiene que informar sobre lo sombrío del diagnóstico o de la ausencia de tratamientos curativos para el proceso que sufre el paciente. Una comunicación eficaz con el paciente moribundo puede ser de gran ayuda para el afrontamiento de su muerte por parte de sus seres queridos. Hasta hace bien poco tiempo, era frecuente no decir el diagnóstico a los pacientes (Oken, 1961).

Las encuestas más recientes muestran que la mayor parte de los pacientes quieren saber el diagnóstico: el 81% de las personas querría conocer su diagnóstico en el caso de que padeciese cáncer y sólo el 9.6 % manifiestan que ocultarían a sus familiares un diagnóstico de cáncer (Rubio et al., 2004). En la actualidad se piensa que la información clara y honesta sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, dan la oportunidad al paciente de tomar las decisiones sobre su asistencia, más acordes con sus valores y objetivos personales.

La realidad es que, aunque no informemos, el paciente siempre se entera de que se muere; pero, en este caso, llega a la muerte en un estado de angustiada soledad. Lo que más le importa al paciente cuando recibe malas noticias es que el médico sea competente, honesto y atento con él; que permita que se le hagan las preguntas necesarias; que

proporcione un diagnóstico concreto que pueda entender; y que use un lenguaje transparente (Parker, Baile, y De Moor, 2001).

Por tanto, juntos, equipo sanitario y familia, deben establecer una alianza terapéutica que facilite todo el proceso. Es poco grato anunciar la mala evolución de un enfermo, el hecho de tener que limitar nuestros esfuerzos terapéuticos y esperar el final de la vida del paciente con la única ayuda de la sedoanalgesia. Esto puede provocar críticas en la familia, lo que pesa aún más sobre nosotros.

El paciente y su familia, pasarán por distintas fases de duelo desde la comunicación de la noticia hasta el desenlace de la enfermedad (Kübler-Ross, 1969). Éstas no dejan de ser parte de un proceso de adaptación que todos necesitan para asumir los cambios. Es nuestro deber conocer estas fases e intentar apoyarles en la transición ya que, será en nosotros en quien depositen muchos de sus sentimientos. En los últimos momentos de vida del paciente tampoco debemos de olvidarnos de ofrecer nuestro apoyo y mucho menos de omitir al paciente en nuestra comunicación. Es habitual que cuando el paciente está en su agonía final (o incluso con los pacientes en coma), se hable delante de él como si ya no estuviera, obviando si aún nos puede escuchar y cuáles son sus sentimientos. Se ha investigado mucho acerca de lo que todavía perciben los moribundos y lo que se sabe con toda seguridad es que las personas que están en coma, todavía oyen. Los sonidos son lo último que perciben, mientras todavía no hayan abandonado el cuerpo. Por tanto a las personas que están en coma hay que tratarlas siempre con mucho respeto y hablarles teniéndoles muy presentes (Kübler-Ross, 2005).

#### *Protocolo para dar malas noticias*

En la investigación de Baile et al se organizaron los estudios y artículos acerca de las estrategias para dar malas noticias publicados desde 1985, y se desarrolló a partir de ahí un protocolo de seis pasos como guía para dar malas noticias, al que denominaron SPIKES. Una traducción reciente al castellano lo ha dado a conocer en España con el acrónimo EPICEE10: “E” de entorno, “P” de percepción del paciente, “I” de invitación, “C” de comunicar, “E” de empatía y “E” de estrategia. Si es posible se puede dejar material escrito que el paciente puede hojear tranquilamente con posterioridad. Pero lo primordial es que tanto el médico como el equipo asistencial estén accesibles para manejar los síntomas, para responder a sus preguntas y para abordar otras necesidades que puedan surgir. Una vez que hemos dado la “mala noticia” es necesario estar preparados para las respuestas tanto físicas como emocionales del paciente y su familia. Comienza en ese momento un proceso de duelo.

### *El duelo*

Según la Real Academia de la Lengua Española el duelo se define como “Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien” (Real Academia Española, 2014).

Desde el punto de vista del constructivismo social el duelo es un proceso emocional y como tal, tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren alrededor suyo (Fernández y Rodríguez, 2002). Cuando nos encontramos en un hospital, hallar intimidad para afrontar los sentimientos de una noticia fatal resulta muy complicado. El duelo de la familia comienza entre las paredes de un recinto sanitario, por ejemplo, en la sala de espera de una unidad de intensivos, y éste es un hecho que muchos sanitarios dejamos pasar por alto.

### *Fases del proceso de duelo en pacientes diagnosticados de enfermedad terminal*

Kübler-Ross, tras un estudio con más de doscientos pacientes moribundos estableció las fases del duelo por las que pasaba un paciente tras conocer un diagnóstico mortal. Éstas son: Primera fase: negación y aislamiento. La negación inicial es común a los pacientes a los que se les revela desde el principio su enfermedad y un poco más tardía a los que llegan más tarde a esa conclusión. Generalmente es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. Segunda fase: ira. Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Esta fase es muy difícil de asumir para la familia y el personal. Tercera fase: pacto. Es la menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves períodos de tiempo. Si no han sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer período y se han enojado con la gente y con Dios, tal vez puedan llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable. En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. Cuarta fase: depresión. Cuando el paciente desahuciado no puede continuar con su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas, no puede seguir negándose a la realidad. Existen dos tipos de depresión: la reactiva y la preparatoria. La diferencia fundamental entre las dos clases es el tipo de tratamiento distinto que cada una requiere. El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa, pérdidas inminentes. Cuando están en este punto no debería estimularse al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque eso significa que no debería pensar en su muerte inminente. Quinta fase: aceptación. Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en

la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Hay unos pocos pacientes que luchan hasta el final, que pugnan y conservan una esperanza que hace imposible alcanzar esta fase de aceptación. Cuanto más luchen por evitar la muerte y negarla, más difícil será que acepten su destino con paz y dignidad.

#### *Fases del duelo en la familia del paciente terminal*

Las necesidades de la familia cambiarán desde el principio de la enfermedad y continuarán haciéndolo de muchas formas hasta mucho después de la muerte. Por esto, los miembros de la familia deberían administrar sus energías y no esforzarse hasta el punto que se derrumben cuando más se los necesita. Una persona comprensiva puede ayudarles mucho a mantener un sensato equilibrio entre el cuidado al paciente y el respeto a sus propias necesidades. Por lo general, es el cónyuge del paciente o sus hijos si son mayores, los que reciben el diagnóstico fatal del paciente y está en su mano la decisión de comunicárselo o no, a él y al resto de familiares. Estas difíciles decisiones pueden crear grandes conflictos entre los familiares, y más aún, si la persona sobre la que recae la responsabilidad es solo una, donde a los problemas externos se unen sentimientos encontrados. Al igual que en el paciente, los miembros de la familia pasan por diferentes fases de adaptación, en general por las mismas etapas que el paciente terminal, con distinta duración y en ocasiones distintas manifestaciones (Kübler-Ross, 1969).

#### *La familia y la conspiración del silencio*

Es imprescindible contar con la familia para informar a los pacientes, es frecuente que se negocie con los familiares qué tipo de información daremos y cómo hemos de dársela al paciente. Más aún, sigue siendo bastante habitual que los familiares traten de proteger a sus seres queridos de la repercusión negativa que pueda derivarse del conocimiento de una enfermedad incurable. Si no se logra superar esta barrera, la familia y el paciente se ven abocados a una situación de aislamiento y soledad en la que es imposible comunicar el sufrimiento natural: “es la conspiración del silencio”. Es importante acabar con esta conspiración tan pronto como llegue a ser un problema porque, de otro modo, quedarán sin resolver asuntos importantes. Si estos asuntos no son abordados cuando el paciente tiene capacidad física y psíquica para hacerlo, cuando se sepa impotente se sentirá también angustiado, con lo que se agravarán los inevitables periodos de ansiedad y depresión. Además dejar asuntos importantes no resueltos, tanto de índole práctica como emocional, también hace difícil a los familiares elaborar su duelo (Maguire, 1988).

La pena anticipada se refiere al proceso de duelo normal que ocurre en anticipación a la muerte e incluye muchos de los síntomas de pena después de la pérdida.

Siempre deberíamos estar disponibles para el paciente, pero cuando éste ha llegado a esta fase de aceptación, generalmente necesita menos de la relación interpersonal. La muerte más trágica es quizás -aparte de los muy jóvenes- la de las personas muy viejas, cuando las miramos desde el punto de vista de la familia. Los ancianos han dejado de ser útiles para el sistema económico, pero por otra parte se han ganado el derecho a terminar su vida con paz y dignidad, cuando esto no se consigue, surgen sentimientos de culpa. Otro aspecto importante es el tipo de enfermedad terminal, hay mucha diferencia si un ser querido muere lentamente, disponiendo de mucho tiempo para el dolor preparatorio por ambos lados, o si se recibe la noticia repentina de que “todo se acabó”, momento en el que ya no hay tiempo para prepararse.

#### *Actuación del personal sanitario ante cada fase del duelo*

##### *Negación*

Es habitual encontrarnos en el hospital a pacientes y familias que niegan la enfermedad. Aunque exista una “conspiración del silencio” a su alrededor, los pacientes son conscientes de que algo no va bien en su salud. Es difícil mantener una conversación acerca de su enfermedad, cuando están en esta fase, ya que suelen esquivar el tema e incluso a veces se muestran especialmente joviales y optimistas evitando cualquier tema negativo. Aunque nuestra primera actitud sea evitar lo que creemos algo doloroso (también para nosotros), les resultará de mucha ayuda que nos sientan accesibles. No se trata de abordarlos con la verdad más cruda y enfrentarnos en una discusión en la que el principal perjudicado sea el paciente, sino de hacerles ver la realidad de su enfermedad. El papel asistencial de la enfermera le confiere un contacto mucho más cercano y duradero con el paciente y su familia, lo que propiciará que éstos se puedan ir abriendo y comiencen a tratar de comunicarse. Pero para llegar a ese punto, la enfermera debe de estar atenta, la presión asistencial obliga a que en muchas ocasiones dediquemos todo nuestro tiempo a las tareas asistenciales quedando poco tiempo para “estar” a su lado. Si nos acercamos a su habitación en repetidas visitas, dedicando unos minutos a sentarnos a su lado y escucharle aunque no le apetezca hablar en los primeros encuentros, el paciente pronto empezará a sentirse confiado, porque hay una persona que se preocupa por él, que está disponible, que se queda por allí. “Cuando esté dispuesto a hablar, se abrirá y compartirá su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales” (Kübler-Ross, 1969). Lo mismo ocurre con las familias, cuando pasa un tiempo tras el ingreso del paciente y la evolución no es la ideal, comienzan a realizar cuestiones que les inquietan y que evidencian el cambio en la aceptación. Al igual que con los pacientes, debemos estar abiertas a los cambios de actitud, mostrando nuestro apoyo y dedicándoles el tiempo que necesiten. Cómo ayudar a resolver la conspiración de silencio: Lo primero consiste en reconocer la existencia de la conspiración e interesarse por las razones que han llevado al familiar a realizar semejante petición. Una vez que hayamos

escuchado sus razones (sin juzgarlas en absoluto), debemos aceptarlas y legitimarlas. En tercer lugar conviene interesarse por las repercusiones de esta actitud sobre el propio familiar. Tras escuchar el sufrimiento y los problemas que le causa la incomunicación con su ser querido, estaremos en disposición de poder hacer algo para aliviarlos (Maguire y Faulkner, 1988). Se debe pedir permiso para hablar con el paciente y saber qué es lo que realmente conoce de su enfermedad, y así evitar un silencio bidireccional (el paciente sabe lo que le pasa pero no dice nada para no hacer sufrir a su familia). Hablar con el paciente (con el protocolo EPICEE) y pedir permiso para volver a hablar con el familiar.

### *Ira*

Es la fase más difícil de gestionar para el personal sanitario. Cuando un paciente o su familia nos tratan con desprecio, nuestra respuesta automática es, cuanto menos, de rechazo. No sentimos gratificado nuestro trabajo y en algunos casos llegamos incluso a enfrentarnos a ellos cuando nos culpan de su situación. No hay una pauta establecida para afrontar estos ataques, muchas veces lo único que podemos hacer es quedarnos en silencio, de forma que vean que les escuchamos pero sin entrar en discusiones. Cuando se encuentren un poco más receptivos podremos intentar hacerles ver nuestro punto de vista, mostrándoles la realidad (en el caso de que sean incapaces de verla) o llegando a pequeños “acuerdos” que les haga sentir parte del cuidado. Estos acuerdos o metas, por ejemplo, pueden ser cosas tan simples como poner un almohadón donde nos pidan (aunque sepamos que no es necesario), dejar que les visite un familiar fuera de horario, pedirle al médico que les informe fuera de la visita o incluso dejar a otros compañeros que lo atiendan en algún momento, cuando su ira se centre en nosotros. Muchas veces pequeñas acciones consiguen un gran alivio en el paciente. Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas. “*Un paciente al que se respete y se comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones*” (Kübler-Ross, 1969).

### *Pacto*

Psicológicamente, las promesas o pactos pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, y por lo tanto sería muy útil que el personal de los hospitales no pasara por alto este tipo de comentarios de los pacientes (Gálvez, 2011). Lo importante en esta fase es respetar sus creencias, debemos de hacerles ver que son irracionales y que su curación o no, poco dependerá de lo bueno que haya sido o de lo mucho que rece pero, si pese a nuestras explicaciones prefiere seguir en su “negociación” dejaremos que lo hagan, pues posiblemente encuentren en esta acción algo de alivio.



### *Depresión*

Si se le permite al paciente y su familia expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estarán agradecidos a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirles constantemente que no estén tristes. Deberíamos saber que este tipo de depresión es necesaria y beneficiosa para que el paciente fallezca en una fase de aceptación y paz. Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase. “Si las familias supieran esto, también ellas podrían ahorrarse mucha angustia innecesaria” (Kübler-Ross, 1969).

### *Aceptación*

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar. Si no somos capaces de distinguir esta etapa de aceptación de la depresión, haremos más mal que bien, frustrando nuestros esfuerzos por prolongarle la vida y convirtiendo su muerte en una última experiencia dolorosa. En esta fase nuestro cometido es el de acompañar, muchas veces sin necesidad de palabras, sus peticiones disminuirán por lo que es nuestra labor darles la máxima comodidad posible. Lo mismo pasa con la familia, una vez que han aceptado la situación del paciente, nos requerirán únicamente para hablar y acomodar a su ser querido, agradeciendo nuestra compañía.

### *Plan de mejora para el afrontamiento del duelo eficaz en familias con pacientes ingresados en UVI en situación terminal*

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 intensiva, 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 el proceso de morir de su familiar (Troug et al., 2001).

En algunas UVI de hospitales públicos de Francia han establecido una estrategia de comunicación basada en una Conferencia familiar en la que familiares y personal de la UCI pueden discutir la situación del paciente en una habitación tranquila, expresar sus preocupaciones y confrontar emociones consiguiendo disminuir los síntomas

relacionados con el estrés y la ansiedad (Lautrette et al., 2007). Esta iniciativa tuvo muy buena acogida, los miembros de la familia fueron entrevistados por teléfono noventa días después de la muerte de su ser querido, mostrando la mayoría resultados positivos en las encuestas. Sería muy interesante poder implantar iniciativas como estas en España, y más en concreto en el Servicio en el que trabajamos, ya que nos daría una herramienta muy importante para afrontar juntos, familia y equipo sanitario, los últimos momentos de vida del paciente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muerte forma parte de nuestro trabajo en hospitales y centros sanitarios, durante nuestra carrera profesional debemos enfrentarnos en infinidad de ocasiones a ella, sin que nos resulte indiferente. Muchos de los dilemas éticos con que nos encontramos los enfermeros se generan por diversos factores, como la diversidad de valores, la presencia de pacientes terminales, la incertidumbre generada a raíz de la condición terminal, los límites de intervención para la prolongar la vida; la discordancia en la toma de decisiones; la resistencia para aceptar el proceso de muerte por parte de la familia y la falta de esclarecimiento de la familia y de los pacientes (Aparecido y Komatsu, 2009).

Todo esto nos incomoda porque olvidamos una parte muy importante de nuestra profesión, que es la comunicación con los pacientes y sus familias. Por lo general no nos gusta afrontar esas situaciones por lo que ponemos distancia de por medio, tanto física como emocional. Pero la realidad es que se puede hacer mucho mejor, si nos cernimos a algo tan objetivo como la gestión monetaria de recursos, hay estudios como los de Ahrens et al. (2003) que demuestran que con una enfermera centrada en mejorar la comunicación con las familias de un paciente ingresado, se puede reducir el tiempo de estancia hospitalaria (en el caso de pacientes con buena evolución) y gestionar mejor la utilización de recursos materiales.

## REFERENCIAS

- Ahrens, T., Yancey, V., y Koller, M. (2003). Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *American Journal Critical Care*, 12(4), 317-323.
- Andrew, C.M. (1998). Optimizing the human experience: nursing the families of people who die in intensive care. *Intensive Critical Care Nurse*, 14(2), 59-65.
- Aparecido, A., y Komatsu, M.C. (2009). Percepção de enfermeiros sobre dilemmas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Escola de Enfermería*, 43(1), 30-36.
- Baile, W.F., Buckman, R., y Lenzi, R. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.

- Fernández Liria, A., y Rodríguez-Vega B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria: el proceso del duelo. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 3, 218-225.
- Gálvez, M. (2011). Cuando la familia lo vive las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico. *Archivo de la Memoria*, 8(3), 125-129.
- Gradaz, V., Doll, S., y Ricou, B. (2011). End of life care in intensive care units. *Revista Medical Suisse*, 7(321), 2440-2443.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Aprender a morir-aprender a vivir. Preguntas y respuestas. 2ª edición*. Barcelona: Sirpus.
- Kübler-Ross, E. (2012). *Sobre la muerte y los moribundos. 2ª edición*. Barcelona: De bolsillo.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L.M., Chevet, S., y Adrie, C. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478.
- Maguire, P., y Faulkner, A. (1988) Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. *British Medical Journal*, 297(6654), 972-974.
- Mendyka, B.E. (1993). The dying patient in the intensive care unit: assisting the family in crisis. *Critical Care Nurse*, 4(3), 550-557.
- Oken, D. (1961). What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *Journal of the American Medical Association*, 175, 1120-1128.
- Parker, P.A., Baile, W.F., y De Moor, C. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal Clinical Oncologist*, 19(7), 2049-2056.
- Real Academia Española (2014). *23ª Edición del diccionario de la lengua española*. Recuperado de: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=duelo](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=duelo)
- Rubio, V., Sampedro, E., Zapirain, M., Gil, I., Ayechu, S., y Tapiz, V. (2004). Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? *Revista de Atención Primaria*, 33, 368-373.
- Sanz-Ortiz, J. (2006) ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Revista Medicina Clínica*, 126(16), 620-623.
- Troug, R.D., Cist, A.F., Brackett, S.E., Burns, J.P., Curley, M.A., y Danis, M. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: the Ethics Committee of The Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medical*, 29, 2332-2348.

Recibido: 28 de junio de 2017

Recepción Modificaciones: 21 de agosto de 2017

Aceptado: 25 de agosto de 2017