

Duelo y final de la vida

El duelo cae en el EIR casi todos los años, y siempre por los mismos sitios: las fases de Kübler-Ross en un caso clínico, los factores de riesgo de duelo complicado, las etiquetas NANDA-I (Duelo frente a Duelo complicado), las actividades de las NIC Facilitar el duelo y Cuidados en la agonía, qué decir y qué no decir al doliente, los signos de muerte inminente (escala de Menten, estertores) y la atención a la muerte perinatal. Las referencias españolas son la GPC de Cuidados Paliativos del SNS de 2008 (capítulo 11, Duelo), la guía de Cuidados paliativos para Atención Primaria del INGESA (Ministerio de Sanidad, 2021), los planes de cuidados de AECPAL y la guía de la SEGO sobre muerte perinatal de 2021.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-27 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



14 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Duelo complicado: factores predictores (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Pérdida, duelo y luto: conceptos, duelo normal y duelo anticipado	7
2. Modelos del proceso de duelo: Kübler-Ross, fases y tareas	9
3. Duelo complicado o prolongado y sus factores de riesgo	12
4. El duelo en la taxonomía NANDA-I	16
5. Acompañar al doliente: niveles de intervención y comunicación	18
6. Intervenciones enfermeras: NIC Facilitar el duelo y el duelo en la infancia	21
7. Situación de últimos días: signos de muerte inminente y cuidados en la agonía	23
8. Muerte perinatal	26
Todas las preguntas del tema (14)	27
Preguntas que también podrían ser de este tema (1)	31
Solucionario	32
Fuentes	33

Resumen para repasar

1. Pérdida, duelo y luto: conceptos, duelo normal y duelo anticipado

- Duelo (GPC): reacción **natural, normal y esperable** de adaptación a la pérdida de un ser querido, **antes, durante y después** del fallecimiento; **no es una enfermedad** ^{F1}.
- NCI: **aflicción** = proceso emocional interno; **luto** = expresión **pública** de la aflicción; **duelo** = situación objetiva tras la muerte ^{F3}.
- Cronología (GPC): **anticipado**, **agudo** (horas, días), temprano, intermedio, tardío y **latente**, que puede reactivarse ^{F1}.
- Manifestaciones normales: físicas (apetito, sueño, **opresión torácica**), conductuales (llanto, aislamiento), cognitivas y afectivas (tristeza, culpa, enfado) ^{F1,F2}.
- Duración: **no hay un plazo concreto**; los síntomas suelen ceder hacia los **6 meses** y se resuelven en gran medida en **1-2 años** ^{F2,F3}.
- **Duelo anticipado**: reacción de duelo **antes** de una pérdida inminente; **no disminuye** el dolor posterior, pero ayuda a prepararse ^{F2,F3}.

2. Modelos del proceso de duelo: Kübler-Ross, fases y tareas

- Kübler-Ross (1969, entrevistas con **enfermos terminales**): **negación, ira, negociación (pacto), depresión y aceptación**; no es una secuencia fija y tiene escaso respaldo empírico ^{F2,F3,F7}.
- **Negociación**: intento de **recuperar el control** con un **trato o promesas** («dejaré de fumar si...») ^{F5}.
- **Aceptación**: reconoce la **nueva realidad** sin que desaparezca la tristeza; en 1973 Kübler-Ross usó también la etiqueta «**aceptación o resignación**» ^{F5,F7}.
- Buckman (enfermo terminal): **lucha, desánimo y comprensión, aceptación o resignación**; hablar de **planes de futuro** sabiendo la situación es **negación activa** ^{F2}.
- Bowlby-Parkes: **conmoción, anhelo y búsqueda**, desorganización y desesperación, **reorganización** ^{F3}.
- Worden (**tareas**): aceptar la realidad, procesar la pena, adaptarse al mundo sin el fallecido, **conexión perdurable** con él ^{F3}.

3. Duelo complicado o prolongado y sus factores de riesgo

- Duelo complicado (GPC): **reacción de mala adaptación** a la pérdida; afecta al **10-20 %** de los dolientes ^{F1}.
- CIE-11 (6B42) **trastorno por duelo prolongado**: añoranza o preocupación persistente con dolor emocional intenso, **más de 6 meses** y más allá de lo esperado social y culturalmente, con deterioro ^{F4,F2}.
- DSM-5-TR (2022): **trastorno de duelo prolongado**, pérdida hace **al menos 1 año** en adultos y **6 meses** en niños y adolescentes ^{F21}.
- Del fallecido: **juventud** (niño, adolescente, joven) ^{F1,F2}.
- De la relación: **dependiente o ambivalente**; parentesco cercano: muerte de un **hijo** o de los **progenitores** (GPC); pérdida de hijo, pareja o de **padre o madre en edad temprana** (INGESA) ^{F1,F2,F3}.
- De la muerte: **súbita**, traumática, **estigmatizada, múltiple**; enfermedad muy corta o muy larga ^{F1,F2}.
- Del doliente: **duelos anteriores no resueltos**, enfermedad mental previa, soledad, falta de apoyo social ^{F1,F2}.
- Duelo pospuesto o inhibido: aparece **tiempo después** y se confunde con depresión; el duelo, a diferencia de la depresión, **no responde a antidepresivos** y la ideación suicida es rara ^{F2}.

4. El duelo en la taxonomía NANDA-I

- **Duelo (00136)**: proceso **normal** con el que se incorpora una pérdida **real, anticipada o percibida**; incluye sufrimiento, alteración de la actividad o del sueño y **mantenimiento de la conexión** con el fallecido ^{F8}.
- **Duelo complicado (00135)**: trastorno **tras la muerte** con sufrimiento que no sigue las expectativas y **deterioro funcional** ^{F9}.
- En la lista NANDA-I 2024-2026: **00301 Duelo desadaptativo**, 00302 su riesgo y 00285 Disposición para mejorar el duelo ^{F10}.

5. Acompañar al doliente: niveles de intervención y comunicación

- Duelo **normal**: **no** intervenciones formales (B); información y **apoyo emocional básico** ^{F1}.
- Duelo **de riesgo**: **seguimiento regular**; duelo **complicado**: **derivar** a especialistas ^{F1}.
- Ayudan: «**No tengo palabras para expresar lo que siento**», «Siento mucho lo que estás pasando», «¿Cómo te sientes?» ^{F2}.
- No ayudan: «**Ahora tienes que ser fuerte**», «**Intenta distraerte**», «**El tiempo lo cura todo**», «Ahora ya no sufre» ^{F2}.
- Más importante **escuchar y estar presente** que decir las palabras correctas; el **silencio** ayuda; tras informar, **permanecer en silencio** ^{F5,F16}.
- Tras la muerte de un **hijo**, el duelo es más probablemente **grave, prolongado y complicado**; llanto, alteraciones de la alimentación y **opresión torácica** son respuestas normales ^{F17,F2}.

6. Intervenciones enfermeras: NIC Facilitar el duelo y el duelo en la infancia

- NIC 5290: **palabras claras como «muerte» o «muerto»** en lugar de eufemismos ^{F8}.
- Fomentar hablar de **pérdidas anteriores** y **responder a las preguntas de los niños** ^{F6}; animar a verbalizar los **recuerdos** ^{F6,F8}.
- Niños: **nunca eufemismos** («duerme», «se fue»); hacia los **9 años**, muerte inevitable; hacia los **12, definitiva y universal** ^{F3}.
- Predictor infantil: pérdida de la **madre en niñas menores de 11 años** y del **padre en varones adolescentes** ^{F2}.

7. Situación de últimos días: signos de muerte inminente y cuidados en la agonía

- **Estertores**: indican **muerte inminente** (NCI); en al menos **un tercio** de los pacientes; primero **informar y medidas no farmacológicas**, fármaco (butilbromuro de escopolamina) si no bastan ^{F12,F22}.
- Signos **tardíos** (últimos 3 días, muy específicos): sin **pulso radial**, respiración **mandibular**, oliguria, **Cheyne-Stokes, estertor, apneas, cianosis** ^{F12}.
- **Menten**: nariz fría o pálida, **extremidades frías, livideces**, labios cianóticos, estertores, **apneas >15 s**, diuresis <300 ml/24 h, somnolencia >15 h ^{F13}.
- **Más de 4 signos**: muerte en **4 días** (INGESA); semFYC da el **90 %** ^{F13,F14}.
- NIC 5260: **comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte**, animar a **compartir sentimientos, arreglos para el funeral**; la **donación de órganos no figura** en la lista de Sacyl ^{F8,F11}.
- Somnolencia e **incontinencia** aumentan en la última semana, pero no son signos tardíos del NCI; sobre la fiebre **no hay datos fiables** ^{F12}.

8. Muerte perinatal

- SEGO: no identificarse con **nombre y cargo**, minimizar la pérdida o sedar en profundidad son actitudes **a evitar**; llamar al bebé por su nombre, no «feto» ^{F18}.
- Presentarse con **nombre y cargo** ^{F18,F19}.
- **Favorecer** el contacto con el bebé, sin **obligar** ^{F18}.
- Dar **tiempos de intimidad a solas**, estando disponibles ^{F18,F19,F20}.
- Informar de **grupos de apoyo** ^{F18}.

Puntos clave

- 1 El duelo es una reacción **natural, normal y esperable** de adaptación a la pérdida; **no es una enfermedad** y empieza antes de la muerte (**duelo anticipado**) ^{F1}.
- 2 Kübler-Ross: **negación, ira, negociación (pacto), depresión y aceptación**, sin secuencia fija; la **negociación** busca un trato para cambiar el desenlace ^{F2,F3,F5}.
- 3 Predictores de duelo complicado: **duelos previos no resueltos, pérdidas múltiples, parentesco cercano, juventud del fallecido, relación dependiente o ambivalente, muerte súbita o estigmatizada** ^{F1,F2}.
- 4 CIE-11: **trastorno por duelo prolongado** con más de **6 meses** de síntomas y deterioro ^{F4}.
- 5 Duelo normal: **sin intervenciones formales**, información y apoyo básico; duelo complicado: **derivar** ^{F1}.
- 6 Ayuda «**No tengo palabras para expresar lo que siento**»; no ayudan «sé fuerte», «distráete» ni «el tiempo lo cura todo» ^{F2}.
- 7 NIC 5290: **palabras claras como «muerte»**, sin eufemismos; hablar de pérdidas previas y responder a los niños ^{F6,F8}.
- 8 Menten: nariz fría o pálida, extremidades frías, **livideces**, labios cianóticos, estertores, apneas, **anuria** (<300 ml/24 h), somnolencia; **más de 4 signos**, muerte en **4 días** ^{F13}.
- 9 Muerte perinatal: presentarse con **nombre y cargo**, ofrecer ver al bebé sin forzar, **dejar tiempos a solas** e informar de **grupos de apoyo** ^{F18,F19}.

1. Pérdida, duelo y luto: conceptos, duelo normal y duelo anticipado

La GPC de Cuidados Paliativos define el duelo como la **reacción natural** —matizada por el entorno sociocultural—, **normal y esperable**, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos **antes, durante y después** de su fallecimiento ^{F1}. Es una reacción **única** (personal e intransferible), **dinámica** y con una cronología compleja: no se sabe bien cuándo empieza ni cuándo acaba ^{F1}. El duelo **no es una enfermedad**, pero sí un acontecimiento vital estresante de primera magnitud: la muerte de un hijo o del cónyuge se consideran las situaciones más estresantes ^{F1}. La guía del INGESA lo define como el proceso que experimentamos a partir de la pérdida de alguien o algo significativo; es un proceso normal, con función de adaptación, que **puede contribuir al crecimiento personal** y que en la mayoría de los casos **no requiere intervenciones específicas ni psicofármacos** ^{F2}.

Término (NCI)	Definición ^{F3}
Aflicción (grief)	Proceso primariamente afectivo o emocional de reacción ante la pérdida por fallecimiento de un ser querido; el foco es el proceso interno
Luto (mourning)	Expresión pública de la aflicción; la moldean las creencias, las prácticas religiosas y la cultura
Duelo (bereavement)	Situación objetiva que uno enfrenta después de perder a una persona importante por su muerte; el concepto más amplio de los tres

Cronología según la GPC: el duelo empieza mucho antes de la muerte (**duelo anticipado**); se dispara alrededor del fallecimiento, en horas o días (**duelo agudo**); continúa como duelo **temprano** (semanas, meses), **intermedio** (meses, años) y **tardío** (años), y probablemente no se acaba nunca: queda una marca, el **duelo latente**, que se puede reactivar en cualquier momento ^{F1}. Al principio predomina la **incredulidad**; luego el doliente desea con vehemencia la vuelta del fallecido; después vienen el enfado y la rabia y una profunda tristeza; finalmente, poco a poco, se infiltra la **aceptación** ^{F1}.

Manifestaciones normales del duelo (GPC)	Ejemplos ^{F1}
Físicas	Pérdida de apetito, alteraciones del sueño, pérdida de energía y agotamiento, quejas somáticas (a veces parecidas a la enfermedad del fallecido)
Conductuales	Agitación, llanto , cansancio y aislamiento
Cognitivas	Pensamientos obsesivos sobre el fallecido, baja autoestima, autorreproches, indefensión, desesperanza, sensación de irrealidad, problemas de memoria y concentración
Afectivas	Tristeza, desesperación, ansiedad, culpa , enfado y hostilidad, anhedonia y soledad

La tabla de respuestas normales del INGESA añade sensaciones físicas como **opresión en el tórax**, nudo en la garganta, falta de aire o palpitaciones, vacío en el estómago y boca seca; conductas como **llorar o suspirar**,

alteraciones del sueño o la alimentación, soñar con el fallecido, **llamarlo o hablar de él o con él**, atesorar objetos de recuerdo o visitar y evitar los lugares que frecuentaba; y respuestas espirituales como la búsqueda de un significado ^{F2}.

Tipos de evolución. La mayoría de las personas se sobreponen y afrontan de forma efectiva la pérdida (**duelo normal**); algunas incluso se crecen en la adversidad (**resiliencia**); a veces las circunstancias hacen el proceso especialmente difícil (**duelo de riesgo**) y en ocasiones se complica (**duelo complicado**) ^{F1}. El NCI estima que el duelo normal ocurre en el **50-85 %** de las personas tras una pérdida ^{F3}. Para el INGESA, en la resiliencia la ausencia relativa de sufrimiento **no es una psicopatología oculta** ^{F2}.

Duración. La guía del INGESA recuerda que los artículos clásicos hablan de menos de un año y los recientes sitúan el inicio de la recuperación en el segundo año, pero que **no existe un plazo concreto** y enmarcar el duelo en un periodo exacto solo añade presión; el peor momento suele llegar **hacia el cuarto mes**, y es muy normal necesitar **dos o tres años** ^{F2}. El NCI señala que en el duelo normal los síntomas suelen disminuir **al cabo de unos 6 meses** y que se resuelven en gran medida en **1 a 2 años** ^{F3}.

Duelo anticipado. Es la reacción de duelo que se presenta **antes de una pérdida inminente**; el NCI recoge también su definición como el conjunto de reacciones cognitivas, afectivas, culturales y sociales que experimentan la familia y el paciente ante una muerte prevista ^{F3}. En la guía del INGESA, Lindemann lo define como el proceso de **desapego emocional** que se da antes de la muerte del ser querido; puede favorecer el reconocimiento gradual de la pérdida, la resolución de asuntos inacabados y la preparación ^{F2}. Fulton y Fulton describen cuatro aspectos: sintomatología depresiva, ensayo mental del fallecimiento, preocupación exagerada por la persona que se muere y anticipación y reajuste de las consecuencias ^{F2}.

El duelo anticipado no ahorra el duelo posterior

El INGESA es claro: el duelo anticipado **no disminuye el dolor posterior**, aunque ayuda a prepararse ante la pérdida y evita que se desborden los recursos del doliente; en algunas situaciones puede suponer el **abandono del enfermo** ^{F2}. El NCI lo cuenta entre las falacias: es un error creer que el duelo anticipado es un duelo convencional que empieza antes, porque **no hay una cantidad fija de aflicción** que se consuma por adelantado; y no afecta a todos: lo presenta cerca del **25 %** de los pacientes con cáncer incurable ^{F3}.

2. Modelos del proceso de duelo: Kübler-Ross, fases y tareas

El modelo más conocido se creó para formar a estudiantes de medicina a partir de **entrevistas clínicas con enfermos terminales** (Kübler-Ross, *On Death and Dying*, 1969): cinco etapas, **negación, ira o rabia, negociación, depresión y aceptación**; el NCI advierte que tiene **escaso respaldo empírico** y que después se reformuló como **dominios** entre los que la persona va y viene, sin una vía predeterminada ^{F3}. La tabla del INGESA las nombra **negación, rabia, pacto, depresión y aceptación**, y subraya que las fases son un proceso, **no secuencias o etapas fijas**, con fluctuaciones entre ellas ^{F2}.

La Fundación Elisabeth Kübler-Ross recuerda que las etapas empezaron describiendo **cómo los pacientes moribundos asumían su propia muerte**, que las familias atravesaban las mismas respuestas y que por eso pasaron al duelo ^{F7}. El gráfico original de 1969 tenía **diez bandas superpuestas** (shock, negación, negación parcial, ira, negociación, duelo preparatorio, depresión, aceptación, decaetesis y esperanza), que se solapan y reaparecen: no son pasos que se completan ^{F7}. En un álbum de casetes de 1973 usó para la última también la etiqueta «**aceptación o resignación**» ^{F7}.

Fase de Kübler-Ross	Cómo se reconoce (Open RN) ^{F5}
Negación	Se niega a reconocer la pérdida o finge que no ocurre: « esto no puede estar pasando ». Es autoprotectora , amortigua el shock inicial; frecuente tras un diagnóstico terminal inesperado
Ira	Enmascara el dolor y la tristeza; puede dirigirse al fallecido, a uno mismo o a otros, a menudo contra los profesionales ; no es un ataque personal: ofrecer presencia y dejar que se desahogue
Negociación (pacto)	Intento de recuperar el control : buscar la manera de cambiar o negociar el desenlace con un trato ; pactos con Dios o un poder superior, con promesas de portarse mejor si las circunstancias fueran distintas. Ejemplo: «Le prometí a Dios que dejaría de fumar si curaba el cáncer de pulmón de mi mujer»
Depresión	Tristeza intensa, pérdida de interés, irritabilidad, insomnio, fatiga y pérdida de energía; se retira de las actividades; vigilar el consumo de alcohol o drogas
Aceptación	Comprende la pérdida y reconoce la nueva realidad ; no significa ausencia de tristeza ; empieza a relacionarse de nuevo y a encontrar consuelo en nuevas rutinas

Adaptación del enfermo terminal según Buckman (guía del INGESA): el proceso de morir es una transición desde la vida ordinaria, en la que el individuo actúa como si fuera inmortal, **hacia la aceptación de la propia muerte** como algo inminente e inevitable ^{F2}. Tiene tres fases: **lucha** (empieza al reconocer la amenaza de muerte), **desánimo** (el paciente se da cuenta de que su lucha no da resultados) y **comprensión, aceptación de la situación o resignación**; esta última puede dar paso a una **negación activa**, en la que, aun sabiendo la realidad, el paciente aparta la enfermedad de su mente y adopta una actitud no congruente, **hablando de planes de futuro**; también se acompaña de periodos de gran tristeza y no siempre se presenta ^{F2}. Las fases no son universales y pueden darse a la vez; la familia pasa por un proceso de adaptación semejante, a menudo con otro ritmo ^{F2}.

★ Cómo cae en un caso clínico

El paciente que busca un **trato** para cambiar el desenlace —se culpa del hábito que le causó la enfermedad y quiere oír que, si cambia ahora de vida, retrasará la progresión— está en la **negociación** (el INGESA la llama **pacto**: son la misma fase) ^{F5,F2}. La **aceptación** es comprender la pérdida y reconocer la nueva realidad ^{F5}; Kübler-Ross usó también la etiqueta «aceptación o resignación» ^{F7}. En el enfermo terminal, el modelo de Buckman llama a esa última etapa fase de **comprensión, aceptación o resignación**, y advierte que el paciente que, sabiendo su situación, sigue **hablando de planes de futuro** está en una **negación activa** ^{F2}.

EIR 2016 · 81

P10 · respuesta en el solucionario

Kübler-Ross: fase de negociación

A Mariano le acaban de diagnosticar un cáncer de pulmón con metástasis que le limita en la realización de las actividades instrumentales y requiere la ayuda de otros para realizarlas. Su discurso se centra en expresar culpabilidad por el hábito que le llevo a tener la enfermedad e intenta que usted le diga, que si cambia ahora de forma de vida, podrá demorar o incluso mejorar la progresión de dicha enfermedad y sus consecuencias. ¿En qué fase de duelo de Kubler Ross se encontraría?:

1. Negación.
2. Ira.
3. Aceptación.
4. Negociación.

EIR 2009 · 72

P14 · respuesta en el solucionario

Kübler-Ross: fase de aceptación

Una enfermera que visita en su domicilio a un paciente que conoce su situación terminal, observa que éste transmite sensación de paz, está tranquilo, no expresa dolores, desea que se le acompañe y no habla de planes de futuro. ¿En qué fase del proceso se encuentra el paciente según Kübbler-Ross?:

1. Negación.
2. Pacto.
3. Negociación.
4. Aceptación.
5. Depresión.

Otros modelos por fases recogidos por el NCI: una teoría de cuatro etapas (Bowlby y Parkes en sus referencias): **conmoción y anestesia emocional, anhelo y búsqueda, desorganización y desesperación y reorganización**, con fundamento empírico y un pico de intensidad hacia los **6 meses** de la pérdida ^{F3}. Un modelo adaptado habla de anestesia emocional e incredulidad, sufrimiento por la separación, depresión y luto, y recuperación, y advierte que pensar en etapas regulares es una **simplificación excesiva** ^{F3}. Un estudio de dos años encontró como trayectoria más común **incredulidad, anhelo, rabia, depresión y aceptación** ^{F3}. El

INGESA añade el modelo de Alba Payás, con cuatro fases: **aturdimiento y choque**; **evitación y negación**; **crecimiento**; **transformación** ^{F2}.

Modelo de tareas	Tareas
Worden (4 tareas, según el NCI) ^{F3}	(1) Aceptar la realidad de la pérdida; (2) procesar la aflicción o pena; (3) adaptarse al mundo sin la persona fallecida ; (4) identificar una conexión perdurable con el fallecido mientras se construyen relaciones nuevas
Tareas del duelo en 3 fases (Open RN) ^{F5}	(1) Notificación y shock : entumecimiento, puede aislarse; reconocer la realidad de la pérdida. (2) Vivir la pérdida : experimentar y expresar el dolor de la separación. (3) Reintegración : reorganizar la familia y los roles y formar una nueva realidad sin el fallecido, conservando sus recuerdos

Fases no es lo mismo que tareas

Kübler-Ross, Bowlby-Parkes o Payás describen **fases** que se atraviesan y se solapan ^{F3,F2}; Worden habla de **tareas** que el doliente tiene que realizar para seguir sintiéndose en control de su mundo ^{F3}. La última tarea de Worden no es olvidar al fallecido, sino mantener con él una **conexión perdurable** ^{F3}.

3. Duelo complicado o prolongado y sus factores de riesgo

La GPC considera el duelo complicado una **reacción de mala adaptación a la pérdida**, que puede manifestarse como trastorno por duelo prolongado, depresión, ansiedad o deterioro de la salud física ^{F1}. Aproximadamente un **10-20 %** de los dolientes tienen importantes dificultades en su adaptación a la pérdida ^{F1}. Para el INGESA, el duelo complicado es una desviación clínica significativa de la norma cultural en el curso o la intensidad de los síntomas o en el deterioro social, laboral u otro: **no es tanto el rasgo como la incapacitación que produce**; hoy se usa el término **duelo prolongado** ^{F2}.

CIE-11 (6B42) Trastorno por duelo prolongado: tras la muerte de una pareja, un padre, un hijo u otra persona cercana, respuesta de dolor **persistente y generalizada**, caracterizada por **nostalgia** por el fallecido o **preocupación persistente**, acompañada de dolor emocional intenso (tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que se ha perdido una parte de sí mismo, entumecimiento emocional...), que ha durado un periodo atípicamente largo (**más de 6 meses como mínimo**) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, y que provoca un **deterioro significativo** ^{F4}. La guía del INGESA recoge esos criterios y propone el cuestionario **PG-13** para detectarlo a partir de los seis meses de la pérdida ^{F2}. La APA incluye el **trastorno de duelo prolongado** en el **DSM-5-TR** (marzo de 2022): la pérdida debe haber ocurrido hace **al menos un año en adultos y al menos 6 meses en niños y adolescentes**, con al menos 3 síntomas casi a diario durante el último mes ^{F21}. El NCI aún cita el trastorno de duelo complejo persistente del DSM-5, con esos mismos plazos ^{F3}.

- **Duelo pospuesto o inhibido:** la reacción aparece tiempo después de la muerte por un bloqueo previo del proceso; a menudo se confunde con una depresión y llega cuando el apoyo social ya ha desaparecido ^{F2}.
- **Duelo crónico:** síntomas de aflicción común durante mucho más tiempo que los 1-2 años habituales; se cree que aparece en el **15-30 %** de las personas en duelo ^{F3}.
- Tipos de duelo complicado según ELNEC, recogidos por Open RN: **crónico, retrasado, exagerado y enmascarado** ^{F5}.

Duelo	Depresión (INGESA) ^{F2}
Identificación normal con el difunto	Sobreidentificación; ambivalencia aumentada
Ideación suicida rara	Ideación suicida frecuente
Culpa por cómo se trató al difunto, sin sentirse mala persona	Culpa global: la persona se siente mala
Síntomas autolimitados , mejoran con el tiempo	Síntomas que empeoran con el tiempo
Evoca simpatía	Evoca irritabilidad o fastidio
Responde al contacto social y al refuerzo positivo	No responde; aislamiento
Los síntomas no responden a los antidepresivos	Los síntomas responden a los antidepresivos

Factores de riesgo de duelo complicado. La GPC los agrupa en cuatro bloques, tomados de la guía de Aranda y Milne, y recomienda identificar el riesgo con **los factores de riesgo, el juicio clínico y la información del entorno familiar (genograma)**; escalas como el Index Risk de **Parkes y Weiss** aún necesitan estudios de validez ^{F1}. Esta es su lista completa ^{F1}:

Bloque (GPC 2008)	Factores de riesgo ^{F1}
1. Enfermedad, cuidados terminales y naturaleza de la muerte	Muerte repentina o inesperada , sobre todo si es traumática , si supone un estigma (suicidio, homicidio, sida) o si el doliente no ha podido prepararse; enfermedad excesivamente corta ; enfermedad prolongada con doliente en edad media
2. Características del doliente	Fase del ciclo vital (adolescente , persona que enviuda joven o anciana , madre viuda o separada); historia de pérdidas previas, especialmente no resueltas ; factores estresantes concurrentes (tensiones familiares, problemas económicos o laborales, insatisfacción con los cuidados, abuso de alcohol o psicofármacos); enfermedad física o mental (sobre todo con tratamiento psiquiátrico o psicológico previo, o historia familiar psiquiátrica); intenso sufrimiento durante la enfermedad; mala adaptación inicial; incapacidad para usar estrategias de afrontamiento; soledad ; poco control interno sobre las creencias
3. Relaciones interpersonales	Falta de apoyo social o apoyo percibido como antagónico; no tener una persona de confianza con quien compartir; red social alterada por el duelo; insatisfacción con la ayuda recibida; apoyo que disminuye tras la muerte; relación ambivalente o dependiente con el fallecido; matrimonios con relación especialmente buena, duradera y exclusivista; familias con baja cohesión y comunicación
4. Características del fallecido	Niño o adolescente ; muerte de un hijo por un problema hereditario o de forma repentina o violenta; progenitores , adolescentes o adultos jóvenes, sobre todo si el progenitor superviviente tiene pocas capacidades de afrontamiento

Hoja de predictores en adultos (INGESA, anexo 20)	Factores ^{F2}
Relacionales	Pérdida de hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana o de un hermano en la adolescencia; relación dependiente del superviviente; relación conflictiva o ambivalente
Circunstanciales	Juventud del fallecido ; pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, incierta o múltiple ; duración de la enfermedad y de la agonía; no recuperación del cadáver o imposibilidad de verlo; recuerdo doloroso del proceso
Personales	Ancianidad o juventud del superviviente ; pocos recursos ante el estrés; problemas de salud física o mental previos; pocas aficiones; duelos anteriores no resueltos ; rabia, amargura o culpa muy intensas
Sociales	Sin red de apoyo o en conflicto con ella; recursos socioeconómicos escasos; hijos pequeños a cargo; otros estresantes; muerte estigmatizada

El NCI añade la **teoría del apego**: los dolientes con apego seguro tienen menos probabilidad de duelo complicado y los de **apego inseguro, ambivalente o ansioso**, más ^{F3}. También cuenta el sexo: tras perder al cónyuge, **los hombres sufren más consecuencias negativas** que las mujeres ^{F3}. Open RN enumera como factores la muerte súbita o traumática, el suicidio, el homicidio, la **relación dependiente**, la muerte de un hijo, las **pérdidas múltiples**, el **duelo no resuelto de pérdidas previas**, los estresantes concurrentes y la falta de apoyo ^{F5}.



Lo que más cae: predictores de duelo complicado

Las opciones correctas combinan **duelos anteriores no resueltos, pérdidas múltiples, parentesco cercano** (hijo, pareja, padre o madre), **juventud del fallecido** y el tipo de **vínculo o apego** (relación dependiente o ambivalente) ^{F1,F2,F3}. Trampas: la **muerte esperada** tras una enfermedad no es un factor de riesgo (lo es la muerte **repentina o inesperada**); la **ancianidad** que cuenta es la **del superviviente**, no la del fallecido, en quien el riesgo lo da la **juventud**; y lo que predice el duelo complicado son las **pérdidas previas no resueltas**, no el hecho de vivir la primera muerte ^{F1,F2}.

Duelo complicado: factores predictores

Entre los siguientes factores, ¿cuáles son los predictores más destacados de un duelo complicado? Marque la opción correcta:

1. Cercanía de parentesco; pérdidas múltiples; la muerte de una persona anciana.
2. Edad del fallecido (más riesgo en muertes tempranas); no haber vivido nunca la muerte de nadie; muerte esperada de una persona en proceso de enfermedad.
3. Muerte repentina; enfermedades que cursan con poco sufrimiento; ser diabético.
4. Duelos anteriores no resueltos; pérdidas múltiples; cercanía del parentesco.

Duelo complicado: factores predictores

Señale los factores predictores del duelo complicado:

1. Muerte esperada.
2. La edad del fallecido y el nivel de apego.
3. Experiencia de la primera muerte.
4. La tenencia de muchos hijos.

Factores protectores (INGESA): creencias religiosas y espirituales, capacidad de expresar emociones positivas, percepción de autoeficacia, creencias que aceptan la muerte como parte de la vida, sentirse útil en los cuidados del enfermo, habilidad para resolver problemas, flexibilidad mental, fluidez comunicativa, autocuidado y capacidad para encontrar un sentido a la experiencia ^{F2}. La GPC añade el **optimismo y la esperanza** ^{F1}.

4. El duelo en la taxonomía NANDA-I

Diagnóstico (NANDA-I 2012-2014)	Definición	Datos que lo identifican
00136 Duelo F8	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida F8	Sufrimiento, dolor, culpa, alteración del nivel de actividad o del sueño , cólera, pesadillas, desespero, desorganización, mantenimiento de la conexión con la persona fallecida , distrés psicológico; factor relacionado: anticipación de la pérdida de una persona significativa o su muerte F8
00135 Duelo complicado F9	Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas habituales y se manifiesta en un deterioro funcional F9	El manual solo da la definición; de ella se deduce que exige que la muerte ya se haya producido y que haya deterioro funcional F9
00172 Riesgo de duelo complicado F8	Riesgo de aparición de ese trastorno tras la muerte de una persona significativa F8	Factores de riesgo: muerte de una persona significativa, inestabilidad emocional, falta de apoyo social F8

El diagnóstico **Duelo** es el de un proceso **normal**, y su definición incluye expresamente la **pérdida anticipada**: el familiar de un enfermo terminal que prevé su muerte, con cambios en la actividad y el sueño y sufrimiento, pero que siente que **mantiene una conexión** con él, encaja en Duelo, no en un diagnóstico de duelo complicado, que exige que la muerte ya haya ocurrido y un deterioro funcional F8,F9. El INGESA recuerda que el duelo **puede contribuir al crecimiento personal** F2.

Duelo anticipado

En relación a las situaciones de cuidados paliativos. Alfonso, enfermero de 44 años, es hijo de Antonio que se encuentra en situación terminal. Alfonso conoce la delicada situación de su padre y anticipa su pérdida en un periodo de “como mucho un mes o mes y medio”. Él manifiesta que todo esto le está produciendo una alteración en el nivel de actividad habitual, cambios en el patrón de sueño, sufrimiento, pero que también siente que está manteniendo una conexión con su padre aún más fuerte que antes y que le está ayudando a crecer personalmente. Señale etiqueta diagnóstica que está presente en el caso:

1. Ansiedad ante la muerte.
2. Duelo.
3. Riesgo de duelo complicado.
4. Duelo complicado.

Cambio de etiquetas. La edición 2021-2023 de NANDA-I incluye *Maladaptive grieving*, un trastorno que aparece tras la muerte de una persona significativa en el que el malestar que acompaña al duelo **no sigue las expectativas socioculturales** ^{F6}. En la lista española de diagnósticos NANDA-I **2024-2026** que recoge la Junta de Andalucía, el patrón de afrontamiento incluye **00285 Disposición para mejorar el duelo**, **00301 Duelo desadaptativo** y **00302 Riesgo de duelo desadaptativo**; en el texto del mismo documento, 00301 se llama «**Duelo inadaptado**» ^{F10}.

EIR2016-214: «Duelo complicado» ya no es la etiqueta vigente

EIR2016-214 describe el trastorno que aparece tras la muerte de una persona significativa, con un sufrimiento que no sigue las expectativas normales y deterioro funcional. La respuesta oficial es **Duelo complicado**, la etiqueta NANDA-I de la época (00135) con esa misma definición ^{F9}. Hoy el diagnóstico equivalente es **00301 Duelo desadaptativo** (NANDA-I 2024-2026), también llamado «Duelo inadaptado» en español, y 00135 no figura en la selección de diagnósticos NANDA-I 2024-2026 relacionados con los cuidados paliativos que publica la Junta de Andalucía, que recoge en su lugar 00301 y 00302 ^{F10,F6}. En el examen, la respuesta es Duelo complicado; en un examen actual, la etiqueta sería Duelo desadaptativo.

Duelo complicado: definición

El trastorno en el que, tras la muerte de una persona significativa, el sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional con síntomas que persisten mucho después de la muerte, se denomina:

1. Duelo ineficaz.
2. Duelo alterado.
3. Duelo disfuncional.
4. Duelo complicado.

5. Acompañar al doliente: niveles de intervención y comunicación

Organización de la atención. La GPC toma el modelo NICE de tres componentes: a la **mayoría** de los dolientes les basta el apoyo de familiares y amigos, y el papel del profesional es **informar** sobre el duelo y los recursos; algunos necesitan un apoyo más formal (voluntarios, grupos de autoayuda); una **minoría** requiere atención especializada ^{F1}. La evidencia resumida es tajante: las intervenciones en **duelo normal no son eficaces e incluso pueden ser perjudiciales**; en **duelo de riesgo** puede haber cierto beneficio; en **duelo complicado** son eficaces ^{F1}.

Tipo de duelo	Recomendación de la GPC (grado) ^{F1}
Normal	No se recomiendan intervenciones formales o estructuradas (B); proporcionar información sobre el duelo y los recursos y apoyo emocional básico (D)
De riesgo	Seguimiento regular con apoyo emocional, valorando individualmente psicoterapias específicas (B)
Complicado	Derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría) para atención específica y estructurada (B)

La guía del INGESA fija como objetivos en atención primaria acompañar el duelo remitiendo a salud mental cuando sea necesario, **detectar a los dolientes de alto riesgo y diferenciar el duelo normal del patológico**; la atención al duelo incluye tres periodos (antes del fallecimiento, durante la agonía y después) y en todos ellos el profesional ha de mostrar **afecto, respeto y empatía** ^{F2}. Deriva a los dolientes que lo piden, a los de alto riesgo, a los que presentan alteraciones psicopatológicas y a los que tienen **duelo prolongado** (al psicólogo de paliativos o a salud mental) ^{F2}.

Palabras que ayudan (INGESA 2021)	Palabras que no ayudan (INGESA 2021)
Siento mucho lo que estás pasando ^{F2}	Ahora tienes que ser fuerte ^{F2}
No tengo palabras para expresar lo que siento	Intenta distraerte
He pensado en ti estos días	Lo que tienes que hacer es no pensar en eso
Ten por seguro que estaré a tu lado	Ponte a trabajar para no tener tanto tiempo libre
¿Cómo te sientes? ¿Tienes ganas de hablar?	El tiempo lo cura todo
Debe ser muy cansado vivir con este dolor todos los días	Ahora ya no sufre
Debe ser muy cansado vivir con este dolor todos los días	Es la vida, ¡todos tenemos que morir!
Debe ser muy cansado vivir con este dolor todos los días	A él/ella no le gustaría verte así

Palabras que ayudan (INGESA 2021)	Palabras que no ayudan (INGESA 2021)
Debe ser muy cansado vivir con este dolor todos los días	Los niños son pequeños, no se acordarán de nada

En la misma columna de las que no ayudan, la guía incluye además dos pautas: intentar **no «prescribir» un periodo de tiempo** concreto para elaborar el duelo y **no presionar** al paciente ^{F2}. Open RN coincide: evitar «sé cómo te sientes», no minimizar la reacción («ya deberías haberlo superado») ni la pérdida («al menos tuviste una buena vida con él», «está en un lugar mejor»), y sustituirlas por frases que exploren sus sentimientos, como «esto debe de ser muy difícil para ti; ¿quieres hablar de ello?» ^{F5}.

★ La regla de las frases

Ayuda lo que **reconoce el dolor y ofrece presencia** («no tengo palabras», «estaré a tu lado», «¿cómo te sientes?») ^{F2}. No ayuda lo que **manda** (sé fuerte, distraete, no pienses), **pone plazo** (el tiempo lo cura todo) o **minimiza** la pérdida (ahora ya no sufre, es la vida) ^{F2,F5}.

EIR 2024 · 151

P1 · respuesta en el solucionario

Palabras que ayudan en el duelo

Según la Guía para Atención Primaria de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad del 2021, son palabras que ayudan en el duelo:

1. No tengo palabras para expresar lo que siento.
2. Intenta distraerte.
3. El tiempo lo cura todo.
4. Ahora tienes que ser fuerte.

Presencia y silencio. Open RN insiste en que, al comunicarse con el doliente, es **más importante escuchar y estar presente que decir las palabras correctas**, y que también ayuda **favorecer el silencio** ^{F5}. La intervención más importante que puede ofrecer la enfermera es la **escucha activa y una presencia de apoyo**; recomienda además **no propiciar la toma de decisiones mientras la persona está bajo un estrés intenso** ^{F6}. En la fase de **notificación y shock** la persona siente entumecimiento o conmoción y puede aislarse ^{F5}. La GPC de Cuidados Paliativos Pediátricos recomienda, al informar al paciente y a la familia, dar la información clave en frases cortas y **a continuación permanecer en silencio**, dando tiempo para expresar emociones y compartir pensamientos; y habla de **escucha activa y silencios apropiados** ^{F16}.

En la muerte de un hijo el duelo es especialmente duro: el Ministerio recuerda que, tras la muerte de un niño, es más probable que el duelo sea **grave, prolongado y a menudo complicado** ^{F17}. **Llorar o suspirar**, las **alteraciones del sueño o la alimentación** y la **opresión en el tórax** son respuestas normales del duelo según la tabla del INGESA ^{F2}.

En el shock no se empuja

Ante unos padres en shock, lo indicado es **estar presente, escuchar y respetar el silencio** ^{F5,F6,F16}. No toca obligarles a hablar, **no presionar** ^{F2} ni plantearles decisiones de futuro mientras están bajo un estrés intenso ^{F6}.

EIR 2012 · 15

P12 · respuesta en el solucionario

Duelo de los padres en shock: presencia y silencio

Eugenio, es un niño de 7 años, que se encuentra en una situación terminal. Los padres viven el proceso de duelo en un estado de shock, lloran sin cesar, no pueden comer y expresan sentir dolores en el tórax. ¿Cuál de las siguientes en una actuación enfermera pertinente?:

1. Preguntarles qué van a hacer después.
2. Procurarles una explicación cuidadosa de las condiciones en las que se encuentra Eugenio.
3. Estar presente y en silencio procurando demostrar aceptación.
4. Animarles a hablar.
5. Pedirles tranquilidad e indicarles que se cuiden por el resto de sus hijos.

6. Intervenciones enfermeras: NIC

Facilitar el duelo y el duelo en la infancia

NIC 5290 Facilitar el duelo. Los planes de cuidados de AECPAL la vinculan al diagnóstico de duelo con actividades como identificar la pérdida, fomentar la expresión de sentimientos, escuchar las expresiones de duelo, identificar fuentes de apoyo comunitario y apoyar los progresos del proceso ^{F8}. Para el riesgo de duelo complicado añaden, entre otras: ayudar a identificar la reacción inicial a la pérdida, **animar a manifestar verbalmente los recuerdos** de la pérdida, pasados y actuales, **explicar las fases del proceso del duelo**, **utilizar palabras claras como «muerte» o «muerto» en lugar de eufemismos** y **apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores** ^{F8}.

Open RN describe la **facilitación del trabajo de duelo** (*grief work facilitation*, sin dar el código NIC) con estas actividades de ejemplo ^{F6}:

- Identificar la pérdida y ayudar a identificar la **reacción inicial** ^{F6}.
- Escuchar las expresiones de duelo y hacer comentarios empáticos ^{F6}.
- **Fomentar la conversación sobre experiencias de pérdidas anteriores** ^{F6}.
- **Animar a verbalizar los recuerdos** de la pérdida ^{F6}.
- Enseñar las fases y tareas del proceso de duelo y apoyar la progresión por ellas ^{F6}.
- Fomentar las costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas a la pérdida ^{F6}.
- **Responder a las preguntas de los niños sobre la pérdida** y animarles a hablar de sus sentimientos ^{F6}.
- Identificar apoyos comunitarios y reforzar los progresos ^{F6}.

Facilitar el duelo es abrirlo, no tapanlo

Todas las actividades van en la misma dirección: **nombrar la muerte sin eufemismos** ^{F8}, **hablar de la pérdida** ^{F8} y **de las anteriores** ^{F6}, **recordar** al fallecido ^{F6,F8} y **contestar a los niños** ^{F6}. Lo contrario — esquivar las preguntas de los niños, evitar hablar de pérdidas previas o apartar los recuerdos— no figura entre las actividades de la intervención ^{F6,F8}.

EIR 2021 · 79

P3 · respuesta en el solucionario

NIC Facilitar el duelo: palabras claras en lugar de eufemismos

Dentro de las Intervenciones de Enfermería para Facilitar el Duelo (NIC 5290) se encuentra:

1. Recondurir las preguntas de los niños sobre la muerte para evitar incidir en la pérdida y minimizar el impacto emocional.
2. Retirar de la vista de la persona doliente fotos o recuerdos de la persona fallecida.
3. Utilizar palabras claras como “muerte” o “muerto” en lugar de eufemismos.
4. Evitar la discusión reiterada de experiencias de pérdidas anteriores.

Edad	Cómo entiende la muerte el niño (NCI) ^{F3}
0-2 años	Todavía no es capaz de comprender la muerte
2-6 años	La muerte es como dormir y es temporal , no definitiva; pensamiento mágico
6-9 años	Se piensa que la muerte es una persona o un espíritu; «se mueren otras personas, a mí no me va a pasar»
9 años o más	Todos morirán, la muerte es final y no se puede alterar, «hasta yo moriré»; mayor ansiedad por la propia muerte y miedo a ser diferente de los compañeros. A los 12 años la considera definitiva y universal

Cualquier conversación con un niño sobre la muerte debe incluir las palabras apropiadas (cáncer, murió, muerte); **nunca se deben usar eufemismos** como «se fue al más allá», «duerme» o «lo perdimos», porque le confunden ^{F3}. Open RN añade que expresiones como «se ha dormido» pueden hacer que el niño **tema dormir**, y recomienda usar el juego terapéuticamente ^{F5}. Según la GPC 2008, en niños y adolescentes **parecen ser eficaces**, especialmente en las niñas, la información y la educación en duelo, las oportunidades para expresar sus sentimientos, **recordar y conmemorar el aniversario** y mejorar la comunicación familiar ^{F1}. El INGESA incluye una hoja de predictores de duelo complicado en niños y adolescentes: ambiente inestable, dependencia del progenitor superviviente que reacciona mal, nuevas nupcias con relación negativa, **pérdida de la madre en niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes** e inconsistencia en la disciplina ^{F2}.

7. Situación de últimos días: signos de muerte inminente y cuidados en la agonía

En los últimos días aumentan el **cansancio, la debilidad y la somnolencia**, disminuye el interés por levantarse, por las visitas y por lo que ocurre alrededor, y la confusión es más frecuente, a veces con angustia y agitación ^{F1}. En pacientes con cáncer se asocian a la fase terminal el encamamiento, el estado semicomatoso, la ingesta limitada a sorbos y la imposibilidad de tomar fármacos por boca ^{F1}. La GPC de 2008 llamaba a los **estertores del moribundo** síntoma **muy frecuente y específico** de esta fase: ruidos por el movimiento de las secreciones de las vías respiratorias altas ^{F1}. La GPC vigente sobre la **situación de últimos días** (2021, con actualización continuada) los considera **frecuentes**, presentes en **al menos un tercio** de los pacientes ^{F22}.

- La GPC de últimos días sugiere evaluar estos signos y síntomas (débil a favor) ^{F22}.
- **Cardiovasculares**: hipotensión, **oliguria, livideces** ^{F22}.
- **Respiratorios**: **respiración ruidosa (estertores)**, respiración de **Cheyne-Stokes** y **apneas**, disnea, respiración con **movimiento mandibular** ^{F22}.
- **Estado físico**: debilidad profunda y progresiva, pérdida de la habilidad de cerrar los ojos, indiferencia hacia comida y bebida, dificultad para deglutir, **incontinencia o retención urinaria** ^{F22}.
- **Cognitivos y neurológicos**: disminución del nivel de alerta (de la somnolencia al coma), delirium hipoactivo o hiperactivo; **psicosociales**: aislamiento, cambios de ánimo; y cambios en la experiencia espiritual ^{F22}.

Signos de muerte inminente (NCI, 357 pacientes con cáncer)	Qué valor tienen ^{F12}
Tempranos (más de una semana antes): disminución del nivel de consciencia, deterioro funcional (PPS ≤ 20 %), disfagia de líquidos	Muy frecuentes; valor predictivo moderado de muerte en 3 días
Tardíos (últimos 3 días): ausencia de pulso radial , respiración con movimiento mandibular , disminución de la diuresis , respiración de Cheyne-Stokes , estertor agónico , periodos de apnea , cianosis periférica	Menos frecuentes, pero muy específicos de muerte en 3 días

El NCI precisa que **el estertor indica que la muerte es inminente**: aparece en el 50-60 % de los pacientes en los últimos días, con una mediana de inicio de 16 a 57 horas antes de la muerte ^{F12}. En la última semana también se intensifican la somnolencia, la anorexia, la fatiga y la disnea, y la **incontinencia urinaria** aparece en una proporción creciente de pacientes ^{F12}. Sobre la **fiebre** el NCI advierte que no hay datos fiables; en un estudio fue infrecuente o moderada y no aumentó en los dos días previos a la muerte ^{F12}.

El estertor, signo tardío

De los datos que suelen ofrecerse como opción, la **respiración estertorosa** es el que figura entre los **signos tardíos** del NCI, muy específicos de muerte en 3 días, y el que el NCI asocia a muerte **inminente**; la GPC de 2008 lo llamaba síntoma muy frecuente y específico de la agonía ^{F12,F1}. La somnolencia y la incontinencia también aumentan en la última semana, pero no están entre los signos tardíos del NCI ^{F12}; y de la fiebre no hay datos fiables ^{F12}.

Signos de final de vida: respiración estertorosa

Un hombre de 65 años tiene un cáncer terminal avanzado. ¿Qué dato indicaría que está cerca del final de su vida? Señale la mejor opción:

1. Distensión abdominal.
2. Temperatura de 38° C.
3. Incontinencia urinaria.
4. Respiración estertorosa.
5. Somnolencia.

Escala de Menten. La guía de sedación paliativa del INGESA recomienda identificar y registrar en la historia clínica los signos de la situación de agonía y propone como herramienta útil la **escala de Menten (2004)** ^{F13}. Sus ocho signos son: **nariz fría o pálida, extremidades frías, livideces, labios cianóticos, estertores de agonía, pausas de apnea** (más de 15 s por minuto), **anuria** (menos de 300 ml en 24 h) y **somnolencia** (más de 15 h de sueño al día) ^{F13}. La presencia de **más de 4 signos predice el éxitus en 4 días**, aunque alrededor de un **8 %** de los pacientes fallece «sin avisar» ^{F13}.

Menten según quién lo cuente

Los casos clínicos de la semFYC reproducen la escala con pequeñas diferencias: en uno, nariz **fría, anuria** (<300 ml/día), **1-3 criterios** = situación **preagónica** y **más de 4** = fallecen el **90 %** en 4 días ^{F14}; en otro, nariz **fría y blanca, oliguria** (<300 ml/24 h), 1-3 criterios = preagónica y **cuatro o más** simultáneos = situación agónica, con muerte en 4 días en el **90 %** de los casos ^{F15}. Ninguna incluye rojeces, sed, tos ni mareo ^{F13,F14,F15}.

Signos de Menten

¿Cuáles son signos de Menten?:

1. Rojeces en la cara y brazos.
2. Livideces, nariz fría o pálida, y extremidades frías.
3. Sed, sequedad de boca y tos.
4. Sensación de mareo, disnea y somnolencia.

Cuidados en la agonía y familia. La GPC recomienda asegurarse de que la familia **conoce el estado de muerte inminente**, usar un lenguaje claro sin dar por supuesto que entiende la agonía, y atender en un **ambiente tranquilo**, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos ^{F1}. Ante los estertores, la GPC de últimos días recomienda evaluarlos en cuanto empieza esa situación, **informar a la familia** de sus causas (el ruido angustia, pero es poco probable que moleste al paciente por su bajo nivel de conciencia), iniciar **medidas no farmacológicas** y considerar fármacos **solo si estas no bastan**, con **butilbromuro de escopolamina** como primera opción (recomendación débil) ^{F22}. Las medidas no farmacológicas: valorar retirar los **líquidos intravenosos no esenciales**, posición **decúbito lateral o**

semiprono para el drenaje postural, aspirar solo la **cavidad oral** si hace falta (más profunda irrita y aumenta las secreciones), higiene bucal y apoyo emocional a la familia ^{F22}. El NCI añade que el estertor **no parece molestar al paciente** y que conviene explicar a la familia que no está relacionado con la disnea; y como el paciente puede percibir la presencia de otros, se anima a los seres queridos a **hablarle como si les oyera** ^{F12}. Tras la muerte en el hospital hay que preguntar a la familia si desea autopsia, garantizar que el cuerpo será **tratado con respeto** e indagar los ritos culturales o religiosos importantes para ellos ^{F12}.

NIC 5260 Cuidados en la agonía. Un estudio del Hospital Universitario Río Hortega (Sacyl) la resume como la promoción de la **comodidad física y la paz psicológica en la fase final de la vida** y reproduce su lista de actividades ^{F11}; AECPAL recoge una selección con las mismas actividades clave ^{F8}.

- **Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte** ^{F11,F8}.
- **Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte** ^{F11}.
- Apoyar al paciente y a la familia en los **estadios de pena** ^{F11,F8}.
- **Facilitar la discusión de arreglos para el funeral** ^{F11}.
- Observar si hay dolor y ansiedad; minimizar la incomodidad; administrar la medicación por **vías alternativas** si hay problemas de deglución ^{F11}.
- Posponer la alimentación si está fatigado; ofrecer líquidos y comidas blandas; ofrecer comidas culturalmente adecuadas ^{F11}.
- Quedarse físicamente cerca del paciente atemorizado; **respetar la necesidad de privacidad**; modificar el ambiente según sus deseos ^{F11}.
- Facilitar el **apoyo espiritual**; respetar las solicitudes de cuidados del paciente y la familia; **apoyar a la familia para permanecer a pie de cama** e incluirla en las decisiones y cuidados ^{F11}.



La actividad intrusa

En la lista de actividades de Cuidados en la agonía que reproduce el documento de Sacyl (edición de la NIC no indicada) **no figura responder a preguntas sobre la donación de órganos** ^{F11}. Sí figuran hablar de la muerte, compartir sentimientos sobre ella y los **arreglos del funeral** ^{F11}.

EIR 2019 · 186

P6 · respuesta en el solucionario

NIC Cuidados en la agonía

Indique la actividad INCORRECTA en relación al NIC “Cuidados en la agonía” de un paciente con cáncer en fase terminal que ingresa en la unidad de oncología para medidas de confort:

1. Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte.
2. Facilitar la conversación sobre arreglos para el funeral.
3. Responder a las preguntas acerca de la donación de órganos.
4. Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.

8. Muerte perinatal

La guía de la SEGO sobre asistencia en la muerte perinatal (2021) pide, al ingreso, confirmar el diagnóstico con otro profesional, invitar a la pareja a estar presente, **dar un tiempo y momento de intimidad** para que asimilen la información, mostrar cercanía y empatía y **respetar los silencios** ^{F18}. Entre las actitudes que hay que **evitar** cita **no identificarse ante los padres con el nombre y el cargo**, dar la noticia con la mujer tumbada en la camilla del ecógrafo, minimizar la pérdida o usar sedaciones profundas que la «desconecten» de la realidad ^{F18}. Recomienda llamar al bebé por su nombre o «hijo/a», no «feto» ^{F18}.

- **Contacto con el bebé:** se debe **favorecer** porque en la mayoría de los casos se elabora mejor el duelo (evidencia II, recomendación B), **pero no hay que obligar** si no lo desean; si quieren verlo y tenerlo en brazos, ayudarles y ofrecerles pasar tiempo con él ^{F18}.
- **Recuerdos:** informar de la posibilidad de una **caja de recuerdos** (pulsera, mechón de pelo, huellas, ropa) y facilitar las fotografías si lo desean ^{F18}.
- **Grupos de apoyo:** informar, de forma oral y escrita, de **grupos y asociaciones de padres** que han pasado por pérdidas perinatales ^{F18}.

Las guías autonómicas insisten en la presencia **discreta**. Osakidetza pide presentarse con el nombre y el cargo, estar cuando los necesiten y mostrarse disponibles también para cuando deseen estar solos: «**lo ideal sería dejarles muchos momentos a solas**», pasando regularmente ^{F19}. Asturias indica presentarse y explicar los procedimientos, y respetar sus momentos en familia, **dejándoles a solas por ratos**, pero informándoles de que estamos cerca ^{F20}.



Lo menos recomendado

Ninguna de estas guías pide acompañar a los padres **todo el tiempo para que no se queden solos**: piden **tiempos de intimidad** y disponibilidad ^{F18,F19,F20}. Si son recomendaciones presentarse por el **nombre y el cargo** ^{F18,F19}, ofrecer (sin forzar) **ver al bebé** ^{F18} e informar de los **grupos de apoyo** ^{F18}.

EIR 2020 · 107

P5 · respuesta en el solucionario

Muerte fetal: actuaciones menos recomendadas

De las siguientes actuaciones, cuál considera que es la menos recomendada para tratar a la mujer/familia cuando nos encontramos ante una situación de muerte fetal:

1. Informar a los padres de los grupos locales de apoyo disponibles.
2. Que el profesional sanitario se presente a la mujer/familia por su nombre y cargo.
3. Recomendarles la posibilidad de ver a su bebé fallecido.
4. Permanecer todo el tiempo con la mujer/familia, evitando que se queden solos.

Todas las preguntas del tema (14)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2024 · 151

P1 · respuesta en el solucionario

Según la Guía para Atención Primaria de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad del 2021, son palabras que ayudan en el duelo:

1. No tengo palabras para expresar lo que siento.
2. Intenta distraerte.
3. El tiempo lo cura todo.
4. Ahora tienes que ser fuerte.

EIR 2023 · 146

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuáles son signos de Menten?:

1. Rojececes en la cara y brazos.
2. Livideces, nariz fría o pálida, y extremidades frías.
3. Sed, sequedad de boca y tos.
4. Sensación de mareo, disnea y somnolencia.

EIR 2021 · 79

P3 · respuesta en el solucionario

Dentro de las Intervenciones de Enfermería para Facilitar el Duelo (NIC 5290) se encuentra:

1. Reconducir las preguntas de los niños sobre la muerte para evitar incidir en la pérdida y minimizar el impacto emocional.
2. Retirar de la vista de la persona doliente fotos o recuerdos de la persona fallecida.
3. Utilizar palabras claras como “muerte” o “muerto” en lugar de eufemismos.
4. Evitar la discusión reiterada de experiencias de pérdidas anteriores.

EIR 2021 · 28

P4 · respuesta en el solucionario

Señale los factores predictores del duelo complicado:

1. Muerte esperada.
2. La edad del fallecido y el nivel de apego.
3. Experiencia de la primera muerte.
4. La tenencia de muchos hijos.

De las siguientes actuaciones, cuál considera que es la menos recomendada para tratar a la mujer/familia cuando nos encontramos ante una situación de muerte fetal:

1. Informar a los padres de los grupos locales de apoyo disponibles.
2. Que el profesional sanitario se presente a la mujer/familia por su nombre y cargo.
3. Recomendarles la posibilidad de ver a su bebé fallecido.
4. Permanecer todo el tiempo con la mujer/familia, evitando que se queden solos.

Indique la actividad INCORRECTA en relación al NIC “Cuidados en la agonía” de un paciente con cáncer en fase terminal que ingresa en la unidad de oncología para medidas de confort:

1. Comunicar la voluntad de comentar aspectos de la muerte.
2. Facilitar la conversación sobre arreglos para el funeral.
3. Responder a las preguntas acerca de la donación de órganos.
4. Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.

Entre los siguientes factores, ¿cuáles son los predictores más destacados de un duelo complicado? Marque la opción correcta:

1. Cercanía de parentesco; pérdidas múltiples; la muerte de una persona anciana.
2. Edad del fallecido (más riesgo en muertes tempranas); no haber vivido nunca la muerte de nadie; muerte esperada de una persona en proceso de enfermedad.
3. Muerte repentina; enfermedades que cursan con poco sufrimiento; ser diabético.
4. Duelos anteriores no resueltos; pérdidas múltiples; cercanía del parentesco.

En relación a las situaciones de cuidados paliativos. Alfonso, enfermero de 44 años, es hijo de Antonio que se encuentra en situación terminal. Alfonso conoce la delicada situación de su padre y anticipa su pérdida en un periodo de “como mucho un mes o mes y medio”. Él manifiesta que todo esto le está produciendo una alteración en el nivel de actividad habitual, cambios en el patrón de sueño, sufrimiento, pero que también siente que está manteniendo una conexión con su padre aún más fuerte que antes y que le está ayudando a crecer personalmente. Señale etiqueta diagnóstica que está presente en el caso:

1. Ansiedad ante la muerte.
2. Duelo.
3. Riesgo de duelo complicado.
4. Duelo complicado.

El trastorno en el que, tras la muerte de una persona significativa, el sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional con síntomas que persisten mucho después de la muerte, se denomina:

1. Duelo ineficaz.
2. Duelo alterado.
3. Duelo disfuncional.
4. Duelo complicado.

A Mariano le acaban de diagnosticar un cáncer de pulmón con metástasis que le limita en la realización de las actividades instrumentales y requiere la ayuda de otros para realizarlas. Su discurso se centra en expresar culpabilidad por el hábito que le llevo a tener la enfermedad e intenta que usted le diga, que si cambia ahora de forma de vida, podrá demorar o incluso mejorar la progresión de dicha enfermedad y sus consecuencias. ¿En qué fase de duelo de Kubler Ross se encontraría?:

1. Negación.
2. Ira.
3. Aceptación.
4. Negociación.

Un hombre de 65 años tiene un cáncer terminal avanzado. ¿Qué dato indicaría que está cerca del final de su vida? Señale la mejor opción:

1. Distensión abdominal.
2. Temperatura de 38° C.
3. Incontinencia urinaria.
4. Respiración estertorosa.
5. Somnolencia.

Eugenio, es un niño de 7 años, que se encuentra en una situación terminal. Los padres viven el proceso de duelo en un estado de shock, lloran sin cesar, no pueden comer y expresan sentir dolores en el tórax. ¿Cuál de las siguientes es una actuación enfermera pertinente?:

1. Preguntarles qué van a hacer después.
2. Procurarles una explicación cuidadosa de las condiciones en las que se encuentra Eugenio.
3. Estar presente y en silencio procurando demostrar aceptación.
4. Animarles a hablar.
5. Pedirles tranquilidad e indicarles que se cuiden por el resto de sus hijos.

Juana está siendo tratada por la enfermera en el centro de salud por hipertensión. En las dos últimas visitas habla de su marido fallecido y reflexiona sobre los recuerdos de su vida con él. Según las etapas del duelo descritas por Engel, Juana muestra una respuesta conductual que se corresponde con la etapa de:

1. Incredulidad.
2. Desarrollo de la conciencia.
3. Resolución de la pérdida.
4. Idealización.
5. Resultado.

Una enfermera que visita en su domicilio a un paciente que conoce su situación terminal, observa que éste transmite sensación de paz, está tranquilo, no expresa dolores, desea que se le acompañe y no habla de planes de futuro. ¿En qué fase del proceso se encuentra el paciente según Kübbler-Ross?:

1. Negación.
2. Pacto.
3. Negociación.
4. Aceptación.
5. Depresión.

Preguntas que también podrían ser de este tema (1)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2016 · 170

P15 · respuesta en el solucionario

Javier es un adolescente de 16 años, diagnosticado de una enfermedad no curable. ¿Cuál será el comportamiento esperable frente a los demás cuando sea consciente de su propia muerte?:

1. Comportarse igual que lo haría un adulto.
2. Enfadarse con su familia.
3. Rodearse de sus amigos.
4. Permitir ser apoyado y ayudado por su familia.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2024 · 151	1	
P2	EIR 2023 · 146	2	hoja del archivo oficial
P3	EIR 2021 · 79	3	
P4	EIR 2021 · 28	2	
P5	EIR 2020 · 107	4	
P6	EIR 2019 · 186	3	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2019 · 183	4	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2017 · 225	2	
P9	EIR 2016 · 214	4	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2016 · 81	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2014 · 107	4	reconstruida por un tercero
P12	EIR 2012 · 15	3	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2010 · 20	3	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2009 · 72	4	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2016 · 170	4	hoja del archivo oficial

Fuentes

- **F1** Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Capítulos 9 (Atención en los últimos días. Agonía) y 11 (Duelo). GuíaSalud la mantiene en su catálogo con la nota de que está pendiente de actualización. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_428_paliativos_osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F2** Castillo Polo A, Corbí Pino B, Fernández Valverde R, Martín Hurtado A, Montoro Robles MI, Pérez Medina M. Cuidados paliativos. Guía para Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), 2021. Capítulo X, Atención al duelo, y anexos 19-21. · https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:cf884739-e43c-4a8e-87e6-4a3c226acc0b/Cuidados_Paliativos.pdf · consultada 2026-09-27
- **F3** National Cancer Institute (NCI). Aflicción, duelo y manejo de la pérdida (PDQ®), versión para profesionales de salud. Actualización del 07/02/2024. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/perdida-pro-pdq> · consultada 2026-09-27
- **F4** Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (versión 2026-01). 6B42 Trastorno por duelo prolongado. · <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/es#1183832314> · consultada 2026-09-27
- **F5** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing Fundamentals, 2.ª ed., cap. 17.2 Basic Concepts. WisTech Open, 2024, CC-BY 4.0. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (17-06-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/17-2-basic-concepts/> · consultada 2026-09-27
- **F6** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing Fundamentals, 2.ª ed., cap. 17.3 Applying the Nursing Process to Grief (NANDA-I 2021-2023; intervenciones de facilitación del duelo). WisTech Open, 2024, CC-BY 4.0. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21-05-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals/chapter/17-3-applying-the-nursing-process-to-grief-2/> · consultada 2026-09-27
- **F7** Elisabeth Kübler-Ross Foundation. 5 Stages of Grief® (historia de las etapas a partir de On Death and Dying, 1969; edición del 50.º aniversario, Scribner, 2019). · <https://www.ekrfoundation.org/5-stages-of-grief/5-stages-grief/> · consultada 2026-09-27
- **F8** Grupo de Planes de Cuidados de AECPAL. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2.ª ed. Madrid: SECPAL, 2014 (NANDA-I 2012-2014). Diagnósticos 28 (00136 Duelo) y 55 (00172 Riesgo de duelo complicado); NIC 5290 y 5260. · https://www.secpal.org/wp-content/uploads/2022/05/GuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria_2.pdf · consultada 2026-09-27
- **F9** Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Comunidad de Madrid). Manual de diagnósticos de enfermería (NANDA) según necesidades de Virginia Henderson, 2013 (definiciones NANDA-I 2012-2014). · <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/3577/download?token=orArlAxxq> · consultada 2026-09-27
- **F10** Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Enfermera de Práctica Avanzada en la atención a las personas con necesidad de cuidados paliativos (EPA-CP). Sevilla, 2025. Texto y anexo I: Diagnósticos NANDA (2024-2026). · https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2025/12/EPA-CP20251205_0.pdf · consultada 2026-09-27

- **F11** Aldonza Valderrey C, Tejedor Franco MVA, Ramos Sastre MM, et al. Efectividad de los cuidados de enfermería en la agonía de pacientes terminales hospitalizados. Hospital Universitario Río Hortega (Sacyl, Junta de Castilla y León), convocatoria de investigación en cuidados 2013. Anexo 2: NIC 5260. · <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/investigacion-cuidados/ano-2013.ficheros/1204821-Efectividad%20Cuidados%20Enfermer%C3%ADa%20en%20agon%C3%ADa%20paciente%20terminales%20hospitalizados.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F12** National Cancer Institute (NCI). Etapa final de la vida (PDQ®), versión para profesionales de salud. Actualización del 28/03/2025. · <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pro-pdq> · consultada 2026-09-27
- **F13** Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA, Ministerio de Sanidad), Dirección Territorial de Ceuta. Guía de sedación paliativa. 2022 (NIPO 135-22-004-0). Pág. 8, Situación de agonía y escala de Menten. · https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:fb7c58fd-1692-4e91-a307-7d5f9b30c74c/Guia_sedacion_paliativa.pdf · consultada 2026-09-27
- **F14** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). e-Documentos, serie UrgePaliar. Luis está en fase agónica o tiene una neumonía. Resolución (tabla 1, escala de Menten y Hufkens). Sin fecha en la página. · <https://e-documentossemfyc.es/urgepaliar/luis-esta-en-fase-agonica-o-tiene-una-neumonia-resolucion/> · consultada 2026-09-27
- **F15** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). e-Documentos, serie UrgePaliar. «Póngale un suero para acabar». Resolución (tabla 1, escala de Menten de la agonía). Sin fecha en la página. · <https://e-documentossemfyc.es/urgepaliar/pongale-un-suero-para-acabar-resolucion/> · consultada 2026-09-27
- **F16** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), 2022. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/09/gpc_618_cuidados_paliativos_pediatria_iacs_compl.pdf · consultada 2026-09-27
- **F17** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuidados Paliativos Pediátricos en el SNS: Criterios de Atención. Madrid, 2014. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf · consultada 2026-09-27
- **F18** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia en la muerte perinatal. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol 2021;64:124-154. · https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf · consultada 2026-09-27
- **F19** Osakidetza, OSI Bilbao-Basurto. Guía de atención al duelo perinatal (sin fecha en el documento; posterior a julio de 2023, porque cita la Orden JUS/876/2023). Licencia CC BY-NC-SA 4.0. · https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bilbas_hospi_infoutil/es_def/adjuntos/Guia_Duelo_Perinatal_ES1.pdf · consultada 2026-09-27
- **F20** Consejería de Salud del Principado de Asturias, Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal. 2022. · <https://www.astursalud.es/documents/35439/1837257/GuiaAtencionalduelo.pdf/fd29848f-3e13-c402-fb95-264a0d73edcc> · consultada 2026-09-27
- **F21** American Psychiatric Association (APA). Prolonged Grief Disorder (página para pacientes y familias; revisión médica de Prigerson HG, Appelbaum P, Yousif L, agosto de 2025). Texto leído en la copia de la

Wayback Machine de esta URL (07-09-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. ·

<https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder> · consultada 2026-09-27

- **F22** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: ACIS, Avalia-t; 2021 (en actualización continuada; el informe del sexto ciclo, febrero de 2025, reproduce las mismas recomendaciones sobre estertores). Apartado 7.6 y anexo 8. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/01/gpc_612_atencion_paliativa_avaliat_compl.pdf · consultada 2026-09-27

Pendiente de verificar

- EIR2010-020 (etapas del duelo de Engel: incredulidad, desarrollo de la conciencia, restitución, resolución de la pérdida, idealización, resultado): ninguna fuente válida describe las etapas y el artículo original (Engel GL. Grief and grieving. Am J Nurs 1964;64(9):93-98; PubMed 14175825) no se ha podido leer completo. No se intercala.
- EIR2016-170 (conducta esperable de un adolescente consciente de su propia muerte): no se ha encontrado en la GPC de Cuidados Paliativos Pediátricos (2022), en Cuidados Paliativos Pediátricos en el SNS (2014), en el NCI ni en la guía del INGESA. No se intercala. Buscar en una fuente pediátrica oficial sobre comunicación con el adolescente al final de la vida.
- Kübler-Ross: la obra original (On Death and Dying, 1969) no tiene muestra oficial con la descripción de las fases; las descripciones del tema salen de Open RN y de la Fundación Kübler-Ross. StatPearls (NBK507885) no se ha podido leer porque NCBI bloquea la lectura automática y la copia archivada tampoco es accesible.
- Vigencia de 00136 Duelo en NANDA-I 2024-2026: la lista de la Junta de Andalucía incluye 00285, 00301 y 00302 y no 00136, pero no dice que se haya retirado. Confirmar con una muestra oficial de NANDA-I o de la editorial.
- NIC 5290 y 5260: no se ha encontrado el listado completo de 5290 en una fuente oficial española ni la edición de la NIC que usa el documento de Sacyl. En qué intervención figura la actividad sobre la donación de órganos: sin fuente válida.
- Escala de Menten: no se ha podido leer el resumen original (Menten J, Hufkens K. Palliat Med 2004;18(4):351, sin PMID ni DOI). Las fuentes secundarias discrepan en el umbral («más de 4» o «cuatro o más») y en anuria u oliguria.
- Index Risk de Parkes y Weiss: la GPC de 2008 remite a su anexo 2, pero la escala no aparece reproducida en el PDF.
- RCOG Green-top Guideline n.º 55: la 2.ª edición (BJOG, octubre de 2024, doi 10.1111/1471-0528.17844) no se ha podido leer (la editorial bloquea la descarga); por eso no se cita, y la edición de 2010 está superada. Comprobar si mantiene no persuadir a los padres para ver al bebé.
- Estertores: la GPC de 2008 los llama «muy frecuentes y específicos»; la GPC de últimos días (2021) dice «frecuentes, al menos un tercio», y el NCI da una incidencia del 50-60 % en los últimos días. No se ha buscado qué explica la diferencia de cifras.