

CUIDADOS CRÍTICOS: LA COMUNICACIÓN COMO TERAPIA IMPRESCINDIBLE

Clara Llubí

Unidad de Reanimación Postquirúrgica. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona

Resumen

La buena comunicación interpersonal, que mejora y facilita las relaciones humanas, dotándolas de eficacia y calidez, no suele ser una prioridad para la moderna Medicina Hospitalaria.

Las Unidades de Cuidados Críticos, no son una excepción. Aunque en ellas se actúa eficaz y diligentemente contra la enfermedad, con frecuencia tanto pacientes como familiares se quejan de la falta de comunicación con los profesionales, a la vez que la identifican como uno de los factores principales en la calidad de la asistencia, sobre todo en los procesos al final de la vida.

Además, los avances en el soporte vital, permiten que pacientes sin perspectivas de recuperación puedan sobrevivir largo tiempo por lo que es habitual que algunos enfermos sólo fallezcan después de decisiones de limitar tratamientos.

Estas decisiones no son fáciles; precisan del consenso entre distintos profesionales, han de implicar a los familiares del enfermo y tienen lugar en un clima de alta tensión emocional por lo que una buena comunicación es imprescindible.

La presión asistencial, la falta de formación del médico en el manejo de situaciones complejas, el nulo reconocimiento curricular de las actitudes, el miedo, o la percepción de la muerte como fracaso de la Medicina, pueden explicar, entre otras causas, el grave déficit en este campo.

Integrar la Medicina Paliativa y las habilidades de comunicación entre las competencias

Abstract

Good interpersonal communication improves and facilitates human relationships, granting effectiveness, but the practice of modern Medicine does not consider it as a priority.

Critical Care Units are not an exception. Although care is taken efficiently against illness, the patients and their families are not always satisfied with communication between them and caregivers and, at the same time, this is usually identified as the most important and least accomplished factor in the quality of care, mainly in end-of-life processes.

Furthermore, advances in life support allow patients with no expectative of recovery to keep on living. Consequently, some patients only die after a decision to forego life-sustaining therapies.

Decision making about these topics can be very difficult for clinicians. The consensus among different professionals is needed and the involvement of the patient's family is crucial too. These decisions take place in a very high emotional climate, thus communication, respect and compassionate attitude are essential.

The welfare pressure, the lack of training of clinicians in the managing of complex situations, fear, or even the perception of death as a failure of Medicine, can explain, among other reasons, the serious deficit in this field.

Integrating the palliative medicine and the skills of communication among the competencies needed for critical medicine would allow to improve the attention to the critical patient who dies and also to help his/her family facing

Correspondencia:

Clara Llubí
Unidad de Reanimación Postquirúrgica.
Hospital Universitario Germans Trias y Pujol.
Carretera de Canyet s/n. 08916. Badalona. Barcelona
E-mail: 11797clm@comb.es

de la Medicina Crítica no solo permitiría mejorar la atención al paciente crítico que fallece sino también ayudar a su familia en el difícil trance de aceptar la realidad que se les impone.

Palabras clave: Unidad de cuidados críticos, medicina paliativa, toma de decisión, final de la vida.

the difficult situation of accepting the reality that has been imposed to them.

Key words: Critical Care units, palliative medicine, decision making, end-of-life.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Críticos se identifican con avanzada tecnología médica y muchas veces con ilimitadas esperanzas de supervivencia, pero la realidad es que, si bien son lugares en los que muchas vidas se salvan o restablecen, también lo es que muchos de los pacientes ingresados fallecen, en ocasiones después de largos, complicados y costosos tratamientos⁽¹⁾.

La moderna Medicina Hospitalaria fragmenta al individuo en una serie de órganos y sistemas de los que se ocupan las distintas especialidades. Esta visión excesivamente simple y dualista lo considera formado por una parte orgánica y otra que no lo es. Es en esta segunda donde cabrían las emociones, las vivencias, los valores o la propia historia. Por norma general, las especialidades eminentemente técnicas suelen considerar todo aquello que se aparta del proceso fisiopatológico, como secundario, o al menos, fuera de su incumbencia.

Pero nos guste o no, el ser humano no puede dividirse en partes aisladas entre sí. Y sobre todo, en situaciones tan delicadas, como las de un proceso grave o cerca del final de la vida, es imprescindible recuperar la visión de conjunto y considerar al individuo como la unidad que es. Una unidad con problemas orgánicos y emocionales que se entrelazan y no se pueden separar. Por ello, a

la vez que se garantiza la eficaz atención al proceso patológico, no pueden desatenderse muchos otros aspectos de la persona que, cuanto más enferma, grave y vulnerable, más necesitada está de esta atención.

La comunicación entendida como lo que es, atención, escucha, explicación, contención emocional, compasión, consuelo, implicación, requiere un esfuerzo que a menudo nos resulta incómodo. Tal vez debamos de una vez por todas comprender que este esfuerzo no es distinto del necesario y asumido para estudiar un procedimiento o aplicar una técnica. Y que forma parte, como muchas otras cosas, de la competencia exigible a un profesional de la Medicina^(2,3).

El presente artículo pretende hacer algunas reflexiones alrededor de la práctica diaria en las Unidades de Cuidados Críticos, haciendo especial referencia a aquellos pacientes oncológicos que ingresan en ellas por motivos diversos. Y también intentar argumentar cómo la buena comunicación es imprescindible no solo para "confortar" en un sentido humanitario y bondadoso, sino también para "curar", ya que permite obtener tanto la colaboración del enfermo y su familia como compartir y consensuar la opinión de los diferentes especialistas. Esto facilita enormemente las decisiones terapéuticas complicadas.

Ha de considerarse la necesidad de comunicación a tres niveles: con el en-

fermo, con sus familiares y entre todos los profesionales que le atienden. Cada uno de ellos con unas connotaciones especiales que vale la pena reseñar.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

En los últimos años, de forma paralela a los progresos de la Oncología y el aumento de la supervivencia, se ha producido un notable incremento en el número de pacientes oncológicos que ingresan en Unidades de Cuidados Críticos en fases muy avanzadas de la enfermedad.

Los motivos son varios y las indicaciones también; para unos, se trata de intentar superar un episodio crítico intercurrente, para otros la posibilidad de aplicar una terapia determinada, o incluso pasar el postoperatorio de cirugías, ya sean independientes de su enfermedad o las de resección de metástasis, estas últimas muchas veces repetitivas y que sin duda hubieran sido descartadas unos años atrás. Es por ello que cada vez es más frecuente que estos pacientes fallezcan en las Unidades de Cuidados Intensivos como consecuencia lógica de su proceso o por alguna complicación añadida.

Pero sea cual sea el hecho que motivó el ingreso, la realidad de una estancia en cuidados críticos supone en sí misma un estrés muy importante. Si el ambiente hospitalario es ya de por sí extraño e intimidante, mucho más el de estas unidades en las que la actividad es constante, el ruido de máquinas y alarmas es continuo y el paciente se encuentra desnudo, aislado de sus familiares, y a menudo invadido por tubos y cables simulando más una sala de tortura que un lugar de cuidados⁽⁴⁾.

Las experiencias que pueden vivirse en unidades de este tipo son distintas según los pacientes, su edad y su estado, aunque tanto las que se recogen

en la literatura como las relatadas por los propios enfermos que sobreviven, pueden llegar a ser extraordinariamente traumáticas⁽⁵⁻⁷⁾.

Las molestias físicas, el dolor, la sed, las alteraciones en el ritmo del sueño o la simple incomodidad por la postura en la cama, son solo una parte de la realidad desagradable vivida. Algunos estudios⁽⁸⁾ demuestran cómo una de las emociones más dolorosas percibidas es la deficiente comunicación con el equipo asistencial y el trato pueril recibido ("si te portas bien, te sacaremos la sonda"...). Trato, por otra parte, que suele ser bienintencionado pero que, a menudo, resulta insultante para el sujeto que se ve infantilizado por el personal que le atiende, casi siempre bastante más joven que él.

Acostumbrados a ser "efectivos" contra el proceso patológico que presenta el paciente, se suele actuar rápida y diligentemente, a veces sin prestar toda la atención debida a que quien lo presenta es una persona real con emociones, vida propia y familia.

Pero para tratar correctamente a un paciente es preciso tener un concepto amplio y flexible de la realidad que engloba enfermedad y enfermo. Demasiado a menudo en clínica, y aún más en Medicina Crítica, se separa la patología del sujeto que la presenta, atendiendo a lo primero ("objetivable") como si fuera independiente de lo segundo. Pero se confunde lo real con lo objetivo. Tan real es la hipoxemia secundaria a una insuficiencia respiratoria como el pánico que pueda sentir el paciente ante la asfixia o la posibilidad de ser intubado y conectado a un respirador. A ambas realidades debe atenderse con recursos diferentes pero importantes al mismo nivel.

Una breve explicación, un apretar la mano o una mirada de complicidad

pueden aliviar tanto como el oxígeno necesario que se aplique. Demasiado a menudo se hace "todo" por el paciente pero sin contar con él.

El paciente crítico, y más el moribundo, presenta a menudo un estado de adormecimiento o semiinconsciencia, ya sea por la propia enfermedad o por la medicación que recibe, y no es nada infrecuente que además no pueda hablar por llevar un tubo endotraqueal. Pero el hecho de no estar completamente lúcido, no significa que no pueda comunicarse, muy al contrario, lo que ocurre es que lo hace de otra forma. Utiliza formas de lenguaje a las que no estamos habituados y que son excepcionales en el mundo apresurado y técnico en el que vivimos. El paciente grave utiliza casi siempre el lenguaje no verbal: el gesto, la mirada, la expresión. En situaciones en las que el dolor, la pena, o el miedo son demasiado fuertes, la comunicación verbal, la explícita es imposible. Como afirma Wittgenstein "hay cosas que no se pueden decir, solo se pueden mostrar". El disconfort, el miedo, la angustia o la incomodidad se expresan sin palabras. Solo es necesario estar atento para descubrirlo y entenderlo.

Aunque, en general, todos los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos prestan a sus enfermos una gran dedicación, esfuerzo e interés, también es verdad que sin querer puede producirse un cierto "acostumbramiento" frente al dolor ajeno, y este dolor solo se aprecia de verdad cuando golpea de cerca o en primera persona.

A veces se hacen comentarios intrascendentes al lado del enfermo que pueden malinterpretarse ("¿se estarán riendo de mí?") o se presta poca atención a una postura que debe ser claramente incómoda o un acceso de tos por intorlar el tubo. Atender a estos pequeños

detalles es fundamental y su importancia se magnifica tanto por lo que expresan como por lo que se agradecen al estar en estas situaciones. Son las cosas más sencillas las que pueden suponer una enorme diferencia en la percepción del cuidado.

COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES

Desde los inicios de las Unidades de Cuidados Críticos en los años 50 hasta hace unos años, la prioridad absoluta en la atención al paciente crítico era la recuperación de sus funciones vitales. La diligencia, la eficacia y en definitiva las acciones resolutivas ocupaban el 90% del tiempo y la dedicación. Y se consideraba la información a los familiares como una tarea adicional, necesaria y casi siempre incómoda, por cuanto se desviaba de lo realmente importante y objeto de atención, que era el estado del enfermo.

En los últimos años, se va produciendo un lento cambio de mentalidad a la vez que varios estudios observacionales han mostrado cómo el descontento de familiares no se relaciona con los tratamientos médicos o con el curso de la enfermedad, sino con la deficiente comunicación con los profesionales⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Es frecuente que los familiares de aquellos pacientes que fallecen en Unidades de Cuidados Críticos presenten síntomas de ansiedad, depresión o incluso el síndrome del estrés postraumático⁽¹¹⁻¹²⁾. Y es que si la muerte de alguien muy querido es un hecho que provoca una intensa tristeza y dolor, el hecho de que ésta se produzca en una unidad especialmente dedicada a salvar vidas, y en la que se han depositado esperanzas, es todavía si cabe más duro y más estresante cuando éstas se truncan y la muerte acaba por llegar.

La comunicación entonces se convierte en una necesidad específica y en un componente esencial de satisfacción de las familias de enfermos que mueren en una UCI. Hay que recordar que algunos familiares pueden haber pasado larguísimos períodos junto al enfermo compartiendo su cotidianidad y ahora con el ingreso, se ven bruscamente separados de él. No es extraño que a veces se reclame la información de forma insistente. Junto al deseo de saber cómo está, cómo evoluciona, qué puede pasar, está la necesidad de contacto. Los profesionales se convierten en el puente o nexo de unión con la persona querida.

Así pues, en la actualidad se tiende a considerar paciente y familia como una unidad a tratar. El enfermo no puede considerarse aislado de la estructura social a la que pertenece, máxime en países como el nuestro, en el que la familia juega un papel decisivo. Al ingresar en Unidad de Cuidados Críticos el papel de la familia cambia y adquiere un protagonismo que no tenía en otros momentos de la evolución de la enfermedad. Antes, con el paciente consciente y lúcido, podía ejercer un cierto proteccionismo, pero ahora se encara a la fuerza con la realidad, y aunque experimente angustia, pena, o desánimo muchas veces ha de compartir con el médico decisiones dolorosas.

Y es que la Medicina Crítica actual es tan sumamente efectiva en lo que respecta al control de las funciones fisiológicas (respiración artificial, drogas vasoactivas, depuración extrarrenal) que con mucha frecuencia, aunque el paciente no tenga expectativas de supervivencia, la muerte sólo se producirá cuando se limiten las medidas de soporte vital. Y si no existen directrices anticipadas ni consciencia del paciente (aunque la tuviera, no estaría en condiciones en estos momentos de tomar decisiones trascen-

dentes), son sus allegados quienes, con el médico, deberán afrontar la situación y las decisiones a tomar⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Pero la decisión familiar está condicionada a la forma como el médico plantea la situación. La manera de exponerlo modula la comprensión de la realidad por parte de los familiares, de ahí la importancia de ser objetivo pero empático, acompañando en el proceso y ayudando a solventar las dificultades que conlleva la situación. Aunque esta afirmación parezca simple, llevarla a la práctica de manera correcta es extremadamente difícil.

Nuestra realidad cotidiana no es especialmente halagüeña. Opiniones recogidas, tanto en la literatura como de viva voz, muestran que los familiares de pacientes ingresados en una UCI identifican la buena comunicación con los profesionales como uno de los factores más importantes y menos conseguido de la calidad de la asistencia⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

En un trabajo reciente se investigó cuáles eran las cualidades apreciadas en un buen intensivista, si habilidades científico-técnicas o relacionales. Los resultados mostraron que los entrevistados no se decantaban por unas u otras, pues no las consideraban excluyentes sino al mismo nivel⁽¹⁷⁾.

Centrándonos en la práctica del día a día, en primer lugar sería bueno cambiar el concepto de "información" por el de "entrevista con familiares", ya que éste último engloba muchas más cosas que el simple parte médico.

La entrevista familiar debería cumplir tres objetivos: compartir información, compartir decisiones difíciles y acompañar.

Compartir información

A menudo se considera la tarea de informar como unidireccional. El médi-

co da la información y los familiares la reciben. Pero médico y familiares deberían informarse mutuamente, porque aunque de la evolución clínica conoce más el médico, las cuestiones referentes a la persona, cómo es (optimista o no, nervioso o tranquilo, cansado o esperanzado), cómo ha vivido la enfermedad, qué decidiría si pudiera, lo sabe mejor la familia. Saber cosas del paciente a través de quienes le acompañan es la única forma de personalizar nuestra actuación.

En ocasiones esta información fluye fácilmente porque el paciente “tenía las cosas muy claras”. Otras veces es necesario indagar, suscitar preguntas para conocer más sobre la persona en cuestión y así encarar las opciones terapéuticas, con la carga que supongan, de la forma más idónea para cada cual⁽¹⁸⁾.

Compartir decisiones

Como ya se ha comentado, es frecuente que pacientes con escasas o nulas expectativas de supervivencia, sólo fallezcan si se limitan las acciones terapéuticas y/o soporte vital.

Para tomar la decisión más adecuada todas las partes deben estar implicadas. No hay duda de que según cómo se plantee la situación y las posibles alternativas, los familiares optarán por una u otra vía. El profesional debe ser capaz de exponer la situación “donde estamos” y cuáles son las expectativas razonables de evolución.

Este momento es fundamental. En general la familia suele querer “hacer todo lo posible”. Si la situación se plantea en términos dicotómicos (“si no se opera, morirá”), se puede obtener una respuesta precipitada (“adelante, mientras haya una esperanza”). Sin embargo, si por ejemplo se trata de un paciente muy evolucionado y la actuación que

se plantea es muy agresiva, puede ser que aun sobreviviendo lo haga a costa de un larguísimo tiempo de ventilación mecánica o ingreso en UCI, y entonces quizás la decisión sea distinta.

Creo que es importante reseñar que no son los familiares quienes deciden lo que se debe hacer. Y no sería buena praxis dejarlos solos frente a decisiones difíciles como si solo de ellos dependiera la actuación a seguir. Las decisiones terapéuticas son del facultativo, no obstante los familiares una vez bien informados se implican en ella, una vez comprendida la situación y la razonabilidad de la actuación propuesta⁽¹⁹⁾.

Tener en cuenta los “tempos” es importante. No todos asimilamos las cosas a la misma velocidad ni de la misma forma. Una noticia impactante (como pueda ser el planteamiento de una mala evolución y la conveniencia de no seguir adelante con el soporte vital) puede entenderse pero no asimilarse al mismo tiempo. Es probable que inicialmente se nieguen las evidencias o que se busquen culpables de lo que está ocurriendo.

Ocultar información es mala praxis, pero demasiada información sobre todo repetitiva cuando el paciente lleva tiempo ingresado, abundando en el mal pronóstico de forma continuada, también puede serlo. Los límites han de personalizarse y no pueden preverse de antemano. La información duele. Si se es capaz de ir la dosificando, puede resultar menos dañina. Por esto, es muy peligroso informar sin preguntas previas, sin escuchar antes hasta que punto se sabe y hasta donde se quiere y se necesita saber.

No es infrecuente que sin darse cuenta médico y familia estén hablando de cosas distintas. La tensión emocional suele enturbiar la capacidad de comprensión y además, entender los conceptos técnicos (intubación, drogas

vasoactivas) es especialmente complicado. Es por ello que hace falta paciencia y esfuerzo para explicar, poner ejemplos y verificar qué es lo que se ha comprendido. Cuando el deseo de que la realidad fuera distinta a la que es, la misma ansiedad puede hacer que se malinterpreten comentarios neutros o mejorías parciales como una mejoría global que no existe y se alimenten falsas esperanzas.

Una de las situaciones más difíciles es la que precisa de un giro emocional, desde la esperanza de curación (por ejemplo quien ingresó para una intervención quirúrgica con diagnóstico incierto) a la aceptación de medidas paliativas o de limitar el soporte vital.

En estos casos es imprescindible acompañar la verdad, de la certeza de que no porque no exista curación se abandonará al paciente. Es momento de reconducir la esperanza. Hay que evitar que se pueda percibir la sensación de que se "tira la toalla" o que no vale la pena hacer nada más. expresiones que llevan implícito un cierto abandono. Hacer hincapié en que se estará bien atento a la evolución, que diariamente se reevaluará la situación y que si se detecta dolor, malestar o sufrimiento se tratará de inmediato.

Acompañar

Cuando se han tomado las decisiones pertinentes o ante la inmediatez del fallecimiento, sólo queda la actitud de disponibilidad, silencio y escucha⁽²⁰⁾.

Hace unos meses un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine*⁽²¹⁾, demostró a través de un ensayo clínico aleatorizado cómo la escucha activa y el hecho de suscitar preguntas por parte del profesional durante la entrevista familiar fue capaz de disminuir significativamente el impacto emocional y la tendencia ansiosa depresiva de fa-

miliares de pacientes críticos a los que se les comunicó la no respuesta al tratamiento que se estaba aplicando. Los familiares obtuvieron alivio porque se les dio tiempo para asimilar la información, expresarse y sentirse escuchados. Pudieron crear este espacio interior necesario para reubicarse en una realidad que se impone sin remedio.

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

A lo largo de una estancia hospitalaria, muchos especialistas tratan sucesiva o simultáneamente al paciente y no siempre tienen opiniones coincidentes. Si además, el enfermo ingresa en una Unidad de Cuidados Críticos, el hecho de que la asistencia sea continua durante 24 horas obliga a que sea atendido e informado por diferentes miembros del equipo. Una buena "entente" pues es necesaria, ya que los distintos facultativos pueden tener formas distintas de enfocar los problemas o incluso sutiles diferencias a la hora de explicar las mismas cosas. Los familiares suelen detectarlas y ésto les provoca desconcierto y una mayor ansiedad.

La comunicación con el resto del equipo, enfermería, auxiliares, etc, es también imprescindible⁽²²⁻²³⁾. Aquí es importante, no solo evitar informaciones contradictorias, sino poder establecer una estrategia común, ya sea de tratamiento, definiendo bien los objetivos en cada momento, o de cuidado (consensuar claramente qué constantes se tomarán y cuáles no o acordar el grado de sedación óptimo), imposible de lograr si no se habla con calma, claridad y buen clima de trabajo.

Por último, y no por ello menos importante, debe considerarse la comunicación con los otros profesionales que han atendido al enfermo antes del

ingreso en la Unidad de Críticos, tales como el oncólogo o el cirujano, no sólo para dar una imagen de unidad frente a la familia, sino para acordar y consensuar los tratamientos a seguir.

Un acertado editorial de *Intensive Care Medicine*⁽²⁴⁾ describe muy bien cómo algunos pacientes pueden beneficiarse de tratamientos quimioterápicos incluso mientras están sometidos a ventilación mecánica, drogas vasoactivas o hemodiálisis, circunstancias que por la gravedad que suponen al sujeto, parecerían desaconsejarlos. Los buenos resultados que obtienen se justifican por la cuidadosa selección de aquellos pacientes candidatos, es decir a una personalización de las actitudes. Y esta cuestión solo puede hacerse realidad si existe una estrecha colaboración entre oncólogo, hematólogo u otro especialista responsable del paciente y el médico que deba atenderlo durante su proceso crítico.

Por el contrario no son pocos los casos en que o bien se deniega el ingreso en UCI por no cumplir criterios o bien se ingresa un paciente y se van aplicando tratamientos sucesivos, a veces indicados (“porque se realizó el anterior”, “ya que se ha operado, si ahora fracasa el riñón, debemos dializarle, y después la traqueostomía”), que tal vez se obviarían haciendo un alto en el camino, y con una puesta en común de opiniones de todos los especialistas implicados, se buscara la mejor solución posible para aquel paciente determinado.

Esta comunicación no siempre es fácil. Hace falta dejar de lado la propia área de competencia (aquella en la que cada cual se siente cómodo y seguro) y ser capaz de compartir dudas o buscar un lenguaje común con el otro para encontrar soluciones.

El pronóstico de la enfermedad oncológica puede ser uno, pero en el con-

texto de una intervención quirúrgica de gran magnitud varía, y aún mucho más si después de la cirugía el paciente presenta complicaciones serias. La consideración de cómo afrontar las medidas terapéuticas, los límites que deban establecerse deberán ser cuidadosamente calibrados por consenso entre los distintos especialistas, que aportando su visión del problema sean capaces de buscar soluciones conjuntas.

La comunicación entre los profesionales de distintas especialidades sirve también para paliar la incertidumbre del pronóstico. A veces el médico que atiende al paciente en estado crítico intuye un desenlace fatal, pero necesita el apoyo de quien conoce al enfermo desde hace tiempo para afianzarse en algunas decisiones como la de no prolongar una agonía inútilmente.

La tendencia actual se dirige no tanto a limitar el ingreso de pacientes oncológicos graves en las Unidades de Cuidados Críticos, sino hacia propiciar una mejor comunicación e interacción entre los distintos especialistas para así determinar qué pacientes pueden beneficiarse de tratamientos agresivos o poder establecer límites razonables al soporte vital.

DIFICULTADES PRÁCTICAS

A mi juicio la principal dificultad para mejorar en este campo es el hecho de no considerarlo prioritario. La contraposición excluyente entre tecnología y humanidad, y como consecuencia la falta de reconocimiento curricular impide que se estimulen actitudes imprescindibles para una buena práctica clínica.

La presión asistencial y los ritmos acelerados de trabajo indudablemente contribuyen a dificultar la buena comunicación, así como la falta de hábito y de habilidad (no siempre es fácil enfren-

tarse a según que situaciones) y no disponer del tiempo y espacio adecuados (aún existen unidades sin un lugar específico para las entrevistas con los familiares y se dan situaciones en las que se les informa de pie).

Por otra parte, la consideración de la muerte como fracaso personal del médico hace que cuando la expectativa de supervivencia desaparece, cualquier esfuerzo ya se considere inútil.

Y por último el miedo, a menudo inconfesado del médico, es otro factor a tener en cuenta. Miedo a las propias emociones, a parecer demasiado blando o inexperto (sobre todo entre médicos jóvenes que emulan actitudes supuestamente profesionales de los mayores), miedo a enfrentarse al sufrimiento ajeno o a la propia vulnerabilidad, tal vez incluso miedo a pensar en la propia muerte⁽²⁵⁾.

LÍNEAS DE FUTURO

Mejorar e individualizar la asistencia hace imprescindible la docencia, tanto en pregrado como entre especialistas. Hay que reconocer el cuidado alrededor de la muerte o del paciente moribundo como un área de competencia específica dentro de la especialidad de Cuidados Críticos. En ella deben incluirse la Medicina paliativa y las habilidades de comunicación, entre otras cosas^(23,26,27).

Las Gerencias y Direcciones de los hospitales deberían reconocer la importancia y necesidad de establecer políticas que faciliten la comunicación (espacios adecuados, considerar tanto el tiempo dedicado a la comunicación como tiempo necesario de trabajo asistencial) y también promover áreas de espera más confortables, menos inhóspitas o poco acogedoras.

Otro cambio a considerar es el de la progresiva liberalización de los horarios

de visita en las Unidades de Vigilancia Intensiva⁽²⁸⁻²⁹⁾, lo cual fomenta una presencia más continuada del familiar allegado junto al paciente. Implicarse en su cuidado (dar la comida, colocar bien la almohada) y compartir más tiempo con el enfermo, no solo alivia del alejamiento forzoso impuesto por el ingreso, sino que además ayuda a valorar la labor del equipo que le atiende a la vez que facilita una comunicación más fluida, no limitada a un espacio de tiempo específico.

CONCLUSIÓN

La Medicina Crítica, que tanto ha avanzado en los últimos años, se enfrenta a un nuevo reto. Superada la eficacia contra la enfermedad en la mayoría de los casos, debe ahora ser capaz de personalizar la asistencia, considerando al paciente no solo desde la perspectiva biológica, sino también desde la humana, biográfica y social.

Se trata de cambiar la "máxima eficacia contra la enfermedad por la máxima ayuda a la persona enferma"⁽¹⁸⁾.

Comunicarse de forma eficaz en estas unidades no es fácil, y menos en las situaciones cercanas a la muerte donde la propia Medicina se siente fracasada porque la cultura de los cuidados críticos está orientada hacia la curación.

Probablemente es esta cultura tan arraigada la que impide la consideración del proceso de morir como un área específica de competencia que incluye, entre otras habilidades necesarias, la de fomentar una buena comunicación.

Hasta el momento presente, el buen funcionamiento de las Unidades de Críticos se ha medido en términos de supervivencia biológica expresado en tasas de mortalidad, como si cada muerte respondiera a un fracaso de la Medicina. Pero tal y como van sugiriendo algunos autores⁽³⁰⁻³²⁾, el verdadero éxito de la te-

rapia intensiva debería considerarse no solo por el número de vidas salvadas, sino según la calidad de estas vidas preservadas o restablecidas, también por la calidad de las muertes de todos aquellos cuyo mejor interés haya sido no continuar con agonías interminables y en definitiva, por la calidad de las relaciones humanas que se establecen alrededor de cada persona que fallece.

BIBLIOGRAFÍA

- Bayés R. Cuidados críticos y sufrimiento. *Med Clin (Barc)* 2006;126:576-7.
- Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2):226-34.
- Cleries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica *Aten Primaria* 2003;32(2):110-7.
- Gómez Rubí J. Ética en Medicina Crítica. Madrid: Triacastela, 2002.
- Puntillo K, White C, Bonham A, Perdue S, Stanik -Hutt J, Lynn C et al. Patient's perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder project. *Am J Crit Care* 2001;10:238-51.
- Stein-Parbury J, McKinley S. Patient's experiences of being in an Intensive Care Unit: a select literatura review. *Am J Crit Care* 2000;9:20-7.
- Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow P. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001;29:573-7.
- Simini B. Patient's perceptions of Intensive Care. *Lancet* 1999; 354:571-2.
- Malacrida R, Molo C, Degrate A, Martinez 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.
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000; 28 (8):3044-9.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(9):987-94.
- Lam P, Beaulieu M. Experiences of families in the neurological ICU: a "bedside phenomenon". *Neurosci Nurs* 2004;36(3):142-6.
- Curtis JR. Communicating about end of life care patients and families in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2004;20(3):363-80.
- Carlet J, Thijs LG, Antonelli M et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels. *Intensive. Care Med* 2004;30(5):770-84.
- Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest* 2007; 132(5):1425-33.
- Mc Donagh JR, Elliot TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med* 2004;32:1584-8.
- The CoBaTriCE Collaboration. The views of patients and relatives of what makes a good intensivist: a European survey. *Intensive Care Med* 2007; 33(11):1913-20.
- Broggi MA. Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica. *Med Clin (Barc)* 2003;121(18):705-9.
- Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest* 2008; 133(3):704-12.

20. Llubiá C. El poder terapéutico de la escucha en Medicina Crítica. *Humanidades Médicas*[revista en Internet] n° 27, Mayo 2008. n°27. [acceso 1 de octubre de 2008]; Disponible en: : http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero27/revista.html
21. Lautrette A, Darmon M, Megarbarne B, Joly LM, Chevret S, Adrie C et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007;356:469-78.
22. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med* 1999; 27(9):1991-8.
23. Troug R, Campbell M, Curtis JR, Haas C, Luce J, Rubenfeld G, et al. Recommendations for end of life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008 ; 36:953-63.
24. Azoulay E, Afessa B. The intensive care support of patients with malignancy: do everything that can be done. *Intensive Care Med* 2006;32:3-5.
25. Roig M. El miedo del médico. *Quadern CAPS* 1991;16:105-6.
26. Mularski RA, Curtis JR, Billings JA, Burt R, Byock I, Fuhrman C et al. Proposed quality measures for palliative care in the critically ill: a consensus from the Robert Wood Johnson Foundation Critical Care Workgroup. *Crit Care Med* 2006;34(11 Suppl):S 404-11.
27. Danis M, Federman D, Fins JJ et al. Incorporating palliative care into critical care education: principles, challenges and opportunities. *Crit Care Med* 1999;27:2005-13.
28. Burchardi H. Let's open the door!. *Intensive Care Med* 2002; 28:1371-2.
29. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007;35:497-501.
30. Hsieh HF, Hannon SE, Curtis JR. Contradictions and communication strategies during end of life decision making in the intensive care unit. *Crit Care* 2006;21(4):294-304.
31. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in ICU: strategies that may improve end of life care. *Cand J Anesth* 2004; 51:266-77.
32. Levy M. End of life care in the intensive care unit: Can we do better?. *Crit Care Med* 2001;29:56-61.

