

Susan A. Salladay, PhD, RN

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

Una conversación que llegó a sus oídos

Mi paciente, de 76 años, ha sido ingresada por deshidratación, un nuevo episodio de fibrilación auricular y trastorno cognitivo moderado. Se trata de una mujer viuda que vive sola en su casa, tiene 4 hijos y 11 nietos que han ido haciendo turnos para estar junto a ella.

Esta mañana cuando entré a saludarla estaba llorando. Me dijo que ayer por la noche, cuando pensaban que dormía, su familia tuvo una fuerte discusión en voz alta en el exterior de la habitación. Aparentemente, parece que piensan que ya no debe vivir sola, pero ninguno de ellos quiere que vaya a vivir a su casa. “Todos están demasiado ocupados para cuidarme”, afirmó. “No soy más que una carga para ellos”.

Ahora, ha decidido rechazar la comida, la medicación y cualquier otro tratamiento. Y no me permite informar a la familia de que oyó su discusión. ¿Qué debería hacer?—P.F., N.Y.

Primero valore a su paciente con cuidado. ¿Es posible que haya malinterpretado o incluso soñado esta conversación? Revise también su medicación y valore posibles alteraciones del estado mental asociadas a fármacos. Registre sus hallazgos y compártalos con el médico lo antes posible, incluyendo el rechazo de la paciente al tratamiento.

Después, mediante escucha activa, explore el miedo de la paciente de ser una carga para su familia. Pídale permiso para hablar con los familiares y establecer si han comprendido el diagnóstico y el pronóstico de su madre.



Aunque quizá su paciente no quiere dar a conocer lo que sabe acerca de la discusión familiar, quizá le permita preguntar individualmente a algunos miembros de la familia las preocupaciones que tienen acerca del cuidado de su madre.

¿Qué opciones están considerando para su cuidado después del alta? Intente determinar qué miembro de la familia es su cuidador sinérgico o con quién comparte la toma de decisiones en caso de que quede incapacitada.

A su vez, fomente que la paciente participe activamente en la toma de decisiones sobre su futuro planteando a la familia las distintas alternativas para el alta; puede abordar la cuestión sin necesidad de explicitar que oyó la discusión que se produjo fuera de la habitación. Ofrezca mediar en la conversación implicando a un trabajador social y otros miembros del equipo que realmente puedan ayudar a la paciente y a la familia a explorar opciones realistas.

Cuando tenga una mayor comprensión de la situación, colabore con los servicios sociales y el equipo asistencial para explorar las posibilidades de implicar otros recursos hospitalarios y a otros profesionales, como el cura o un consejero familiar. Además, una interconsulta a psiquiatría podría ser útil para valorar una posible depresión de la paciente relacionada tanto con la discusión que oyó como para reconocer su declive de salud y la pérdida de parte de su independencia.

DEMANDA PREMATURA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Enviar (y recibir) las señales correctas

Estoy cuidando a una paciente de 86 años que sufrió una caída en un centro comercial. Su fractura de radio y codo fue reducida quirúrgicamente con éxito, pero 2 días después presentó dificultad respiratoria (tenía antecedentes de asma) y precisó intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Evolucionó favorablemente, y aunque no puede comunicarse verbalmente por la intubación, está consciente, orientada y se comunica eficazmente con el uso de una pizarra.

Su hija mayor, que tiene la representación legal para las cuestiones de salud, me sorprendió al decirme: “Mi madre nunca hubiera querido vivir así”, y me pidió información sobre los centros de cuidados paliativos. Parece que quiere aplicar las voluntades anticipadas de su madre en este momento. ¿Cómo debo abordar esta situación?—G.G., MO.

Sus valoraciones y la documentación enfermera son clave en este dilema. Registre meticulosamente cada evidencia obtenida a través de la valoración enfermera para demostrar que esta paciente está orientada y es competente para tomar decisiones. Comparta su preocupación con el médico de la paciente y otros miembros del equipo asistencial, si lo considera oportuno.

El médico debería mantener informada a la familia acerca del estado y el pronóstico de la enferma. La paciente no pierde su

derecho a tomar sus propias decisiones por el hecho de requerir ventilación mecánica. Las voluntades anticipadas deben entrar en juego cuando un paciente pierde la capacidad de tomar decisiones informadas. El comité de ética asistencial del centro puede ser un recurso importante para clarificar este asunto.

Con el consentimiento de la paciente, sugiera una reunión a pie de cama entre los familiares y el equipo asistencial. Los objetivos terapéuticos para los siguientes días y semanas deben ponerse en común con la paciente y la familia. Solicite a los miembros del equipo de fisioterapia, terapia respiratoria y terapia ocupacional que compartan la planificación para el alta de la paciente.

Haga de la paciente el centro de la reunión a pie de cama, animándola a participar utilizando la pizarra. En los puntos clave, detenga la conversación y diga: “por supuesto, *todos* sois responsables y *participáis* de estas decisiones junto con el médico”. Es tan importante para la paciente escuchar esto directamente de sus cuidadores como lo es saber exactamente que se ha compartido con su familia.

Permitir que cada uno pueda ver y oír de primera mano no solo el plan de cuidados, sino la participación y la respuesta de la paciente, es el mejor modo de despejar la niebla de malos entendidos y miedos sobre el futuro. ■

Susan A. Salladay es enfermera docente especialista en bioética y enfermería de salud mental y psiquiatría. Es profesora adjunta en el programa de Máster en la Liberty University Online. Dirija sus preguntas a: *Ethical Problems, Nursing2014*, 2001 Market Street, Philadelphia, PA, 19103 o por correo electrónico a PE-Nursing@wolterskluwer.com. Escriba *Ethical Problems* en la línea del “Asunto”.