

Calidad del morir y de la muerte en una unidad de cuidados intensivos: percepción de la enfermería

Sr. Director: La calidad de los cuidados realizados a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante el proceso del morir y la muerte, se puede mejorar, ya que se evidencia en algunos estudios que aparte de sufrir dolor, no se tienen en cuenta sus deseos¹.

Sería de gran utilidad aportar al personal de UCI unos criterios reconocidos y unos objetivos claros en los cuidados del fin de la vida, para que puedan analizar, medir, monitorizar y mejorar de forma continua estos cuidados en su propia unidad. En los últimos años se han realizado importantes avances en el desarrollo de instrumentos y protocolos para medir y mejorar los cuidados del fin de la vida en la UCI, como el QODD (Quality of Death and Dying Instrument) que Curtis et al² desarrollaron y validaron, y que ha sido modificado para su uso en la UCI (ICU-QODD), demostrando que es capaz de aportar una valoración relativamente real y válida de la calidad de la experiencia del morir desde la perspectiva de los familiares y de las enfermeras³⁻⁵.

El objetivo de este estudio era reconocer la percepción de la enfermería acerca de la calidad en el proceso de morir y de la muerte en la UCI. Para ello se realizó un estudio prospectivo, descriptivo durante 1 mes, llevado a cabo en un hospital terciario. Se realizó una encuesta anónima, modificada y simplificada del QODD, entre enfermeras/os de cuidados intensivos de nuestro hospital. Se recogieron datos demográficos del personal entrevistado y se le preguntó su valoración de la experiencia del morir y de la muerte de los pacientes que fallecen en la UCI, puntuándola con una escala de 1 a 10 (1 terrible, a 10 casi perfecta).

Se entrevistaron 53 enfermeros/as con una edad media de $29 \pm 5,12$ años, de los cuales 28 (52,83%) eran mujeres, con un tiempo trabajado en UCI de $4,24 \pm 4,46$ años. A 44 (83,01%) se les había muerto algún paciente en la UCI y solamente 15 (28,30%) habían realizado algún curso acerca del proceso del morir para enfermería. Cuando se les preguntó su valoración de la experiencia de los pacientes durante el proceso del morir, 26 (49,05%) desconocían si temían a la muerte. Pasar tiempo durante este proceso con sus familiares no es valorado muy positivamente ($5,3 \pm 2,2$), al igual que recibir apoyo espiritual ($5,8 \pm 3$). Para el 52,83% de los entrevistados, los deseos del paciente no se tenían en cuenta, ni el

de los familiares para el 32,07%. El 71,69% tenía la impresión que se les mantenía vivos durante demasiado tiempo. La familia no suele estar presente en el momento de la muerte para el 45,28%. Por último, la valoración de los cuidados que reciben en el proceso del morir por parte de la enfermería fue de $8,66 \pm 0,99$ y por parte de los médicos de $7,75 \pm 1,42$, y se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$).

La percepción de la enfermería de los cuidados aportados en el proceso del morir y de la muerte del enfermo es buena, aunque un porcentaje importante piensa que no se tienen en cuenta los deseos del paciente y de la familia, que se les mantiene vivos demasiado tiempo y que mueren sin la compañía de sus familiares.

Aún hay mucho trabajo que realizar para mejorar la comunicación entre el personal médico y de enfermería con los familiares, en cuestiones de cuidados relacionados con el fin de la vida en la UCI⁶. Hay un estudio que aporta una serie de pasos sencillos que pueden facilitar una mejora en la comunicación acerca de los cuidados del fin de la vida en la UCI para los médicos y las enfermeras en su relación con los familiares en estas circunstancias⁷.

Luciano Santana Cabrera, Manuel Sánchez-Palacios,
Cristina Rodríguez Guedes y Elena Hernández Medina

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Las Palmas de Gran Canaria. España.

Bibliografía

1. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*. 1995;274:1591-8.
2. Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, Norris K, Asp A, Byock I. A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:17-31.
3. Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. Quality of dying in the UCI. Ratings by Family Members. *Chest*. 2005;128:280-7.
4. Levy CR, Wesly Ely E, Payne K, Engelberg RA, Patrick DL, Randall Curtis J. Quality of dying and death in two medical ICUs. Perceptions of Family and Clinicians. *Chest*. 2005;127:1775-83.
5. Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2004;32:1648-53.
6. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care*. 2005;14:395-403.
7. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: Opportunities for improvement. *Crit Care Med*. 2001;29 Suppl:N26-33.