

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO ESCUELA DE POSTGRADO



LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO, SEGÚN LA
PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS. CHICLAYO: UN APOORTE HACIA UN
CUIDADO HUMANIZADO.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA

Autor: Lic. Adita Rocio Medina Quispe

Chiclayo, Perú

2017

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO, SEGÚN LA
PERCEPCIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS. CHICLAYO: UN APORTE HACIA UN
CUIDADO HUMANIZADO.

POR:

Lic. Adita Rocio Medina Quispe

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el grado académico de
MAESTRO EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

Dra. Miriam Saavedra Covarrubia
Presidente de Jurado

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete
Secretaria de Jurado

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 2017

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1. Antecedentes:	14
1.2. Bases teórico- conceptuales.....	15
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	28
2.1. Tipo de investigación.....	28
2.2. Abordaje metodológico.....	29
2.3. Sujetos de la Investigación.....	33
2.4. Escenario.....	34
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	36
2.6. Procedimiento.....	37
2.7. Análisis de los datos	38
2.8. Criterios éticos.....	39
2.9. Criterios de rigor científico	40
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES.....	70
CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	78

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la oportunidad de ser feliz ayudando a los demás.

A mis padres Elcira y José, por su paciencia y su apoyo constante.

A mi Hermana Marisol, José y Leydi por su compañía.

A Víctor Hugo, por su especial afecto, tolerancia y la dicha de compartir el tiempo juntos.

A Kevin Joseph y Winnie Rocio porque con su inocencia llena mi mundo de felicidad.

A Ellos, mi especial reconocimiento; ya que su presencia siempre estimulará mi crecimiento como persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por estar presente siempre en los momentos importantes de mi vida y brindarme su apoyo incondicional.

A mi asesora, Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos; por su tenaz apoyo en brindarme sus conocimientos, deseando que Dios la colme de bendiciones.

A las Doctoras Miriam Saavedra Covarrubia, Rosa Díaz Manchay y a las docentes de la Maestría en Enfermería, por ofrecerme sus experiencias, conocimientos los cuales cultivaré en el transcurrir de la profesión.

A los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos; por darme las facilidades y estar predispuestos apoyando la investigación en Enfermería.

A las Señoras miembros del jurado, por sus acertados aportes y a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, por abrirme nuevamente sus puertas y permitirme sentir su hogar de sabiduría consolidando así los conocimientos adquiridos.

RESUMEN

La presente investigación fue abordada mediante una metodología cualitativa con enfoque estudio de caso, según Luche M y Hernández, se planteó como objetivo describir, analizar las percepciones de los enfermeros especialistas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Chiclayo 2015. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, cuya muestra se determinó mediante saturación y redundancia, y muestreo por conveniencia, logrando aplicarlos a 8 profesionales de enfermería. El análisis de datos se trató con análisis temático; obteniéndose como categorías: Peculiaridades en la limitación del esfuerzo terapéutico: Entre el acceso y rechazo a la limitación del esfuerzo terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico y monitoreo hemodinámico y respiratorio, aprensión de dejarlo morir en paz cuidando hasta el final, valoración, comodidad y confort en la agonía, acompañar y acercar a Dios con la familia durante la agonía; exigencias frente a la limitación del esfuerzo terapéutico: protocolos, verdad y la intervención de un comité. La científicidad de los resultados estuvo garantizado por los criterios de: libertad y responsabilidad, socialización y subsidiaridad; los principios éticos de beneficencia, respeto y justicia.

Palabras claves: Limitación del esfuerzo terapéutico, percepción, cuidados críticos, enfermero especialista.

ABSTRACT

The present research was approached through a qualitative methodology with a case study approach, according to Luche M and Hernández, the objective was to describe, analyze the perceptions of specialist nurses on the limitation of the therapeutic effort in the intensive care unit of a hospital in Chiclayo 2015. Data collection was done through a semi-structured interview, whose sample was determined by saturation and redundancy, and sampling for convenience, being able to apply them to 8 nursing professionals. The analysis of data was treated with thematic analysis; obtaining as categories: Peculiarities in the limitation of the therapeutic effort: Between access and rejection to the limitation of the therapeutic effort, limitation of the therapeutic effort and hemodynamic and respiratory monitoring, apprehension of letting him die in peace taking care until the end, valuation, comfort and comfort in the agony, accompany and bring God closer to the family during the agony; demands against the limitation of the therapeutic effort: protocols, truth and the intervention of a committee. The scientificity of the results was guaranteed by the criteria of: freedom and responsibility, socialization and subsidiarity; the ethical principles of beneficence, respect and justice.

Keywords: Limitation of therapeutic effort, perception, critical care, specialist nurse

INTRODUCCIÓN

“Los cuidados intensivos nacieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales, y por tanto el control de algunos de los procesos que solían conducir a la muerte: parada cardíaca, insuficiencia respiratoria, fracaso renal, etc. Fue en los años 60 cuando estas técnicas de soporte vital comenzaron a tener alguna relevancia sanitaria, y cuando el médico empezó a tener, por primera vez en la historia, un control efectivo sobre la muerte”¹.

Es así, como desde la apertura de las unidades de cuidados intensivos, en 1956. Argentina². Perú en el año 1969, y en concreto la Región Lambayeque en 1978, primero con el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, luego con el Hospital Regional Docente Las Mercedes en el año³ y después, en el año 2012 con en el Hospital Regional Lambayeque; estas técnicas de soporte vital son manejadas por los profesional de la salud, sobre todo de enfermería en la especialidad de cuidados críticos.

Profesionales que enfrenta un abanico de posibilidades terapéuticas, que favorecen la prolongación de la vida y el restablecimiento de la salud en relación con patologías que colocan a la corporalidad de la persona sea niño o anciano en el umbral de la muerte y sobretodo porque anteriormente no tenían ninguna esperanza de sobrevivencia.

Por ello, el avance en las técnicas de soporte vital, como atención proporcionada por profesionales de la salud previamente capacitados para

evaluar la situación del paciente, han logrado reducir el número de muertes producto de las emergencias intra y extra hospitalarias.

A través de la administración de medicamentos necesarios en cada caso, proporcionar desfibrilación, brindar un manejo avanzado de la vía aérea, garantizar un acceso circulatorio antes de su transporte al hospital o igualmente dentro de un centro hospitalario; de esta manera, estas maniobras asistidas repercuten significativamente en el ser humano, un ser que sufre una experiencia de salud y que en cualquier momento se enfrenta de una manera u otra al proceso del morir.

Durante este proceso, la enfermera, percibe que hay una serie de manifestaciones de la fisiología normal o patológica del organismo. Hay discordancia entre las funciones circulatoria, respiratoria y nerviosa. Hay anoxia tisular y respuesta del organismo para defenderse de ella: Respiración de Cheyne-Stokes, que es una respiración acelerada que da lugar a un estertor cadavérico producido por las secreciones bronquiales. Asimismo, hay presencia de una respiración terminal, que muchas veces podría llevar al cuestionamiento si este paciente se le debería entubar o colocar una ventilación mecánica o limitarle el inicio del mismo en la que la persona en estado crítico, lucha por la supervivencia que se evidencia a través de la taquicardia, carfología (movimiento incontrolado de las manos, por ejemplo arrugando las sábanas o como intentando asir objetos), dilatación pupilar, pulso filiforme, hipotensión y arritmias⁴.

También se presenta, desaparición de sensibilidad, supresión de movimientos espontáneos y reflejos (más típico supresión del reflejo corneal). Olor cadavérico en el aire espirado, ya que se están produciendo en ese momento fenómenos de degradación, aunque la persona esté aún viva. Hipotermia lenta, según la temperatura del ambiente y la clase de la muerte, va disminuyendo la temperatura corporal. En una persona que muere con convulsiones, el descenso de la temperatura es más lento, porque convulsionando se aumenta dicha temperatura⁴.

Por tanto, el enfermero que trabaja en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) se da cuenta que el proceso de muerte es inminente percatándose del marcado sufrimiento ante la muerte en ser cuidado, lo cual le conlleva a la reflexión o cuestionamiento de proporcionarle Limitación del esfuerzo terapéutico (LET) o darle una muerte digna⁵.

Por esta razón, el profesional de enfermería tiene una lucha interna de valores, creencias y se niega a dar más soporte vital, es allí cuando se realiza el abordaje de los dilemas; salta en primer término si lo que se hace no está en contra de la ley o legislación, para eximirse de responsabilidades legales en un juicio de demanda.

En estas circunstancias se ha perdido el sentido común del buen juicio, del sano juicio bien intencionado que busca lo mejor para la persona, las decisiones que se tomen al respecto desplegadas de los temores y prejuicios, habrá que diferenciar si una persona crítica está en una fase agónica sin posibilidades de tratamiento, el acompañamiento/compañía a una muerte digna será lo más encomiable y más humano sin llegar al encarnizamiento.

Posteriormente, al evitar llegar a extremas decisiones al final de la vida los enfermeros usando la razón apelan a la objeción de conciencia, el cual consiste en la oposición, claramente manifestada, de una persona a un imperativo legal o a una autoridad⁶, basada en los propios principios morales. Por eso, la objeción de conciencia subraya el rechazo, por coherencia con los principios de la propia conciencia, a una orden particular, al ordenamiento jurídico o a una práctica determinada que obliga a la persona, sea individualmente, profesionalmente o corporativamente.

De este modo, la terapia intensiva, marcó una de las principales contrariedades inmersos en el campo de la bioética y, por lo mismo, el enfoque ético de la misma brinda la oportunidad de enriquecer y entregar herramientas para el proceso de toma de decisiones en el final de la vida.

Así lo demuestran los estudios de Barbero et al⁷, quien refiere un planteamiento en el ámbito del final de la vida: La Toma de Decisiones Compartidas (TDC). Con ello, conceptualiza variables a las que considera relevante, para proponer posteriormente un protocolo que actúe como herramienta facilitadora de la toma de decisiones complicadas a las que pueden verse expuestos los pacientes y sus familiares. Por este motivo, en ocasiones la muerte ha sido programada. Ocurre ello en ciertos hospitales considerados como lugares fríos y deshumanizados; el médico históricamente ha considerado a la muerte como su peor enemigo y, por lo tanto, su desenlace como el fracaso a la práctica médica.

En este sentido, ante las múltiples posibilidades el profesional enfermero conocedor de las realidades terapéuticas, orienta sin lugar a dudas, el criterio fundamental de valoración a la defensa y promoción del bien integral de la persona humana. Por consiguiente, cualquier intervención médica sobre la persona no solo está sometida a los límites de lo que es técnicamente posible, sino también determinada por el respeto a la misma naturaleza humana.

La limitación del esfuerzo terapéutico en los períodos finales de la vida se justifica cuando las circunstancias del paciente dan la certeza de que no existen posibilidades de resolución del cuadro, avizorada como la decisión meditada sobre la no implementación o la retirada de la terapia médica al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente”⁸. Esto aplicado a aquellos pacientes que, según el juicio médico, cursan un estado de irreversión, ya sea porque son enfermos terminales, o bien, que sin serlos, a raíz del curso de su enfermedad, se ven cercanos a la muerte a pesar del tratamiento aplicado.

Por ello, la investigadora conocedora de la realidad del servicio UCI y del criterio de admisión de los pacientes al mismo, el cual, por considerarse área crítica se justifica cuando existen claras posibilidades de beneficio para él; busca la apertura de un espacio para el diálogo con un enfoque sensible, sostenido más allá de los resultados que puedan reflejarse en el paciente

crítico. Se trata de redefinir nuestros propios paradigmas de cuidado, estructuras mentales, físicas hacia una excelencia en la atención y cuidados centrada en seres humanos únicos e irrepetibles.

Puesto que, en el escenario en el que los enfermeros de dicha unidad desarrollan su arduo trabajo se ven enfrentados a decisiones difíciles frente a la exigencia de un médico que indica el cumplimiento de la terapia a la persona, prácticamente moribunda, abarcándole de procedimientos ampliamente invasivos (colocación de catéter venoso central, colocación de línea arterial para medición de la presión arterial invasiva, colocación de catéter de alto flujo, programación para intervenciones quirúrgicas, hemodiálisis, etc.) muchas veces sin resultados positivos; sintiendo la presión de la familia y la insatisfacción cuando los cuadros críticos no logran revertir.

Es así que, todas estas realidades divergen entre la práctica clínica y la teoría de conocimientos refiriendo que esto no es posible, puesto que a pesar de los esfuerzos terapéuticos, el paciente se aproxima al proceso del morir y entonces lo que queda es limitar esfuerzos y dar paso a completar el proceso del final de la vida.

Igualmente, cuando los enfermeros intensivistas tienen que enfrentar esta situación y dudan ante las exigencias morales de su conciencia y/o la axiología que han asumido al ser enfermeros, el cómo responder cuando el médico insiste en prolongar el tiempo de vida sin esperanzas positivas cuando te dice *"...sube todos los parámetros y me avisas cuando fallece..."* o cuando se escucha durante el reporte... *"hay que darle todo porque es familiar de colega y exigen que así sea"* o *"... la familia está viajando hay que esperar y no pagar los vasopresores..."* también la disyuntiva de la enfermera para resolver la situación de agonía del paciente cuando está despierto y te pide que ya lo dejes morir; o cuando se trata de un gran quemado: tal como lo solicito un paciente en una guardia *"... señorita por favor, no me deje morir..."* O por el contrario como asumir actitudes cuando el paciente te dice que lo dejes morir, asumiendo su diagnóstico y pronóstico: *"... ya basta,*

déjeme morir...” Situaciones que las enfermeras las posesionan en razonar si es posible esperar de la muerte natural, a pesar de brindar el soporte vital indicado en casos irreversibles

Ante la contemplación de esta realidad la autora formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las percepciones del enfermero especialista en la unidad de cuidados intensivos acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico en un hospital del distrito de Chiclayo?

En coherencia, el objeto de la investigación fueron las percepciones del enfermero especialista frente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Los objetivos del estudio fueron describir y analizar las percepciones del enfermero especialista sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Chiclayo.

Este estudio se justifica porque, a diario, los enfermeros especialistas de la unidad de cuidados intensivos se enfrentan a la interrupción o limitación de un tratamiento a pacientes críticamente enfermos; por ello es necesario describir las percepciones para luego analizarlas, en un modelo de plataforma donde se cuente con herramientas para decisiones acertadas en busca de un diálogo transversal con escucha activa entre todo el equipo.

Es así que por tratarse de un tema inédito y con escasos antecedentes resulta relevante su estudio, los vacíos encontrados servirán para proporcionar estrategias de mejora para evitar la futilidad de los tratamientos, tanto en el campo práctico como en el teórico a nivel de pregrado, especialidad y post grado en el servicio de unidad de cuidados intensivos contribuyendo de esta manera a mejorar los perfiles éticos de los enfermeros intensivistas, así como la sugerencia de la creación de un comité de ética a nivel de UCI.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes:

Al efectuar la búsqueda bibliográfica acerca del objeto de estudio del presente trabajo de investigación, se han encontrado investigaciones similares a la planteada por la investigadora, las cuales a continuación se describe:

A nivel internacional, el estudio sobre “Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento” de Santana y cols⁹; Cuyo objetivo fue analizar la percepción de las enfermeras de cuidados intensivos acerca de la LET. Para ello utilizó una encuesta anónima, para valorar las actitudes de la enfermería de cuidados intensivos acerca de la LET. Concluyendo que la enfermería no es consciente de la importancia que puede tener, junto a familiares y pacientes, en la toma de decisiones en relación a la limitación del tratamiento del paciente crítico, aportando su visión humanizadora y ética de los cuidados.

La investigación: “Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales” por Muñoz, J y cols¹⁰ que sigue un estudio descriptivo prospectivo realizado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real durante los meses de abril a agosto del año 2010.

Producto de este estudio se concluye que la mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable. Además el estudio revela que en la efectividad y utilidad de la práctica asistencial se debería incluir la evaluación ética por parte de los profesionales, con el paciente, al quedar patente que la mayoría de la muestra, está en contra del encarnizamiento terapéutico y a favor de una muerte digna.

1.2. Bases teórico- conceptuales

En la Base Teórica Conceptual se asumió los conceptos referentes a la presente investigación, iniciaremos con la temática de percepciones.

Se define como la manera como el individuo obtiene conocimientos de su medio a fin de lograr que una conducta adaptativa, es de suma importancia. La obtención de tales conocimientos necesita de la extracción de la información a partir de la gran cantidad de energía física que estimula los sentidos del organismo¹¹ Sólo los estímulos que tienen valor de señal, es decir aquellos que desencadenan algún tipo de acción reactiva o adaptativa en el individuo, deberán denominarse información. Para nuestros propósitos la percepción se definirá como el proceso de extracción de la información.

Así, un primer acercamiento para considerar la extracción de información consiste en describir las estructuras cognoscitivas (mecanismos que dirigen la manera como se procesan las señales) que intervienen cuando las personas, en este caso los enfermeros ejecutan diversas tareas perceptivas. Después se considerará las diferencias individuales en la organización de estas estructuras cognoscitivas, es decir, las vividas en el transcurso del tiempo en donde se materializan las acciones cabe decir en el entorno donde laboran los enfermeros.

Esta participación universal del proceso de extracción de información en la conducta adaptativa del hombre, permite creer que debemos relacionar la percepción con el problema general del desarrollo cognoscitivo o del conocimiento para poder entender cabalmente la naturaleza de la recepción, adquisición, asimilación y uso del conocimiento¹¹. Vista de esta forma la percepción se convierte en el proceso central para la adquisición de cognición o conocimiento. Por tanto concebimos la percepción como el súper conjunto, y el aprendizaje, la memoria y el pensamiento como subconjuntos incluidos en el proceso perceptivo.

Por lo tanto, consiste que en el momento de decisiones los enfermeros establecen patrones de información, en cuanto más se amplíe y se haga más

complejo los dilemas y los patrones se enriquecen con las experiencias de otras personas que influyan en la toma de decisiones para extraer mayor información del medio.

Si hablamos de estos patrones de percepción, el profesional enfermero especialista se enfrenta a decisiones difíciles como es la limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida y cómo ésta decisión desencadena un sin número de reacciones aunadas a la misma complejidad de su trabajo.

Naturalmente la percepción es un proceso cerebral en donde por asociación de diferentes estímulos el cerebro se crea una realidad interna sobre lo que ocurre en su entorno y este proceso ocurre gracias a tres factores principales que trabajan en conjunto y que dependen entre ellos que son los factores biológicos o fisiológicos, los psicológicos y la experiencia¹². Tal así que la falla de alguno significa una falencia de gran importancia afectando el desarrollo e inserción del individuo en la sociedad, en este caso realidad que se ve reflejada en el desempeño profesional.

A través del desarrollo adecuada de las mismas, es que ser humano es capaz de sobrevivir ya que es capaz de satisfacer tanto sus necesidades inmediatas como sus necesidades básicas, como la manera de enfrentar la muerte inminente en el paciente crítico que son realidades ya vividas en el vaivén de su trabajo a través del tiempo manifestándose en conductas que respeta o que obedece es en consecuencia un proceso cognitivo, en el cual almacena todo lo que aprende y luego asocia todas estas ideas para poder reconocer experiencias nuevas o ya vividas. Gracias a esta capacidad, el ser humano percibe, razona sus acciones, interpreta sus pensamientos y actúa a consecuencia de tal¹².

El ser humano vive en una búsqueda constante de satisfacer sus necesidades y deseos, la manera en que lo hace y cuáles son sus necesidades inmediatas marcan una conducta que está determinada por varios factores como lo es la cultura, el entorno, las vivencias, las motivaciones que posee cada individuo dentro de un grupo social. Si extrapolamos hacia los enfermero estas

realidades, su actuar será el reflejo de lo que percibieron, aprendieron y como lo vivenciaron en la praxis, teniendo conocimiento que el ser humano es un ente social que depende de la sociedad, no puede vivir fuera de ella ya que éste aprende por imitación de su alrededor y de sus pares creando estereotipos y modelos a los cuales sigue creando una conducta a partir de ellos.

Para la investigadora luego de considerar los autores mencionados sostiene, que la percepción, consiste en establecer, que en la medida en que el conjunto perceptivo se amplía y se hace más complejo y los patrones se enriquecen con las experiencias el individuo será más capaz de extraer mayor información del medio, es por ello que a la percepción se le ha considerado como un proceso mediante el cual un organismo recibe o extrae cierta información acerca del medio.

Se consideró también definir a la Limitación del esfuerzo terapéutico como la retirada o no instauración de determinadas medidas de soporte vital¹⁴, principalmente ventilación mecánica y fármacos inotrópicos, así como la orden de no reanimación cardiopulmonar, entre otros. Además destaca la generalización del uso de sedo analgesia como elemento necesario en el cuidado del buen morir⁴. Es decir implica una serie de elementos que se contraponen a la muerte natural. La muerte es ocasionada por una complicación de una enfermedad subyacente; siendo el objetivo aliviar el sufrimiento de la persona en estado terminal, no acelerando su muerte.

Si bien es cierto en nuestro país no existe legislación alguna que respalde la LET; haciendo que esta situación se torne difícil sobre todo a la hora de la toma de decisiones en el equipo de salud y la familia; según Lorda, et al¹⁵ quienes recomiendan protocolos para la realización de las mismas inciden en que se practicó LET en un 34.3% de pacientes ingresados en seis Ucis españolas realidad que permite percibir como estos temas se han desarrollado en otros países en donde incluso han protocolizado algunas acciones.

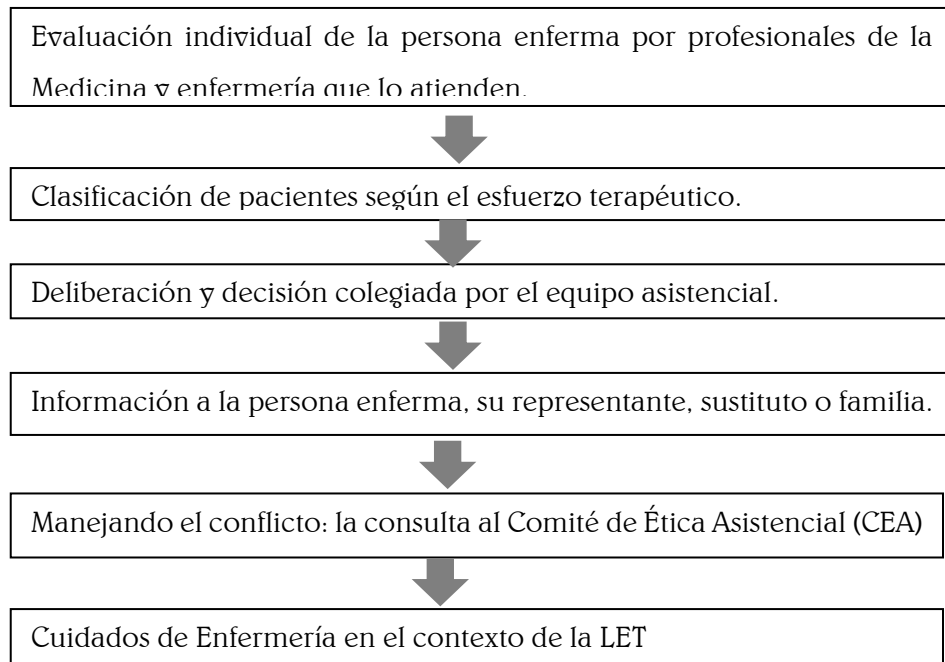
Siguiendo el mismo autor la práctica de la LET en Medicina Intensiva estuvo clásicamente vinculada a actuaciones realizadas en el interior de las Ucis, y consistían en el no inicio o en la retirada de medidas de soporte vital u otras intervenciones. Evidenciándose al menos dos escenarios más que deben ser considerados¹³. El primero es la decisión de dar o no acceso al paciente a los recursos e intervenciones propias de este campo de la Medicina, esto es, la decisión de ingresar o no al paciente en la Unidad. El segundo se refiere a la aceptación del ingreso en la UCI de un paciente, pero estableciendo ya desde el primer momento limitaciones al tratamiento a aplicar.

Además es necesario identificar los pasos para la toma de decisiones previas al “no ingreso en UCI”. Siendo Primero el proceso deliberativo por parte del equipo profesional que trata a la persona enferma, de su situación clínica y de la posibilidad de su valoración e ingreso en UCI. Segundo: la realización de una propuesta de valoración precoz por profesionales de UCI, previa a que el deterioro de la situación clínica del paciente haga que no se beneficie de su ingreso en UCI, o bien, para que pueda facilitar un planteamiento sobre la indicación o no de LET.

Además de la evaluación individualizada del paciente de forma deliberativa y compartida por los profesionales responsables de la persona enferma y profesionales de UCI, y como cuarto punto la decisión colegiada del equipo asistencial, que permita ofrecer también otras opciones diferentes al no ingreso en UCI como pueden ser: posibilidad de ingreso con pactos acerca de las medidas a adoptar, acordar tiempos de prueba - respuesta, u otras. Y por último el registro en la historia clínica de la persona de todos los pasos efectuados (evaluación de la persona enferma, proceso deliberativo y decisiones tomadas).

Siendo importante dejar constancia de la decisión de no ingreso en UCI para facilitar futuras decisiones y evitar reevaluaciones continuas, excepto si se produce un cambio de escenario que así lo indique. Esto se puede resumir

así:



Siguiendo la misma línea la realización de la LET, tanto en el caso de la no instauración de medidas (no inicio) como sobre todo, de retirada de las mismas, requiere garantizar el adecuado cuidado y confort de la persona enferma, teniendo en cuenta que en ocasiones la muerte no es inminente o, incluso, no llega a producirse. El aplicar cuidados y tratamientos para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad o la disnea, así como facilitar el acompañamiento por los familiares, son actuaciones que se ajustan a las recomendaciones éticas y al marco legislativo actual, y por lo tanto, consideradas como buena práctica clínica¹⁴.

Por tanto, resulta por tanto imprescindible una adecuada y completa planificación del proceso de LET, estableciendo un Plan de actuación que incluya elementos básicos como los que se contemplan a continuación¹⁵: Información adecuada a la persona y/o a la familia sobre todos los aspectos del proceso de LET, Ubicación de la persona enferma en un entorno lo más amigable posible, tranquilo, sin ruido; respetar el acompañamiento familiar, si lo desean, y flexibilizar el régimen de visitas; explorar si la familia desea estar presente o colaborar en la atención final.

Además de facilitar, si el paciente y/o su familia lo solicitan, el auxilio espiritual de acuerdo con sus convicciones y creencias. Estar preparados para la atención al duelo a la familia y a las personas cuidadoras, promoviendo medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención del duelo complicado. Establecer qué medidas serán retiradas, en qué orden y por quién. Todos los tratamientos son susceptibles de retirada (antibióticos, vasopresores, nutrición, transfusiones, etc.)

Aquellas terapias que contribuyen al bienestar de la persona enferma se mantendrán. Por tanto recomienda que una vez decidida la retirada de un tratamiento, no hay razones para su retirada lenta salvo las derivadas del potencial incremento en el disconfort del paciente. Decidir la medicación sedante y analgésica que se va a utilizar y cómo. Sin limitación de dosis, para lograr paliar síntomas y el bienestar de la persona enferma. Establecer los objetivos de la sedación. Si la persona es capaz, será quien lo decida y se contará con su consentimiento explícito. Cuando no sea capaz de otorgarlo, a través de la declaración de Voluntades Anticipadas (VVA), su representante, o familiares.

Una vez conseguida la adecuada sedación retirar las medidas en el orden previsto sin demoras. El/la médico/a responsable debe estar presente durante la retirada. Evitar una innecesaria prolongación del proceso. Documentar y registrar todo el proceso en la historia clínica de la persona y en los documentos de registro de órdenes clínicas, si los hubiera. Prever las evoluciones posibles y las actuaciones a realizar en cada caso, incluyendo la supervivencia del paciente¹⁵.

Como veremos las actuaciones contempladas por el autor generan un sinnúmero de actuaciones en humanizar el cuidado más allá de la muerte. En tanto la enfermera como defensora de los derechos del ser cuidado facilitará la reunión con la familia con una adecuada comunicación asertiva; según pautas de transición al cuidado de prioridad del confort, se podría mencionar algunos tenemos:

Reunión con la familia, comentar la decisión de modificar los objetivos del cuidado y la forma de llevarlos a cabo. Lo mejor es que la reunión transcurra fuera de la UCI, en sala provista de asientos, pañuelos de papel y agua. Los asistentes imprescindibles: médicos, enfermera, equipo de salud que regularmente lo atiende, el paciente o su representante legal o familiar cercano. Invitar según proceda a familiares o allegados importantes, consejero religioso.

Empezar la reunión repasando el estado clínico actual del paciente para garantizar que todas las partes se unen a la conversación con la misma información; si el paciente está consciente conocer sus deseos y sino preguntar a la familia que sabe de sus deseos. Los médicos reunidos con la familia deben realizar una recomendación sobre lo que consideran apropiado desde el punto de vista médico. Se debe presentar un plan de cuidados coherente, directo y fácil de entender. Debatir en el caso como resolver la situación en caso de niños pequeños, jóvenes y qué recursos tienen su disposición como los programas de cuidados paliativos. Además de reunión con el equipo: Puede incluir a médicos, enfermeras, servicio social, capellán, terapeutas respiratorios.

De esta manera, el rol de enfermería en el contexto de la LET no está claramente definido y por ello se hace necesaria la elaboración de protocolos o guías de actuación en cada una de las unidades, donde se clarifiquen los roles de cada uno de los profesionales involucrados en la LET y se establezcan los objetivos de la discusión interdisciplinaria. Es importante potenciar la figura de la enfermera como un integrante más del equipo sanitario con un papel activo en la toma de decisiones sobre la limitación terapéutica. Pero para poder desempeñar este rol, la enfermera debe poseer una claridad conceptual en torno a los términos anteriormente mencionados, para así poder analizar y abordar dilemas morales en el manejo de los enfermo, cuando se producen conflictos de valores¹⁵.

En cuanto a los criterios para la toma de decisiones de LET se refiere cuando un tratamiento no consigue el objetivo fisiológico deseado y por tanto no existe la obligación de aplicarlo, cuando la aplicación de un tratamiento a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes; o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado¹⁶.

En este contexto es posible clasificar cuatro categorías de tratamiento: a) tratamiento que no tiene ningún efecto fisiológico beneficioso; b) tratamiento que es extremadamente improbable que sea beneficioso; c) tratamiento con efecto beneficioso, pero extremadamente costoso; y d) tratamiento cuyo beneficio es incierto o controvertido. Sólo el primero de ellos es denominado fútil. El resto son tratamientos inapropiados o inadmisibles¹⁶.

En numerosos estudios¹⁶, el tratamiento para LET era limitado en el siguiente orden: Fármacos vasoactivos (72%), Ventilación mecánica (43,6%), Antibióticos (27,2%), Nutrición (21,8%). Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios en la escasa incidencia en la limitación de la nutrición.

Por lo tanto el papel de la Enfermera implica valorar el manejo de las situaciones que por sí son estresantes. La eminente dignidad de la persona humana debe guiar toda esta actividad. Tanto que la enfermera ve el lado humano de la persona para obtener un cuidado de calidad basado en las normas de la bioética. Partiendo de que el derecho a la objeción de conciencia no es un derecho absoluto, debemos plantear cuáles son sus límites cuando su ejercicio vulnera irremisiblemente el derecho del ciudadano a la asistencia¹⁷.

Protección que se debe promover, siempre que sea posible, conciliar ambos derechos, y esto implica una correcta planificación de las prestaciones, contando con la realidad de dispositivos y recursos en un determinado territorio, de forma que las situaciones límite queden minimizadas.

Asimismo, abarcó mencionar a Sgreccia¹⁸ quien refiere que la bioética implica la centralidad de la persona humana; es decir se ocupa de los problemas que resguarda las intervenciones sobre la vida y sobre la salud, las políticas sanitarias, e incluyen también las visiones filosóficas que inspiran tales políticas, como también las intervenciones determinantes sobre el ambiente. Por tanto la medicina, sea como investigación científica en ámbito biomédico, sea como asistencia, y sea como organización sanitaria, está comprendida dentro de la óptica de la bioética que está llamada a dar juicios de licitud y a establecer los límites de la aplicación.

De esta manera, se puede decir, cómo se podrá hablar de la limitación del esfuerzo terapéutico, sin comprender los problemas antropológicos del final de la vida, o cuando la decisión de ver vivir al paciente implica verlo sufrir sin esperanzas o más aún que ello implique opacar su personal dignidad. Es evidente que no se puede desligar la bioética sino en la óptica de la centralidad de la persona humana entendida en su totalidad, desde el inicio hasta el fin de éste, de su físico y espiritualidad y dignidad.

El cuidado humano y bioética personalista, están anclados basados en la misma naturaleza del ser humano. La historia devela cómo la acción del cuidar fue esencia desde las antiguas sociedades, mucho antes de la conceptualización del mismo. El objetivo del cuidado radica en ayudar a las personas, mediante un proceso de transacciones humanas, a encontrar un significado a la experiencia de enfermar. A veces no se es oportuno en el cuidado, porque el avance de la ciencia y la tecnología nos abruma, y la persona humana puede quedar al vaivén de ésta. Razón por la cual emerge la bioética como una necesidad para contra restar el afán del hombre de quererse adueñar del dominio de la naturaleza y de la vida humana, donde al hombre sólo se le valora como objeto de experimentación y no como sujeto de derechos¹⁹.

Entonces, como ver actuar la conducta en defensa del ser humano, a pesar de las presiones externas; o cuando las circunstancias obligan a seguir

protocolos u guías establecidos entonces surgen los auto cuestionamientos hacia donde queremos llegar con el cuidado y podemos decir ¿Cuál es mi proyecto relacionado con la persona que cuido? a pesar de saber que este ser humano se encuentra en el límite del final de la vida; podemos ¿acompañarlo adecuadamente? ¿Seremos suaves al tratarlo?

El valor intrínseco de la persona es la dignidad ontológica, encontrada en su propio ser, que le hace capaz de ser frente a tareas morales. Se trata del cuidado de una persona humana a otra quien debe convertirse siempre en el centro de atención y cuidado por ser considerada en su totalidad: cuerpo y espíritu y, por eso sagrada, merecedora de todo respeto desde su concepción hasta su muerte natural. Una acción profesional que no la tome en cuenta se dice que es irresponsable¹⁹.

Por otro lado, ser profesional de enfermería significa realizar un trabajo de servicio a los demás, es así si se viven los principios de la bioética personalista, esta deberá proyectarse hasta el lugar donde está, si es posible hasta la cama donde está la persona. En ese cuidado cálido, permanente, la enfermera mira el rostro de la persona y descubre los vacíos en sus competencias, pero al contemplar esa faz doliente, triste, compungida, demacrada del enfermo, siente el impulso para no abandonar la constante tarea de mejoramiento en su formación personal y descubrirá que le falta para cuidarlo mejor, para realizar completo su labor y sin rutina.

De este modo descubrimos las maneras de cuidar bajo la Bioética personalista¹⁹:

Infundir ganas de vivir: La enfermera tiene la inmediatez de estar junto al enfermo las 24 horas del día; lo tiene delante de sus ojos; a ella le confía su dolor, preocupaciones, quejas, etc. El contacto con él le permite descubrir sus fortalezas, potencialidades que quizá el mismo enfermo desconoce y que con su palabra oportuna le abre horizontes.

Además, salvar la soledad: La enfermera tiene un sólido sentido del valor de la vida y una profunda concepción de la muerte, acompañará de acuerdo a sus circunstancias profesionales a la persona desde su nacimiento hasta su muerte natural. Nunca el enfermo se debe sentir solo. Es importante hacer el esfuerzo necesario para darle ratos de compañía, de contacto terapéutico, que sienta en todo momento la presencia física, la sonrisa alentadora, la mirada comprensiva, la mano amable para transmitirle calma. Solo así superará la soledad.

Por consiguiente, cambiar la mentira piadosa por la verdad amorosa: durante el ejercicio profesional de la enfermera, es necesario informar con la verdad; esta debe manifestarse de manera natural, completa, con delicadeza, clara y sencilla, de tal modo que sea entendida por el enfermo y su familia; ante la duda de decir o no la verdad, es preferible consultar al jefe inmediato, pero siempre debe mantenerse informado al enfermo o su familia de los procedimientos y pruebas a los que se va a someter así como la importancia, resultados y pronóstico de las mismas.

Otro punto importante es el lenguaje: En todas las manifestaciones el lenguaje debe emplearse para animar, acoger, apoyar al enfermo. Con palabras oportunas, llenas de respeto. El Secreto profesional: Lo que dice o escucha en el reporte pertenece al secreto profesional y no debe ser divulgado, porque no es de interés público; lleva consigo a la discreción, respeto a la intimidad, ausencia de comentarios con personas ajenas al cuidado.

El Involucrar a la familia: El espíritu de servicio es uno de las características del cuidado del enfermero. La familia es el núcleo, no puede pasar inadvertida; es allí donde va a sentirse cómodo, donde sus creencias y valores son adecuados así como, es incondicional el apoyo que se le brinde¹⁹.

Alcanzar el último fin: Todas las acciones de la enfermera deben de estar impregnados de espíritu cristiano, pues allí encuentra explicaciones al afán de servicio, la cordialidad, la alegría, el trabajo bien hecho. Tenemos que ser

luz para iluminar los servicios oscuros, luz que busca encender a otros enfermeros hacia la búsqueda del bien de toda actividad cotidiana.

De este modo, es significativa la interacción con el equipo de salud, la familia siendo el entorno próximo y relevante ya que el solo uso de la tecnología no resulta beneficioso sino estuviera el recurso humano en estos servicios; esto permite un trabajo multidisciplinario en busca de resultados.

La enfermera especialista en cuidados críticos y emergencia, es un profesional altamente capacitado y preparados para brindar cuidados de alta complejidad dando vida aún después de la muerte, en donde el riesgo de complicaciones es eminente; siendo su rol profesional, basado en el cuidado del ser humano, siempre guiada por una firme actitud humanística y ética, con adecuada amplitud y profundidad en el conocimiento del área crítica y con raíces en el cuidado holístico tanto a la persona como a la familia²⁰.

En tanto, el desarrollo del cuidado interactúa con la sociedad, es así que la enfermería como práctica social se define a partir del concepto de cuidado, la acción social que realiza la enfermera es cuidar, siendo el pilar de la ciencia. “El cuidado es una forma de interacción cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en el campo de la salud y la enfermedad son los que definen el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa²⁰”.

El Cuidado como: “Trato humano, un modo humano de ser al que se le incorporan conocimientos y habilidades; cuidado como imperativo ético y moral (compromiso personal de mantener la dignidad e integralidad de las personas); cuidado como afecto (implicación emocional, empatía, intimidad); cuidado como atención biológica (búsqueda de resultados fisiológicos como indicadores de cuidados) y cuidado como acción terapéutica en la que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo

de cuidado que precisa; la enfermería como profesión ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades²⁰”.

Por ello, el papel de la enfermera en las unidades críticas es de vital importancia; porque se encarga del cuidado continuo y de alta intensidad en este tipo de casos y atención a sus familiares, llamado así entorno. Este trabajo desarrollado a personas con diagnósticos ya definidos, en un entorno altamente sofisticado desde el punto de vista tecnológico en la estructura física de las unidades críticas.

Como veremos, esta es la línea del cuidado en la que la enfermera encumbra sus capacidades para lograr una adecuada interacción tanto con la persona como con la familia y su entorno; entonces se puede decir que la gestión de los cuidados enfermeros es un proceso heurístico y completo, dirigido a movilizar los recursos humanos y del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona; en este caso de la persona críticamente enferma.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio realizado es de tipo cualitativo, la investigación cualitativa estudian la realidad del objeto en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o de interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas²¹. Es así que este tipo de investigación permitirá producir datos descriptivos de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, las cuales se evidenciarán en la conducta mostrada.

La investigación cualitativa, es un tipo de estudio que capta la parte subjetiva de las personas además ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo de lo que las personas piensan y sienten²¹, es así que refleja la parte subjetiva del sujeto a investigar lo que permitirá conocer y comprender cuales son las percepciones de las enfermeras frente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Además se describe, que es una investigación que se presenta como flexible y elástica, susceptible de adaptarse, que se descubre durante la colecta de datos²². El diseño cualitativo tiende a ser integral, porque es un esfuerzo por comprender la totalidad de los fenómenos de interés y del entorno social.

Para realizar el presente trabajo, la investigadora, consideró las descripciones detalladas de las situaciones, interacciones y comportamientos, que son observables según la expresión de las enfermeras en cuanto a sus percepciones frente a la limitación del esfuerzo terapéutico. En tal sentido lo que referirá la enfermera será analizado a profundidad desde el inicio hacia el final de la entrevista realizada.

Es esta acepción en sentido propio filosófico la que se usa en el concepto de metodología cualitativa no se trata por consiguiente del estudio de cualidades separadas o separables, se trata pues, del estudio de un todo integrado que forma o constituye primordialmente una unidad de análisis el cual hace que

algo sea lo que es una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado etc. es por ello que la investigación cualitativa trata de identificar básicamente la naturaleza profunda de las realidades, de aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone de ninguna forma a lo cuantitativo (que es solamente un aspecto) sino que la emplea e integra especialmente donde sea importante²².

El tipo de investigación cualitativa ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. Este tipo de investigación es de índole interpretativo y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso de investigación y tiene como meta la transformación de la realidad²³.

2.2. Abordaje metodológico

Existen diferentes enfoques de investigación cualitativa, pero para el presente trabajo de investigación se tomó en cuenta el abordaje metodológico de estudio de caso, para lo cual se describe a continuación.

El estudio de caso, son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Generalmente la entidad es una persona o también un grupo de personas, familias, instituciones o tal vez otras unidades sociales²⁴. La investigadora en este caso analizó y comprendió los fenómenos más importantes ya sea para la historia, el desarrollo, el cuidado de la persona, de sus necesidades o problemas.

El estudio de caso, es fundamental para el investigador, ya que corresponde a un análisis completo del objeto de estudio, el cual suele consistir en determinar la dinámica de porqué la persona piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular y no cuáles son sus condiciones, acciones o pensamientos. La ventaja de este estudio es la profundidad con la que se pueda llegar cuando se investiga un número reducido de personas. Además de que brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer

íntimamente las condiciones, los pensamientos, los sentimientos, los actos pasados, las intenciones y el medio que rodea o entorno de la persona.

Se describe al estudio de caso como, algo bien delimitado, debiendo el investigador definir el contorno del trabajo de investigación para su posterior desarrollo. Este estudio puede ser similar a otros pero al mismo tiempo es diferente, porque el interés es propio por lo tanto, incide en lo único de particularidad, aunque luego vengán otras evidencias de semejanzas con otras situaciones anteriores²⁵.

A continuación, se hace referencia de los principios que se tomaron en cuenta para el presente trabajo de investigación:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento, aquí la investigadora se mantuvo atenta a nuevos elementos que surgieron y fueron relevantes para el estudio; siendo el cuadro teórico inicial una base en la cual a partir de estos se fueron descubriendo nuevas dimensiones durante el camino del estudio, ya que el conocimiento es una construcción que se realiza constantemente. Aquí la investigadora estuvo alerta durante la entrevista, para captar nuevos elementos que surgieron en relación a las percepciones de la enfermera frente a la limitación del esfuerzo terapéutico entre ellos sentimientos, estrés, ansiedad, sufrimiento entre otros.

Los estudios de caso enfatizan la interacción en el contexto: Es indispensable tener en cuenta el contexto en la que se sitúa el objeto y así comprender mejor la manifestación general del problema, comportamiento, reacciones, experiencias de los involucrados en los cuales ocurre una problemática determinada. Este principio permitió a la investigadora tener una comprensión más completa del objeto, por lo que se tuvo en cuenta el contexto en el que se sitúa el enfermero que tiene el cuidado de personas críticas, y así se pudo realizar un mejor análisis de los datos encontrados.

Un tercer principio, es que los estudios de caso usa una variedad de fuentes de información, en el desarrollo de estudio de caso se recurrió a una variedad

de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con distintos informantes. En el presente trabajo la principal fuente de información lo constituyeron los enfermeros especialistas de la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Chiclayo a los cuales se les realizó una entrevista con preguntas orientadoras sobre las percepciones que tienen frente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

El cuarto principio, el estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda, aquí la investigadora procuró revelar la multiplicidad de las dimensiones presentes en una situación determinada enfocándolo como un todo. En este tipo de abordaje se enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interacciones entre los sujetos de investigación y el objeto de estudio. Con este principio la investigadora procuró las múltiples dimensiones presentes en las percepciones de las enfermeras frente a la limitación del esfuerzo terapéutico, enfocándolo como un todo.

El estudio de caso revela experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales: es posible que se pueda percibir la semejanza de muchos aspectos del estudio con otros casos o situaciones vivenciadas en forma similar, ocurriendo de esta manera una generalización naturalista. Para ello la investigadora procuró narrar las percepciones durante el estudio, de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales. La generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que se intenta asociar datos encontrados en el estudio, con los datos que son fruto de sus experiencias personales.

El sexto principio es que los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos punto de vista presente en una situación social, cuando el objeto estudiado puede suscitar opiniones diferentes, la investigadora procuró traer para el estudio, esas divergencias de opiniones revelando incluso, su propio punto de vista sobre la situación e intentó despojarse de sus propios prejuicios a fin de aceptar y analizar las respuestas

de cada una de los entrevistados, respetando las diferentes opiniones, en análisis con la realidad y las referencias teóricas, y poner a disposición del lector los resultados para que saque sus propias conclusiones.

Y por último el principio que los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación, estos pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, mesa redonda, etc. Los relatos escritos presentan generalmente estilo narrativo e ilustrado por figuras del lenguaje. La vigente investigación se dio a conocer de forma narrativa con un lenguaje accesible y sencillo al público al que está destinado: Enfermeras (estudiantes y profesionales)

El estudio de caso se desarrolla en tres fases²⁵

1º fase abierta o exploradora: donde se especifican los puntos críticos de establecer los contactos iniciales para entrar en el campo, localizar a los informantes y fuente de datos, es fundamental, para la definición precisa del objeto a investigar. Se hallan inicialmente algunas preguntas, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada. En este estudio la fase exploratoria se inició desde la identificación de la problemática que ha ido evolucionando con los aportes en clases y las continuas sugerencias de la asesora y profesora de la asignatura de investigación, lo que permitió definir el objeto de estudio. Asimismo, se prosiguió a establecer una relación cordial con los sujetos en estudio, refiriéndoles el motivo de la investigación. Esta etapa se materializó con la elaboración y aprobación del proyecto de investigación

2º fase de delimitación del estudio: aquí se recolectan sistemáticamente los datos mediante instrumentos más o menos estructurados, su elección es determinada por características propias del objeto de estudio. Para el presente estudio se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista abierta semiestructurada. Se realizó mediante la técnica de saturación la cual

consiste en dejar de recolectar información cuando los discursos ya no sean significativos para la investigación, en esta fase se tendrá en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3º fase de análisis del informe: Aquí se procede a unir la información, analizarla, y tomarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se relata. Una vez recolectada la información se procedió a la transcripción de las entrevistas y posteriormente a extraer unidades de significado, siempre tomando en cuenta los objetivos de la investigación para luego obtener categorías y subcategorías que contribuirán a la construcción del objeto en estudio que se concretizó posteriormente el presente informe.

2.3. Sujetos de la Investigación

Los sujetos de este estudio estuvieron conformados por los enfermeros especialistas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos adultos del Hospital Regional Lambayeque MINSA de Chiclayo.

Se tomaron a todos los sujetos en la presente investigación, se aplicó una entrevista, la cual fue validada por los mismos sujetos y por juicios de expertos, de las cuales se delimitó por el fenómeno de saturación; es decir, cuando los discursos comienzan a ser repetitivos y ya no aportan a la construcción del objeto de estudio. La participación fue de manera voluntaria. Su identificación estuvo protegida por códigos.

Criterios de inclusión:

Profesional de Enfermería especialista en el cuidado crítico: Que cuenten con dos años a más de experiencia y que laboren en la unidad de cuidado intensivo del mismo hospital.

La muestra estuvo determinada por la técnica de saturación y redundancia, es decir cuando los datos fueron repetitivos y los sujetos no revelaron nuevos

aportes, y se aplicó la ficha de entrevista; previo al consentimiento informado.

Los seudónimos que se utilizaron en la presente investigación fueron nombres de códigos, considerándose ocho nombres: EUCI1, EUCI2, EUCI3.....EUCI8, cuya finalidad fue guardar el anonimato de los participantes.

2.4. Escenario

El escenario de la presente investigación fue el Hospital Regional Lambayeque, específicamente la unidad de cuidados intensivos donde se brindan cuidados altamente especializados.

El Hospital Regional Lambayeque; es una de las instituciones de mayor importancia y complejidad de la Región Lambayeque, tanto que constituye un Hospital con nivel III-1, es decir nosocomio de alta complejidad, cuya misión es ser un hospital de alta complejidad que brinda servicios integrales de salud, con calidad, equidad y eficiencia, con personal calificado, competente y comprometido, desarrollando Investigación y Docencia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas.

Es un hospital con 05 años de funcionamiento, en el marco de su visión es llegar al 2018 siendo un hospital docente y de investigación, líder, competitivo y reconocido a nivel nacional e internacional, que satisface las necesidades de salud de las personas. Cuenta en un total con un total de 160 camas operativas. La unidad de Cuidados intensivos se encuentra ubicada en el segundo piso teniendo acceso a través de escaleras y ascensores. Junto a ella se encuentran las unidades de cuidados intermedios, unidad de cuidados intensivos neonatales, centro obstétrico, centro quirúrgico – sala de operaciones, central de esterilización.

Este servicio, es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en

cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos²⁶. Se considera unidad de cuidados intensivos general o polivalente ya que ingresan pacientes con todo tipo de diagnósticos como cardiocríticos, neurocríticos, sepsis e infecciosas, infecciones respiratorias tanto como restrictiva u obstructiva, enfermedades metabólicas, autoinmune, complicaciones del embarazo, etc. Las edades de los pacientes que ingresan al servicio actualmente son a partir de 18 años a más. Cuenta con personal capacitado, conformado por 19 enfermeros especialistas en cuidados críticos, 11 técnicos de enfermería, con 08 médicos intensivistas, 04 residentes de medicina intensiva, los cuales realizan turnos rotativos según programación siendo el 70% personal joven.

Además cuenta con 06 camas clínicas, según el libro de ingresos y egresos del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque, para el primer semestre del 2014, se registran 104 ingresos de pacientes con diferentes diagnósticos, siendo el mayor porcentaje con un 28% de ellos por Sepsis, seguidamente con Insuficiencia respiratoria con un 21%, con un 17% los casos de Traumatismo craneo encefálico y de los cuales el 29% fallecieron por la severidad de las lesiones; siendo así la más alta incidencia de morbimortalidad en lo que va del año.

Como todo servicio crítico se encuentra equipado con tecnología de punta, como monitores multiparámetros, ventiladores mecánicos, máquina de gases arteriales, monitor de gasto calórico, monitor de gasto cardioesofágico, calentadores de fluidos, broncofibroscopio, bombas infusoras, perfusoras, colchones neumáticos, medidor de gasto energético, doppler transcraneal, camas clínicas, medidor de balón de neumotaponamiento, laptop, proyector multimedia, equipo de sonido, horno microondas, licuadora, etc.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

En este trabajo se utilizó como instrumento y técnica de recolección de datos, la entrevista semiestructurada a profundidad, para lograr los objetivos propuestos de la investigación, en donde se puso énfasis en escuchar y seguir la dirección de la participante. Se utilizó la entrevista abierta semiestructurada, que es un diálogo que deja que fluya la pauta de vista única y profunda del entrevistado²⁴.

Se afirma que, la entrevista semiestructurada da a conocer que la tarea principal del entrevistador consiste en procurar que los sujetos se sientan suficientemente cómodos para expresar sus opiniones de manera franca, directa y sin reservas²⁷. La reacción del informante hacia el entrevistado puede afectar en medida la disposición de la persona a colaborar con el trabajo, es decir, se debe tratar a la persona con mucho respeto, mirándola atentamente a los ojos, mostrándole cortesía, amistad e intentando por todo lado no mostrar actitudes negativas.

La entrevista abierta a profundidad, requiere cierta experiencia, habilidad y tacto para saber buscar aquello que se desea conocer, focalizando progresivamente el interrogatorio hacia cuestiones cada vez más precisas (a veces se necesitan varias entrevistas para ello) y ayudar a que el entrevistado se exprese y aclare pero sin sugerir sus respuestas. Lo que el entrevistador persigue con ella no es contrastar una idea, creencia o supuestos sino acercarse a las ideas creencias y supuestos mantenidos por otros. Para que la investigadora vaya adquiriendo experiencia para preguntar, repreguntar, utilizar un encuadre y el resumen en la entrevista.

Para realizar la entrevista se utilizó las diversas herramientas que sirven para recoger la información, como por ejemplo tenemos el audio, el video, las notas de apunte. En el presente trabajo se utilizó la guía con las preguntas orientadoras, las cuales fueron grabadas, según consentimiento informado de las participantes lo cual, se llevó a analizar profundamente el objeto en estudio.

Esta entrevista tuvo como objetivo recolectar información sobre las percepciones de los enfermeros especialistas frente a la limitación del esfuerzo terapéutico, los cuales trabajan en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque – MINSA - de la ciudad de Chiclayo, siendo los resultados estrictamente para fines de investigación.

Además se puso a disposición de los sujetos participantes el documento de consentimiento informado en donde conocieron con detalle sus derechos y obligaciones con la presente investigación. Para su realización se tuvo en cuenta las consideraciones éticas, además se coordinó con los entrevistados, el lugar, la fecha, la hora. La investigadora durante las entrevistas no sólo se limitó a la pregunta orientadora; sino que estuvo atenta a cada realidad social, se repreguntó para construir el objeto de estudio.

2.6. Procedimiento

En primer lugar se solicitó permiso a la Institución, a la jefatura de investigación del Hospital Regional Lambayeque, con la finalidad de obtener las entrevistas de los sujetos de estudio. Siguiendo el trámite regular. Luego se estableció el primer contacto con ellos. Se procedió a entrevistar a los enfermeros especialistas que laboran en la unidad de cuidados intensivos los cuales brindan cuidados a personas críticamente enfermas del Hospital Regional Lambayeque – MINSA - de la ciudad de Chiclayo, y que hayan tenido más de dos años como especialistas en áreas críticas y emergencia; que es el periodo considerable según juicio de expertos; se llegó a saturar o redundar con 08 entrevistas.

Para ello se hizo uso de un formulario de entrevista abierta semiestructurada a profundidad, además del consentimiento informado; posteriormente se procedió a hacer el análisis y tratamiento de los datos obtenidos, mediante un análisis temático, del cual se obtuvo categorías, que permitió conocer el objeto de estudio, donde se recolectaron los datos relacionados en la entrevista, mediante la entrevista semiestructurada, previa firma del consentimiento informado (Anexo 01).

Los entrevistados demostraron responsabilidad y colaboración obteniendo la información precisa y aplicándose la guía de entrevista, donde se le realizó la grabación para luego proceder a la transcripción. El cual fue mediante cita pactada. Posteriormente se realizó la entrevista semiestructurada (Anexo 02).

2.7. Análisis de los datos

Una vez que se logró la saturación de la información, se procedió a grabar cada una de las entrevistas, asignándoles un código de entrevista. En éste caso se materializó el código usando iniciales como EUCI1, EUCI2 y así respectivamente. Posteriormente, se realizó por análisis temático cabe mencionar, que es el análisis más utilizado, que parte de los datos textuales, se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiéndole criterio de analogía²⁸. Es decir considerando las similitudes o semejanzas que existan entre estas en función a los criterios establecidos.

Dentro de las fases para la elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido tenemos: El Pre análisis, que es la etapa de la organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitió examinar los datos y analizar el contenido; luego la codificación, que consiste en realizar una transformación de los datos llamados brutos, o sea el original, a los datos útiles. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento en unidades de registro, y la catalogación de elementos.

Por último la categorización, que consiste en la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación, siendo el criterio fundamental el semántico, porque se agrupan las unidades por semejanzas en cuanto a su significado²⁸.

2.8. Criterios éticos

Los criterios éticos de la presente investigación tuvieron un sustento en la ley del trabajo del enfermero²⁹ 27669, artículo 7mo. Inciso I²¹; en el código de ética del CEP., artículo 57^o donde argumenta que la enfermera puede participar en investigaciones clínicas que no atenten contra los principios éticos y bioéticos³⁰. Además se basará en el D. S. N^o 011-2011-JUS, toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana en el país se deben interpretar de modo unitario e integral³¹. Basado primordialmente en el respeto de la persona humana y su inherente dignidad, principios basados en la bioética personalista según Sgreccia.

El Valor Fundamental de la Vida Humana, donde todos los enfermeros fueron considerados como persona en su totalidad de valor, por lo cual la investigadora se abstuvo de utilizarlos solo como medio para el logro de sus objetivos; así mismo la exploración de conocimientos que proporcionaron las/os participantes no deterioró en ningún momento su dignidad como personas, se respetaron sus expresiones.

Además se evitó ponerlas en riesgo en determinadas circunstancias mientras expresaron sus discursos, su identidad se mantuvo en anonimato, para lo cual se utilizó como seudónimo códigos numéricos.

Libertad y Responsabilidad, porque cada participante se expresó con libertad, respetándose sus pareceres y donde la investigadora durante el desarrollo de la misma respetó la autonomía, el valor de las opiniones y las elecciones de las personas y se abstuvo de obstruir sus acciones. La participación de todos los sujetos de estudio fue previo consentimiento informado, además conocieron los objetivos de la investigación y de todo lo que con ella se relaciona, para tener la posibilidad de negarse en conciencia a participar, por parecerle ilícita. Por otro lado, la investigadora mostró en el desarrollo de la investigación la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme estuvo programada sin alterar ninguno de sus momentos, ni tampoco la malversación de los discursos obtenidos³².

La Socialización y Subsidiariedad, que motivó a la investigadora a realizarse así misma con la intervención de todos los participantes en la investigación, pues lo que buscó es el bien para el futuro en mejorar el cuidado holístico, respetando la autonomía. Los resultados obtenidos se dieron a conocer primero en la sustentación formal de la tesis, en segundo lugar a las enfermeras sujeto de estudio y por último en congresos nacionales e internacionales, así como la posibilidad futura de avalar una nueva línea de investigación³³.

2.9. Criterios de rigor científico

Según Pérez Serrano³⁴, en el rigor de la investigación se tuvo en cuenta La credibilidad que se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que serán estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado³⁵. Esto se logró cuando la investigadora, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectó información que produjo hallazgos que serán reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten acerca del cuidado en la dimensión espiritual.

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores Confirmabilidad, se refieren a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello fue necesario elaborar un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

La Transferibilidad o aplicabilidad, es el tercer criterio que se tuvo en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras

poblaciones. Por tanto, el grado de Transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos³⁶. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferirse los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello, se describió densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego del tratamiento de resultados se procedió a describir y analizar las percepciones de los enfermeros sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos; estos se han sistematizado siguiendo la cronología de como los han reportado.

Encontrándose que, al asumir el desafío de cuidar a una persona en estado crítico, constituye todo un impacto que trae como consecuencia una serie de conflictos interiores en el profesional enfermero

A continuación se presentan las categorías y sub categorías emergidas

Cuadro N°01. Percepciones de los enfermeros especialistas frente a limitación del esfuerzo terapéutico. Categorías y subcategorías

CATEGORIA		SUB- CATEGORIAS	
C1	PECULIARIDADES EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO.	1.1	Entre el acceso y rechazo a la limitación del esfuerzo terapéutico.
		1.2	LET y monitoreo hemodinámico y respiratorio,
		1.3	Aprensión de dejarlo morir en paz cuidando hasta el final
C2	LET y CUIDADO A LA PERSONA EN AGONIA Y MUERTE.	2.1	Valoración, Comodidad y confort en la agonía
		2.2	Acompañar y acercar a Dios con la familia durante la agonía.
C3	EXIGENCIAS FRENTE AL LET: PROTOCOLOS, VERDAD Y LA INTERVENCIÓN DE UN COMITÉ		

Nota: Elaboración Propia.

CATEGORIA I: PECULIARIDADES EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO.

El valor de una vida humana está en su propia existencia, es decir, en su misma esencia; el profesional de enfermería al iniciar el cuidado a la persona en estado crítico se ve envuelto en un panorama de incertidumbres en donde no cabe duda de que la experiencia vivida relacionada con la limitación del Esfuerzo Terapéutico le generan algunas veces aceptarlo, otras por la situación crítica del paciente rechazarlo y al evidenciar la lucha por la vida plasmada en el monitoreo hemodinámico y respiratorio, les produce tristeza, temor e impotencia en dos aspectos de decaerlo morir en paz o vivenciar un duelo anticipado.

Todas las consideraciones precedentes conducen a la convicción del valor que tiene la vida humana, reservando para el paciente o su representante el derecho y el deber de determinar la futilidad de un acto médico como expresión máxima como elección de su propia vida. Esta elección significa la exigencia del respeto por su dignidad personal y la aplicación de su propia escala de valores y principios fundamentales en la determinación de lo que es mejor para cada uno³⁷.

Entendiendo por valores por valores, todas aquellas cosas que son importantes para un ser humano y que nos exigen respeto como, por ejemplo, la vida, la salud, las creencias religiosas o las tradiciones. Los derechos y los grandes principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia³⁸, también son valores, que se tienen que tomar en cuenta al cuidar a los enfermos cuanto más vulnerable, más delicadeza, es decir más valores en la praxis del cuidado³⁹.

Los enfermeros con el compromiso y responsabilidad que conlleva el deber de cuidar al paciente en estado crítico aceptan que existe la divergencia al tomar decisión de cuidarlo en el límite de la vida, aspecto que se aborda en la siguiente subcategoría:

1.1.- Entre el acceso y rechazo a la limitación del esfuerzo terapéutico.

El ser humano, cuando ejerce la facultad de pensar, se da cuenta que su ser no es absoluto, sino finito y limitado. La persona enferma vive especialmente el carácter vulnerable de la condición humana, pero la enfermedad, es una expresión más de la vulnerabilidad, quizás una de las manifestaciones más extremas³⁹. Y la enfermera tiene que abogar por él, defender sus derechos protegiendo su dignidad aún en las situaciones más críticas, buscando lo máximo de seguridad para su vida. Por ello, ante la percepción de como la vida del paciente se extingue la enfermera razona y se cuestiona.

“...Es dejar de lado el tratamiento, de ver a un paciente que ya está desahuciado por los médicos y frente a eso nosotros estamos alargando su tiempo, su sufrimiento, su agonía” (UCIE4)

“... la experiencia que tenemos es seguir la indicación verbal, pero en la parte de la historia clínica se mantiene todo la terapéutica, no hay otra forma y uno accede o forma parte porque estamos viendo que por más esfuerzo que hagamos ese estado no va a revertir; más bien estaríamos haciendo un encarnizamiento o prolongándole una muerte, lo vamos hacer sufrir más.” (UCI2)

“... para mi opinión no debe existir esto habiendo tanto mecanismo para actuar y evitar este esfuerzo terapéutico con el paciente y evitar el sufrimiento prolongado en él” (UCI8)

“...a los que tienen mal pronóstico; están con dosis altas de vasopresores, no tienen una buena frecuencia, presión, tienen una falla multiorgánica y que hacemos con él” (EUCI1)

Los enfermeros frente a la limitación del esfuerzo terapéutico dirigido de manera verbal y contradictorio, con lo escrito en la historia clínica del paciente que cuida, razona y crítica la acción médica, pero al mismo tiempo toma conciencia, que ella misma permite que las indicaciones se lleven a cabo y a veces sin protestar porque tiene el deber de cumplir y no refutarlas, produciéndose en ella misma un conflicto personal.

Conflicto producido por el sufrimiento que percibe la persona que cuida. El sufrimiento, como vivencia íntima y personal, está forjado a través de

intrincadas asociaciones mentales basadas en experiencias, comportamientos aprendidos, creencias, expectativas personales, emociones y todo un mundo de factores inconscientes que lo modulan⁴⁰.

Al respecto, el ser humano no es ajeno a expresar sus emociones ya que las experiencias vividas son experiencias éticas, el profesional enfermero responsable del cuidado, emite juicios de valor sobre su propia actuación frente a la prolongación del sufrimiento de un paciente que no tiene posibilidades de recuperarse. Su criterio parte de la formación recibida, el conocimiento teórico y práctico acompañado de un sistema de valores propio de quien actúa con libertad y a conciencia, esta le advierte a la inteligencia y voluntad de un acto humano incorrecto sobre la realidad que contempla: la prolongación del sufrimiento inútil con tratamiento fútil.

Por otro lado, el pluralismo de valores que existe entre los seres humanos, hace que muchas veces no coincidamos en lo que creemos que debemos hacer. Lo que ocurre con la Limitación del Esfuerzo Terapéutico es que existe de hecho un conflicto de valores. Uno de los valores en juego es siempre la vida y este valor puede entrar en conflicto con otros varios.

Por esta razón, considerar la totalidad de la persona, aun cuando el problema físico sea prioritario e inminente, debe ser objetivo del planeamiento de cuidado de enfermería y la forma como reciba e introyecte ese cuidado daría respuesta a la percepción que se tenga del mismo⁴¹.

Es así como las decisiones terapéuticas deben ser proporcionadas a la situación del paciente. El principio de Proporcionalidad indica que "no puede negarse el alivio por temor a efectos secundarios". Sin embargo el beneficio de confort debería ser mayor que los efectos secundarios de las medidas utilizadas y la prolongación del sufrimiento³⁸.

Dado que el sufrimiento físico del paciente se puede controlar con analgésicos potentes, ¿Cómo tratar el sufrimiento psíquico del paciente terminal? La persona abocada a una muerte cercana sufre por múltiples

razones simultáneamente. Sufre por miedo a una muerte con sufrimiento físico, sufre por la separación de los seres queridos, sufre por la dedicación y esfuerzo físico y económico que la familia debe realizar para afrontar su situación de enfermedad, sufre por la inseguridad de su situación futura tras la muerte y por razones íntimas y personales⁴⁰. Y la enfermera está allí contemplando el sufrimiento, sintiéndose en la mayoría de casos impotente para aliviarlo.

De allí que la monitorización puede puntualizarse como la evaluación en tiempo real del estado fisiológico del paciente en un tiempo determinado, lo cual permite tomar decisiones sobre la terapia y valorar la respuesta a las intervenciones terapéuticas, pero también permiten visualizar el oscilación de la vida sufriente. Por ende, en el quehacer de cuidar al ser humano, el profesional de enfermería se ve encontrado entre el monitoreo de la persona a través de las máquinas y la evolución desfavorable trazadas en ellas.

1.2.- LET y monitoreo hemodinámico y respiratorio.

Las personas en estado crítico presentan múltiples signos y síntomas de alteraciones orgánicas, los cuales se hacen progresivamente más intensos y provocan más distrés de los que padecen. Una evaluación exhaustiva del número y magnitud de los síntomas, así como el grado de impacto en la calidad de vida, facilitarían la priorización de intervenciones dirigidas a los síntomas que más preocupan y al abordaje integral de todas las necesidades. Los avances tecnológicos no nos deshumanizarán⁴².

Por ello, la monitorización, intermitente o continua, del paciente crítico que además de estar ventilado mecánicamente permite detectar cambios moderados en su condición clínica, en general no detectados por las alarmas, y constituye un elemento esencial de los cuidados intensivos, ya que proporciona seguridad y facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento de la situación, que al volverse muy crítica se observa en el monitoreo cambios

hemodinámicos, ventilatorios – respiratorio, metabólico y renal los cuales los enfermeros conocen y manejan según los detalles que se describen.

En el monitor del ventilador mecánico se evidencia cambios en los volúmenes tidales espirados aparte de los programados, esfuerzo inspiratorio del paciente; alteraciones en la compliance por edema pulmonar, neumotórax, atelectasia, distensión abdominal; frecuencias respiratorias espiradas aparte de las programadas, tos del paciente, asincronía del paciente y el ventilador mecánico.

Además, en el control de la hemodinamia se detecta la frecuencia cardiaca con arritmias o taquiarritmias, bradicardias, trazados anómalos en el electrocardiograma que en el juicio enfermero está buscar el factor desencadenante. En el control metabólico se evidencian hipoglicemias, hiperglicemias, perfiles de coagulación, hepáticos, renal, marcadores cardiacos, hemogramas, cambios en el medio interno en los electrolitos y/o gases arteriales y un sin número de exámenes auxiliares que brindarán información. En el monitoreo multimodal cerebral está buscar alteraciones en la presión intracerebral, mantener las condiciones óptimas que el paciente necesita y continuar el soporte establecido según el requerimiento del mismo.

Sin embargo, cómo se debe actuar frente a la monitorización si, a través de ello no solo observamos la condición clínica sino también la lucha por la supervivencia, dado que el monitoreo es un indicador de la condición en que se encuentra el paciente y al ser detectado por la enfermera(o) llega a expresar:

“... En algunos casos he percibido a través del monitoreo su lucha por la supervivencia del paciente, es difícil percibirlo y no sentirlo” (EUCI4)

“... En ocasiones sabemos que el paciente sigue vivo porque está conectado a una máquina un ventilador y aun realiza el mínimo esfuerzo por respirar; es frustrante cuando a pesar de ello tenemos que ver que se agotan rápido y por la misma falla multiorgánica ya no salen del cuadro” (EUCI6)

El profesional de enfermería razona cómo es posible que un paciente frente al estado en el que se encuentra siga resistiendo, observando que, a pesar del daño que la enfermedad ha causado en su cuerpo todavía realiza el mínimo esfuerzo inspiratorio valorado a través de las curvas o bucles de flujo – tiempo (evidenciando las curvas según la mecánica respiratoria del paciente cuadrada, acelerada, desacelerada y sinusal); volumen – tiempo y presión – tiempo. E incluso cuando éste ventilador está programado en modo CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) ⁴⁵, es decir un modo ventilatorio espontáneo continuo (en inspiración y espiración) aplicado mediante sistemas de presión positiva, mecánicos y no mecánicos en donde el mismo paciente comanda de manera espontánea.

Según Torres⁵⁴ la decisión del equipo asistencial de hacer LET en un paciente no sólo modifica los objetivos médicos, centrados hasta entonces en la curación. También implica modificaciones en los objetivos cuidadores de la Enfermería. De esta manera, los cuidados serán dirigidos a rediseñar un plan con un enfoque diferente basado en la satisfacción de las necesidades básicas, el confort, el control del dolor y el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia⁵⁴.

Por ello, es evidente un manejo adecuado de los síntomas con iniciativas actuales encaminadas al manejo multidisciplinar y completo que incluye el uso de medidas como el ABCDEF bundle ello ayudan a implementar la guía en el manejo del dolor, agitación y delirio; que un primer punto es imprescindible aproximarnos a alcanzar el bienestar del paciente con el control del dolor. Con dolor nadie se puede encontrar comfortable⁵⁷.

Por otro lado en la hoja del monitoreo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos se registra en horario las gradientes vitales tales como presión arterial tanto sistólica como diastólica y presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, el uso de inotrópicos/vasopresores, tamaño y reacción pupilar, escala de Glasgow o sedación, número y fijación del tubo endotraqueal, parámetros ventilatorios

(modo, valores de presión/volumen programados como espirados, frecuencia respiratoria programada y espirada, sensibilidad, flujo, presión pico, etc.) monitoreo de infusiones y de balance de ingreso como de egreso horario; razón de ellos se puede ver la tendencia que torna el paciente en su situación crítica:

“Es difícil ver como el ser humano poco a poco se deteriora y lo vemos a través del monitoreo horario realizado; muchas veces no podemos revertir los casos” (EUC18)

El enfermero en su actitud de brindar el cuidado oportuno, visualiza en el monitoreo ventilatorio programado en otros modos tales como el modo ACP (Asistido controlado por presión)- ACV (Asistido controlado por volumen) en donde la maquina ventilatoria le brinda el máximo soporte, pero a pesar de ello se evidencia la curva del esfuerzo inspiratorio, el cual es indicativo que el paciente realiza el mínimo esfuerzo por respirar, las variaciones en los volúmenes tidales espirados, frecuencias respiratorias espiradas aparte de las programadas, presiones pico que da el paciente, etc.

“... Entonces cuando nos dijeron LET, decidimos parar pero regresa el médico y refiere que no encuentra a la familia y no se hizo nada y por cosas del destino este paciente vivió entonces nos preguntamos adonde es o cuando se limita y como no estaba la familia se esperó; el paciente estaba muy mal y resulta que al final el paciente salió, es otro cuadro diferente al de una muerte cerebral ya que ahí no hay reversión salvo un milagro en fin, pero si me ha tocado vivir la toma de decisiones en este caso.” (EUC12)

En el cuidado es importante favorecer un tratamiento establecido con el objetivo de no someter al paciente a tratamiento inútil, agresivo e inoportuno. Valorar es mucho más que cuantificar un síntoma. Múltiples factores pueden cambiar la situación clínica. Actuar de esta manera no es fácil para los enfermeros. Exige, preocupación, acercamiento, esfuerzo, autocontrol, y decisiones, resultado de saber contemplar a la persona enferma en su curso vital, en todas sus dimensiones: corporal, afectivo, social y espiritual.

Se involucra también en la vulnerabilidad del ser humano: sufrimiento y enfermedad. Toda acción buena de cada uno de nosotros no puede ser

sustituida por las máquinas⁴², porque estas muchas veces por ser producto de la tecnología pueden variar en sus resultados sino están continuamente revisadas. De esta manera el uso que el hombre le da a la máquina no es un rasgo de organización de ésta, sino que es del dominio en que ella opera⁴⁴.

El objetivo prioritario debe ser, mantener al paciente crítico alerta, sin dolor, ansiedad o delirio. Hay una evidencia suficiente que muestra que esto es posible, seguro y benéfico⁵⁷. Así, el tratamiento encaminado a aliviar el dolor y el sufrimiento en un paciente crítico en proceso de muerte no debería basarse exclusivamente en medidas farmacológicas, sino que debe iniciarse con medidas generales de confort, entre las que se incluyen: si la persona está consciente, ofrecer una adecuada información sobre el proceso y las medidas de tratamiento y alivio que se van a instaurar.

Asimismo, procurar una apropiada ubicación del paciente, con la mayor privacidad posible, respetar el derecho al acompañamiento familiar, y facilitar recibir visitas, pues con frecuencia se convierte en un factor terapéutico clave frente a la ansiedad⁵⁴; debemos seguidamente, evitar todo aquello que aumente la incomodidad o malestar de la persona enferma. Por ejemplo, se podría prescindir del monitor u otros dispositivos, retirar los tubos y sondas innecesarios, evitar pruebas analíticas o de imagen, etc. Retirar progresivamente las medidas invasivas que mantienen artificialmente la función respiratoria y cardiocirculatoria, que pueden suponer en los estadios finales de la vida un aumento del sufrimiento del paciente y de su entorno familiar⁵⁴.

De otro modo favorecer, mediante la retirada progresiva del soporte de las funciones respiratoria, hemodinámica, etc., que las alteraciones fisiológicas propias del proceso de muerte como la hipercapnia, la disminución de la perfusión cerebral, la uremia, etc., y que en ocasiones suponen una disminución del nivel de conciencia y de la agitación, puedan contribuir a disminuir el sufrimiento de la persona. Valorar la posibilidad de incorporar

otras medidas que ayuden en la disminución de la ansiedad y proporcionen bienestar al paciente, por ejemplo música relajante⁵⁴.

Así, se contemplan las diferentes posibilidades diagnósticas que pueden acaecer en la LET, para las que se establecen como orientación al profesional de la Enfermería las intervenciones a desarrollar, así como, los resultados a valorar y objetivos a conseguir en el proceso de LET, a sabiendas de que no agotan la variedad de escenarios clínicos que pueden aparecer.

Por otro lado uno de los síntomas frecuente evaluado en los pacientes con agonía es el dolor, el cual afecta a todas las dimensiones de la persona, se asocia a una carga emocional concreta, despierta recuerdos almacenados en la memoria, y nos confronta con la sensación de fragilidad y finitud³⁸. Dado de este modo, la percepción frente al dolor es única y diversa; lo que les permite actuar de inmediato: ***“...Sabemos que tiene dolor porque los signos en el monitor se alteran, entonces subimos la infusión de analgesia, con aceptación del médico” (EUCI7)***

Un factor importante en el cuidado del ser humano críticamente enfermo, es brindarle una óptima sedación, analgesia y tratamiento precoz del delirium, un conjunto de acciones individualizadas para cada ser doliente; ello brindará el total confort evitando todo tipo de dolor facilitando un buen desarrollo de medidas de soporte y manejo integral, disminuyendo complicaciones e impactando a un desenlace humanizado⁵⁷.

En el sistema de modulación del dolor existe la sinapsis donde hay neurotransmisores que facilitan la propagación del impulso doloroso como la sustancia P y otros péptidos. También hay mecanismos de inhibición que resultan interesantes para comprender mejor el tratamiento del dolor: el sistema de inhibición ascendente y el sistema de inhibición descendente³⁸. Es ahí donde interviene la terapia como medida de confort, el cual consiste en pasar por bomba infusora los medicamentos según el criterio y requerimiento que el paciente necesite, en el servicio de cuidados intensivos suele usarse en infusión fentanilo 1000mcg, tramadol 100mg, morfina 80mg, etc diluido en

100cc de solución fisiológica a una velocidad de 5 – 10 hasta 15 cc/H según necesidad y/o requerimiento del paciente. Para la sedación suele usarse midazolam, y delirium haloperidol, clorpromazina, quetiapina, flouxetina, etc. Respectivamente.

Otras veces emerge el lamento del enfermero frente al enfermo agonizante “... **lo que no puedo percibir es ver a un paciente moribundo y con signos de dolor, eso no debe ser posible” (EUCI5)**

Como se refleja la experiencia de cuidar conmueve a la persona hacia un sin número de sucesos emocionales, no pudiendo dejarse de lado al enfermero especialista que realiza el cuidado en circunstancias extremas y el impacto que genera en su vida personal y profesional, la cual deja evidencia que su vida en totalidad ha cambiado, Además siendo necesario el establecimiento de un cuidado básico para proteger la dignidad en la forma del morir como es la higiene corporal, el cuidado de la piel y mucosas, aspiración gentil de secreciones y sobre todo sin dolor.

De esta manera, los enfermeros realizan los esfuerzos máximos situados a su alcance para revertir dichos procesos; pero que hacer cuando se da todo al paciente y no se tiene la respuesta esperada producto de la misma complejidad de la enfermedad y la evolución desfavorable del paciente, entonces conlleva a tomar la decisión de comunicar a la familia todos los procedimientos realizados al paciente y el pronóstico del estado que le espera seguir al paciente, de tal manera que el recurso que continua es ir preparando a la familia a sobrellevar el duelo.

1.3.- Aprensión de dejarlo morir en paz cuidando hasta el final

La percepción interna que uno tiene de los acontecimientos que ha participado, consiste en relaciones sentidas o las deducciones que saca y que puede ser identificada. Una de estas percepciones es el temor, el cual es una respuesta emocional normal, en contraste con la ansiedad y la fobia, hacia

fuentes externas de peligro reconocidas de forma consciente, que se manifiestan por alarma, aprensión o inquietud ⁴⁵.

Y si la inquietud está relacionada con dejar morir porque la vida que cuidan se va extinguiendo sin poder intervenir aunque tengan el gran deseo y deber de hacerlo produce en los enfermeros insatisfacción propia y hasta cierta culpabilidad al no solucionar el sufrimiento, expresado por ellas mismas

“... existe el temor sobre todo en aquellos pacientes que no hay mucho por hacer, ya no se va más a la terapia medicamentosa para dejarlo, sacarlo del estado, sino para dejarlo morir en paz” (EUCI1)

“... y cuando ya no se puede hacer más por él, se toma la decisión de cortar o dejarlo un buen morir o buen descanso ya que su cuerpo no puede soportar y dejarlo más tranquilo, tener un buen morir limitando el tratamiento que lo está arraigando a la vida y que no va a poder recuperarse” (EUCI7)

“...Sentimos en ese momento el hecho de que podemos dar más por el paciente, nos vemos enfrentadas a su sufrimiento. Es no poder hacer algo por ellos”. (EUCI5)

Es propio de enfermería, el proceso de cuidar que se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado ⁴⁶. Es decir con una ética del cuidado que debe tener en cuenta siempre buscar el bien del paciente. Y uno de estos bienes es buscar que el ser humano no tenga dolor o sufra. Asimismo, preocuparnos para que la delicadeza con la cual cuidamos a los enfermos llegue a ser extrema y tenga bases sólidas de ciencia, técnica y humanidad coadyuvantes a tener un sólido sentido del valor de una vida, una profunda concepción de la muerte ⁴².

De esta manera, el cuidado no tiene tiempo ni espacio, se inicia antes de la interacción del cuidado propiamente dicho, entre cuidadora y ser cuidado, y se prolonga después de su término, produciendo efectos y propiciando cambios que podrían contribuir para los próximos momentos reales es decir, en que la interacción se concretice con la presencia de ambos ⁴⁷. El cuidado que brinda el profesional de enfermería, implica hacerlo con la responsabilidad de cuidar a una persona en estado grave, con múltiples alteraciones fisiológicas, dado que tiene que afrontar el proceso propio de su

diagnóstico, y se prolonga hacia un proceso de muerte, en un ambiente muy difícil por la negación muchas veces de la familia, en una dinámica de dolor y amor.

Por otro lado, los enfermeros especialistas en el cuidado crítico se ven afectados ante la inminencia de un duelo anticipado, por ello, experimentan tristeza al ver esta cruda realidad de dolor y sufrimiento que padece el ser cuidado y la familia. La tristeza es un sentimiento caracterizado por ánimo bajo y cierto sentimiento de dolor o desplacer. Su causa es involuntaria. En general la tristeza se asocia a la pérdida de alguien a quien amamos o al fracaso ante un valor importante en la vida ⁴⁸. En el caso del enfermero la tristeza es producida frente a la vida de una persona que no tiene posibilidades de seguir viviendo. Como los propios enfermeros lo refieren:

“Recuerdo con tristeza a un paciente muy joven varón, que era hijo único y que le paso algo malo, muy lamentable al ver el cuadro familiar, y que no se pudo hacer nada y lo único que podemos hacer es apoyar a la familia, escucharlos, servir como un apoyo, muchas veces hay malas respuestas, malas reacciones, la negación, la acusación muchas veces no queda más que escucharlos para poder conmovirse y ellos hasta que acepten el dolor.” (EUC17)

“...Pero nosotros como enfermeras a pesar de todo esto seguiremos cuidando hasta el último momento a ese ser humano que todavía sigue latiendo su corazón y hasta que deje de hacerlo nosotros estaremos allí para cuidarlo es algo muy triste.” (EUC13)

El profesional de enfermería en su experiencia de ser cuidador/a de personas en estado crítico se siente a veces de una manera diferente, modificando las funciones a las que se está acostumbrada, tomando decisiones asumiendo responsabilidades y realizando tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso.

Frente a pronósticos terminales o situaciones adversas propias del diagnóstico, los enfermeros interiorizan emociones y lo demuestran a través de la tristeza, la cual pertenece a la afectividad que todo persona tiene, es así que la tristeza es un estado de ánimo que se experimenta ante situaciones adversas de la vida cotidiana siendo de corta duración y no llegando a alterar la conducta, es un sentimiento manejable por la persona que lo experimenta,

no dañando su comportamiento y su relación con los demás ⁴⁹. Por ello, los enfermeros son valientes al decir que tienen tristeza pero siguen cuidando, porque la situación que perciben no las paraliza en su deber de enfermeras ya que gracias a su mecanismo de afrontar adecuadamente estas situaciones lo puede manejar; ello se denota en su actuar, su sensibilidad sobre todo cuando existe la evidente pérdida de un paciente joven o una madre joven;

Es así que a pesar del progreso tecnológico y de la especialización de los profesionales que atienden a las personas en estado crítico, en este caso las enfermeras, están convencidas en brindar el cuidado espiritual. La muerte y la separación causan tristeza a los padres, hijos, familia; para ello los enfermeros ofrecen soporte y apoyo dándoles fuerza en esta difícil etapa ⁵⁰.

Como se verá es una etapa crucial, en donde es importante conocer a la persona cuidada no solo sus datos de filiación, diagnóstico, sino conocer más allá al ser humano que sufre; esto implica conocer su entorno y lo que esta persona deja atrás en modo pendiente y que lucha consigo mismo y con su destino al someterse al tratamiento crítico el cual es su última oportunidad en beneficio de su salud.

CATEGORÍA II.- LET Y CUIDADO A LA PERSONA EN AGONIA Y MUERTE

La LET constituye una buena práctica clínica una práctica de calidad tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico, por ello el profesional de enfermería al estar cercano al dolor y al sufrimiento generados por la muerte y la agonía de un paciente sometido a LET; expresan muchas veces excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, de vivir en este sentido un duelo tras otro; considerando que los cuidados son inmediatos porque deben estar en condiciones de responder a las demandas de los pacientes y olvidarse de sus necesidades personales, éstas son las obligaciones que le demanda la profesión en la cual la prioridad lo tiene el bienestar del otro, en circunstancias especiales como estar sujeto a LET.

En este sentido, la mirada hacia las personas que se encuentran al final de la vida, determina una práctica de los cuidados viendo a las personas como seres únicos, en un entorno de gran complejidad⁵¹. Aquí el profesional de enfermería interacciona con la persona y le aporta especificidad en el acompañamiento y presencia cuidadora que potencia su autonomía y vela por su intimidad dando garantía de sus derechos sobre todo al final de la vida. Estos cuidados se brindan a pesar del diagnóstico y pronóstico del paciente tal así como se refleja en la siguiente subcategoría:

2.1.- Valoración, comodidad y confort en la agonía

La complejidad de la situación crítica de los pacientes hospitalizados en las unidades intensivas, bien sea por su problema de salud o por estar bajo sedación como una medida terapéutica, hace que tengan un alto riesgo de desarrollar síndrome de desuso, referido éste como la consecuencia final de una serie de sucesos de des acondicionamiento de todos los sistemas como resultado de la inactividad músculo esquelética prescrita o inevitable⁵².

En este sentido, el paciente crítico hospitalizado en la UCI va perdiendo su funcionalidad y el profesional de enfermería conoce los riesgos desde el momento del ingreso y toma medidas para la prevención y/o mantenimiento del funcionamiento de todos los sistemas lo más normal y habitual posible; sin dejar de lado la familia quien es clave en su proceso de cuidado, ya que dicho padecimiento altera la estabilidad del núcleo familiar y exige la reorganización en cuanto a cumplimiento de roles y funciones para una mejor adaptación a la nueva situación.

Situación que implica proporcionarle comodidad y confort aun en la agonía, el confort es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y

ambiental)⁵³. Por ello, la mejora de la comodidad según Kolcaba⁴⁸, se ha relacionado con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud, es decir ver los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas saludables. En este específico caso el confort brindado no solo deberá sentirlo el paciente sino además la persona que brinda el cuidado.

El profesional de enfermería asume dichos riesgos cuando el paciente está en LET, los cuales relacionados con el cuidado primordial de la corporalidad del paciente desde su movilización continua y programada, pasando por la alimentación, hidratación, higiene hasta el logro de su bienestar y comodidad, aún en plena agonía como lo afirman las enfermeras:

“...Es una realidad clara para mí, preocuparme de buscar la comodidad del paciente” (EUCI1)

“...En el servicio cuando estamos frente a un paciente en fase agónica nos preocupamos que no le falte la hidratación, un protector gástrico y sobre todo trato de cuidar su imagen corporal...” (EUCI6)

“...Uno de los requisitos es sentir la comodidad del paciente” (EUCI2)

“...Siempre queda al final cuidar la higiene, la piel del paciente y mejorar el aspecto físico aunque sepamos que no va dar más” (EUCI3)

“... Tratamos de arreglarlo antes de las visitas para que el familiar no reciba un impacto negativo, de por sí ya sabemos que está angustiado por todo lo que le toca vivir; así que le facilitamos para que se vaya tranquilo” (EUCI8)

“...En el caso de la familia los hacemos pasar uno por uno; dando confort a la persona y que descanse y darle un ambiente cómodo.” (EUCI1)

En el proceso del cuidado el profesional de enfermería emite juicios sobre la presencia de la agonía en el paciente crítico y procuran con la capacidad de servicio mover su voluntad hacia el bien de los pacientes, esto es proporcionándoles toda la comodidad de que son capaces de acuerdo a los recursos materiales y de personal con que cuentan y que las caracteriza al dar cuidados. También se interesan porque la imagen del paciente agónico no se deteriore frente al familiar, por ello los asean, lo movilizan y le suministran hidratación básica con la finalidad de cuidar la piel y toda la corporalidad del paciente.

Al respecto Kolcaba⁵³, argumenta que las intervenciones de confort son eficaces, es un antídoto contra los factores de estrés; cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante, es decir, aumenta el confort tanto de los receptores, como de sus familias, a su vez, el personal de enfermería también puede ser receptor de confort si tiene un ambiente laboral.

Así, las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos⁴⁸. En estas acciones los enfermeros muchas veces coinciden con la literatura así tenemos que la alimentación e hidratación en el final de la vida son temas de impacto en la familia, y también en los profesionales de la salud por su gran simbolismo vital. En cambio, en el periodo de últimos días preocupan poco a los pacientes, ya que no suelen experimentar hambre ni sed⁵⁸, por lo que una nutrición por sonda, gastrostomía o tras colocar una prótesis esofágica, estarían indicadas con un pronóstico vital mayor, pero en el caso de personas con LET estaría siendo fútil.

Lo relacionado a la hidratación no se ha demostrado claramente beneficios en el periodo agónico. Una excepción parece ser una alteración cognitiva relacionado con acúmulo de metabolitos opioides en relación con un fallo pre renal. Si existe inquietud y agitación puede mejorar con aportes de pequeñas cantidades de líquidos, que podría hacerse también por vía subcutánea⁵⁸. Pero como estamos frente a una persona humana digna y con derechos inalienables, es justicia y responsabilidad del enfermero hidratar y alimentar de forma primordial para quien es receptor de su cuidado y que por su vulnerabilidad requiere ser atendido.

Conviene resaltar la importancia que tiene la participación familiar en la comodidad y confort ante un miembro en agonía. Por esta razón en las UCIs uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud

del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita ⁵⁴.

2.2.- Acompañar y acercar a Dios con la familia durante la agonía.

La adopción de un enfoque antropológico y personalizado permite considerar al sufrimiento, al dolor y a la muerte como experiencias vitales dignas de ser vividas, que toda persona atravesará, unas por la enfermedad que presentan serán prontas, otras duraran años y otras conducirán hasta la muerte. Durante estos procesos la enfermera de UCI, siempre acompaña apoyando y consolando al familiar, quién reconoce agradecida el trabajo que efectúa (ver anexo 03 - extracto del cuaderno de oro del servicio), aún en momento de mucho trabajo, siempre tiene a la mano una palabra de consuelo, de alivio en la agonía.

En el proceso del acompañamiento en la última fase de la enfermedad y también de la vida, en la que todos percibimos la proximidad de la muerte, es una circunstancia de gran impacto que debemos conocer y comprender para desarrollar estrategias y recursos que nos permitan dar la mejor respuesta en cada caso⁵⁸. Ello se reflejará en el cuidado brindado al paciente y a sus familias.

Es verdad, que el cuidado del cuerpo físico no deja de ser importante; pero también se debe cuidar el lado espiritual y externo del paciente, el entorno. Siendo una de las responsabilidades que lidera el profesional de enfermería en dicho proceso entre el paciente y su familia hacia el final de la vida y el duelo frente a la pérdida de unos de sus integrantes. En tal sentido, el enfermero ejerce su noble profesión “acogiendo al otro “respetando la dignidad del paciente doliente y su familia desde una mirada humanizada.

La dimensión espiritual de la persona es otro punto a valorar y preservar. Cuando un paciente está muriendo, la salud espiritual importa de manera especial. El ingreso en una UCI supone que existe un riesgo vital real o

potencial para el paciente. La muerte es una posibilidad más o menos cercana y la mayoría de los pacientes son conscientes de ello⁵⁷. Cuando el ser humano sufre gravemente un mal, y padece la proximidad a la muerte, siente como una especial necesidad de dialogar y verbalizar dichos interrogantes⁵⁹.

Así, también la familia necesita respuestas por lo tanto se debe evitar falsas esperanzas y adecuar las expectativas del paciente y/o de la familia a la realidad, transmitir nuestro interés del mismo y la finalidad de mejorar su calidad de vida; en todo momento se evadirá el sentimiento de abandono brindando apoyo y seguridad ya que uno de los aspectos importantes es la comunicación de la verdad, que muchas veces es difícil abordar y manifestarla sobre todo cuando hay que comunicar malas noticias; es una tarea que obliga a los profesionales de la salud a implementarse en el desarrollo de habilidades psicosociales para ser empáticos, asertivos y compasivos.

“...Es tratar de disminuir que el paciente sufra, es cierto que la muerte es inevitable, pero cuando la persona ya está por morir es importante tener alguien cerca que lo coja de la mano, buscar a los familiares que lo escuchen por última vez y hacer que alguien querido este con él. A veces me ha pasado que busco familiares y no hay esa persona entonces me acerco a él le cojo de la mano y decirle que se vaya a hacia esa luz y que Dios lo va a recoger.” (EUCI5)

“Se cuida igual a pesar de que tenemos otro paciente que también esta grave y que necesita de nuestro cuidado y es nuestro deber estar con el realizar una plegaria tomándole de la mano, siempre el apoyo emocional, acompañarlo en ese lapso se debe de tratar como un paciente recuperable hasta que deje de existir.” (EUCI4)

“...La muerte en el paciente crítico hace que se despersonifique, cambien de actitudes pero la inmadurez muchas veces nos hace actuar así; cuando uno es más grande va pensando diferente. Cuando uno es joven no piensa así, nadie sabe lo de nadie; uno debe de aprender que uno va a tener esa parte de la muerte, empecemos a ver con esa madurez y entender como es.” (EUCI2)

“La familia tiene mucho que ver con la agonía; a veces va ligado o se espera que llegue un familiar y el paciente fallece; es como un lazo muy fuerte.” (EUCI2)

“...Es dolorosa para la familia, nunca lo van a aceptar es difícil y nosotros debemos darnos el tiempo suficiente para conversar con la familia, muchas veces ofrecerle un hombro o darle las facilidades para que este con su familiar al lado si es posible las 24 horas del día haciéndoles un ambiente reservado a buena hora” (EUCI3)

“...Es una situación muy dolorosa, siempre trato de ponerme en la situación de los familiares, tal vez sean personas que hemos podido vivir situaciones similares, es muy doloroso recordar.” (EUCI4)

Yepes, explica que la condición natural del hombre como “homo patiens” es aún más clara si se considera que la salud y la enfermedad son dos etapas sucesivas de las que casi toda vida humana se compone de esta manera encontrándose un sentido al sufrimiento ⁵⁵. Criterio que las enfermeras también asumen al reflexionar, que la vida tiene un término para todos los humanos, sin embargo está a veces no es recibida con optimismo por el contrario está llena de temor, miedo, llanto y sufrimiento, especialmente por parte de la familia.

Entonces es fundamental que incorporemos nuestras propias experiencias de vida relacionada con la enfermedad, el dolor y el sufrimiento para percibir lo que el otro siente, cómo esto impacta en la vida personal, como también desarrollar habilidades para que ese dolor y ese sufrimiento, permanezca en el lugar donde proporcionamos nuestros servicios y podamos permitirnos ser nosotros mismo.

En muchas oportunidades al profesional de enfermero se le prejuzga como seres insensibles frente al dolor ajeno, porque mostramos un antifaz para que no nos vean sufrir, siendo esta postura también un mecanismo de defensa para no mostrar debilidades y obviamente que como seres humanos nos afecta muy profundo, ya que nos estamos proyectando a nuestra propia muerte. Cuando se evidencia LET, se prevé que se presente la agonía, modo doloroso y anómalo de la vida de la persona.

En este modo, el sentimiento de pena, aflicción se inicia desde que el entorno, sobre todo la familia directa inician la separación con su familiar a posteriori se enteran de la pérdida. Este proceso puede durar semanas, meses y hasta años. Si la familia lo comprende, puede resultarles más fácil. Existen reacciones individuales, que son influidas por las creencias religiosas, la cultura y las costumbres.

Las reacciones ante la pérdida incluyen cuatro etapas: golpe y aturdimiento, búsqueda de respuestas, confusión – desorientación y resolución – reorganización⁴³. Estas fases propias del duelo infieren a manejar y aceptar las emociones del paciente, de la familia y nuestras como equipo de salud, lo cual, no es una tarea fácil, ya que la expresión de llanto, rabia, impotencia y otras reacciones normales frente a la situación que se está viviendo puede afectar nuestras propias reacciones: Por tanto, para una mejor comprensión de las reacciones, es importante saber que existen etapas que se viven frente al conocimiento de malas noticias como la negación, la ira, la negociación, la depresión y finalmente la aceptación. El desconocimiento de estas etapas podría confundirse con reacciones hacia nosotros mismos y tomarse como una agresión de los pacientes y su familia hacia nuestro quehacer profesional. Por esta razón la enfermera prepara a la familia para los acontecimientos, implicando observar las conductas y esperar el momento, espacio oportuno para conversar con ella de manera directa, para saber la orientar y guiar hacia los últimos acontecimientos relacionados con su familiar como es el cuidado espiritual como lo expresan las propias enfermeras . La muerte como el amor, han sido los temas por excelencia a los que los poetas han dedicado ríos de tinta y los pintores de diferentes culturas han representado en piedras, papel o lienzo. Pero es difícil al reflejar sentir la expresión de la misma en el siguiente discurso:

“...Es un tema muy delicado para todos nosotros; todos hemos tenido un familiar en agonía es muy doloroso; tal vez como lo vemos a diario; no puedo decir que perdemos la sensibilidad, lo estamos tomando como parte de nuestra vida pero estamos tratando de comunicarnos con la familia; de que ellos se acerquen más a su paciente, de tratarlo con respeto como todo los pacientes; cuidar la parte espiritual sea la religión que sea si es católico será con el sacerdote con la extra unción y si es otra religión evangélica que venga el pastor o hermano que le rece porque reconforta bastante” (EUCI1)

“... aquí cuidamos la parte espiritual de las personas, les preguntamos sobre su credo religioso y llamamos al sacerdote o al pastor cuando se necesite” (EUCI5)

“...La parte religiosa, llamamos al sacerdote para que le extienda los santos oleos” (EUCI4)

“...Y es nuestro deber estar con el paciente, realizar una plegaria tomándole de la mano, siempre el apoyo emocional, acompañarlo en ese lapso se debe de tratar como un paciente recuperable hasta que deje de existir.” (EUCI8)

El Cuidado espiritual frente al desafío de la muerte genera en la sociedad una gran variedad de actitudes hay sociedades que intentan escapar y difuminar mediante eufemismos y estereotipos la realidad de la muerte. Por ello El valor terapéutico del acompañamiento se basa en la importancia de “estar ahí”, como una presencia compasiva hacia la persona que se acerca al final de su vida. Este modelo ve la vida como un viaje y el morir el final de ese camino es empezar donde está la persona. Viajar con el otro, dejarse guiar por él y permitirles que marquen el camino⁵⁶.

Tiene cuatro estadios: El Estadio I. Unirse (“caer en la cuenta” en un plano espiritual). En primer lugar hay que conectar con la persona con el punto en que se encuentra y reconocer las preocupaciones espirituales que le causan problemas. El estadio II: Escuchar. (Sensibilidad). “Escucha activa”. Estar lo suficientemente en sintonía con la otra persona para captar lo que está diciendo y para saber recoger las “entradas” que le están facilitando. Algunos profesionales pueden sentir que sólo pueden acompañar al otro en su viaje espiritual hasta este punto.

El estadio III. Comprensión (empatía espiritual). Pudiera ser difícil para un profesional entrar en un estadio si no ha reflexionado de antemano sobre su propia vida espiritual, así como entender cómo pueden utilizarse los recursos espirituales. Y por último en el Estadio IV. Interpretar. Exploración espiritual. Requiere formación y comprensión especializada. La mayoría de los profesionales se sentirían más cómodos derivando al especialista en atención espiritual. Se podría optar también por trabajar con el asesor espiritual de la institución.

Así, el ser humano vive refugiado en su dimensión más tangible: su cuerpo. Cuando este se siente amenazado en su integridad o se “destruye” de algún

modo por la enfermedad de modo irreparable es imperativo alcanzar un estado interior que permita morir en paz⁵¹. Ello hace que el profesional enfermero actúe llamando al sacerdote u pastor para que se le brinde los santos óleos u oraciones y analiza cómo estas noticias lo debe expresar a la madre, padre, hijo(a), familia; aclarando que decir y no decir ante el dolor del prójimo.

Por lo tanto, no sólo el paciente es vulnerable, también lo es el profesional de enfermería: el cual está sujeto a la incertidumbre, a tener que saber, o si ello no es posible, a tener que predecir cómo actuar. Este tipo de vulnerabilidad lo hace adoptar a veces conductas alternas, que en el fondo son defensivas y le cierran a una escucha reflexiva o a una actitud de auto observación crítica, generando algunas veces condiciones de desapego.

Así, es importante fomentar acciones dirigidas a afrontar esta pérdida; esto puede ser que incluya el registro de los cuidados prestados y las gestiones realizadas. Este documento debe ser mantenido para contactos posteriores. Algunos días después del funeral incluso, uno de los componentes del equipo de enfermería puede llamar y/o visitar a la familia que perdió su ser querido, procurando evaluar cómo están pasando por el proceso de pérdida y ofreciendo apoyo y soporte psicológico. Por ello, que la retirada de medidas debe ser sustituida por acciones que procuren bienestar y elevación continuada de los resultados de las mismas.

CATEGORIA III EXIGENCIAS FRENTE AL LET: PROTOCOLOS, VERDAD Y LA INTERVENCIÓN DE UN COMITÉ.

Las enfermeras al cuidado de pacientes en estado crítico y sometido a LET exigen que dicho procedimiento tenga protocolos, y al aplicarlos sea conforme a la verdad y reclaman la intervención de un comité. Para la junta de Andalucía en España¹⁵ para garantizar la calidad del uso de LET, exige definir los procedimientos mediante los que dicha calidad se asegura. Estos procedimientos son tres: 1- Establecer Protocolos que regulen

adecuadamente su práctica disminuyendo la variabilidad. Como ya se ha dicho el propósito de las presentes Recomendaciones es facilitar la elaboración de estos protocolos en las UCIs. 2.- Disponer de un Registro apropiado de esta actividad, de tal manera que pueda ser revisable y evaluable. 3. Establecer Indicadores adecuados para medirla.

Con relación a la presencia de un comité de ética clínica, las enfermeras los consideran importante, el cual debería estar conformado por médico asistente, residente, enfermera, abogado, sacerdote y trabajadora social, quienes velen por el cumplimiento de los protocolos, la veracidad de la información que se proporcione a la familia y evalúe que el proceso este encaminado de manera correcta teniendo en cuenta los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía¹⁵.

Ya que, la necesidad de brindar cuidados al final de la vida es una realidad; en la persona y su entorno para conseguir la armonía entre su alma, cuerpo y mente; para lo cual se deben aplicar factores como : Un enfoque basado en un Sistema de Valores, Cultura de Sensibilidad hacia sí mismo y los otros, relación de ayuda - confianza, promover y aceptar la expresión de sentimientos negativos y positivos, utilización Sistemática del método Científico para tomar decisiones, enseñanza aprendizaje interpersonal y el entorno físico – social – mental – espiritual de ayuda ⁴⁷.

De esta manera, el cuidado de enfermería se realiza de manera interdisciplinaria, esto tiene un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados ⁴⁷. Por ello al realizar las actividades de cuidar a la persona con signos de muerte eminente se requiere el uso de protocolos que indiquen los pasos a seguir una vez evidenciada el estado de su pronóstico irreversible. Estos cuidados sean los más equilibrada posible sin perjudicar las decisiones de la familia.

Asimismo existen algunos conceptos fundamentales en torno a comprender la LET que se derivan de estas definiciones son los siguientes: La LET se aplica tanto a la “retirada” como a la “no instauración” de medidas ⁴; Esto quiere

decir que desde el punto de vista ético y jurídico no existen diferencias entre ellas, esto es, que son equivalentes. No se reconocen diferencias entre dichos actos desde el punto de vista descriptivo “mecánico”, es decir, si son “acciones de quitar” u “omisiones de no poner”.

La legitimidad no se deriva de esta cuestión operativa sino del juicio sobre la futilidad de la medida. Otra cosa es que se admita que, en términos emocionales, los profesionales suelen tener más dificultades con la retirada de medidas que con su no instauración. Pero de la experiencia emocional no debe derivarse automáticamente un juicio moral, pues puede haber acciones que nos desagraden y sin embargo ser justas, y viceversa⁴.

De esta manera, en nuestro país poco se ha legislado sobre el tema; la guía para el trabajo hasta el momento lo viene siendo la legislatura española en la cual está contemplada. Siendo así que la práctica de la LET debe entenderse necesariamente como uno de los resultados posibles de un proceso ponderado y responsable de toma de decisiones clínicas, más no como una salida frente a algo. Con frecuencia las decisiones de LET tienen como consecuencia una muerte previsible y próxima de la persona, aunque no siempre es así.

Por el contrario, hablamos de “Rechazo” cuando, a pesar de que los profesionales estiman que una determinada intervención está clínicamente indicada y es beneficiosa para la persona enferma, ésta o sus representantes, no lo consideran así y, por tanto, no dan su autorización para que sea instaurada o, tras haber dado inicialmente su consentimiento, lo revocan.

Por lo tanto, cuando el equipo aunado a la familia como deber ser acepta y toma la decisión de LET; el trabajo en equipo tiene un objetivo primordial, el de mantener un ambiente tranquilo, aceptar el duelo, el dolor del entorno en donde el cuidado directo recae en el profesional de enfermería.

“... No hay nada escrito de lo que se debe seguir cuando deciden aplicar LET; sería bueno ponerse de acuerdo y establecer un comité para ver esas situaciones que por ende son tristes y difíciles” (EUCI8)

“... Si se confirma el deterioro progresivo del paciente, no mejora en su pronóstico no mejora y sigue días de días en lo mismo; tendríamos derecho que la familia también tome las decisiones sobre la terapia a seguir” (EUCI4)

El cuidado es extremadamente amplio y complejo esto hace que la enfermera juegue un papel importante en el cuidado brindado a la persona en estado crítico, porque ahora cuida de su integridad aún más allá de una muerte biológica y no solo eso sino también de su entorno; ello repercute de manera significativa en el proceso del cuidado, en donde, se presentarán nuevos sucesos que será necesario informar con la verdad; esta debe manifestarse de manera natural, completa, con delicadeza, sencilla, con claridad, de tal modo, que sea entendida por el enfermo y su familia⁴².

Por ello las decisiones terapéuticas deben ser proporcionadas a la situación del paciente. Decisiones que deben estar escritas como guías o protocolos para que las enfermeras actúen a conciencia sin dañar a la persona. El principio de proporcionalidad indica que no puede negarse el alivio por temor a efectos secundarios. La justificación de estos principios se basa en los principios de la bioética personalista⁴⁴: El principio de defensa a la vida; considera que la vida corporal física no representa algo extrínseco de la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona misma. Decimos valor “fundamental” porque se debe entender que la vida corporal no agota toda la riqueza de la persona, la cual es también espíritu y también trasciende al cuerpo mismo y a la temporalidad.

Además el principio de libertad y responsabilidad; antes del derecho de la libertad está el derecho a la defensa de la vida. Para ser libres se requiere estar vivo lo cual es condición indispensable para que todos y cada uno de nosotros podamos ejercer la libertad. Por otro lado el principio de totalidad o principio terapéutico; se funda en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal. A este principio de vincula también el llamado criterio de justificación del “voluntario indirecto”

que se puede dar el caso de la llamada “acción de doble efecto” uno positivo y otro negativo desde el punto de vista ético.

Y por último el principio de sociabilidad y subsidiaridad; compromete a todas y cada una de las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes, es decir ayudar en donde mayor es la necesidad. Ante la duda de decir la verdad o no, es preferible consultar al jefe inmediato. Pero siempre debe mantenerse informado al paciente o su familia sobre los procedimientos o pruebas a los que se les va a someter. La verdad debe estar presente en toda su actividad profesional: atención de una persona doliente, presentación de reportes de la labor cumplida durante las horas de trabajo, etc. realidad que se ve reflejado en los siguientes discursos:

“... a veces hay informes muy duros y realistas para los familiares; pero se les debe de decir la verdad dándoles un motivo de esperanza y que no pierdan la fe” (EUCI7)

“... la idea de ver cómo va evolucionando el paciente e ir preparando psicológicamente al familiar para que pueda aceptar y asumir su rol según vaya la evolución del paciente” (EUCI5)

“...soy participe de que en cada turno se le debe informar al familiar el estado del paciente; presentarnos quienes somos y que estaremos a cargo de su familiar. Esto genera confianza” (EUCI1)

Es así que el paciente de forma progresiva, incluso a veces brusca, pierde su independencia y el control sobre sí mismo, lo que le lleva a sentimientos de desesperanza y pérdida de autoestima en el entorno directo. Por ello las habilidades en el trabajo de llegar a la familia es la capacidad de trabajo en equipo, indispensable para coordinar con los equipos de trabajo multidisciplinares, buen manejo de relaciones institucionales. Hay muchos tipos de habilidades entre ellas tenemos las sociales, las intelectuales, las motoras, las cognitivas, etc.⁵⁵. Estas habilidades van a permitir que el profesional de enfermería cuidador sienta seguridad en sus acciones y evite la rutina o el estrés.

Las actuaciones de los enfermeros cuando están relacionadas con los momentos cercanos a la muerte de sus pacientes, exigen una reflexión. Y en

el quehacer de los centros sanitarios se producen numerosas situaciones en las que los profesionales con la familia deben decidir cuándo se debe limitar el tratamiento a un paciente sobre todo en las unidades de cuidados intensivos.

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

Luego de Identificar, analizar y comprender las percepciones del enfermero especialista frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos, se procedió a formular las siguientes consideraciones finales:

La Percepciones de los enfermeros con relación a la limitación del esfuerzo terapéutico tiene peculiaridades muy singulares en el servicio de cuidados intensivos, porque tienen que enfrentar la ambigüedad entre las indicaciones escritas y las verbales sintiendo el acceso y rechazo al LET; realidad que les permiten percibir la lucha por la vida a través del monitoreo hemodinámico, respiratorio, etc. Cuestionándose porque una persona puede sufrir tanto y sentir aprensión de dejarlo morir en paz cuidando de él hasta el final.

La perspectiva de cuidar a la persona en agonía y muerte, hace que el profesional de enfermería afllore la sensibilidad y brinde cuidados buscando y sintiendo la comodidad y confort del paciente aunado al acompañamiento y acercamiento a Dios junto al familiar; ello respetando su dignidad aún más allá de la muerte.

La enfermera especialista de cuidados críticos tiene participación y presencia en el momento de la agonía; enfrentándose a realidades como la ausencia de la familia en los últimos momentos de vida lo que le conlleva a resaltar su espiritualidad acercándose al ser agónico para darle una palabra de alivio y decirle que Dios lo guiará y recogerá.

Los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de cuidados intensivos al brindar cuidados al final de la vida, lo realizan de manera humanizada, al conocer la limitación del esfuerzo terapéutico; surge la necesidad de contar con el uso de guías, protocolos u etiquetas de cuidado para aplicar claramente junto a la familia cuando el paciente se encuentra en riesgo de muerte eminente, con un equipo de trabajo basados en la verdad amorosa dando del todo su amor y valor en la lucha y respeto a la vida con

propuestas sensibles como la implementación de un comité de ética a nivel de UCI con un enfoque humanizado.

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

El presente estudio pretende la aplicación o el uso de una guía protocolizada de humanización en la unidad de cuidados intensivos, denominado: “Proyecto de humanización en UCI”, dado la complejidad de las situaciones en las cuales diariamente se viven; siendo un lugar en donde las visitas son restringidas y el escenario que vive la familia las hace sentirse vulnerable frente a la experiencia de salud que le toca vivir. (Ver anexo 04)

Las unidades de cuidados intensivos deben contar con un procedimiento en el cual se evidencie la ficha especial del ser cuidado como conocer sus costumbres, hábitos, gustos; detalles que ayudarán de manera significativa en el tratamiento intensivo con una visión más humana. (Ver anexo 05)

Los profesionales de enfermería al brindar el cuidado de gran complejidad sienten que en un momento, las decisiones pueden ser impositivo, haciendo que exista un conflicto en la divergencia entre el aceptar o rechazar ciertas indicaciones por lo que se deberá fortalecer el ser – hacer a través de la organización de los talleres de bioética, futilidad y terapias de reflexivas con resultados que logren fortalecer las gestiones de los profesionales en su actuar diario, creando así un ambiente de confianza evitando situaciones de estrés.

Los resultados de esta investigación proyectan ser difundidos en las diferentes unidades críticas; para que sirva de autorreflexión, sensibilización de las circunstancias actuales y futuras por las que atraviesan los enfermeros especialistas al ejercer estas actividades complejas; ya que es un tema difícil y sensible de tocar, el hecho de cuidar y retar a la muerte de manera optimista; esto para una mayor comprensión a las enfermeras nuevas, estudiantes que desean seguir esta línea del cuidado.

Continuar con llenado del cuaderno de oro, herramienta para recibir las percepciones y expectativas de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI, dicho instrumento está contemplado dentro de la guía de los

derechos del paciente de la UCI Hospital Regional Lambayeque, aprobado con resolución directoral 056/2015GR-LAMB/GERESA. (Anexo07)

La creación de un comité multidisciplinario de humanización del cuidado a nivel de UCI para que este a su vez de seguimiento a los casos; inclusive al alta del servicio y domicilio del paciente que ameriten aplicar medidas y en donde se incluya a la familia del paciente.

La creación de la consultoría externa de médico – enfermera UCI para el seguimiento a través de la educación, detección de riesgos, rehabilitación; de manera que estos pacientes tengan la oportunidad de continuar el cuidado por profesionales que tuvieron la participación activa en su tratamiento y conocen de manera cercana el historial de la experiencia de salud que les tocó vivir ofreciendo así un manejo especializado.

Mayor acercamiento a la familia de los pacientes en estado crítico, con la finalidad de hacerles sentir apoyados, comprendidos y hasta donde corresponda el rol de la enfermera informados, especialmente al ser dados de alta. Detalles que ayudaran a conocer sus experiencias, expectativas y percepciones con relación a la atención recibida, realidad conocida que definitivamente ayudará a mejorar el cuidado de enfermería (ver anexo 06).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García C., Díaz E. y J. Oncología clínica básica. 1ª ed. Madrid: Aram editores; 2010.
2. Celis E, Rubiano S. Desarrollo del cuidado intensivo a nivel internacional. 2007. Fecha de consulta 10 de noviembre 2014. Disponible en <http://www.fsfb.org.co/sites/default/files/desarrollodelcuidadointensivo.pdf>
3. Hospital Regional Las Mercedes [Homepage en Internet]. Chiclayo; Consultado 20 marzo 2016. Disponible en <http://www.regionlambayeque.gob.pe/web/?pass=MTMxMA==>
4. Rodríguez V, S. Cuidados Críticos – protocolos. España: Marban; 2013.
5. Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Tradução Walter OShlupp; Carlos Aveline. 28a ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes; 2008.
6. Gutierrez F. La objeción de conciencia de los profesionales de la salud. México: IMDOSO; 2001.
7. Barbero J, Prados C, Gonzáles A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. Revista Psicooncología. 2011; 8(1); 143-168.
8. Fernández R, Baigorri F, Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados intensivos ¿ha cambiado en el siglo XXI? Revista Medicina Intensiva. Agosto 2005; 29(6): 338-41.
9. Santana L, Hernández N, Méndez A, Marrero I, Alayón S, Gonzáles J, Sánchez M, et al. Revista Enfermería intensiva. Diciembre 2010; 21(4): 142-149.
10. Muñoz J, Tercero M, Núñez M, Espadas M, Pérez S, Cinjordi P, et al. Revista Enfermería intensiva. Setiembre 2012; 23(3): 104 -114.
11. Forgas R. Lawrence E. Percepción. Estudio del desarrollo cognitivo. México. Ed. Trillas; 1996.
12. Guskí, R. La percepción sensorial. Barcelona: Herder Editores; 1992.
13. Junta de Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. 2014. 1-87. [Recurso electrónico]. Disponible en http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf.
14. Herrera M, Camacho F. Por encima de la tecnología: Humanizar la medicina intensiva. En: p. 213 – 227. Gómez R, Abizanda R. Ediciones Bioética y medicina intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Barcelona: Edikamed; 1998.
15. Vieira O. Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. [Tesis de licenciatura]. Navarra: Universidad Pública de Navarra. Facultad de Enfermería; 2014.

16. Soto Obrador A. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: XXXVI Congreso de Medicina Interna. Sociedad Médica de Santiago, Viña del Mar; 2000.
17. Instituto Borja de Ética. Bioética y debate. 2012; 18(66). Disponible en <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/BD66ESP.pdf>
18. Sgreccia E., Principios de Bioética Personalista; 2009. Fecha de consulta 18 de enero 2015. Disponible en http://www.bac-editorial.com/catalogo/resena_13543_MA0091_-_Indice.pdf
19. Cervera Vallejos MF. Apuntes de Bioética: Cuidado Humano y Bioética personalista. Usat (Perú). 2010; 1: 91-96.
20. Donahue, P. Historia de la Enfermería. España. ed. Doyma: 1993. p. 86
21. Llanos, E. Métodos y Técnicas de investigación. Lambayeque: Fondo Fachse; 2005.
22. Martínez, M. Ciencia y Arte en la Metodología Científica. 1ª ed. España: Trilla; 2004.
23. De Canales, F Metodología de la investigación. 2da ed Washington: OPS; 1994.
24. Polit, H. Investigación Científica en ciencias de la salud. 6ª ed. España: McGraw Hill; 1999.
25. Lucke M. Investigación en educación cualitativa, Abordaje Cualitativo. 5ª. Brasil; 1998.
26. M Takroui. Unidad de Cuidados Intensivos. El Diario de Internet de la Salud. 2003 Volumen 3 Número 2. Disponible en <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://ispub.com/IJH/3/2/10345&prev=search>. Fecha de consulta 25/02/2016.
27. Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw Hill; 2006.
28. Vitores, A Investigación Cualitativa - Fundamentos, técnicas y métodos. 2004. Fecha de consulta 20 de octubre 2014. Disponible en: http://antalya.uab.es/liniguez/Aula/ic_analisis_informacion.pdf
29. Ley del Enfermero Peruano. Disponible en: http://cep.org.pe/download/ley_trabajo_enfermero.pdf. Fecha de consulta 20/02/2016.
30. Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú. Disponible en: http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf. Fecha de consulta 20/02/2016.
31. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/eticapsico/2011/09/05/lineamientos-para-garantizar-el-ejercicio-de-la-bioetica-desde-el-reconocimiento-de-los-derechos-humanos/>. Fecha de consulta 20/02/2016.
32. Castillo E, Vásquez M. El Rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia. [Acceso 27 de enero 2010]. Disponible en http://www.monografias.com/trabajos904/rigor_investigacion_cualitativa/rigor-investigacion-cualitativa.shtml

33. Pineda B. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de la salud. Washington: OPS; 1994.
34. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos Interrogantes. Vol. I. Métodos. Madrid: La Muralla; 2004..
35. Velásquez Fernández, A. Metodología de la investigación. 1º ed. Lima: Ediciones San Marcos; 1998.
36. Rodríguez Gómez, G. Metodología de la investigación cualitativa. 1º ed. Granada: Ediciones Aljibe; 1996.
37. Sociedad Argentina de Terapia intensiva. Terapia intensiva. Argentina: Panamericana; 2007.
38. Centeno Cortez y cols. Manual de Medicina Paliativa. España: EUNSA; 2009.
39. Torralba, F. Roselló. Antropología del cuidar.. pag. 244. España: Fundación Mapfre; 1998.
40. Tomás Garrido G. Manual de Bioética. España: Book Print digital; 2006.
41. Velandia Mora y cols. El arte y la ciencia del cuidado. Colombia: Guadalupe; 2006.
42. Instituto de bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Apuntes de Bioética. Perú: Emdecosege; 2010.
43. Vélez y cols. Fundamentos de medicina. Paciente en estado crítico. Colombia: Corporación para Investigaciones biológicas; 2006.
44. Maturana, H. Varela, F. De máquinas y seres vivos. Chile: Editorial Universitaria; 1994.
45. Dorland. Diccionario médico. 30ed. España: McGraw-Hill; 2010.
46. León Javier. Bioética. Chile: Palabra; 2011.
47. Waldow, R. Cuidado Humano, el rescate necesario. Washington. 1998.
48. Sanz, M. Psicología, mente y conducta. 3º ed. España: Desclée de Brouwer; 2000.
49. Yepes S. Fundamentos de antropología un ideal de la existencia humana. 6º Ed. Navarra: EUNSA; 2003.
50. King I. Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos. México: Impresiones Editoriales; 1984.
51. Sgreccia, E. Manual de Bioética. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
52. Ordoñez, C. Ferrada, R. Buitrago, R. Cuidado Intensivo y Trauma. 2º Ed. Colombia: Distribuna; 2009.
53. Raile, M. Modelos y teorías de enfermería. 8ºEd. España. Elsevier; 2015.
54. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. 2004; 1:18-25.
55. Yepes, R. Fundamentos de antropología: Un ideal de la excelencia humana. España. Eunsa; 1996.
56. Martínez C. y cols. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. España. Elsevier; 2012.

57. Heras G. y cols. Humanizando los cuidados intensivos. Colombia: Distribuna; 2017.

ANEXOS

ANEXO: 01



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

TITULO: Guía de Entrevista

Guía de entrevista abierta semiestructurada, dirigida al profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Lambayeque – Chiclayo 2015.

Información Básica:

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la limitación del esfuerzo terapéutico según los principios bioéticos en la unidad de cuidados intensivos del HRL, los resultados serán estrictamente para fines de investigación por lo que se solicita seriedad y veracidad; agradeciendo sus declaraciones.

I.- Datos Generales:

Clave seudónimo:

Edad:

Tiempo de Ejercicio Profesional:

Tiempo de Ejercicio Profesional en Unidades Críticas:

Capacitación en áreas críticas:

Grado alcanzado:

II.- Preguntas orientadoras:

1. ¿Qué significa para Ud. la limitación del esfuerzo terapéutico en Unidad de Cuidados Intensivos?
2. ¿Puede describir los criterios que Ud. conoce para la aplicación de Limitación del Esfuerzo Terapéutico?
3. ¿Cómo toman la decisión en la Unidad de Cuidados Intensivos para aplicar Limitación del Esfuerzo Terapéutico?
4. ¿En qué casos se plantea aplicar Limitación del Esfuerzo Terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos?
5. Podría relatarnos algunos casos importantes.
6. ¿Según su percepción, cuál es la decisión más frecuente para aplicar Limitación del Esfuerzo Terapéutico?
7. Háblenos sobre su percepción frente a la agonía y muerte del paciente crítico.
8. Alguna sugerencia al respecto.
9. Desea agregar algo más.



Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador : Adita Rocio Medina Quispe

Título: Percepción de los Enfermeros Especialistas frente a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico Según los Principios Personalistas en una Unidad Intensiva.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Limitación del Esfuerzo Terapéutico Según los Principios Personalistas en una Unidad Intensiva: Percepción de los enfermeros especialistas.

Estamos realizando este estudio con la finalidad de describir y analizar las percepciones de los enfermeros sobre la limitación del esfuerzo terapéutico según los principios personalistas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque 2015.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, conjuntamente con la investigadora, la cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un código, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista se llevará a cabo según previa coordinación.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, que quedará plasmado en el informe final.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica y presentada en congresos Internacionales y nacionales.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia o, tristeza, o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante el conocimiento de los resultados de la investigación escrito en un libro.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a la investigadora, o llamar a _____ al telf. 947544587, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Escuela de Post grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1038

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Testigo
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

IMPLEMENTACION DE PROPUESTA DE DEL PROYECTO INTERNACIONAL
HUCI EN EL PROGRAMA ANUAL 2018 DEL COMITÉ DE HUMANIZACIÓN

UCI HRL – MINSA

UCI PUERTAS ABIERTAS

El progresivo cambio de la tecnología hace que los sistemas sobre todo de salud se debiliten por la complejidad del mismo, es así como el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología, el sistema burocrático condicionan de manera transcendental el cuidado y tratamiento de las enfermedades crónicas, sobre todo críticas.

Con ello surge la necesidad de una reformulación en el trato humanizado a los pacientes admitidos a una unidad de cuidados intensivos, desde la visión competente, científica sobre todo humana a la par con la tecnología buscando la excelencia; considerando a la persona en su totalidad bajo el paradigma de acompañamiento en la situación crítica a la familia y su paciente admitido en UCI, experiencia difícil de sobrellevar. Por ello para hacer tolerable esta realidad el equipo estima conveniente seguir brindando el trato humanizado a los pacientes respetando sus derechos.

En tal sentido, el servicio de La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque, en su afán por velar el tratamiento y cuidado a la persona en estado crítico; reafirma su compromiso en brindar a los pacientes y familiares usuarios de los servicios su trabajo en equipo con una visión humanizadora con equidad para una sociedad cada vez más justa respetando la dignidad del ser humano; situación que se detalla en la siguiente propuesta.

JUSTIFICACIÓN:

Los tiempos modernos y el acceso a la tecnología de punta ha generado cambiar el paradigma en el cuidado, tornando de cierta manera más humano, más digno; es por ello que el servicio de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque preocupados por velar por la dignidad, seguridad, buen trato y satisfacción del paciente y su familia; pone a su

disposición la propuesta de humanización HUCI PUERTA ABIERTAS en el trato al paciente hospitalizado en UCI y sus familiares además de la ficha personal del paciente en UCI – Encuesta de satisfacción del familiar, con la finalidad de conocer más allá del ser doliente, más allá de sus patologías conocer y saber quién es, que hace, que piensa, a que se dedica, etc. Y la percepción del familiar del cómo está siendo atendido por el servicio con el fin de mejorar nuestras estrategias de cuidado a la vanguardia de un cuidado humanizado, sensible, involucrando la participación activa de la familia.

Los seres humanos nos volvemos sensibles al entender que a pesar de ser humanos no siempre estamos humanizados, ya que humanizar es un modo de ser, de vivir, de relacionarnos, de cultivarnos, de movernos por dentro, de viajar a nuestro interior, de experimentar la vida de otro modo. Por ello debemos de involucrar nuestro ser con el hacer y por ello conocer a nuestro ser cuidado en su totalidad.

OBJETIVOS

- Recibir información clara directamente de la familia.
- Tener proximidad y conocimiento del paciente
- Infundir a la familia que hay esperanza
- Disponer de tiempo para comunicarse con la familia y ellos a su vez con su ser querido.
- Brindar tranquilidad, alivio y confort durante la entrevista.
- Permitir que la familia perciba que su paciente recibe cuidados de alta calidad.
- Brindar confianza en la habilidad clínica del equipo de salud.
- Hacerle saber a la familia que el equipo de la unidad se preocupa por el paciente
- Hacer sentir a la familia que puede dar soporte y proteger a su ser querido.

ACTIVIDADES Y EVALUACION

Las actividades de esta propuesta serán monitorizadas según las líneas descritas para tal fin, por el equipo de gestión de la calidad del servicio con fin de proponer el plan de mejora según lo encontrado en dicha evaluación.

DE LA SOCIALIZACION

Socializar el protocolo en diferentes ámbitos

Resolución de felicitación

Resolución de aprobación del protocolo

INDICADORES DE IMPACTO

- Reducir las estancias hospitalarias menor a 14 días.
- Impacto económico, en cuanto al ahorro de costos.
- Satisfacción de los usuarios. En este caso de la familia.

PRESUPUESTO:

Costos financieros y logísticos de la propuesta:

- En relación a la validación del documento: Se realizará sesiones con grupos focales además de expertos para validar la inteligibilidad del mismo.
- En relación a la impresión del documento: Se realizará coordinaciones a través de la jefatura del área y posteriormente se seguirá la línea jerárquica hasta su aprobación del mismo.
- En relación al llenado del documento: Se planteará el llenado a través de la enfermera a cargo del paciente, la cual consignará la veracidad de la información.
- Además el seguimiento estará a cargo de la coordinación de enfermería y coordinación médico del servicio de UCI, durante las horas administrativas teniendo como indicador de gestión el seguimiento de dicha propuesta.

UN MEDICO SABIO DIJO: "LA MEJOR MEDICINA ES AMOR Y CUIDADOS" ALGUIEN PREGUNTO: ¿Y SI NO FUNCIONA? EL SONRIO Y LE CONTESTO. "AUMENTA LA DOSIS" Y TODO SE HABRA RESUELTO.

PROPUESTA DE PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE.

1.-VISITA ABIERTA: PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y ADECUACION AMBIENTAL

- Flexibilización de Horarios: Coordinación con el equipo para brindar las facilidades a los familiares pacientes los cuales se encuentren con estabilidad hemodinámica. Política institucional del servicio.
- Facilitar la presencia de familiares y favorecer el contacto físico aunado a la deambulacion precoz.
- Liberar totalmente la visita, según la condición del paciente; previa educación al familiar.
- Permitir que los pacientes salgan fuera de las instalaciones del servicio, en coordinación con el equipo de trabajo.
- Ayudar a la deambulacion fuera del servicio cuando ellos ya se encuentran más estables lo pueden hacer acompañados siempre por el familiar
- Desarrollo de sesiones educativas que ayude al familiar a motivar el apoyo al paciente en UCI.
- Educación a la familiar con evaluación de saberes previos para luego brindar el contenido

Contenidos:

- Coordinación como se ingresa al servicio.
- Como hacer la asepsia personal y de los materiales que traen que temas deben conversar con sus familiares. Finalmente evaluación de saberes aprendidos con estrategias de dinámicas de evaluación.
- Elaboración de un fluxograma para la coordinación del ingreso de los familiares al servicio.

2.- LINEA DE COMUNICACIÓN

- Mejorar la comunicación con el paciente, a través del uso del instrumento: Guía especial del paciente hospitalizado en UCI.
- Brindarle medios de comunicación con la familia, lenguaje cifrado, parafraseo
- Guía informativa para familiares (Creación del catálogo informativo del servicio para la familia).
- Facilitar el ingreso bajo vigilancia de instrumentos de música, álbum de fotos; según el caso lo amerite.

3.- LINEA BIENESTAR DEL PACIENTE

- Promover la movilización precoz
- Brindarle confort psicológico y espiritual
- Brindar confort ambiental en horas de descanso, disminuir al máximo las luces en la noche; a partir de las 22.00hrs según lo amerite la situación.
- Disminuir al mínimo el nivel de alarmas; programar según el requerimiento del paciente, de ser posible reemplazar estas por luces.
- Permitir que ingresen insumos para que el paciente sienta la tranquilidad y el confort que todos están allí para él /ella
- Celebrar festividades, instrumentos de cantos, papel y lápiz para lograr comunicarse sus necesidades, chocolates, flores artificiales, celulares, instrumentos de video, tablets,
- Activar el libro de oro que fue creado para las sugerencias y comentarios hacia el servicio con la única intencionalidad de mejorar la calidad del mismo
- Educar al ingreso y ser la parte activa de su recuperación; educar a la movilización, la terapia física, rehabilitación respiratoria, darle de comer, agradecer la compañía y al final el alta.

4.- CUIDADOS AL PROFESIONAL

- Por ser un servicio muy estresante se ha desarrollado un proyecto de satisfacción del usuario, reconocimiento por participar en el proyecto de humanización, premio al “personal humanizado del mes”, paseos, talleres de bioética, etc.
- Participación en la navidad con nuestros pacientes y sus familias.
- Compartir por aniversario con nuestros pacientes y familiares dados de alta.

5.- PREVENCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POST- CUIDADOS INTENSIVOS

- Con el equipo de gestión, establecer la consulta externa de médico – enfermera de UCI para seguimientos de pacientes dados de alta en el servicio y con ello el respectivo seguimiento de los caso de manera personalizada.
- Sensibilizar al equipo sobre las guías a usar para una óptima sedación y prevención del delirio.

6.- INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

- Propuesta de mejora de la sala de espera y asegurar el confort de los familiares.
- Propuesta para habilitar la sala de recepción de informes; en donde el familiar se sienta cómodo para recibir noticias de su ser querido.

7.-CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

- Implantar el horario flexible, abierto integrando mecanismos de soporte emocional y espiritual.
- Permitir que ingrese los familiares de los pacientes para acompañar en los últimos momentos, incluso ser parte de la oración con la familia.
- Sensibilizar al equipo sobre las guías de cuidados paliativos en caso de pacientes al final de la vida.

EN EQUIPO INTEGRANDO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAIRES PODEMOS HACERLO Y SEGUIR EL CAMINO DONDE COLOQUEMOS EN VALOR LA DIGNIDAD, EL AMOR Y EL CUIDADO DE LO INVISIBLE.



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

FICHA ESPECIAL DEL PACIENTE ADMITIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

Objetivo: La presente ficha tiene como objetivo conocer las particularidades del paciente admitido en la unidad de cuidados intensivos con la finalidad de optimizar el trato y la dignidad del paciente. Agradecemos su aporte y colaboración.

Datos Generales:

Nombre del paciente:

Edad:

Género:

Estado civil:

Hijos:

Credo Religioso:

Persona que brinda la información:

Parentesco de la persona que brinda la información:

Fecha:

Item	Pregunta Orientadora	Respuesta
1.-	¿A qué se dedicó el paciente?	
2.-	¿Cuál es su pasatiempo preferido del paciente?	
3.-	¿Qué tipo de música le gusta? Alguna en especial	
4.-	¿Qué es lo que le hacía siempre sonreír?	

5.-	¿Recuerda usted que anhelaba el paciente antes de presentarse esta situación?	
6.-	¿Cuál fue la situación última que vivió el paciente?	
7.-	¿En qué circunstancia sucedió lo que está viviendo el paciente?	
8.-	Algo que desee agregar/sugerir.	

FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA.



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI
DADOS DE ALTA DEL SERVICIO.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

Información Básica:

La presente encuesta tiene como objetivo recolectar información sobre el grado de satisfacción en la atención recibida su paciente hospitalizado en el servicio de unidad de cuidados intensivos – HRL, los resultados serán estrictamente para fines de mejora de los procesos de cuidado por lo que se solicita seriedad y veracidad; agradeciendo sus declaraciones.

I.- Datos Generales:

Clave seudónimo:

Edad:

Grado de instrucción:

Parentesco con el paciente:

Diagnóstico del Paciente:

II.- Preguntas orientadoras:

1. ¿Localizo fácilmente la uci el primer día? Si: No:
2. ¿Le parece adecuada la sala de espera? Muy adecuada, adecuada, poco adecuada, nada adecuada.
3. ¿La información dada en la UCI le ha resultado acogedora?
4. ¿Cómo le pareció la limpieza en general de la UCI? Buena, muy buena, mala, muy mala.
5. ¿Qué impresión ha tenido del box donde se encuentra su paciente? Aceptable, poco aceptable, insuficiente.
6. ¿Qué impresión ha tenido del box donde estuvo su familiar respecto al orden? Aceptable, poco aceptable, desordenado

7. ¿Le parecen suficientes los medios que disponemos (sábanas, almohadas, soleras, frazadas, etc)?
8. ¿Qué le parece el mobiliario. Está actualizado, poco actualizado, nada actualizado (viejo, deteriorado)
9. ¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a? Ruido, iluminación, comodidad (cama), intimidad.
10. ¿Conocieron el nombre de los médicos que atendieron a su familiar durante su estancia en UCI? Sí, no
11. ¿A su ingreso fueron informados sobre la situación clínica de su familiar? Sí, no.
12. ¿Comprendió la información recibida en el ingreso? Si, no.
13. ¿La información que usted ha recibido diariamente ha sido? Clara, poco clara, nada clara.
14. ¿Cuándo a su familiar le han realizado algún procedimiento dentro o fuera de la uci ha sido informado al respecto?
15. ¿Le parece adecuada la hora de la información?
16. ¿Ha recibido puntualmente a la hora establecida la información acerca de su familiar?
17. ¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante su estancia en uci?
18. ¿La relación con el personal de enfermería fue? Fluida, poca fluida, inexistente.
19. ¿Al ingreso recibió la información por parte de enfermería sobre normas de la unidad, horarios de visitas, etc.?
20. ¿Estaban informados de los cuidados de enfermería a su familiar diariamente? Higiene, comunicación, estado de ánimo, nutrición, ayuda espiritual
21. ¿Cuándo entro por primera vez a la Uci alguien le informo de los aparatos, estados de alarmas, sistemas de monitorización, etc?
22. ¿Recibió por parte de enfermería ayuda para facilitarle la comunicación con su familiar?
23. ¿El horario de visitas le parece adecuado?
24. ¿Considera suficiente el tiempo de visita?
25. ¿Si es NO. Usted qué haría? Incrementarla, disminuirla, indefinido
26. ¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?
27. ¿Preferiría sentarse para permanecer con su familiar a la hora de la visita?

FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA.