

# Relevancia de la comunicación con los familiares de los pacientes de las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital IESS Milagro: Evaluación de la calidez de la atención

## Resumen

La única forma de mantener una adecuada relación médico paciente es a través de la comunicación, hecho cierto, pero que en la mayoría de Unidades de Cuidados Críticos se pierde por varios factores, no siempre se logra el vínculo adecuado con los familiares. En este sentido cabe preguntarse: ¿Existe una comunicación eficaz? ¿Se satisfacen las necesidades de los familiares de los pacientes? ¿Cómo es la relación médico paciente? Son planteamientos que se hacen de manera frecuente. Bajo estos criterios, se desarrolló un estudio descriptivo, tipo encuesta – entrevista, aplicada a los familiares de los pacientes críticamente enfermos, que ingresaron a la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, Milagro, Ecuador, con SDMO (Síndrome de Disfunción Multi-orgánica) producida por sepsis y limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Se conoció acerca de la percepción global de la calidad de atención brindada al paciente y sus familias, además se verificó las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados. La mejor expresión de la relación médico-paciente-familia, se plasma en la entrevista médico-familiar y es a la vez un indicador de calidad de atención, pues se está valorando la satisfacción del cliente externo.

**Palabras claves:** Relación médico - paciente – familia, comunicación, Calidad de atención, Cuidados Críticos.

## Abstract

It is well known that the only way to keep a proper doctor-patient relationship is through good communication, but in most critical care units this is lost due to several factors; there doesn't always exist the appropriate link with relatives. In that way the question is: Is there effective communication? Are the needs of families of patients are satisfied? How is the doctor-patient relationship? Approaches are being made frequently. Interviews were carried out with the families of critically ill patients admitted to the Critical Care Unit of the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security, IESS, Milagro, Ecuador, with SDMO ( Multi- Dysfunction Organic Syndrome) produced by sepsis and Therapeutic Effort limitation (LET). Under these criteria, a descriptive survey was developed to find out about the overall perception of the quality of care provided to patients and their families, and the needs of families of patients. The best expression of the doctor - patient-family relationship is reflected in the medical and family interview and is both an indicator of quality of care, as is valuing the external customer satisfaction.

**Keywords:** Doctor - patient relationship - family, communication, quality of care, critical care.

**Recibido: Marzo, 2014**  
**Aceptado: Octubre, 2014**



Dr. Fabricio Ruperto  
Arteaga Mendieta<sup>1</sup>  
Docente de Facultad Ciencias  
de la Ingeniería  
Universidad Estatal de Milagro  
farteaga76@hotmail.com

Lcda. Mónica Elizabeth  
Zea Vera<sup>2</sup>  
Trabajadora Social - Unidad Admi-  
nistrativa de Talento Humano  
Universidad Estatal de Milagro  
mzeav@unemi.edu.ec

<sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Responsable del Servicio de Medicina Interna del Hospital "Dr. Federico Bolaños Moreira", del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, cantón Milagro, Ecuador. Docente de la Facultad Ciencias de la Ingeniería, Universidad Estatal de Milagro.

<sup>2</sup>Diplomada en Gestión del Talento Humano. Trabajadora Social-Unidad Administrativa de Talento Humano, Universidad Estatal de Milagro.

## 1. INTRODUCCIÓN

La comunicación es una herramienta básica para el ejercicio de la actividad cotidiana del médico intensivista, la usa para informar acerca del diagnóstico, pronóstico. Para exponer un caso en las sesiones clínicas y/o tomar decisiones consensuadas, respecto a las alternativas terapéuticas disponibles para el enfermo grave al final de la vida [1], [2].

Con frecuencia, los profesionales de la medicina no sólo son poco conscientes de todo ello, sino que no han recibido formación sobre técnicas de comunicación y negociación. Esta realidad choca con la creciente demanda de información y toma de decisiones participativas de los individuos, en la sociedad actual, y con la realidad que los pacientes, sus familiares y allegados, con frecuencia, experimentan al sentirse desinformados [3].

Varios autores han demostrado que el factor determinante más importante de satisfacción de los familiares de pacientes, ingresados en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) [se usará en lugar de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y de Áreas de Cuidados Intermedios (ACI)], tiene que ver más con cómo se les trata y con aspectos de comunicación, que con los cuidados administrados a los pacientes gravemente enfermos -definidos como tales-, aquellos enfermos con riesgo inminente de una muerte real o potencial. Concluyen que cualquier esfuerzo encaminado a mejorar la naturaleza de la comunicación y de las interacciones entre las familias y el equipo asistencial, conducirá a un incremento de la satisfacción.

Según World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (1992) y Lluviat (2000) la observación desde fuera del ambiente del Unidad de Cuidados Críticos, es comparable a "una sala de tortura" [...] pacientes desnudos, llenos de tubos y cables que salen y entran de los orificios naturales, imposibilitados para realizar funciones elementales de manera autónoma y para tomar libre y conscientemente decisiones sobre su propia vida. Estas circunstancias determinan, qué cambios en la práctica médica actual requieran mantener cierto grado de conciencia y de relación del paciente con el medio; pues desde la óptica paternalista y desde una visión encaminada a disminuir el sufrimiento del paciente, los mantenemos entubados, dormidos, y por lo mismo

carentes del menor contacto con su entorno [4] [5].

Se conoce que las vivencias de los enfermos dependen de muchos factores, entre los cuales están: edad, el tiempo de estancia, la condición clínica; otras como: la percepción de dolor por pinchazos, drenajes, aspiración traqueal, la sed, falta de sueño o sueño fragmentado, posiciones incómodas, otras como no poder distinguir entre el día o la noche y los ruidos generados por las alarmas de monitores, respiradores, voces y risas del personal, sobre todo en la noche. Las más importantes: la dificultad para la comunicación, la soledad que amplifica el sufrimiento, la separación obligada de sus objetos personales o de sus familiares a quienes puede ver solo en horas concretas y durante un tiempo limitado, y finalmente el trato recibido, que habitualmente es un trato pueril [6].

El estudio SUPPORT, *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*, la investigación más grande, disponible hasta el momento y relacionado con el tema, establece que la comunicación del personal sanitario con el paciente y su familia, sobre el tratamiento al final de la vida fue deficiente, el coste del tratamiento acabó con los ahorros de toda la vida de algunas familias. Ratifica que la mitad de los pacientes en los últimos tres días de su vida sufrieron dolor de moderado a grave, así como otros síntomas generadores de sufrimiento y peor aún, reconocieron que las intervenciones llevadas a cabo para mejorar la comunicación y el tratamiento del dolor y sufrimiento, no tuvieron éxito; estos resultados también se han reseñado en otras publicaciones [7].

Estudios en pacientes que han sobrevivido al manejo en la UCC, demuestran varias secuelas, entre estas, los síndromes de estrés postraumático que condicionan en forma importante su calidad de vida. Se reconoce así mismo que las familias de los pacientes críticos también se vieron afectadas, por cuanto ellas forman parte del mundo del paciente, viven todo el proceso y sufren con él [8].

Tener un ser querido en cuidados intensivos, representa para la familia una experiencia altamente estresante, sin embargo hay dos cuestiones fundamentales impregnadas de forma casi global, en los sentimientos del familiar del paciente grave: la una, el deseo o

esperanza de curación y la otra, la constante preocupación por saber y conocer su evolución [9], [10]. La relación médico – paciente tan típica y cotidiana en otro tipo de especialidades médicas, no lo es para los intensivistas y los enfermos en estado grave, es reemplazada por la relación médico – familia del enfermo, en lugar del enfermo, se encuentra el representante delegado, y es el informe médico en donde radica la esencia de la relación clínica y esta, sin duda, es la determinante del resultado asistencial [11].

Por lo tanto el informe médico, no debería ser un boletín informativo, sino un espacio para crear, entre otras cosas, un verdadero proceso de comunicación, una relación de confianza que servirá a unos y otros, permitirá también al interior de las unidades, una retroalimentación positiva de los aspectos susceptibles de mejora. Por otro lado, permitirá definir qué cosas y cuáles no pueden esperarse razonablemente, por parte de los familiares, de igual manera, compartir decisiones que marquen las líneas de actuación más acordes con los deseos del paciente y finalmente acompañar a lo largo de este difícil proceso de la enfermedad, a la familia y allegados [12].

Entendiendo esta realidad y en el ámbito relatado, se llevó a cabo una encuesta- entrevista a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos, que tuvieron una estancia mínima de 5 días, con el objetivo de conocer, cuál es su percepción sobre la atención brindada. El estudio se enfocó, principalmente, en los aspectos relacionados con la comunicación, la cual se plasma en el informe médico o encuentro entre el profesional a cargo del paciente y el familiar que actúa como interlocutor de la familia, y que es un indicador de satisfacción o calidad de la atención recibida y aspecto que dará a conocer cuáles son sus necesidades.

El estudio descriptivo, tipo encuesta entrevista, se realizó a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos, del Hospital del IESS, cantón Milagro, Ecuador, que estuvieron asilados al menos cinco días y con diagnóstico de Síndrome de Disfunción Multi-orgánica, SDMO producida por sepsis. Trabajo realizado desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2014, con quienes voluntariamente quisieron colaborar en el estudio. Se excluyeron a los familiares de los

pacientes que tuvieron una hospitalización menor de 5 días, considerando que aquel es un plazo operativo que permite a los familiares adaptarse al servicio.

El objetivo general fue conocer la percepción de la familia acerca de los cuidados administrados a los pacientes críticos, como indicador de calidad: satisfacción del cliente externo. Se cumplió con este objetivo a través de:

- a) Detectar las deficiencias actuales en la atención prestada a los familiares.
- b) Identificar los factores relacionados con las necesidades descubiertas.

Se recogió la información mediante la aplicación de un formulario tipo encuesta- entrevista, al familiar que cumplía el papel de interlocutor, quien no necesariamente fuera el representante legal. En aquellos casos en los que no hubo ningún familiar directo, se consideró como tal, a aquella persona relacionada que visitaba habitualmente al enfermo.

Se usaron dos herramientas: una encuesta mediante la cual se averiguó, fundamentalmente, aspectos relacionados con la atención recibida con enfoque en la comunicación y necesidades básicas, aplicada al total de familiares de los enfermos con SDMO producida por sepsis. Se incluyeron aquellos enfermos a los cuales se diagnosticó Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Y la segunda técnica fue una entrevista socio-psicológica, llevada a cabo en grupos focales de la familia completa, escogidos aleatoriamente.

Se preguntó si la información recibida fue suficiente y si la comprendieron, o si estuvo conforme con la explicación, se indagó en los grupos focales este aspecto y se definió entre otras justificaciones el uso de demasiados términos técnicos que no podían entenderlos (jergafasia profesional), la ansiedad o porque ellos escucharon lo que quisieron escuchar. Sin embargo y según sus respuestas la información recibida por los familiares de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital del IESS Milagro será calificada como veraz en un porcentaje aún por determinar.

## 2. DESARROLLO

Siendo la muerte de un paciente un hecho frecuente en el Unidad de Cuidados Críticos, numerosas publicaciones sugieren que el tratamiento al final de la vida de los pacientes

críticos y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados [13], [14], [15]. La comunicación que se establece entre el médico y el paciente tiene gran relevancia, ya que del adecuado entendimiento mutuo se genera la adherencia terapéutica y con ello, una intervención exitosa y humanamente gratificante [16].

En esta relación las habilidades comunicativas del clínico son piezas clave para el intercambio de mensajes, es necesario tomar en cuenta que el proceso comunicativo no se establece en un solo sentido: médico - paciente - familia, sino y además de forma inversa. La comunicación clínica implica una interacción en donde escuchar, ser escuchado y entenderse mutuamente, adquiere una gran relevancia para conseguir los objetivos que se persigan [17], [18].

La calidad en salud puede ser valorada desde varios puntos de vista y teorías, una de ellas es la búsqueda de información, acerca de la satisfacción en la atención prestada y percibida por los clientes internos y externos de una organización y fue el objetivo de esta investigación. Puede hacerse una aproximación valorativa de la calidad de atención, como aquella que incluya, entre varios aspectos, la orientación a las personas, la premisa de la competencia del profesional, basado en el rigor científico y un quehacer técnicamente bueno, no basta la buena voluntad, se precisa de competencia.

En este ámbito, los resultados buscarán mostrar si el Personal de intensivistas de la Unidad de Cuidados Críticos en el Hospital del IESS Milagro, valorados desde la percepción de los familiares, es el adecuado. Esto en aspectos como: calidad de atención, empatía, confianza, comprensión, veracidad, así como la opción que tendrán los familiares de los enfermos para realizar preguntas; la visión en conjunto de la atención recibida, se pretende sea muy buena. Dato importante por evidenciar, que se valorará en la encuesta psicológica, pues pese a la diversidad y complejidad de emociones generadas en la familia de los pacientes, cuando se les comunica malas noticias, el manejo de la comunicación por parte del Intensivista será calificada, los datos señalarán si hubo una correcta relación de ayuda, y si esto disminuyó la secuela emocional sobre la familia y les facilitó la asimilación del impacto.

Los resultados en trabajos previos publica-

dos, arrojan cifras de casi el 50% de encuestados que consideraba que no había habido una correcta comunicación con los médicos de cuidados intensivos, a tal punto que las denominan como "Unidades de Comunicación Ineficaz" [19]. Para entender los factores relacionados con las necesidades de los familiares y el por qué refieren que la información dada por los intensivistas no fue suficiente, no la comprendieron o no fue veraz, el estudio de Azoulay, en Francia, identifica los factores relacionados, y clarifica los resultados de esta investigación y de otras similares [20].

Del anterior estudio, se dieron factores relacionados con el paciente: insuficiencia respiratoria, la inconsciencia como causa de ingreso, es el caso que la totalidad de los pacientes estaban en ventilación mecánica, y sedados, con pronóstico relativamente malo (también ocurre en este estudio, en los enfermos con compromiso multiorgánico, SDMO, por *sepsis*). En tanto que los factores asociados a la familia: el representante, fuese el cónyuge o representante legal; en los casos podrá estar compuesta por una familia nuclear es decir conyugue, hijos o padres, o por familias compuestas por otros (amigos, vecinos, solos, otros). Entre los factores relacionados con el personal médico: la duración de la primera entrevista con la familia, se pretendió que fuese al menos de 10 minutos, dato previamente estandarizado internacionalmente; pues un médico tratante tiene que dar la información a la familia en un tiempo menor al tiempo referido en este estudio.

Otro aspecto que se pretende erradicar, en la falta de comprensión por parte de la familia de los enfermos críticos, es la carencia de un tríptico informativo, acerca del funcionamiento básico de un servicio de cuidados intensivos, cuyo impacto ha sido estudiado específicamente en un estudio aleatorio en 34 servicios de cuidados intensivos franceses. Demostró que por sí mismo reduce los casos de pobre comprensión, con cifras variables entre el 11,5% al 40,9%. La falta de información escrita, por esta vía u otras relacionadas con los aspectos administrativos de funcionamiento del servicio, explica el alto porcentaje de respondedores, que manifiestan que deberíamos consultar con otros especialistas para el manejo de nuestros pacientes [21].

Dado por hecho y tiene razón la familia

acerca de esa inquietud, pues uno de los aspectos a considerar, para mejorar la calidad de atención al paciente y su familia, efectivamente, es tender puentes con y entre las especialidades, las habilidades propias de cada especialidad tienen que integrarse en la atención del paciente. Cohesionar la medicina crítica con las otras especialidades, supone también plantearse objetivos comunes, propiciando un lenguaje común y buscando coherencia entre ellos a la hora de aplicar el mejor tratamiento y de informarlo a la familia.

Las dos herramientas aplicadas en el estudio permitieron conocer las necesidades y expectativas que tuvieron los familiares de los pacientes ingresados en el Servicio, poniendo de relieve dos aspectos que tienen que satisfacerse en forma más clara y en un lapso más corto de tiempo, como sea posible. En este caso son aquellos relacionados con el deseo o esperanza de curación y la información acerca de la evolución de los enfermos y de los resultados o pronóstico que se pueden esperar; lo cual está en consonancia con los datos reportados en otras investigaciones.

De las respuestas obtenidas se identificaron aspectos susceptibles de mejorar: unos más trascendentes que otros; referidos al aspecto confesional. Los momentos duros y la confrontación a las verdades más dolorosas, que determinan gran sufrimiento en los familiares de los pacientes, gravemente enfermos, se ven menguados gracias al soporte religioso-confesional. La ayuda y el consuelo espiritual que se les proporciona es indudable, con sus propias palabras encontraron una fuente de acompañamiento a su sufrimiento, esperanza, fortaleza y paz espiritual, por lo que es prioritario satisfacer esa necesidad con personal idóneo y calificado en estos aspectos.

La mayoría de los entrevistados presentarán una variedad de secuelas emocionales, psicológicas: grados diversos de angustia, depresión, desconcierto, confusión, lo cual es corroborado por estudios como el realizado por Frédéric Pochard, quien demostró que más de dos tercios de los familiares que visitan pacientes, en los cuidados intensivos, manifestaban ese tipo de emociones, por lo mismo es de particular interés procurar personal preparado para el manejo de familias en crisis [22].

Otros aspectos que sin duda son susceptibles de mejora, son aquellos relacionados con

el espacio físico en donde reciben el informe médico, se debe disponer, y es una obligación por parte de las instancias administrativas, espacios cómodos, individuales y que optimicen sobre todo la privacidad. Y otros, que sin duda pudieran ser percibidos como banales, son percibidos por la familia de los pacientes como básicos, para satisfacer sus necesidades, como es el disponer de una cafetería, un bar, baños limpios siempre disponibles, internet, además de cierta flexibilidad en los horarios establecidos para la visita, así como la de ser partícipes y colaboradores de pequeñas acciones de cuidado a sus enfermos.

En el último aspecto mencionado, vale la pena recalcar la disposición familiar para colaborar en el cuidado de sus enfermos. Por lo cual la jefatura del servicio debería propiciar cambios en este sentido, para hacer que la familia, se “haga cargo” de pequeñas decisiones de forma progresiva y generalizada, dentro de ciertos límites y sin comprometer aún más la salud de los pacientes.

Por ejemplo, están los cambios de posición, asistirlo en la ingesta alimentaria o en la administración de sorbos de agua, masajes y rehabilitación motora; siempre y de acuerdo con el personal de enfermería que atiende al enfermo. Son pequeñas cosas que mejoran la relación médico familia y palian de alguna forma el secretismo del que adolecen los cuidados críticos, como si todo lo que se hace no pudiera ser ni visto ni compartido por los no profesionales [23].

### 3. CONCLUSION

Dar una mala noticia incorrectamente puede magnificar la visión negativa de las consecuencias que de ella se derivan, dificultar la adaptación y planificación de la nueva situación o el correcto inicio del duelo, y deteriorar la relación con los profesionales. Los médicos intensivistas son responsables de la comunicación con la familia de los enfermos ingresados, deben afrontar todo el proceso comunicativo de una enfermedad grave y rápidamente evolutiva, a veces muy compleja, como el fracaso multiorgánico; y por otro son portadores de malas noticias.

El proceso antes descrito, genera con frecuencia dilemas éticos, tal como ocurre con la limitación del esfuerzo terapéutico, más aún cuando los individuos y la sociedad en su conjunto están cada día más sensibilizados,

poseen mayor información-conocimiento y exigencia. Por lo que una comunicación adecuada y eficaz, redundará en buenos resultados, en cuanto a satisfacción de los familiares de la Unidad de Cuidados Crítico.

En cuanto a los objetivos planteados en el estudio, conocer la expectativa de los familiares, acerca de la percepción obtenida en la relación con el intensivista, en aspectos relacionados con la atención brindada a los enfermos graves, se constituye en un indicador de calidad de atención y es reconocido de hecho en otras investigaciones relacionadas. También se podría conocer las necesidades planteadas por los familiares, y las respuestas ante las mismas que se puedan resolver y en el de las autoridades correspondientes solucionarlas.

Si bien no existe protocolo escrito para definir elementos indispensables como es de la autonomía, el consentimiento delegado, la confidencialidad, tampoco un ámbito que lo facilite y promueva, en forma estandarizada y ge-

neralizada, en las instituciones de salud y los servicios de cuidados intensivos en particular, es hora de abordarlos con responsabilidad, y el momento para alentarse y exigirse, porque se reconoce que es un elemento susceptible de mejora.

Los resultados obtenidos en el estudio servirán de motivación para los profesionales intensivistas de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital del IESS, del cantón Milagro, y son a la vez aspectos perfectibles, si lo que se persigue es fomentar una cultura de atención integral al paciente, con énfasis en la calidad y calidez. Las relaciones que establecerán con los familiares, son determinantes en el resultado asistencial final, por lo que se requiere, en forma permanente, de capacitación, entrenamiento, reentrenamiento, en temas relacionados con la comunicación en la relación médico-paciente-familia, pues una adecuada relación, establece la diferencia en la calidad de la atención.

#### Referencias Bibliográficas

- [1]. Assumpta Ricart. La comunicación en Medicina Intensiva. Hospital Creu Roja. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. 1ª Ed, 2008.
- [2]. Dowling J, Wang B. Impact of family Satisfaction. Chest 2005; 128: 76S-80S.
- [3]. Melendo, T. Más sobre la dignidad humana. Cuadernos de Bioética 1997, 4: 1480-1489.
- [4]. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Ethical principles in intensive care. Ethical guidelines. Intens Crit Care Digest 1992; 11: 40-51.
- [5]. Llubià Canat J. Unidades de Cuidados Críticos: la difícil tarea de la información. Ed Clin (Barc) 2000; 114: 141-144.
- [6]. 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: 1591-1598.
- [7]. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. J Clin Nurs. 2002; 11: 575-584.
- [8]. Emanuel EJ. Care for dying patients. Lancet 1997; 349: 1714.
- [9]. Santana Cabrera L; et al. Satisfaction survey administered to the relatives of critical patients. Med. Intensiva Madrid mar. 2007 (31): 2
- [10]. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, justice. En: Beauchamp TL, Childress JF, editors. Principles of biomedical ethics (4th ed.). New York: Oxford University Press, 1994; 120-394.
- [11]. Suñol R, Delgado R, Net A, et al. El programa de Control de Calidad en el Hospital de la Santa Creu i sant Pau. Rev Control Calidad Asist (Barcelona) 1987; 3(3): 185-192.
- [12]. Comunicación de información acerca de la enfermedad. Consideraciones clínicas, sociológicas, metodológicas. Actual Psicol (La Habana) 1980; 2(2):3-59.
- [13]. Azoulay, E, Chevret S, Liliu G, pochart F, Boboteu M, Adria C, et al. Half the families of UCI patients experiences inadequate communication with phusiicians. Critical Care Medicine 2000; 28: 3044.
- [14]. De Albístur MC, Bacigalupo JC, Uzal M, Ebeid A, MacielM, Gerez J. Informe médico en la Unidad de Medicina Intensiva. Paciente Crítico 1999; 12(1): 68-79.
- [15]. De Hennezel, M. & Leloup J-Y. (1998). El arte de morir. Tradiciones religiosas y espiritualidad humanista ante la muerte. Viena Ediciones, Madrid, 1998.
- [16]. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. Ann Intern Med 1991;115:478-485.
- [17]. Johnston S. C., Pfeifer M., McNutt R., for the End of Life Study Group. The Discussion About Advance Directives. Patient and Physician Opinions Regarding When and How It Should Be Conducted. Arch Intern Med (1995); 155: 1025-1030.
- [18]. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miro G, Fernandez Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Med 2001; 27: 1744-1749.
- [19]. Carlet J, Thies 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, Belgium, April 2003.
- [20]. Assumpta Ricart. La Comunicación en Medicina Intensiva. Libro Electrónico de Medicina Intensiva. ISSN : 1578-7710.
- [21]. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000; 28: 3044-3049.
- [22]. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 438-442.
- [23]. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, 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(10): 1893-1897.