

Apoyo a los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos

Support to the relatives of patients admitted to intensive care units

Sr. Director:

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 obligación del personal sanitario intentar aliviar sus dudas y ayudarles a prepararse para enfrentarse a esta situación de estrés.

Los familiares son quienes asumen de forma implícita la información médica y son los que tienen la responsabilidad de tomar las decisiones acerca de los tratamientos que recibirán los pacientes. En este sentido, en un estudio realizado por nosotros¹, nos llamó la atención la actitud diferente de los sujetos entrevistados según su estado civil, así los enfermos solteros son quienes demandaban más participación en el proceso de tomar decisiones, lo que podría corresponder a una actitud de los enfermos casados más proclive a delegar las decisiones en la pareja o en la familia que los solteros, que posiblemente estén acostumbrados a una vida independiente y tengan menos ataduras familiares.

Está claro que es importante el papel que la familia puede tener en la toma de decisiones para el enfermo², y todo

esto, sumado a la propia situación de crisis que ha originado el ingreso de su familiar en la UCI, hace que más de las dos terceras partes de los familiares de pacientes ingresados sufran síntomas de ansiedad y depresión³, lo que puede afectar a la participación de éstos en las decisiones que se tomen al final de la vida de su familiar.

Debería haber programas de formación dirigidos a médicos y enfermeras que ayudaran a evaluar a los familiares de los pacientes ingresados en aspectos como actitudes, conocimientos, satisfacción, valores, síntomas de estrés, ansiedad y depresión, situación financiera y apoyo social⁴. Esto ayudaría, sin duda alguna, a conseguir una comunicación más efectiva que puede hacer que la estancia en la unidad sea menos estresante, con lo que mejoraría el bienestar psicológico y mental y así se podrá facilitar que la experiencia que se está viviendo deje las menores secuelas posibles.

La información ofrecida a estos familiares tiene una enorme importancia y, aunque la mayoría está satisfecho con la información que recibe, tal como lo demostramos en otro estudio realizado en nuestra unidad, sí que debemos esforzarnos en mejorar ciertos aspectos: preocuparnos un poco más por los sentimientos del familiar y explicar también de forma sencilla los medios técnicos que se utilizan con el paciente⁵.

Asimismo, es muy importante explicar a los familiares de los pacientes que están muriendo qué es lo que le ocurre, 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 proceso⁶. En otro estudio, llevado a cabo en nuestra unidad con familiares de pacientes que habían fallecido en la UCI⁷, aunque estaban muy satisfechos con el tratamiento y la asistencia recibida por su familiar, se notó una diferencia significativa en cuanto a las necesidades de información adicional y las dudas sobre la mortalidad de la enfermedad y si el familiar debía estar 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 muerte⁸.

En conclusión, podríamos decir que los familiares de los pacientes ingresados en las UCI tienen una serie de necesidades que deben cubrir para evitar secuelas psicológicas a largo plazo, para lo cual dentro del equipo interdisciplinario de la UCI debería haber un psicólogo o un enfermero/a psiquiátrico/a que se encargase de vigilar estos aspectos que, sin duda, pasan inadvertidos dentro de la atención superespecializada y tecnificada que existe en estas unidades.

Luciano Santana Cabrera^{a,*}, Juliana Martín Alonso^b
y Manuel Sánchez-Palacios^a

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana Cabrera).

Bibliografía

1. Villanueva Ortiz A, Martín González JC, Santana-Cabrera L, Sánchez-Palacios M. Participación en la toma de decisiones de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Clin (Barc)*. 2009 Feb 19 [Epub ahead of print].
2. Ho A. Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scand J Caring Sci*. 2008;22:128-35.
3. 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.
4. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32:2323-8.
5. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007;31:57-61.
6. Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2003;9:545-50.
7. Santana Cabrera L, Hernández Medina E, García Martul M, Sánchez Palacios M. Satisfacción de los familiares de pacientes fallecidos en una unidad de cuidados intensivos. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:557.
8. 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.