



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO DE ENFERMERÍA**

**Curso académico (2015-2016)**

### **Trabajo Fin de Grado**

**Comunicación de Malas Noticias en la  
Donación y Trasplante de órganos.**

**Revisión Bibliográfica**

Alumno/a: Ainara Urieta Arboleya

Tutor/a: D. Roberto Martínez Martín

Junio, 2016

## ÍNDICE

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Resumen.....                | 2  |
| Introducción.....           | 3  |
| Objetivos.....              | 23 |
| Material y métodos.....     | 24 |
| Resultados y discusión..... | 26 |
| Conclusiones.....           | 29 |
| Bibliografía.....           | 30 |

## RESUMEN

**Introducción y Objetivo:** Comunicar malas noticias es una de las tareas más difíciles a las que se deben enfrentar los profesionales sanitarios, y a pesar de ello ha sido considerada como una competencia menor. Se puede definir la mala noticia como aquella que altera negativamente las expectativas futuras del paciente y/o familia. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico. Estudios aleatorizados han demostrado que el aprendizaje de habilidades de comunicación puede producir un impacto positivo tanto en el dador como en el receptor de malas noticias.

El objetivo es evidenciar que la formación en técnicas, habilidades y metodología para la comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario, es el instrumento necesario para mejorar la calidad de la información ofrecida a las familias y el éxito en la donación de órganos.

**Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica siguiendo el protocolo estandarizado para ello, con el objetivo de hallar el mayor número de evidencias sobre el objeto de estudio.

**Resultados:** Existen múltiples estudios que indican como el contacto de profesionales sanitarios con familias de pacientes críticos les supone una fuente generadora de tensión debido a la falta de estrategias de comunicación a la hora de afrontar estos momentos delicados y duros. Muchos de ellos reconocen evitar el contacto, por un sentimiento de intrusismo en esos momentos, dificultando la interacción con las familias. En el momento de la donación, el 80% de médicos y enfermeras lo consideran como un momento difícil por las implicaciones emocionales y el estrés que conlleva el proceso. Existe la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación dentro del ámbito de estos profesionales, intentando mejorar la comunicación de malas noticias, creando un ambiente de respeto, empatía y autenticidad.

**PALABRAS CLAVE:** comunicación, malas noticias, donación y trasplante, habilidades de comunicación.

# INTRODUCCIÓN

Las malas noticias se entienden como la comunicación de algo desconocido que altera las expectativas futuras de las personas.

La comunicación de malas noticias (CMN) es una tarea generadora de tensión en los profesionales de la salud, a la vez que un acto tremendamente humano, ético, médico y legal. El proceso de donación se encuentra inmerso en el proceso de comunicación de la peor de las noticias, la muerte, y producida la mayoría de las veces de manera súbita. <sup>1</sup>

Muchos profesionales han experimentado alguna vez el sentimiento de no haber sabido transmitir bien la gravedad de la situación a unos familiares atribulados por el sufrimiento y la incertidumbre. Es una situación dura, porque haciendo las cosas técnicamente bien el paciente y/o la familia no lo percibe de la misma manera. Estas disfunciones en la comunicación, especialmente cuando se comunican malas noticias, erosionan la confianza de las familias y están en el origen de los recelos, incomprensiones, desencuentros, quejas o incluso demandas judiciales que vemos con creciente frecuencia en nuestros centros. <sup>2</sup>

Uno de los factores que influyen de manera importante es que el planteamiento se lleva a cabo en el peor momento de la vida de una persona, cuando acaba de perder un ser querido. El impacto emocional que produce la muerte, la irreversibilidad de lo ocurrido, hace muy difícil que se pueda integrar y asimilar la información. Por otro lado, son los propios profesionales de la salud los que tienen que comunicar este hecho irreversible, una labor que no está recogida en los planes de estudio de ninguna universidad de España. <sup>3</sup>

Cuando hablamos de CMN casi siempre va ligado a fracaso terapéutico y/o muerte. Pero también se asocia cada día más a la posibilidad de ofrecer vida a otras personas a través de la donación de órganos y su posterior trasplante.

¿Qué es la donación de órganos?

La donación de órganos es la adquisición de órganos y tejidos sanos de una persona fallecida recientemente o de un donante vivo para trasplantarlos en otra.

El trasplante, en medicina se define como la sustitución de un órgano o tejido enfermo por otro sano que puede proceder de la misma persona o de una persona sana.<sup>4</sup>

### DATOS HISTORICOS

Desde los inicios de la humanidad, el hombre ha observado el proceso de curación de las heridas y ha intentado reproducirlo. Se sabe que en el Neolítico ya se realizaban prácticas quirúrgicas y en el Imperio Inca se sustituían huesos dañados por placas de oro en intervenciones a cerebro descubierto.<sup>4</sup>

Gaspare Tagliacozzi, en el siglo XVI realizó el primer trasplante de piel para reparar la nariz a partir de un colgajo extraído del antebrazo, y a partir de estas operaciones identificó el fenómeno del rechazo de un tejido trasplantado de un individuo a otro. Pese a esto, el término trasplante se debe a John Hunter (siglo XVIII) quien lo empleó para referirse a los implantes de dientes que llevaba a cabo.<sup>4</sup>

En el siglo XX, la historia del trasplante de órganos en humanos se inicia en 1906 con la implantación de un riñón de cerdo en el codo de un urémico. Posteriormente Voronoy, en 1933, realizó el primer trasplante renal de cadáver. El enfermo murió a los dos días, pero se constató que el riñón trasplantado comenzaba a funcionar enseguida en el receptor, lo que demostraba que era posible sustituir órganos. No obstante, pasaron décadas hasta que se consiguió que el trasplantado viviera más de unas horas, días o semanas.<sup>4</sup>

En 1954 se llevó a cabo el primer trasplante renal con éxito total al trasplantar a un paciente un riñón procedente de su gemelo idéntico, evitando así el rechazo, y en 1958 se realizó en Boston el primer trasplante utilizando medicamentos inmunosupresores, evitando el rechazo. Con los inmunosupresores se inició una

nueva etapa del trasplante que iba a posibilitar salvar miles de vidas en todo el mundo. Tras este primer trasplante con éxito, le sucedieron el trasplante de hígado en 1963 y el de corazón en 1967. <sup>4</sup>

El trasplante de órganos sigue siendo esencial para el tratamiento de algunas enfermedades. En España, el primer trasplante de órganos con éxito se realizó en 1965 en Barcelona, cuando se trasplantó un riñón obtenido de un cadáver. Éste ha ido en aumento y se ha generalizado en las últimas décadas. Se trata de un tratamiento que resulta indispensable en determinadas enfermedades. <sup>4,5</sup>

Pero cuando hablamos de donación en un paciente sin expectativas de vida, tenemos que tener en cuenta que inmediatamente nos vamos a enfrentar a una situación extremadamente delicada, el abordaje de la familia del posible donante y su autorización a la donación. Por ello cuando un paciente y su familia están bien informados, sabemos que tendremos más posibilidad de que haya más adhesión al tratamiento y colabore mejor. <sup>1</sup>

Transmitir un fracaso terapéutico o incluso la muerte, es una de las situaciones que generan más tensión en los profesionales, entre otras cosas porque sabemos que va a producir en la familia reacciones de difícil control y manejo. <sup>1</sup> Cuando se trata de familias de potenciales donantes, si la familia no se ha sentido bien informada, o ha percibido mal trato, es más que probable que, al menos inicialmente, haya una respuesta negativa a la donación. <sup>1</sup>

La comunicación sanitaria tiene el carácter de ayuda profesional y tiene como objetivo facilitar al paciente y la familia, la expresión de sus pensamientos y deseos. Se basa en tres pilares: el respeto cálido, la empatía, la autenticidad.

**-El Respeto Cálido** es la aceptación y la valoración de la persona como un ser único y capaz de elegir la conducta más adecuada en cada momento, implica confianza, acogida y cordialidad en el trato.

**-La Empatía** es la comprensión básica de la escucha. Es ser capaz de ponerse en el lugar del otro y entender sus sentimientos, actitudes y comportamientos, leer

emocionalmente a las personas. Exige la capacidad de, ser capaz de meterse en la vivencia del otro por un momento.

**-La Autenticidad** es un ajuste interno entre lo que se es, y lo que se comunica, por lo que debe ir acompañada del Canal de Comunicación No Verbal (CNV), ya que además de ser el canal de comunicación que expresa los sentimientos, cuando los dos canales de comunicación se contradicen, el que predomina es el CNV. Proporciona autoridad, genera confianza y carisma. <sup>1</sup>

Comunicar a un paciente o su familia que con el tratamiento pautado estamos consiguiendo la buena evolución del paciente siempre es agradable, pero comunicar lo contrario, un mal pronóstico o incluso la peor de las noticias, la muerte, ya no es tan fácil, sobre todo porque sabemos que va a generar en el paciente y/o familia reacciones de difícil control y manejo. <sup>7</sup>

### **Teoría de la comunicación**

La comunicación es un proceso interactivo y cotidiano, que hace a los seres sociables. En su forma más básica, es el intercambio de mensajes entre personas que están involucradas en un proceso de comunicación. <sup>7</sup>

### **Niveles en la comunicación**

En cada mensaje se pueden distinguir dos niveles de comunicación:

- 1.- El *Nivel Denotativo* que indica lo que se dice con las palabras, es decir, el contenido del mensaje que se transmite.
- 2.- El *Nivel Metacomunicativo* que es término usado para los elementos no verbales, es la CNV. Incluye los mensajes implícitos y explícitos que se transmiten de forma muchas veces involuntaria y que proporcionan información adicional para interpretar correctamente el mensaje.

Es importante mantener congruencia entre ambos niveles de comunicación, ya que proporciona fiabilidad, confianza y respeto.

## **1.- Nivel Denotativo. Comunicación Verbal**

En las situaciones de crisis emocional, se hace especialmente complicada la integración y comprensión de la información, por lo que el mensaje debe ser:

- **Claro, sencillo y directo:** Se pueden utilizar algunas frases introductorias para dar la mala noticia, pero sin rodeos, ya que pueden añadir confusión.
- **Corto:** La utilización de frases estructuradas y breves facilita la integración del mensaje.
- **Respetuoso** con el ritmo de asimilación de la información: Cada persona tiene su ritmo y la aceptación de la muerte de un ser querido le lleva a cada uno su tiempo, por lo que la información se debe adecuar a cada persona.
- **Dar oportunidad** de formular preguntas: Aunque tengamos prisa, actuar como si se dispusiera de tiempo.

## **2.- Nivel Metacomunicativo. Comunicación No Verbal (CNV)**

La CNV es importante en el sentido que transmite las actitudes interpersonales, las emociones y los sentimientos. Los elementos de la Comunicación no verbal:

- **La expresión facial:** Expresamos las emociones, reforzamos contenidos, mostramos enfado, indicamos atención, disgusto, etc.
- **La mirada:** Es el elemento de la CNV con el que se expresa o se trata de averiguar la sinceridad, la veracidad en la información.  
En la comunicación sanitaria mantener el contacto ocular la mayor parte del tiempo refuerza la sinceridad en la información. En general, una mirada abierta suele ser indicativa de que una comunicación va bien.
- **La sonrisa:** Sobre todo expresa felicidad, alegría y simpatía, pero también cuando la sonrisa se acompaña de la escucha, muestra empatía. *La sonrisa se utiliza para amortiguar situaciones de tensión.*
- **El contacto físico:** Transmite apoyo y calidez. Puede ser a veces sustitutivo de la palabra, siempre que no invada el espacio de intimidad. El contacto físico es el único elemento de la CNV que hay que evaluar si podemos o no utilizarlo.

- **La postura:** Refleja las actitudes y sentimientos que tenemos en las relaciones interpersonales, debe ser facilitadora de la comunicación.

- **La orientación:** Tendente a eliminar barreras, preferiblemente sentarse uno al lado de otro, sin barreras físicas.

- **Asentimientos de cabeza:** Transmitir al interlocutor que se le escucha a través de asentimientos de cabeza.

- **El Silencio:** Es un elemento facilitador de la CNV, anima a hablar.

- **El Tono de Voz:** Cuando se trata de comunicar malas noticias, el tono de voz adquiere gran importancia, ya que un tono de voz suave transmite calidez y amortigua el impacto.

- **Las Pausas:** Aunque no tienen valor informativo, la utilización de pausas es muy importante en el sentido de que potencia la importancia del mensaje. <sup>7</sup>

## ESCUCHA ACTIVA

Escuchar es un proceso psicológico que, a partir de lo que se está oyendo hace que el que escucha se sumerja en el mundo interior del que lo expresa.<sup>7</sup>

Escuchar no es algo que dependa sólo de nuestra agudeza auditiva. Hay una gran diferencia entre oír y escuchar. Oír es percibir vibraciones de sonido y es un acto involuntario. Escuchar es un acto consciente y voluntario que implica un mayor esfuerzo, es entender y dar sentido a lo que estamos oyendo. Cuando escuchamos activamente no lo hacemos sólo con los oídos. <sup>7</sup>

Escuchamos con la observación del otro, para entender sus mensajes no verbales: escuchamos con el cuerpo, con los sentidos, con el uso de monosílabos y sobre todo con el silencio. <sup>1</sup>

Escuchar Activamente es un acto voluntario que va acompañado de un esfuerzo por parte de la persona que escucha, lleva implícito poner atención e interés para sentir lo que el otro siente cuando nos lo manifiesta. Escuchando proporcionamos apoyo emocional. <sup>7</sup>

*-Elementos que ayudan a escuchar activamente:*

» La paciencia.

» El respeto.

Acompañados de:

» Actitud tranquila, postura adecuada y la expresión facial mostrando interés. <sup>7</sup>

*-Elementos que producen “ruido” y que impiden la escucha activa:*

»El prejuicio, la tendencia a hacer juicios de valor sobre lo que percibimos.

»La ansiedad.

»La prisa.

»La tendencia a dar consejos que no se han pedido. <sup>7</sup>

Por lo tanto todas las técnicas de comunicación efectivas parten de la práctica de la escucha activa. <sup>1</sup>

## **Técnicas de reformulación de la escucha activa**

La escucha activa es el elemento principal para llevar a cabo la Relación de Ayuda, siempre que tenga una respuesta. El ayudado debe percibir que está siendo comprendido, por lo que tiene que recibir una respuesta empática. <sup>7</sup>

La Reformulación tiene tres objetivos:

-Que el que escucha pueda comprobar si lo que ha entendido es lo que el otro le quería transmitir.

-Hacerle saber que está escuchando y comprendiendo.

-Plasmar de manera concreta lo que se está escuchando y retomararlo de manera que pueda revertir en su ayuda. <sup>7</sup>

Las más importantes son:

### 1.- Reflejo de emociones

También llamada la “**Técnica del espejo**” trata de reflejar lo que el otro siente, poniéndose a su lado, entendiendo lo que siente y verbalizándolo. No sólo hay que

estar atento a “lo que dice”, sino también a “como lo dice”. Se dirige a los sentimientos y se centra en el estado emocional de ese momento del interlocutor.

## 2.- Clarificación

Pretende aclarar el mensaje que se nos está transmitiendo.

El objetivo es evitar errores de comprensión o confirmar lo que acabamos de escuchar, aclarando el mensaje.

## 3.- Paráfrasis

Es la repetición no literal del mensaje con el fin de que haya una mejor comprensión.

## 4.- Resumen de la información

A través de conjuntos de reflejos de emociones y paráfrasis se van sumando mensajes y resumiendo la interacción.

## 5.- El silencio

El silencio también se escucha. Salvo el silencio producido por el miedo, el rechazo o la molestia, hay silencios que son positivos en una relación de ayuda.

El silencio ayuda a tomar contacto con uno mismo.

En las situaciones de cierta tensión, se hace especialmente difícil aguantar los silencios de otro y tendemos a llenarlos la mayoría de las ocasiones con poca fortuna, ya que se habla de forma poco reflexiva.

El que ayuda tiene que “escuchar” el silencio y conocer si tiene que actuar o no, a veces el simple contacto físico, contesta al silencio de manera adecuada.

## 6.- Las preguntas

Una parte de la información se obtiene a través de las preguntas. En las situaciones de crisis emocional, es importante tener en cuenta que es tanto más eficaz su utilización cuanto mayor grado de confianza hemos establecido con el interlocutor, por lo que las preguntas se deben plantear cuando hay un buen clima de confianza, ya que es más probable que se abandonen posturas defensivas o de recelo.

Es muy importante la manera en cómo se hagan las preguntas ya que no es sólo la obtención de la información lo que nos debe guiar a plantearlas, sino también la necesidad de comprender y ayudar.<sup>7</sup>

Pueden ser de tres tipos:

1.- Abiertas: Son muy útiles, sobre todo cuando lo que queremos conocer son opiniones y/o sentimientos.

2.- Cerradas: Proporcionan menos información, ya que limitan las respuestas a sí o no, por lo tanto no animan a hablar. Requieren conocimiento previo del tema por parte del entrevistador y demuestra menos interés en la persona.

3.- Inquisitivas: Se debe tener cuidado con este tipo de preguntas ya que en general, tienden a poner al otro a la defensiva. <sup>7</sup>

Aunque todos los tipos de preguntas suelen ser de utilidad, en una situación de crisis emocional es mucho más beneficioso realizar preguntas abiertas y centrarse en los intereses del otro más que en los propios. <sup>7</sup>

## RELACION DE AYUDA

La Relación de Ayuda, se enmarca dentro de la Escucha Activa. Ésta no es monopolio de aquellas profesiones que trabajan precisamente este tipo de relación, ni tampoco se debe suprimir la profesionalidad en la Relación de Ayuda. Para los profesionales, médicos, enfermeras, auxiliares, se trata de proporcionar habilidades y herramientas que faciliten la interacción con los pacientes y/ o sus familias y que les permitan establecer con ellos una relación más humana y cálida. <sup>7</sup>

## COMUNICANDO MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA INTENSIVA

La CMN es reconocida por los profesionales como una de las situaciones que generan más tensión en su práctica diaria. <sup>3</sup>

Los factores que dificultan la CMN pueden provenir del ambiente sociocultural, del paciente/familia o del propio médico. <sup>2</sup>

El concepto de CMN más aceptado es el de Buckman: “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente y/o familia sobre su futuro. <sup>2</sup>

Aproximadamente la mitad de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) experimentan dificultades de comunicación con los médicos. Aunque el protocolo Baile-Buckman es de aplicación general dentro del

hospital, la UCI presenta aspectos específicos que afectan a la aplicación de dicho protocolo en el ámbito de la Medicina Intensiva. Estos aspectos son los siguientes:

- Se recomienda que el equipo de coordinación sea estable en el tiempo, consideración que se debe reflejar a la hora las estrategias en la CMN.
- La información a la familia sobre el pronóstico y el ingreso de un paciente en una UCI como posible donante ha de ser *veraz* y proporcionarse de manera clara, aunque progresiva y adecuada a su ritmo de asimilación de la situación. Por tanto, se recomienda evaluar de manera individualizada el momento y las circunstancias en las que dicha información se proporciona.
- Los profesionales de las UCI deben de estar formados en aspectos relativos al proceso de morir y el acompañamiento en el duelo.<sup>2,9</sup>

### **El papel de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos**

La familia del paciente crítico sufre la angustia que supone la amenaza de su muerte inminente, está bajo el impacto emocional de su pérdida brusca de salud, y apenas entiende lo imprevisible de su evolución clínica en cortos períodos de tiempo. Debemos ser conscientes de que el ingreso en la UCI de un paciente ya es considerado por su familia como una mala noticia, y que el ambiente lleno de aparatos y cables de estas unidades puede ser muy intimidatorio para los ya de por sí abrumados familiares. En este contexto es esencial una comunicación franca y fluida entre los responsables del cuidado del paciente crítico y su familia. El cumplimiento escrupuloso de los pasos del protocolo de Baile-Buckman, es una herramienta fundamental para conseguir este objetivo. Especialmente útil es emplear un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, gastar el tiempo necesario y realizar la entrevista en una estancia suficientemente confortable y con el nivel de privacidad adecuado.<sup>2</sup>

Es crucial hacer ver a la familia que existe un plan terapéutico a seguir, y que en caso de que los resultados no sean los adecuados existen planes alternativos.<sup>2</sup>

Todas las intervenciones terapéuticas urgentes que se planteen, especialmente las consideradas «sensibles» a la familia, como: la intubación

traqueal, la restricción física por agitación, etc., deberán ser comunicadas y explicadas puntualmente, pues las sorpresas en este sentido suelen ser, comprensiblemente, muy mal asumidas por los allegados y son fuente segura de conflictividad.<sup>2</sup>

## TOMA DE DECISIONES CON RESPECTO A LA SUSPENSIÓN DEL SOPORTE VITAL

Esta situación hace a la familia la protagonista en el proceso de toma de decisiones, pues es evidente que son los familiares los que mejor conocen las preferencias y deseos del paciente.

La introducción en nuestro país del documento de “**voluntades anticipadas o testamento vital**”, si el paciente lo ha cumplimentado y registrado, es un elemento que ayudará a médicos y familiares en el proceso de la toma de decisiones sobre limitaciones del esfuerzo terapéutico.<sup>2</sup>

Es de máximo rigor garantizar el derecho a que se aplique la voluntad del fallecido o la de los familiares con respecto a la donación.<sup>6</sup>

## PETICIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

Para solventar con éxito estas entrevistas se requiere, además de seguir los pasos del protocolo de Baile-Buckman, cumplir con dos requisitos previos:

-El primero es que debemos dejar pasar un cierto tiempo entre la comunicación del fallecimiento y la petición de donación para que la familia pueda reaccionar y así liberar su carga de emotividad.

-El segundo es la necesidad de que las personas encargadas de conducir la entrevista, con frecuencia intensivistas, tengan una preparación específica en donación debido a las dificultades especiales de la tarea. Dado que los pacientes con muerte encefálica son los proveedores mayoritarios de órganos, es clave saber explicar bien esta situación a los familiares.<sup>2</sup>

## ¿Cómo pueden aprenderse las habilidades de comunicación?

La forma más habitual de aprendizaje de habilidades básicas de comunicación sería fijándose en cómo lo hacen los compañeros más experimentados, muchos de ellos responsables de nuestra formación médica (aprendizaje «por ósmosis»). No obstante, esta enseñanza es típicamente no sistematizada y muy dependiente de la cualidades comunicativas del «maestro». Aunque la forma más natural de aprender estas habilidades sería dentro de la formación de pregrado. <sup>2</sup>

Cómo llevar a cabo una buena relación interpersonal con el usuario es algo que se aprende, en el mejor de los casos, de manera intuitiva, viendo cómo lo hacen los demás o a fuerza de acierto y error, produciendo esto último en muchas ocasiones angustia en los profesionales que les provocan reacciones de rechazo o de huida.

Para mejorar la efectividad en la obtención del consentimiento a la donación, y como cada entrevista es diferente, se recomienda seguir una metodología con fases secuenciales, claramente diferenciadas, que no deben mezclarse entre sí:

1. Es conveniente preparar siempre la entrevista. Informarse sobre la familia, planificar la ubicación donde se llevará a cabo la entrevista y la forma de comunicar la muerte, avisar con tiempo a la familia, y organizar los recursos humanos y materiales necesarios.

- Preparar cualquier aspecto relacionado con la entrevista que pueda influir en el resultado de la misma, reduciendo al máximo la necesidad de improvisar.

- Se recomienda hacer la entrevista siempre en un lugar separado que no esté alejada del donante (dentro de la propia unidad si es posible), con privacidad y recursos que cubran necesidades mínimas o solucionen pequeñas dificultades que puedan surgir (teléfono, pañuelos, agua...). Debe de ser un espacio que ayude a crear un clima adecuado para la comunicación y que permita a la familia expresar sus emociones “**Sala de apoyo familiar**”.

- Se aconseja la realización de la entrevista por la mañana, con luz del día. En ese momento del día se suele estar más descansado y con mayor receptividad.

- En caso de barreras o dificultades de tipo social, cultural, o idiomático, se puede prever el apoyo de cooperadores, traductores y amigos del posible donante con mayor nivel de integración, o de referentes religiosos cuya cooperación pueda ser beneficiosa para la familia. Se debe informar previamente a estas personas sobre la donación para que sean un apoyo para la familia y mantengan una actitud propicia, evitando que se limiten a realizar una simple traducción.

- Es necesario preparar la entrevista con el profesional que vaya a comunicar la muerte. Lo habitual es que se trate del facultativo que ha tenido el paciente a su cargo, preferiblemente formado en técnicas de comunicación. Se preparará la información que se dará a la familia y la forma de comunicarla, incluyendo la comunicación de muerte.

2. Se considera apropiado no limitar el número de personas que participan en la entrevista. Deben estar todos aquellos que son relevantes en la decisión y se debe mantener el contacto con ellos.

- Es conveniente identificar a aquéllos que, por su relación cercana al donante o por su posición o capacidad de liderazgo, puedan tener mayor influencia en la decisión del grupo.

3. Se recomienda no prejuzgar el resultado de la entrevista e intentarlo siempre y no preestablecer un tiempo máximo de entrevista.

- La entrevista se debe realizar siempre, excepto cuando se sabe que no se va a poder realizar el trasplante.

4. Es muy importante establecer una relación de ayuda profesional que facilite la confianza necesaria para que los familiares acepten la opción de la donación. Para ello es esencial conocer y utilizar las herramientas de comunicación.

- El contacto físico es importante si la familia muestra que lo requiere.

5. La entrevista se estructura en una serie de fases sucesivas e independientes: inicio, comunicación de muerte, solicitud del consentimiento a la donación, y finalización. Es muy importante no mezclar las diferentes fases de la entrevista y cerciorarse de que la familia ha comprendido el hecho de la muerte antes de pasar a la solicitud del consentimiento.

6. La comunicación de muerte la debe hacer el facultativo y personal de enfermería del paciente, que responderá cuantas preguntas le haga la familia.

- Se recomienda que la comunicación de muerte comience con fórmulas establecidas de comunicación similares a “como ya sabe la situación de su familiar era muy grave”, “desgraciadamente tenemos malas noticias”, que den pie a la comunicación y explicación de la muerte, respondiendo a cuantas preguntas formulen los familiares e incitando, con preguntas abiertas, a los familiares a aclarar sus dudas.

7. La solicitud del consentimiento a la donación debe hacerla el coordinador de forma clara, directa y sin rodeos, como una opción, un derecho, un privilegio o una forma de ayudar a los demás. Siempre tras verificar que la familia ha comprendido el hecho de la muerte.

- Es muy importante preguntar por la opinión que tenía el fallecido respecto a la donación.

8. En caso de negativa, se recomienda utilizar técnicas de reversión de la misma. El cierre de la entrevista lo marca la familia.

9. Independientemente del resultado de la entrevista, ésta debe terminar con señales de condolencia y afecto, y manteniendo la relación de ayuda hasta el último momento.

10. Se aconseja agradecer la donación a la familia unos días después mediante una carta o llamada telefónica.

- Es muy importante que las personas que participen en la entrevista tengan formación específica para los roles que asumen. Estos entrañan una elevada dificultad y requieren actitudes específicas.<sup>9</sup>

## EL DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA

La muerte encefálica (ME) equivale desde un punto de vista científico, ético y legal a la muerte del individuo. Salvo el trasplante de paciente vivo restringido al riñón y en mucha menor medida al hígado y las donaciones en asistolia, apenas un 5% en España e inexistentes en muchos países, la obtención de órganos para trasplantes es posible por la existencia del concepto de ME.<sup>10</sup>

Los avances tecnológicos actuales permiten mantener con vida a pacientes que no tienen posibilidades reales de sobrevivir, de aquí que en los países desarrollados sea cada vez más frecuente la retirada programada del tratamiento de soporte vital.<sup>11</sup>

En las recomendaciones diagnósticas de ME elaboradas por la Sociedad Española de Neurología se recoge que *“el individuo no fallece como consecuencia de la retirada de la reanimación, sino justamente a la inversa, se interrumpe la asistencia reanimadora porque el individuo está muerto”*.<sup>12</sup>

Para nadie es un secreto que España es el primer país del mundo en materia de donación y trasplantes. Para los más iniciados tampoco lo es que ello se debe en gran medida a un peculiar modelo organizativo instaurado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) hace ahora 20 años. Este modelo, se centra en una

figura: el coordinador de trasplantes. Estos profesionales, están perfectamente entrenados para detectar cualquier posible donante (una persona fallecida o que va a fallecer en situación de muerte encefálica) y hacer que todo el proceso que sigue a continuación funcione sin el más mínimo fallo. <sup>13</sup>

El éxito de este modelo, mundialmente reconocido por su eficacia, se basa por tanto en haber concentrado los esfuerzos en los profesionales sanitarios: en su formación, en su coordinación, en su motivación, en su organización. <sup>13</sup>

Lo que se ha desarrollado en los últimos 20 años ha sido un sistema que no deja nada a la improvisación en un ámbito que fundamentalmente se circunscribe a las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI). Porque, efectivamente, donación de órganos equivale mayoritariamente a ME y ésta a ventilación asistida y por tanto a UVI. Señalar que en aquellos casos donde nada se pueda ya hacer por la vida del enfermo, todavía es posible dar vida a otras personas a través de la donación de órganos. <sup>13</sup>

### **Coherencia ante la información de un mal pronóstico.**

Dada la resistencia natural a aceptar la pérdida de un ser querido, cuando se trata de comunicar a la familia la ME, la información debe ser especialmente clara y adecuada al nivel de aceptación, puesto que no sirve sólo con decir que el paciente ha muerto, sino que hay que explicar el sentido que tienen los signos externos que la familia ve: Monitor cardiaco, tórax moviéndose, aspecto del cadáver, etc.<sup>7</sup>

La coherencia entre lo que hacemos y lo que decimos resulta algo fundamental cuando pretendemos ganar la confianza del paciente y de su familia. Aspecto que resulta inexcusable si hablamos de calidad asistencial; si vamos más allá en la satisfacción con los cuidados recibidos y la repercusión de ello en el plano emocional. <sup>14</sup>

No podemos tratar la muerte si no tratamos la “premuerte”, ambas van unidas. Tiene que ver con las expectativas falsas de pronóstico que tienen a veces los pacientes y sus familias. Si le estoy hablando a una familia que nos adentramos en

una fase de últimos días (agonía) es contraproducente acceder por ejemplo a una petición de transfusión o de ventilación mecánica en una UCI, por ponerme en el extremo más absurdo. Hemos de tener en cuenta las expectativas que le damos consciente e inconscientemente a paciente y familia. <sup>14</sup>

Para las familias es más fácil plantearles no aplicar determinadas medidas, en particulares contextos y situaciones, que entender por qué se retira una medida instaurada. <sup>14</sup>

### EL MODELO ALICANTE DE ENTREVISTA FAMILIAR PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

El modelo Alicante es un modelo de entrevista familiar para la donación y trasplante de órganos que se desarrolló en el hospital General universitario de Alicante hace 22 años y muestra el modo de cómo realizar la entrevista de donación en el aspecto concreto de la relación con los familiares de un donante. <sup>15</sup>

Consta de tres fases:

1. Comunicación de la muerte: de una forma gradual, de lo conocido a lo nuevo y estando presente la/s personas que posteriormente realizaran el acompañamiento y la solicitud de donación.
2. Prestar el alivio emocional, valorando las necesidades, sobre todo las emocionales, que tiene en ese momento la familia adecuando nuestro apoyo a sus respuestas, mediante la escucha y la valoración positiva de sus manifestaciones verbales y no verbales.
3. Opción de la donación sin divagaciones, como algo positivo para la familia y para el recuerdo y evitando la confrontación. <sup>15</sup>

### FORMACIÓN ACADÉMICA

La enfermería, debido a su importante implicación en el cuidado del paciente necesita una formación y capacitación en el abordaje del paciente de urgencias ante una mala noticia, ya que sólo nos centramos en tecnicismos y nos olvidamos de la valoración y el tratamiento holístico del paciente. <sup>16</sup>

Es importante conocer la metodología básica para dar malas noticias y tener estrategias para abordar esos difíciles momentos. Esto puede conseguirse mediante formación específica en entrevista clínica, materia que debería formar parte del aprendizaje de todos los profesionales de la salud. <sup>16</sup>

El personal de enfermería, se asume que es el que mayor contacto y cercanía tiene con pacientes y familiares, y que es quien afronta las actitudes de negación y evasión de los enfermos y sus familias sobre su diagnóstico, se refleja por tanto la necesidad de formar hacia el manejo de dichas actitudes. <sup>16</sup>

Para que aumenten las donaciones también es necesario que la opinión pública se sensibilice. La sociedad no siempre tiene una opinión positiva de la donación de órganos y algunas familias se niegan a donar los órganos de sus familiares difuntos. Sin embargo, hay mensajes que pueden influir en las decisiones de los ciudadanos. Así pues, debe existir una comunicación eficaz. A tal efecto, la ayuda de expertos del ámbito de la comunicación es importante, y los medios de comunicación y los profesionales sanitarios deben conocer mejor los problemas relacionados con los trasplantes. <sup>5</sup>

Los mensajes centrales deben ser muy claros:

- Los trasplantes son una terapéutica eficaz y perfectamente establecida.
- Los trasplantes salvan vidas, otorgan una importante supervivencia a largo plazo y una rehabilitación absoluta a pacientes que de otra manera no tendrían ninguna esperanza de curación.
- La escasez de órganos es la principal limitación para salvar la vida de todos estos pacientes.
- La donación de órganos es la única vía para salvar todas estas vidas.
- Debemos donar nuestros órganos, tal vez mañana nosotros o alguien de nuestra familia podría necesitarlos. <sup>17</sup>

## ASPECTOS LEGALES DEL TRASPLANTE Y LA DONACIÓN

El modelo español de donación de órganos y tejidos goza de gran prestigio en el ámbito médico mundial y ha sido objeto de estudio e imitación en distintos países. Parte de este éxito se debe a que desde el año 1979 se han promulgado distintas normas legales que han regulado y facilitado la donación. La legislación vigente sobre donación y trasplante de órganos y tejidos se basa en los principios de gratuidad y confidencialidad de la donación, señalando la necesidad de facilitar la creación de organizaciones de carácter autonómico y nacional. Recoge así mismo los requisitos para la donación tanto en donante vivo como en donante fallecido estableciendo las normas para la certificación de la muerte por parada cardiorrespiratoria y por cese irreversible de las funciones encefálicas.<sup>18</sup>

Debido a la introducción de técnicas de ventilación artificial, muchos países tuvieron que legislar sobre la ME, concepto que apareció relacionado con estos avances, superando el clásico que asociaba la muerte únicamente a la parada cardiorrespiratoria. Paralelamente se fueron desarrollando las primeras experiencias sobre trasplantes. La evolución de los trasplantes como técnica consolidada, unida a la posibilidad de diagnosticar la ME, obligó a regular legalmente el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos en los distintos países.<sup>18</sup>

### MARCO LEGISLATIVO

La donación y los trasplantes en España durante los años sesenta y setenta careció de regulación legal. Semejante hecho impedía un desarrollo integrado de estas terapéuticas, por ejemplo al dejar la donación ligada a unos protocolos científicos que podían ser aceptados o no por los jueces. El acentuado interés por ordenar el asunto que demostraran tanto los profesionales como los enfermos renales, acabó convertido en promulgación de la Ley 30/1979 de 27 de octubre de 1979 publicada en el BOE nº 266 el 6 de noviembre de 1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos y el Real Decreto 426/1980 de 22 de febrero por el que se desarrolla la que desarrollaba la ley citada de trasplantes.<sup>19</sup>

Dicha ley, contempla como puntos fundamentales:

1. El establecimiento de la llamada muerte encefálica como equivalente científico legal y ético de la muerte 'clásica' del individuo.
2. El respeto a la voluntad del fallecido en cuanto a donar o no sus órganos.
3. La necesidad de que el diagnóstico de muerte se haga por un equipo de médicos independiente del de trasplante.
4. El carácter altruista de la donación y la no comercialización de los órganos.
5. La garantía de anonimato del donante
6. La aplicación de criterios médicos para la distribución de los órganos disponibles entre los enfermos en espera de los mismos. <sup>19</sup>

## OBJETIVOS

### ***Objetivo general:***

- Evidenciar que la formación en técnicas, habilidades y metodología para la comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario, es el instrumento necesario para mejorar la calidad de la información ofrecida a las familias y el éxito en la donación de órganos.

### ***Objetivos específicos:***

- Valorar la capacidad y habilidades de los profesionales de enfermería en técnicas de comunicación, para garantizar el éxito en la CMN.
- Determinar el grado de preparación y/o conocimientos que tiene la familia para escuchar la información y ofrecer la misma de acuerdo a las propuestas éticas relacionadas con la donación.
- Ofrecer apoyo emocional reduciendo el impacto de la información y la sensación de pérdida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica siguiendo el protocolo estandarizado para ello, con el objetivo de hallar el mayor número de artículos sobre el objeto de estudio.

Inicialmente, se realiza la definición de la cuestión siguiendo la estructura de pregunta PICO (Pacientes, Intervención, Comparación y Resultados) con el fin de que se ajuste al objeto de estudio: en la solicitud de donación y trasplante de órganos ¿La comunicación de las malas noticias, es competencia de las enfermeras?

- **Pacientes:** Familias en situación de fragilidad ante una pérdida familiar inminente.
- **Intervención:** CMN
- **Comparación:** Con otros profesionales que intervienen en el proceso de CMN
- **Resultados:** Capacitación del profesional enfermero.

Se ha dado preferencia a los artículos publicados por enfermería, en bases de datos en español CUIDEN, ENFISPO y CUIDATGE y en bases de datos internacionales MEDLINE/PUBMED así como en la biblioteca virtual SciELO, de la literatura existente sobre CMN, con los descriptores: “*comunicación*”, “*malas noticias*”, “*comunicación en situaciones críticas*”.

La base de datos utilizada en mayor medida y en la que se han obtenido más resultados ha sido Scielo. Otras de las más utilizadas en la búsqueda ha sido Google Chrome y Google Académico en la cual se han encontrado el resto de artículos utilizados, así como la página web oficial de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) [www.ont.es](http://www.ont.es) en su sección de publicaciones y artículos científicos, área de prensa e información especializada.

Debido a la falta de acceso a algunas revistas y a la repetición de artículos en las diferentes bases, se obtuvo un total de 25 publicaciones, de las cuales, se seleccionaron 20 para la siguiente revisión bibliográfica.

En cuanto a los criterios de inclusión, se han utilizado artículos disponibles solo en español. Además, los artículos tenían disponible el texto completo, por lo que se han desechado aquellos en los que sólo se podía visualizar el resumen, por no aportar una amplia información sobre el tema.

La mayor limitación que se ha encontrado, relacionado con la metodología del trabajo, ha sido la escasez de artículos relacionados con la enfermería o la participación de ésta en la CMN.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Profesionales sanitarios, en un estudio multicéntrico realizado en hospitales europeos, indicaban que el contacto con familias de pacientes críticos les suponía una fuente generadora de tensión por la falta de estrategias a la hora de afrontar el contacto con este tipo de familias, además de no saber qué hacer o decir en esos momentos. Gran parte de estos profesionales reconocían evitar a menudo el contacto con las familias por temor a aumentarles el dolor. Indicaban tener prejuicios en estas situaciones que les dificultaban la interacción, tales como sentirse intrusos en esos momentos de dolor, o pensar que los profesionales estamos para tratar, cuidar al paciente, pero que no tenemos nada que ofrecer a las familias.<sup>1</sup>

Un estudio realizado por Prottas revelaba la opinión de médicos y enfermeras ante el proceso de donación, un 80% de médicos y enfermeras de intensivos consideraba el proceso especialmente difícil por las implicaciones emocionales, por lo que muchos de ellos temían contactar con este tipo de familias. En otro estudio, este canadiense, el 50% de los profesionales eludían a las familias por creer que suponía una intrusión en el duelo.<sup>7</sup>

Una revisión bibliográfica realizada por Michael Farrel en 1999, encontró autores que hablaban de las enfermeras como una de las mejores opciones en la CMN, ya que eran quienes conocían mejor a los pacientes y a sus familiares. Pero, sin embargo, la realidad es que los médicos son quienes realizan la CMN apoyados por una enfermera en el momento dado.<sup>20</sup>

El 42% de los residentes de Medicina Interna de Harvard, reconoció tener miedo a la reacción emocional del paciente. Esta actitud también está determinada por la vivencia personal del profesional, y su experiencia previa ante el dolor y la muerte, así como su capacidad para mostrarse empático ante los sentimientos de los demás.<sup>21</sup>

Se ha observado que la resistencia de los profesionales a informar malas noticias se debe a que esto genera gran estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia dada y temor a una evaluación negativa.<sup>21</sup>

Los estudiantes y residentes de medicina interna frecuentemente están implicados en dar malas noticias, siendo una tarea difícil de realizar, sobre todo por la inexperiencia, o porque no han recibido una adecuada preparación durante su formación académica.<sup>21</sup>

Albert Jovell enfatiza que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente, y que el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua, basada en el respeto, la comprensión y el afecto, siendo la comunicación la habilidad más importante en la relación de ayuda, y utilizarla correctamente provoca un efecto benéfico inmediato en el paciente. Es importante saber cómo dar malas noticias, iniciando por considerar que ésta es una interacción en donde participan un código, un emisor y un receptor.<sup>21</sup>

No existen reglas generales, pero es importante considerar las etapas del proceso de información; elección del lugar adecuado donde se va a informar, informarse sobre cuanto saben los familiares del estado real del paciente antes de dar la noticia), informar con delicadeza, no utilizar lenguaje técnico, permitir un tiempo para que el paciente asimile la información, favorecer la expresión de las emociones, comprobar lo que ha entendido el paciente, apoyo, mostrar interés.

Varios equipos recomiendan que el equipo que interviene en la entrevista esté constituido por el facultativo que ha tenido al paciente el cual será el encargado de comunicar la muerte y por dos personas del equipo de coordinación de trasplantes, habitualmente un médico y un enfermero, con formación en técnicas de comunicación. Alternativamente, si sólo hay dos personas, uno comunicará la muerte y el otro solicitará el consentimiento para la donación.<sup>9</sup>

Se considera muy importante establecer la relación de ayuda con la familia desde el principio y mantenerla hasta el final, puesto que en la experiencia de los

centros entrevistados, además del apoyo que esta relación supone para la familia en momentos muy difíciles, aumenta la probabilidad de que ésta acepte la donación.<sup>9</sup>

En este contexto no bastaría con establecer normas de acción, es necesario fundamentar e interiorizar los principios éticos, de ahí que se enfatice la importancia en la capacitación del médico, para proporcionarle la información básica, estrategias para comunicar malas noticias, y para conservar su calidad humana.<sup>21</sup>

Hay estudios que demuestran, que existe una falta de consenso, dentro del equipo multidisciplinario, acerca de qué información proporcionar al familiar. En muchas ocasiones el profesional de enfermería no sabe qué le ha dicho el médico a los familiares y existen diferentes criterios sobre qué información puede proporcionar sobre el estado del paciente el profesional de enfermería, ya que existe temor a proporcionar información contradictoria al familiar, por lo que cada profesional sigue sus propios criterios y valores.

También existe una falta de habilidades de comunicación así como sociales en momentos de CMN y que conllevan un alto contenido emocional, para los que los profesionales de enfermería no se sienten preparados para afrontar.

Se ha demostrado que es de suma utilidad que la enfermería se implique en labores de información a las familias. Las encuestas a familiares en la UCI confirman repetidamente que los familiares valoran muy positivamente la información de enfermería, que incluye aspectos tan apreciados para éstos como: estado de ánimo, calidad del sueño, apetito, etc.<sup>2</sup>

## CONCLUSIONES

- La enfermería, debido a su importante implicación en el cuidado del paciente, necesita conocer la metodología básica para dar malas noticias y conocer estrategias para abordar esos difíciles momentos.
- La comunicación de una mala noticia no es responsabilidad de ningún profesional, debe transmitirla quien disponga de mayor conocimiento y habilidades en la comunicación. Es deseable que este momento sea abordado por dos profesionales que hayan tenido una relación cercana al paciente y sus familiares.
- Existe evidencia que la utilización de un enfoque humanístico y protocolizado, como el de Baile-Buckman, puede mejorar significativamente el abordaje de la CMN.
- El “Modelo Alicante” como modelo de entrevista familiar para la donación de órganos para trasplante, es una herramienta útil y fácil de aplicar por los profesionales sanitarios.
- Es necesario transmitir a la sociedad, que dentro del entorno de la familia, se debe abordar con naturalidad el tema de la muerte. El documento de **“Voluntades anticipadas o Testamento Vital”**, si el paciente lo ha cumplimentado y registrado, es un elemento que ayudará a los profesionales sanitarios y familiares en el proceso de la toma de decisiones sobre limitaciones del esfuerzo terapéutico. En condiciones ideales en el documento debería consignarse el familiar nombrado como representante legal del paciente.
- Dentro de los planes de estudio que se imparten en el Grado de Enfermería, se debe incluir la metodología en *“comunicación de malas noticias”* ya que es una situación a la que nos enfrentamos diariamente en nuestro ejercicio profesional.

«No hay mentira mayor  
que una verdad mal comprendida»

*Williams James*

## BIBLIOGRAFIA

1. Segovia C. Influencia de los profesionales sanitarios en la solicitud de donación. *Enferm.Glob.* [Internet]. 2009 [consultado el 15 de Febrero de 2016]; (17). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300016&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300016&lang=pt)
2. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med. Intensiva.* [Internet]. 2006 [consultado el 7 de Marzo del 2016]; 30(9):452-459. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lang=pt)
3. Segovia C, Serrano M. Comunicación en situaciones críticas [Internet]. 1st ed. Madrid; 2016 [consultado el 7 de Marzo del 2016]. Disponible en: <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/bioetica/comunicacionensituacionescriticasONT.pdf>
4. Saludemia [Internet]. Madrid: saludemia.com; 2015 [consultado el 10 de Marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.saludemia.com/trasplantes/que-es-un-trasplante-de-organos-definicion-historia>
5. Donación y trasplante de órganos en la Unión Europea [Internet]. Bruselas: Eur-lex.europa.eu; 2016 [consultado el 23 de Febrero del 2016]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=URISERV:c11578&from=ES>
6. Morales F, Lattuf C, García R, Carmona M, Martín E. Consideraciones bioéticas en la donación y trasplante de órganos, tejidos y células [Internet]. República Dominicana; 2007 [consultado el 29 de Febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/IV-Punta-Cana-Republica-Dominicana-Mayo-2007/9\\_BIOETICA.pdf](http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/IV-Punta-Cana-Republica-Dominicana-Mayo-2007/9_BIOETICA.pdf)
7. Segovia C, Serrano M. Comunicación en situaciones críticas [Internet]. 1st ed. Madrid; 2015 [consultado 15 de Febrero del 2016]. Disponible en: <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/bioetica/comunicacionensituacionescriticasONT.pdf>

8. Sabaté R. Comunicando Malas Noticias. Ext Nurse [Internet]. 2011 [consultado el 7 de Marzo del 2016]. Disponible en: <https://rosasabate.wordpress.com/2011/04/13/comunicando-malas-noticias-revista-extra-nurse-2011/>
9. Organización Nacional de Trasplantes. Guía de buenas prácticas en el proceso de donación de órganos [Internet]. 1st ed. Madrid; 2011 [consultado el 15 de Febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA\\_BUENAS\\_PRACTICAS\\_DONACION\\_ORGANOS.pdf](http://www.ont.es/publicaciones/Documents/GUIA_BUENAS_PRACTICAS_DONACION_ORGANOS.pdf)
10. Matesanz R. El diagnóstico de la muerte encefálica en Latinoamérica. Med. Intensiva [Internet]. 2009 [consultado el 2 de Marzo del 2016]; 33(9):413-414. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000900001&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000900001&lang=pt)
11. Gálvez M.A. ¿Qué papel desempeña la enfermera y cómo les afecta la retirada programada de las medidas de soporte vital a los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Evidentia [Internet]. 2010 [consultado el 7 de Marzo del 2016]; 7 (29). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678887>
12. Escudero D, Matesanz R, Soratti C, Flores J. Consideraciones generales sobre la muerte encefálica y recomendaciones sobre las decisiones clínicas tras su diagnóstico. Med. Intensiva [Internet]. 2009 [consultado el 29 de Febrero del 2016]; 33(9):450-454. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000900007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000900007)
13. Matesanz R. Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias en la donación de órganos [Internet]. 1st ed. Madrid; 2010 [consultado el 29 de Febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2010/Emergencias.pdf>
14. Esperón Rodríguez I. Recomendaciones para el equipo de enfermería hospitalaria ante una situación de duelo [Internet]. Madrid: cuidandote.net; 2014 [consultado el 7 de Marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.cuidandote.net/2014/09/recomendaciones-duelo/>

15. Donación y Trasplante de Órganos y tejidos [Internet]. Alicante: donacion.organos.ua.es; [consultado el 7 de Marzo del 2016]. Disponible en: [http://donacion.organos.ua.es/submenu2\\_2/modelo\\_alicante.asp](http://donacion.organos.ua.es/submenu2_2/modelo_alicante.asp)
16. González A, Meléndez R, Tomillo I, Morales P, Rodríguez G. Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. Enfermería docente [Internet]. 2015 [consultado el 7 de Marzo del 2016]; 1(103):33-37. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/18>
17. Consejo iberoamericano de donación y trasplantes. Recomendaciones para incrementar la donación de órganos y tejidos [Internet]. Montevideo; 2006 [consultado el 29 de Febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/III-Montevideo-Urug%C3%BCay-Octubre-2006/Documentos/Soluciones\\_a\\_la\\_Escasez\\_de\\_organos.pdf](http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Reuniones%20RCIDT/III-Montevideo-Urug%C3%BCay-Octubre-2006/Documentos/Soluciones_a_la_Escasez_de_organos.pdf)
18. Teijeira R. Aspectos legales del trasplante y la donación. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [consultado el 7 de Marzo del 2016]; 29(Suppl.2):25-34. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000400004&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400004&lang=pt)
19. Organización Nacional de Trasplantes [Internet]. Madrid: ont.es; 2016 [consultado el 13 de Marzo del 2016]. Disponible en: [www.ont.es/home/Paginas/LaLeydeTrasplantes.aspx](http://www.ont.es/home/Paginas/LaLeydeTrasplantes.aspx)
20. Mirón González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera [Internet]. 1st ed. Almería; 2010 [consultado el 15 de Febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.aecs.es/1\\_1\\_com\\_malas\\_noticias.pdf](http://www.aecs.es/1_1_com_malas_noticias.pdf)
21. García-Reyes W, Lara-Solares A, Guevara-López U, Flores-Rebollar A, Loaeza-Del Castillo A. Cómo se dan las malas noticias de enfermedad terminal por un grupo médico no especializado en cuidados paliativos [Internet]. 1st ed. México; 2008 [consultado el 29 de Febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cma081c.pdf>