

UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**“CUIDADO ENFERMERO A PACIENTES ADULTOS CON
LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE MINSA. CHICLAYO
2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL – ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN
ADULTOS”**

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. HURTADO ROJAS MARIANA LISBET DEL ROCÍO

Lic. Enf. VALDERRAMA SAÑA LIDIA MARISOL

ASESORA:

Dra. TEÓFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA

LAMBAYEQUE, 2019

Dra. Olvido Idalia Barrueto Mires
Presidenta

Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Secretaria

Mg. María Rosa Baca Pupuche
Vocal

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAJIP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 1144-2018-UPG-T Folio N° 149
Licenciado: Hurtesa Rojas Hilaria L. Libet del Rio
en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3:30 p.m. horas del día 03 de Septiembre del 2018. Los señores
Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 452-2018-D-Fe.
PRESIDENTE: Dña. Ulaida Idalia Barreto de Teneo.
SECRETARIO: Mg. Rosa Conchita Alcala Montoya.
VOCAL: Mg. Maria Rosa Bara Pupuche.
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
" Quelados enfermos a pacientes adultos con limitación de esfuerzo terapéutico su calidad de Quelados In-
tensivos. Hosp: Sal. Mica. Chiclayo 2018."
patrocinada por el profesor (a) Dña. Teófila Espinoza Turi, Qlca.
Presentada por el (los) Licenciados (a) Maria Libet del Rio Hurtesa
Rojas y Leticia Hilaria Valderama Socin.
Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Área del
Quelado Profesional - Especialista en enfermería en Qui-
dados críticos con mención en Adulto.
Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado,
dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado,
después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD las tesis con el
calificativo de Excelente; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las
sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella
intervinieron.

Bambelkan
PRESIDENTE
Rosa Conchita
VOCAL

Teófila
SECRETARIO
Patrocinador
PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDARIP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1445-2018-076-TE Folio N°: 141 f.
Licenciada: Valderrama Seña Lidia Floris

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 9:30 p.m. horas del día 03 de Setiembre del 2018 Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 452-2018-D-TE

PRESIDENTE: Dra. Celinda Idalia Barreto de Perea

SECRETARIO: Mg. Rosa Oquedera Alcalde Montoya

VOCAL: Mg. Elena Rosa Baca Pupoche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Quedado enfermo a pacientes adultos con limitación de esfuerzo físico en unidades de cuidados intensivos Hospital Ilinca et al. 2018"

patrocinada por el profesor (a) Dra. Teófilo Esperanza Ruiz Dion

Presentada por el (los) Licenciados (a) María Isabel del Rocío Montoya Rojas y Lidia Floris Valderrama Seña

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Título del Quedado Profesional - Especialista en Enfermería en Cuidados intensivos con atención en adultos Lambayeque 2016 I.

Sustentada la Tesis, formulados los preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADO por UNANIMIDAD las tesis con el calificativo de EXCELENTE, debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO


PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **HURTADO ROJAS MARIANA LISBET DEL ROCÍO** y **VALDERRAMA SAÑA LIDIA MARISOL**, Investigadoras Principales y **Dra. RUIZ OLIVA TEÓFILA ESPERANZA**, Asesora del Trabajo de Investigación: “**CUIDADO ENFERMERO A PACIENTES ADULTOS CON LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE MINSA. CHICLAYO 2017**”; declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 24 de octubre de 2018

Lic. Enf. Hurtado Rojas Mariana Lisbet Del Rocío
Investigadoras

Lic. Enf. Valderrama Saña Lidia Marisol
Investigadoras

Dra. Ruiz Oliva Esperanza Teófila
Asesora

DEDICATORIA

*A Dios por darme la vida y la oportunidad de
cumplir una de las grandes metas en mi carrera
profesional.*

*A mi padre que desde el cielo me ilumina y
siento su amor incondicional reflejado en mi
profesión*

*A mi madre por su interminable apoyo en todos
los momentos de mi vida y por ayudarme a
construir y cumplir muchos de mis sueños.*

Mariana Lisbet

DEDICATORIA

*A Dios porque me dio fuerzas y valentía para
atravesar los más duros caminos que me tocó
vivir y poder con perseverancia llegar hasta
aquí.*

*A mis dos hijos, Angel Fabián y Sthefano
Rafael, por darle motivación a mi vida y por
ayudarme a ser mejor madre y profesional
de la salud*

*A mis padres por su interminable apoyo en
todos los momentos de mi vida y por ayudarme
a construir y cumplir muchos de mis sueños,
uno de ellos el ser profesional.*

Lidia Marisol

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida Asesora, Dra. Esperanza Ruiz Oliva, y miembros del Jurado por brindarnos su apoyo a través de sus correcciones, orientaciones y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A nuestras colegas que participaron voluntariamente para realizar la presente investigación.

Las Autoras

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE.....	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	17
1.1. Antecedentes de Investigación	17
1.2. Base Teórica Conceptual.....	17
1.3. Marco Contextual.....	30
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIAL	33
2.1. Tipo de Investigación	33
2.2. Diseño de la Investigación	33
2.2.1. Fase Exploratoria.....	34
2.2.2. Fase de Delimitación del Estudio	35
2.2.3. Fase del Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe	36
2.3. Escenario	40
2.4. Población y Muestra.....	41
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	42
2.6. Procesamiento y Análisis de Datos	42
2.7. Principios Bioéticos.....	44
2.7.1. Principio de Respeto de la Dignidad Humana.....	45
2.7.2. Principio de Primacía del ser Humano y de Defensa de la Vida Física	45
2.7.3. Principio de Autonomía y Responsabilidad Personal.....	46
2.7.4. Principio de Beneficencia y Ausencia de Daño.....	46
2.7.5. Principio de Igualdad, Justicia y Equidad.....	47
2.8. Rigor Científico	47
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	76
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	79
ANEXOS	86

RESUMEN

Los pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico (LET) son totalmente dependientes, convirtiéndose en un ser vulnerable frente a la enfermedad comprometiéndose seriamente la continuación de su vida. Siendo la enfermera su principal cuidador, responsable de brindar un cuidado integral hasta una muerte digna. Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar y analizar el cuidado enfermero a pacientes adultos con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI de un Hospital de MINSA siendo de tipo cualitativo, abordaje estudio de caso. Se consideró la población censal de 11 Enfermeras(os). La información fue obtenida mediante la entrevista semiestructurada a profundidad dirigida a la enfermera que labora en unidad de Cuidados intensivos realizándose luego un análisis sistemático de datos, generándose las siguientes categorías: Conociendo la práctica de LET, considerando el proceso de la práctica de LET y compartiendo el cuidado con el equipo de salud. Concluyendo que: Algunos enfermeros no conocen los conceptos de LET, se muestran aún temerosos con la práctica de LET, influenciado por sus valores como seres humanos, muestran dificultad en la toma de decisión de la práctica de LET, entienden que es derecho del paciente moribundo un morir tranquilo, esto conjuntamente con la decisión de los familiares, la decisión de aplicar el LET es en su totalidad del médico, además le permite percibir de forma temprana cuando un tratamiento deja de ser efectivo y trata que el grupo humano desarrolle habilidades como: Compenetración, comunicación y compromiso.

Palabras Claves: Limitación de esfuerzo terapéutico, cuidado, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Patients with limitation of therapeutic effort (LET) are totally dependent, becoming a vulnerable being in front of the disease seriously compromising the continuation of their life. The nurse being her main carer, responsible for providing comprehensive care to a dignified death. The objective of this research was to characterize and analyze the nursing care of adult patients with Limitation of Therapeutic Effort (LET) in the ICU of a MINSA Hospital, being of a qualitative type, a case study approach. The census population of 11 Nurses was considered. The information was obtained through the semi-structured in-depth interview aimed at the nurse who works in the intensive care unit, performing a systematic data analysis, generating the following categories: Knowing the practice of LET, considering the process of LET practice and sharing the care with the health team. Concluding that: Some nurses do not know the concepts of LET, they are still fearful with the practice of LET, influenced by their values as human beings, they show difficulty in the decision making of the LET practice, they understand that it is the right of the dying patient a quiet dying, this together with the decision of the relatives, the decision to apply the LET is in its entirety of the doctor, also allows you to perceive early when a treatment ceases to be effective and try that the human group develop skills such as: Competence , communication and commitment.

Key Words: Limitation of therapeutic effort, care, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) habitualmente es frecuente en el interior de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) la cual, consiste en el no inicio o en la retirada de medidas de soporte vital u otras intervenciones¹. Las personas con LET son pacientes totalmente dependientes, convirtiéndose en un ser vulnerable frente a la enfermedad, alterando una o varias de sus constantes vitales que por diversas causas clínicas lo llevan a un compromiso serio para la continuación de su vida.

En la práctica clínica de la LET está presente una dimensión emocional centrada en la importancia que se otorga a no abandonar a los pacientes limitados y otorgarles un buen morir². Sin duda es clave proporcionar una muerte digna y esto significa estar acompañado de la familia sin dolor, sin sufrimiento y lo más tranquilo posible. En esta realidad de mayor vulnerabilidad donde la enfermera es su principal cuidador, se observa que cobra relevancia el papel que desempeña; siendo responsable de brindar un cuidado integral, exigiendo para ello el desarrollo de características necesarias como la motivación, experiencia, conocimiento, habilidades para cuidar, pensamiento crítico, que son fundamentales para cuidar dentro del paradigma de Transformación.

El cuidado no sólo debe centrarse en los aspectos biológicos, considerando únicamente la atención técnica, que separa el cuerpo biológico del cuerpo social. Se debe ver, sentir y percibir la subjetividad de la persona y familia que se encuentra en el periodo de LET para así ayudar en la humanización de los cuidados integrados, pretendiendo como el compromiso de garantizar la integridad del sujeto. Es decir, no sólo trabajando en el área práctica, sino también en las dimensiones subjetiva y social, ello implica la priorización de la construcción de relaciones, comunicación, autonomía y responsabilidad.

Se observa en la realidad que las actividades de las enfermeras principalmente cubren las necesidades físicas del paciente, concentrando su atención en el monitoreo hemodinámico, permeabilidad de catéter venoso central, inspeccionar el monitor multiparámetros revisando la adecuada fijación de los sensores y dispositivos en el cuerpo de cada uno, como el pulsoxímetro, brazaletes y electrodos, fijación de tubo endotraqueal, medición de la presión venosa central así como de neumotaponamiento, aspiración de secreciones, cambios de posición, etc. Además, se prioriza la administración de medicamentos y el registro de Enfermería usado en UCI denominado monitoreo del cuidado de Enfermería; muchas veces dejando para después la permanente valoración en su pandimensionalidad en las dimensiones psicológicas, emocionales y espirituales.

Esto se evidencia cuando se observa que las enfermeras por la premura del tiempo y de las actividades a realizar se olvidan de cubrir las necesidades espiritual y emocional del paciente como por ejemplo; olvidan hablarle cuando realizan algún procedimiento invasivo y no invasivo tratando de concluir dentro de sus horas de trabajo todas sus intervenciones de Enfermería programadas.

La enfermera se convierte en el personaje idóneo para desempeñar un rol coordinador y asistencial al estar en contacto directo y permanente con la persona y su familia; sin embargo, en el sistema de salud peruano pese a que los familiares están diariamente acompañando y participando, no son reconocidos como parte importante dentro del cuidado enfermero. Las interrelaciones de la enfermera para brindar la relación de ayuda está dirigido a tranquilizar al familiar ante pacientes con LET, muchas veces se observa que los familiares demuestran miedo o ansiedad, no se les hace partícipes del cuidado brindado y se les aísla de su ser querido que se encuentra en vulnerabilidad; como en algunos casos suele verbalizar el familiar cuidador: “No sé qué tiene mi familiar...”, “hasta ahora no lo veo” “tengo miedo de

que se muera”, “nadie me informa si está bien o se está recuperando”, “Quisiera estar al lado de mi familiar y cuidarlo...”.

La enfermera se enfrenta a problemas de sobrecarga de tareas y falta de tiempo sumándose el notorio déficit de personal; en la UCI de dicho nosocomio trabajan dos profesionales de Enfermería por turno cuidando cada una a tres pacientes siendo el estándar de calidad dos pacientes por enfermera, haciendo que sus intervenciones de cuidado ocupen parte importante de su labor diaria orientadas por protocolos y rutinas establecidas en el servicio y aunado al grado de dependencia de salud del mismo les ocupa la mayoría de su tiempo presentando así la enfermera signos de cansancio y agotamiento verbalizando muchas veces: “ay... a fin me senté”, “me duele las piernas, la espalda”, “tuve que comer rápido...”. Es así que tuvo como problema ¿cómo es el cuidado enfermero a pacientes adultos con Limitación de Esfuerzo Terapéutico en Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de MINSA? y como objetivo caracterizar y analizar el cuidado enfermero a pacientes adultos con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI de un Hospital de MINSA

El estudio se justifica porque Enfermería tiene como esencia al cuidado encaminado a perfeccionarse día a día y surge la necesidad de humanizar; pues permanecen las enfermeras las 24 horas y se requiere brindar un cuidado transpersonal a los pacientes con LET. Ante la pluralidad de las necesidades humanas alteradas se necesita dar respuesta de manera integral, considerando también las dimensiones emocional y espiritual; siendo éstas últimas relevantes en los pacientes con LET. Por otra parte, ayudar a la persona en situación de LET y su familia a enfrentar la muerte, cuidarle y acompañarle, es una de las tareas que presentan mayores dificultades para ellas; tanto en su valoración como en la respuesta que les ofrecen. Por lo cual la enfermera debe desarrollar capacidades esenciales que le permitan desenvolver su rol en forma óptima y reflejarse en el quehacer diario; sin embargo, no se conoce el cuidado que brindan muchas enfermeras.

Para los enfermeros, es importante develar el cuidado, el mismo, que debe centrarse en las demandas de los sujetos en su compleja pandimensionalidad. Al brindarse un cuidado de calidad la enfermera evita incurrir en faltas legales y bioéticas. Además esta investigación proporcionará un apoyo para una base científica que permita la visibilidad social del verdadero desempeño de Enfermería en los pacientes con LET. Así mismo los resultados de la presente investigación se darán a conocer al sujeto de estudio para su sensibilización y con ello puedan plantear estrategias de mejora en el cuidado hacia los pacientes con LET.

De otro lado servirá como material de consulta para futuras investigaciones, fortaleciendo las bases de Enfermería como ciencia. Para las instituciones formadoras en el desarrollo de los procesos educativos relacionados con el cuidado de pacientes con LET.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de Investigación

En el año 2013, en Chile Rojas D., Vargas I. y Ferrer L.³ realizaron la investigación titulada rol de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico, con el objetivo de analizar la bibliografía existente en relación al rol de Enfermería en el proceso de la toma de decisión y aplicación del LET. Concluyeron que fue escasa la literatura encontrada donde se clarifique el rol de la enfermera(o). Se hace necesario la elaboración de guías sobre LET en las instituciones de salud, que permitan clarificar los roles de los profesionales.

En el año 2012, en Bogotá Sánchez, L.² realizó una investigación titulada Intervención de Enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, con el objetivo de determinar la intervención de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. El investigador concluyó que no existieron criterios que determinaran por si solos si un paciente era un candidato a LET, y que las enfermeras(os) participaban escasamente en la toma de decisiones, debido fundamentalmente a conflictos laborales con el equipo médico. Los estudios demostraron que Enfermería debía participar activamente en este proceso de toma de decisiones al final de la vida del paciente, siendo nexo de unión entre este y su familia y el resto del equipo de salud.

1.2. Base Teórica Conceptual

Siendo el objeto de investigación El cuidado enfermero a pacientes adultos con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI y para poder enmarcar nuestra investigación es necesario tratar los siguientes aspectos:

Es primordial el concepto relacionado con el cuidado porque actualmente nos preocupamos, porque el cuidado que se brinda, se manifieste visiblemente en los pacientes con LET reflejado en el buen morir; es decir que no solo se haga, sino también que se vea, que haya una transformación del ser cuidado.

Al ser el cuidado algo universal, ligado a la evolución de la historia del hombre, está presente en todas sus esferas de vida, identificándolo como un recurso de las personas, para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y la supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad⁴⁻⁵⁻⁶. Por consiguiente, no es un término exclusivo de Enfermería, aunque si su razón de ser, ya que la profesión de Enfermería es la profesionalización de la capacidad humana de cuidar, a través de la adquisición y aplicación de los conocimientos, actitudes y habilidades del papel prescrito a la Enfermería.

La Enfermería, ya al final del siglo XX se consolida como profesión y ciencia con el aporte de todas las teóricas, encabezadas por Florence Nightingale, viviéndose un importante momento de teorización de la naturaleza, objeto y práctica de la profesión, de esta manera se logra redimensionar el valor social del cuidado, al lograr visibilizar a los ojos de la sociedad los conocimientos, las técnicas, los procesos, los métodos y las formas particulares de cuidado propios de Enfermería, centrado en relaciones horizontales entre los sujetos de cuidado y los enfermeros⁷.

A lo largo del tiempo se ha hablado del cuidado; de su historia de su concepto con los avances científicos y de las teóricas que ha influenciado mucho en el crecer el cuidado. Es primordial tener un concepto claro y conciso del cuidado enfermero para poder definir nuestro objeto de estudio; así tenemos que, cuidado, proviene del latín cogitatus (pensamiento) y se refiere a la solicitud y atención para hacer bien algo entendiéndose

como “una actitud de desvelo, preocupación e inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación”; es decir una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano⁸.

Para poder brindar un cuidado pandimensional es necesario orientar y basar el cuidado enfermero en una teórica y para la investigación científica las investigadoras se apoyarán en la Teoría Transpersonal de Jean Watson, quien en 1979 planteó con el enfoque heideggeriano, el arte y ciencia del Caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía entre cuerpo, alma y espíritu, utilizando procesos caritas⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Esta teórica propone que la interacción enfermera-paciente es un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar, elaborando la enfermera un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana considerando a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones⁹.

Jean Watson habla también sobre la Relación transpersonal de cuidado el cual se logra basado en dos conceptos Transpersonal y Cuidado transpersonal donde se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud, el cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas¹².

Dentro de los procesos caritas de Jean Watson considera: 1. la Formación de un sistema humanístico y altruista de valores, facilitando la promoción de cuidado holístico y positivo desarrollando interrelaciones eficaces enfermero-paciente y promueve el

bienestar ayudándolo para que adopte conductas de salud, 2. Inculcación de la fe-
esperanza la enfermera debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales
de salud, reciba un cuidado seguro y eficiente, cuya finalidad será lograr su máximo
bienestar.3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: es el
reconocimiento de los sentimientos que lleva a la autoactualización a través de la
autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente y a medida que las
enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos,
auténticos y sensibles hacia los demás¹²⁻¹³.

Siguiendo con los procesos caritas, está: 4. Desarrollo de una relación de ayuda-
confianza es crucial para el cuidado transpersonal: una relación de confianza fomenta y
acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos
implicando coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz,
5.Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:
compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el
paciente por eso la enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos
como negativos reconociendo así la comprensión intelectual y emocional de una
situación distinta de las demás, 6. Uso sistemático del método científico de solución de
problemas para la toma de decisiones, el uso del proceso de Enfermería aporta un
enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la
imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico¹²⁻¹³.

Y por último están: 7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: concepto
importante para la Enfermería porque separa el cuidado de la curación y la enfermera
facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizajes diseñados para
permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades
personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal. 8. Provisión del

entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual las enfermeras tienen que reconocer la influencia del entorno interno; que incluyen el bienestar mental, espiritual y creencias socioculturales de un individuo y el entorno externo como las variables epidemiológicas, el confort, privacidad, seguridad y los entornos limpios que finalmente influyen en la salud y la enfermedad de los individuos, 9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas por la enfermera reconociendo las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente cubriendo las necesidades de los pacientes de menor rango a un rango superior y 10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas, aun así Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado¹²⁻¹³⁻¹⁴.

Además, Jean Watson sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la Enfermería¹³.

De esta manera las investigadoras comprenden cómo los cambios no solo sociales y tecnológicos repercuten en el papel que desempeña Enfermería en el cuidado de la salud, y como es necesaria la innovación en la aplicación de la buena práctica de Enfermería, conocimientos, empatía y espiritualidad, en la forma de construirlos, para enriquecer y fortalecer las bases de la profesión, permitiendo un desarrollo acorde con la necesidad contextual de un país y una evolución significativa que brinde una contribución trascendental en la mejora de calidad de vida de los pacientes con LET y lo que se espera de la enfermera en la UCI cuando cuida a un paciente en el periodo de LET es que

participe de forma activa aportando la visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar.

La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos y para un mejor aprovechamiento de éstos tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nighthingale.

Esa idea inicial fue evolucionando a lo largo de los años hasta que en los años 50-60, se crearon las primeras Unidades de Cuidados Intensivos, gracias a los avances de la Medicina y de la técnica en general, haciendo viable revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles: como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos¹⁵.

Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis que en esa década afectó especialmente a los países del Norte de Europa y Norteamérica y que produjeron numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Y un segundo que determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios.

Poco a poco fue necesaria crear una nueva especialidad (Medicina Intensiva), por dos razones:

a) Los pacientes críticos, independientemente de su enfermedad de base tienen en muchos casos características fisiopatológicas y clínicas homogéneas. Se comienza a diferenciar un grupo de pacientes que tienen sus procesos vitales alterados, con compromiso de su supervivencia pero de un modo reversible – eran pacientes potencialmente curables.

b) Estos pacientes con un claro riesgo vital, precisan de unas estrategias precisas, y específicas, de vigilancia y de tratamiento, y c) Asimilar el significado y la utilización de los avances tecnológicos dirigidos a este tipo de enfermos¹⁵.

Con el nacimiento de las unidades de cuidados intensivos (UCI) a principios del siglo XX y la creación de diferentes máquinas que proporcionaban soporte vital, la medicina tuvo más herramientas para curar y restaurar la salud de las personas¹⁷. Sin embargo se evidenciaron a través de estudios estadísticos que en los EE.UU aproximadamente el 20% de los pacientes hospitalizados mueren en la UCI, mientras que en Europa se reportó una incidencia de 13,5%. Una gran mayoría de las muertes es precedida por una decisión médica de prescripción terapéutica. Un estudio en Estados Unidos de 131 pacientes en UCI confirma que el 38% de las muertes se produjeron como resultado de la decisión de retirada terapéutica. En Francia, uno de los primeros estudios sobre el tema muestra que más de la mitad de las muertes se produjeron a raíz de una decisión de limitación terapéutica. La UCI de los Hospitales Universitarios de Ginebra, las últimas estadísticas indican que el 82% de las muertes son precedidos de una decisión de la retirada terapéutica. Todas estas decisiones se tomaron para evitar que los tratamientos prolonguen innecesariamente los últimos instantes del paciente, sin traer a beneficio en términos de supervivencia o calidad de vida futura¹⁶.

La Medicina Intensiva es la rama de la Medicina que se ocupa del paciente crítico, pero en la investigación se considerará a los pacientes con LET definidos como la no prolongación de las medidas de soporte vital debido a que no conlleva a un beneficio real para el paciente, volcándose más en los aspectos de paliación y confort¹⁷.

No obstante, es necesario definir al adulto como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha

concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras; considerándose al adulto entre los 18 a más, pero que su salud se puede ver muy afectada por factores internos y externos que ponen en riesgo su salud y que si no es atendido oportunamente, muchas terminan siendo pacientes con LET

Se entenderá por paciente con práctica de LET aquellos que reúnan los siguientes criterios tal como lo definió el grupo de Ética de la Sociedad Médica de Santiago: 1. Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave diagnosticada en forma precisa por el equipo médico, 2. La condición diagnosticada debe ser progresiva e irreversible con pronóstico fatal próximo y 3. En el momento del análisis no es susceptible de un tratamiento de eficacia demostrada que pueda modificar el pronóstico de muerte próxima, o bien las terapias en uso han dejado de ser eficaces¹⁸.

El progreso de la Medicina Intensiva sobrelleva la necesidad de incluir dentro de sus acciones la LET para aquellos pacientes que luego de un análisis razonado, objetivo, fundamentado y en lo posible consensuado y prudente por parte del equipo de salud, se aplique en aquellos pacientes que han llegado a la condición de irrecuperabilidad, ya sea por tratarse de enfermos terminales, o bien, que sin serlo, la gravedad de su enfermedad los acerca a la muerte a pesar de la terapia aplicada. Es necesario que se mantenga entre ellos un diálogo que permita concordar posiciones, y una comunicación coherente y oportuna con el paciente o sus representantes. Se debe tener un compromiso ético evitando la obstinación en terapias, valorar en su plenitud la autonomía de nuestros pacientes, así como respetar las consideraciones legales del ejercicio de la medicina¹⁸.

La LET debe ser transparente; ya que se toma sobre fundamentos clínicos y éticos, y por lo tanto es defendible o argumentable frente a los afectados. En la práctica clínica la LET puede adoptar dos formas de aplicación. Una es la de restricción, que significa no iniciar terapia, por ejemplo, no reanimación cardiopulmonar, o el no ingreso a determinadas unidades hospitalarias. La otra forma es la de Interrupción, en la cual se suspenden medidas terapéuticas ya iniciadas, por ejemplo, el retiro de drogas vasoactivas o la ventilación mecánica¹⁸.

Para acercarse a una mejor decisión sobre LET, deben considerarse los siguientes elementos: Información biomédica acabada de la condición clínica del paciente, establecer un diálogo entre el equipo de salud, el paciente y su familia, el paciente o su representante deben estar plenamente informados de la decisión tomada, en ningún caso debe delegarse en la familia la responsabilidad de tomar decisiones técnicas. No hay diferencias éticas entre no iniciar o suspender medidas ya iniciadas, no obstante, el impacto psicológico de estas acciones pueden ser distintas, los médicos tienen el derecho y el deber de rechazar las peticiones de utilizar medios fútiles o desproporcionado¹⁸.

Una vez tomada la decisión de LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte aplicando los cuidados paliativos que sean necesarios¹⁴. El éxito en las UCI no debe ser medido únicamente por las estadísticas de sobrevivencia, como si cada muerte fuese un fracaso médico sino debe ser medido por la calidad de vida preservada o recuperada, y por la calidad de las interacciones humanas que se dieron en cada muerte¹⁹⁻²⁰.

La enfermera debe sustentarse, en la influencia de las corrientes de pensamiento bioético que conciben al paciente como un individuo especialmente vulnerable, capaz de decidir

sobre sus cuidados y expresar sus voluntades ejerciendo el principio de autonomía, también en la necesidad social y profesional de que la enfermera actúe bajo el paradigma de la nurse advocacy; según la Teoría del Final Tranquilo de la Vida (TFV) de Ruland y Moore, donde la concibe como defensora de los derechos humanos fundamentales y de los derechos del paciente, además de ayudar a éste para que identifique sus necesidades, opciones e intereses teniendo en cuenta los referentes éticos de la profesión desde sus orígenes, que establecen la necesidad de proteger al individuo y de defender los valores de dignidad, vida, calidad de vida y buena muerte. Y, por último, la posición privilegiada de la enfermera en relación a otros profesionales del equipo asistencial, como agente confidente de forma permanente²¹⁻²²⁻²³.

Al respecto, se debe tomar en consideración como referente en la práctica del cuidado de pacientes con LET, La Teoría del Final tranquilo de la Vida (TFV) de Ruland y Moore, marco de conocimiento que puede orientar a la enfermera en el desarrollo del proceso y en donde identifican 6 postulados o situaciones como: **1.** Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor, **2.** Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente, **3.** Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente, **4.** Proporcionar apoyo emocional, confort y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la

experiencia del paciente de estar tranquilo, 5. Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan y 6. Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida²³.

Ahora bien, el que la enfermera sea cercana al paciente en la administración de cuidados le permite percibir en forma temprana cuando un tratamiento deja de ser efectivo. Por lo tanto, es ella quien puede en un momento abogar por el paciente al iniciar la discusión y proponer ante el personal médico el considerar limitar una terapia.

Por otro lado, Gingell nos ayuda como referente teórico en nuestro objeto de estudio y nos dice que una de las principales obligaciones de la enfermera es generar una situación de confort al paciente, otorgando la mejor calidad de vida posible hasta el fallecimiento de éste y brindando apoyo a la familia durante el proceso. En este punto la enfermera es la encargada de mantener medidas adecuadas tanto para el cuidado físico como emocional del paciente haciendo posible que pueda determinar quién es el familiar significativo, y proporcionar el espacio para el acompañamiento al paciente en su proceso de muerte¹⁷.

Así la enfermera, formada en ética y bioética y representante tácita de los intereses del paciente, aporta al equipo multidisciplinario una visión humanizadora y de valores éticos propios de la profesión por formación y por sentido del cuidar; y contribuye también, recogiendo el testimonio del paciente y su entorno familiar, elementos necesarios para decidir el iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento convirtiéndose

en el agente mediador entre la familia y el equipo de salud detectando el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes.

Para que estos potenciales de la enfermera puedan desarrollarse es necesario asegurar el trabajo en equipo, e implantar dinámicas de trabajo que se basen en protocolos definidos. En consecuencia, la enfermera puede y debe participar activamente en las decisiones del equipo, y también en las relativas al inicio o retirada de un tratamiento o procedimiento en el paciente crítico irreversible cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, debe conocer y hacer valer su aportación en el seno del equipo, y debe actuar representando y fomentando los requerimientos que defiende el diálogo bioético

Gardaz, elaboró en el 2011 una serie de recomendaciones acerca del acompañamiento al final de la vida en UCI, modelo que destaca un rol activo de la enfermera durante todo el proceso. El rol de Enfermería se divide en dos fases principales: la decisión y la implementación. La fase de decisión inicia con la evaluación de la situación por parte del médico intensivista, el médico residente y la enfermera teniendo como objetivo determinar los deseos del paciente al final de su vida y se realiza en conjunto con el representante legal, familiares cercanos, médico tratante y el equipo de especialistas¹⁹.

La segunda fase que es la implementación de la decisión que se ha tomado tiene dos etapas: la primera en la que se consideran las preferencias de los familiares y la segunda la sustitución de terapias¹⁹.

Una vez que la decisión de LET ya se estableció de antemano por el médico y la enfermera, lo que continúa es determinar la secuencia de la retirada del tratamiento, y los objetivos deseados de la comodidad del paciente al final de la vida²¹.

Antes de la retirada del tratamiento, se recomienda la dosis intravenosa para asegurar una sedoanalgesia adecuada la cual debe aumentarse en la medida que el paciente presenta síntomas clínicos o paraclínicos de dolor o malestar. Estos se deben evaluar y documentar con regularidad, incluso en el paciente no comunicante (por ejemplo, por medio de *CPOT-Critical care herramienta de observación dolor de la escala*). La morfina es el tratamiento de elección y cuando se considere útil ansiolítico, la administración de benzodiazepinas está considerado²².

Se establece que la enfermera y el médico consensuen en el manejo del paciente para realizar tratamientos de eliminación de vasopresores, este procedimiento permite que el paciente pierda la conciencia sin dolor permitiendo así el destete de la ventilación o extubación mecánica con la finalidad de reducir la carga emocional y psicológica de todos los cuidadores involucrados, reconocidos como una fuente importante de estrés o cansancio²².

Las recomendaciones prácticas se pueden resumir de la siguiente manera: La hidratación, nutrición enteral o parenteral se puede detener a la vez, sin destete progresivo, tratamientos vasopresores pueden eliminar de una vez, la ventilación mecánica puede ser destetado al disminuir la FiO₂ 0,21 y PEEP: 0 cmH₂O, la eliminación del tubo endotraqueal puede considerarse con el fin de no prolongar un proceso inevitable y permitir más movimiento natural de la final de la vida y se puede quitar con tal de que no causa incomodidad adicional, que pueden prevenirse y tratarse con un opiáceo para reducir la disnea, posiblemente asociado con un ansiolítico benzodiazepina²²⁻²³.

1.3. Marco Contextual

El Hospital Regional Docente Las Mercedes se ubica en la ciudad de Chiclayo, en el Departamento de Lambayeque, ubicado en la zona central y comercial de la ciudad de Chiclayo, Av. Luis Gonzáles 635, Provincia del mismo nombre, en el Departamento de Lambayeque.

Arquitectónicamente el Hospital conserva una distribución de pabellones, construido de adobe y ladrillo en diferentes épocas, desde 1970 a la fecha ha sido reformado guardando esta estructura, edificando nuevos ambientes de material noble, aunque sin un plan director. La ampliación de los ambientes del Departamento de Emergencia se efectuó en el año 1999 y la Unidad de Cuidados Intensivos se construyó en el año 2000.

El área de hospitalización UCI- Unidad de Cuidados Críticos, que se ubica en el segundo piso, sobre los ambientes del Departamento de Emergencia. Contando con 6 camas y con equipamiento médico de última generación como ventiladores mecánicos, monitores multiparámetros, electrocardiógrafos, desfibrilador.

El número de personal que se constituye en la Unidad de Cuidados Intensivos se especifica de la siguiente manera: Enfermeras especialistas en UCI adulto son 11, médicos intensivistas son 4 y de técnicos de Enfermería 5. Los turnos que realizan son guardias diurnas o guardias noches trabajando en cada turno 2 Enfermeras especialistas, 1 Médico Intensivista y 1 Técnico de Enfermería.

Los pacientes que se encuentran en dicha unidad son pacientes en grave estado de salud con muchos riesgos, generalmente con diagnósticos de sepsis generalizada o traumatismos encefalocraneanos severos que requieren evaluación, cuidados y monitoreo continuo y especializado con dependencia grado III (Gran Dependencia).

Los familiares de estos pacientes permanecen en su mayoría del tiempo fuera del área de Cuidados Intensivos y solamente ingresan en el horario de visita de 4pm a 5pm, previo lavado de manos y uso de barreras, o en casos excepcionales cuando el personal de salud lo requiera: como cuando se encuentran en estado agónico. La labor que cumple para con su paciente enfermo es traerles material de aseo personal y sus medicamentos.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIAL

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIAL

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se adscribe al paradigma cualitativo, pues siempre se desarrolla en una situación natural, es rico en datos descriptivos, tienen un plan abierto y flexible y enfoca la realidad de forma compleja y contextual, es decir; proporcionó una descripción verbal o explicación del fenómeno como proceso ligado a un contexto, en el que se intentó comprender el comportamiento, las interacciones y significado del sujeto en estudio, analizando e interpretando las propias palabras de las personas y su comportamiento²⁴. La investigación fue aplicada en un Hospital del MINSA de nivel II, específicamente en el área de Unidad de Cuidados Intensivos con las enfermeras que cuidan a personas que se encuentran en el periodo de Limitación de Esfuerzo Terapéutico para describir su cuidado.

2.2. Diseño de la Investigación

El enfoque de la investigación que se empleó fue el Estudio de Caso, porque son investigaciones a profundidad de una sola entidad o una serie reducida de entidades, tomando normalmente a la entidad como un individuo, pero también puede tomarse a familias, grupos, instituciones o cualquier unidad social²⁴. En la investigación se tomó en cuenta a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos que se encontraron cuidando a los pacientes en el periodo de Limitación de Esfuerzo Terapéutico del Hospital del MINSA.

Las investigadoras mediante el Estudio de Caso analizaron y comprendieron los fenómenos importantes del cuidado de las enfermeras de la Unidad de Cuidados

Intensivos que se encontraron cuidando a los pacientes en el periodo de Limitación de Esfuerzo su objetivo fue caracterizar y analizar el cuidado enfermero a pacientes con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI de un Hospital de MINSA.

Nisbet y Watt caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases, siendo una primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos y la tercera consistiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe con ellos mismos se enfatizan esas tres fases y se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que lo separa²⁵.

2.2.1. Fase Exploratoria

Según Stake, el estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. Dentro de la propia concepción de estudio de caso que no pretende partir de una visión predeterminada de la realidad, más aprender los aspectos ricos e imprevistos que envuelve una determinada situación, la fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio^{24,25}.

En la investigación científica que se llevó a cabo, el estudio de caso estuvo referido a la problematización, para lo cual se planteó las preguntas al inicio y fue fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio. Se dio inicio desde la identificación del problema y posteriormente se tuvo la

oportunidad de establecer contacto con las enfermeras que cuidan a los pacientes con LET, explicándoles el motivo de nuestra presencia y la importancia que tuvo su participación en la realización del estudio. Posteriormente se revisó la literatura relacionada con el tema, la misma que servirá como base para poder replantearse las interrogantes y esclarecer algunos puntos lo que permitió descubrir el objeto de estudio.

2.2.2. Fase de Delimitación del Estudio

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección fue determinada por las características propias del objeto estudiado.

La importancia de establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho que nunca fue posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado²⁵⁻²⁶. En esta fase las investigadoras procedieron a recolectar la información de forma sistemática, utilizando para ello la entrevista semiestructurada lo que permitió llegar a una comprensión más completa de la situación investigada.

La entrevista semiestructurada, supone recabar información a través de los “informantes”, sobre acontecimientos y problemas que no conoce el investigador que puede surgir en el trayecto de la información del participante para conferir mayor fiabilidad y validez a la investigación²⁶. Antes de proceder

con la recolección de datos, las investigadoras tuvieron en claro los límites de su investigación, que fueron las enfermeras de UCI en el periodo de Limitación de Esfuerzo Terapéutico. Además, se realizó la validación mediante la prueba piloto, lo que permitió recoger información hasta obtener resultados por saturación, siendo la saturación 5 enfermeros.

2.2.3. Fase del Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe

Ya en esta fase del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos “borradores” de relato se presentaron a los interesados por escrito y se constituyeron en presentaciones auditivas. Por ejemplo, después de un determinado período de permanencia en el campo, el investigador preparó un relato corto trayendo el análisis de un determinado hecho, el registro de una sesión de slides, mostrando algún aspecto interesante del estudio, u organizó una exposición de fotografías donde fue posible captar reacciones inmediatas sobre la validación de lo que fue aprendido²⁵.

Una vez que se adquirió toda la información necesaria mediante la recolección de datos, se realizó el análisis sistemático de los resultados encontrados, o llamado también el análisis temático, los cuales se confrontó con la literatura, luego se dio pase a la elaboración de un informe suscrito, en el que se utilizó un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento para los lectores. En el presente estudio, las investigadoras analizaron sistemáticamente los resultados encontrados para lo cual se transcribió las entrevistas realizadas con el contenido

exacto de los discursos, este logro estableció subcategorías y categorías, para poder realizar dicho análisis. Posteriormente se elaboró un informe detallado sobre los resultados obtenidos en la investigación.

La investigación se realizó teniendo en cuenta los *principios de Estudio de Caso*²⁴

I. Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento:

A pesar que el investigador partió de algunos presupuestos teóricos iniciales, se procuró mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio, aun así el cuadro teórico inicial sirvió de esqueleto, de estructura básica a partir del cual podrán ser detectados nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que pueden ser sumados en la medida en que el estudio avance. Además, se sostiene que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y rehace en el desarrollo de la investigación^{24,25}.

Las investigadoras descubrieron o se encargaron de develar como es el cuidado de las enfermeras de UCI en el paciente con Limitación de Esfuerzo Terapéutico a partir de algunos supuestos teóricos, además procuraron centrar la información obtenida en el objeto de estudio, los aspectos que este comprende y dirigir constantemente su atención a detectar nuevos elementos o conocimientos importantes que surgieron durante el estudio.

II. El estudio de caso enfatizó la interpretación en el contexto:

Un principio básico de ese tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las

acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están ligadas^{24,25}.

El presente estudio tomó en cuenta el contexto personal, familiar y social de los pacientes que son cuidados por las enfermeras de UCI durante el periodo de LET, considerándolos en su dimensión psicológica y sociocultural, lo cual fue interpretado con la finalidad de caracterizar y analizar el cuidado enfermero a pacientes con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET), permitiéndonos obtener un panorama de la situación en la que se desenvuelven.

III.El estudio de caso buscó retratar la realidad en forma compleja y profunda:

El investigador procuró revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatizó la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes^{24, 25}.

En la investigación, este tipo de trayectoria permitió a las investigadoras enfatizar las interrelaciones de las enfermeras en UCI con sus pacientes con LET y su entorno, tomando en cuenta para ello sus sentimientos, emociones, pensamientos y reacciones pues además del análisis y comprensión de dichas vivencias, se profundizó aún más el objeto de estudio.

IV. El Estudio de Caso reveló experiencias vicarias y permitió establecer generalizaciones naturales:

El investigador procuró relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. En lugar de la

pregunta: ¿Este caso es representativo de qué?, el lector va a preguntar: ¿Qué puedo (o no) aplicar de este caso en mi situación? Según Stake, las generalizaciones naturales ocurren en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que este intenta asociar datos encontrados en el estudio con datos que son frutos de sus experiencias personales^{24, 25}.

En el presente estudio las investigadoras lograron asociar sus experiencias personales con los datos recolectados a partir de los relatos de las enfermeras de UCI en el periodo de limitación de esfuerzo terapéutico, esto permitió establecer generalizaciones naturales en base a las experiencias, emociones y sentimientos que revelarán.

V. El Estudio de Caso procuró presentar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social:

Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. De ese modo es dejado a los usuarios del estudio sacar conclusiones sobre esos aspectos contradictorios^{24, 25}.

En el presente estudio las investigadoras analizaron las diferentes respuestas de cada uno de las enfermeras en UCI entrevistadas lo que permitió identificar las distintas opiniones que manifestaron dichas enfermeras, las mismas que sirvieron para dar diferentes puntos de vista y elaborar conclusiones sin descuidar el objeto de estudio.

VI. Los relatos del estudio de caso utilizaron un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación:

Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños fotografías, slides, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones. Es posible también que en un mismo caso tengan diferentes formas de relato dependiendo del tipo de usuario a que se destina. La preocupación aquí es como una transmisión directa, clara y bien articulada del caso y en un estilo, se aproxime a la experiencia personal del lector. Se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio ^{24, 25}.

En la investigación, se tomaron las entrevistas de las enfermeras a interrogar y se describieron tal como lo explica la misma enfermera, de una manera narrativa, sin obviar palabra alguna, haciendo también hincapié en los gestos o facciones que la enfermera tomó durante el momento de la entrevista, haciendo uso de un medio de apoyo como es la videograbadora.

2.3. Escenario

Se desarrolló en una institución del MINSA de nivel II en la Unidad de Cuidados Críticos Adultos ubicado en el segundo piso, la cual cuenta con 6 camas habiendo en cada turno dos enfermeras, médico intensivista perenne y un técnico de Enfermería. Cada cama cuenta con ventiladores mecánicos y monitor multiparámetros propios. Los pacientes son atendidos por el personal de Enfermería, valorando la hemodinamia y

priorizando sus necesidades físicas concentrando su atención en el monitoreo hemodinámico, permeabilidad de catéter venoso central, inspeccionar el monitor multiparámetros revisando la adecuada fijación de los sensores y dispositivos en el cuerpo de cada uno, como el pulsoxímetro, brazaletes y electrodos, fijación de tubo endotraqueal, medición de la presión venosa central así como de neumotaponamiento, aspiración de secreciones, cambios de posición, etc.; hacen participar de los familiares más cercanos para que se despidan individualizándolos con biombos

2.4. Población y Muestra

Población:

- En el estudio se consideró la población censal de 11 Enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos un Hospital del MINSA por ser pequeña y representativa.

Criterios de inclusión:

- Que tengan un año de experiencia laboral
- Que tengan estudios culminados de la especialización en UCI

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que estén cursando actualmente algún proceso legal

La muestra se delimitó mediante la técnica de saturación y redundancia. Cuando se obtuvo poca información nueva a partir de las observaciones o los grupos de discusión, fue razonable pensar que se saturó esa fuente de información; ya que se llegó al punto

de la redundancia. La saturación de los datos en la investigación ocurrió cuando en el discurso del enfermero (a) ya no se produjo ningún tema nuevo o mejor dicho éste se vuelve repetitivo frente a otros discursos anteriormente relatados, donde se obtuvieron 5 enfermeros.

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Los datos fueron recolectados a través de la entrevista abierta y el instrumento fue la guía de entrevista semiestructurada.

La entrevista es la comunicación interpersonal entre dos personas, entrevistador y entrevistado bajo control del primero, con la finalidad de conseguir información lo más implicate posible, sobre el objeto de análisis que se plantea, delimitando las temáticas sobre las que nos interesa centrar el discurso del entrevistado²⁵. El tipo de entrevista semiestructurada se basó en una guía de preguntas y el entrevistador tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para mayor información; que constó de una pregunta orientadora y fue aplicada a las enfermeras que laboran en Unidad de Cuidados Intensivos Adulto en un Hospital del MINSA.

2.6. Procesamiento y Análisis de Datos

Para la recolección de datos se coordinó con las enfermeras de UCI a entrevistar previo consentimiento informado, utilizándose la entrevista semiestructurada a profundidad el cual constó de dos partes: Datos generales, que contiene seudónimo, edad, religión y tiempo de servicio; y datos específicos, que contiene Pregunta Norteadora y preguntas

complementarias (Anexo 01). Este instrumento fue aplicado a una muestra, previa validación de contenido por juicio de expertos (Anexo 01).

Para el análisis de los datos de la entrevista; se utilizó el análisis de edición o de contenido, el cual sirvió para dar sentido a los datos que se recolectaron sin simplificar su riqueza²⁴.

El análisis de contenido fue en primera instancia transcribir los discursos en su totalidad de modo fidedigno, luego se leyó y releyó uno por uno. Luego se pasó a codificar la información para lo cual se elaboró categorías por descontextualización sin perder su sentido. Es decir, se leyó todos los discursos identificando las principales etapas, acontecimientos y experiencias personales las que luego fueron ubicadas mediante subcategorías y categorías de acuerdo a lo que se quiere investigar y así se llegó a un análisis temático donde se compaginó los relatos de las experiencias obtenidas por las enfermeras de UCI que cuidan a los pacientes durante el periodo de LET, obteniéndose una confluencia en los resultados. Además, el análisis se constituyó en una interpretación teórica; ya que se confrontó y discutió con el marco teórico referencial. Las transcripciones que ilustraron las subcategorías y categorías fueron identificadas con seudónimos de colores que propusieron las investigadoras.

Fases del proceso de análisis: El proceso del análisis de los datos constó de cuatro fases específicas²⁷, que el investigador alcanzó recolectando, describiendo y documentando la materia prima y los datos brutos cuando se inició el análisis de los datos relacionados al tema, objetivo, y cuestiones del estudio.

Identificación y caracterización de los descriptores y sus componentes: Los datos fueron estudiados por las investigadoras quienes identificaron semejanzas y diferencias, destacando las frases y afirmaciones que estuvieron directamente relacionados al

fenómeno de estudio. Además fueron estudiados los componentes recurrentes y sus significados.

Categorización de los elementos identificados y clasificados en categorías: Las investigadoras determinaron las categorías de los elementos identificados y clasificados con la intención de comprender la situación en estudio preservando el significado del contexto, es decir captando la interpretación de los participantes. La exactitud de los datos ocurrió por la constante verificación.

Identificación de los patrones: Los datos permitieron mostrar patrones respecto al significado del contexto, consistencia y credibilidad; así como también significados diferentes o similares, expresiones, formas estructurales, interpretaciones y explicaciones relacionadas al tema de investigación.

Temas relevantes, formulaciones teóricas y recomendaciones: Esta es la fase de análisis de datos, síntesis e interpretación, requiere del investigador síntesis de pensamiento, configuración del análisis, interpretación de lo encontrado y formulación creativa de los datos de las fases anteriores¹¹. La tarea fue resumir y reformular subcategorías emergentes de las grandes categorías construidas, de abstraer y presentar temas de investigación encontrados, se realizó recomendaciones en base a los hallazgos encontrados y algunas veces, formulaciones teóricas.

2.7. Principios Bioéticos

Los adelantos de la medicina, biología y tecnología son ciertamente destacables y todas las personas deben beneficiarse de sus progresos. No obstante, es evidente que la actuación irrestricta de estas disciplinas puede derivar en dilemas o controversias de

carácter ético que pueden significar, más bien, un atropello de la dignidad de la persona humana. En la presente investigación se consideró los siguientes principios²⁸:

2.7.1. Principio de Respeto de la Dignidad Humana

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentalización de ésta. La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto. Las diversidades culturales y plurales de nuestro país no deben transgredir los legítimos límites que establece el reconocimiento del principio de respeto de la dignidad humana.

En la investigación, las enfermeras decidieron su participación, previa información que les brindarán las investigadoras y sin ningún riesgo a represalias.

2.7.2. Principio de Primacía del ser Humano y de Defensa de la Vida Física

La investigación y aplicación científica y tecnológica deben procurar el bien integral de la persona humana. Es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia, buscar hacer siempre el bien y evitar el mal.

En el trabajo de investigación, las autoras tuvieron como sujeto de estudio a la persona humana que se consideró como un ser holístico cuidando su pandimensionalidad, por lo que los resultados obtenidos fueron utilizados estrictamente para fines de la investigación y se esforzaron totalmente por llevar

tales beneficios al máximo y así obtener una información confiable en la investigación.

2.7.3. Principio de Autonomía y Responsabilidad Personal

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En el campo enfermero, en la relación enfermero – paciente se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada.

En la investigación, para poder entablar la entrevista con la enfermera fue necesario que ellas firmen de manera individualizada un consentimiento informado, en donde estipule los objetivos de la investigación y su importancia. La enfermera lo firmó si desea ser partícipe de la investigación y dando la potestad por libertad, de poder realizarle la entrevista.

2.7.4. Principio de Beneficencia y Ausencia de Daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se deberá tener como objetivo el bien del paciente. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Es así que, existe la obligación de no producir daño intencionadamente. Aunque el paciente tiene la posibilidad de decidir sobre el tratamiento a seguir, se considerará el daño posible a ocasionar y el parecer del médico tratante.

En el trabajo de investigación, las autoras no expusieron en ningún momento a las enfermeras y pacientes a cualquier tipo de daño, por lo que los resultados obtenidos fueron utilizados estrictamente para fines de la investigación y bajo ninguna circunstancia los participantes estuvieron expuestos a situaciones que impliquen explotación.

2.7.5. Principio de Igualdad, Justicia y Equidad

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana consideró la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen.

En la investigación, las enfermeras fueron tratadas justa y equitativamente antes, durante y después de su participación, empezando por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de lo establecido por las investigadoras.

2.8. Rigor Científico

Durante la investigación se puso en práctica el rigor científico; basado en los siguientes principios²⁹⁻³⁰:

- **Confidencialidad:** Se mantuvo en reserva y en secreto la información que se obtuvo en las entrevistas.

- Credibilidad: En el trabajo de investigación se tuvo en cuenta el valor de la verdad, la que se consideró desde la problematización hasta la confianza de la información que se obtuvo durante la aplicación de las entrevistas. En este caso finalizada la entrevista se procedió a transcribir las preguntas y respuestas de los entrevistados, para luego ir nuevamente al sujeto de investigación y leerle las respuestas que ellos mismos han dado y ellos nos darán su aprobación y aceptación.
- Confiabilidad: Las entrevistas que se realizaron al sujeto en estudio no fueron alteradas, ni modificadas. Los resultados se obtuvieron a partir de descripciones genuinas, naturales, espontáneas y no se tuvieron prejuicios durante la investigación e incluso se le preguntó a los entrevistados si están conformes con sus respuestas.
- Audibilidad: El trabajo de investigación se aplicó detalladamente durante todo el estudio siguiendo los pasos establecidos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se define como "la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente". Sin embargo, esta decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice pues es en este contexto donde los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad, con el acompañamiento de la familia y en donde el personal de Enfermería cumple un rol muy importante ³¹.

Las Unidades de Cuidados Críticos o Intensivos (UCI), tanto médicas como quirúrgicas, son los lugares donde se ofrecen los tratamientos más altamente tecnificados de soporte vital. Los cuidados a pacientes críticos, es decir a aquellos con enfermedad severa pero con posibilidades de curación o mejoría, son parte de los cuidados integrales de los profesionales de Enfermería. El ingreso de un paciente en una UCI está justificado cuando existen posibilidades de beneficio para él, cuando es posible revertir o paliar su situación crítica e, idealmente, lograr su reinserción familiar y social. Sin embargo en estas unidades la muerte tiene una presencia importante y es común tener que tomar decisiones difíciles con respecto al final de la vida de los pacientes. La muerte, antes privada y usualmente considerada como un evento religioso y espiritual con implicación de familia y amigos se ha convertido en la actualidad, en el contexto de los hospitales, en un acto público y tecnológico.

La posibilidad de mantener la vida a pesar de situaciones clínicas con compromiso funcional de varios órganos hace que el entorno de la UCI presente para el personal de salud diferentes retos tanto desde el punto de vista clínico como ético e incluso legal. Por una parte se enfrentan a la decisión de utilizar tratamientos altamente tecnificados y costosos para

mantener la vida, y por otra a la necesidad de decidir si esos tratamientos son útiles o no, para poder limitarlos, en función de la posibilidad de sobrevivir y también en función de la calidad de vida asociada con esa supervivencia. Además como muchos de los pacientes críticos no tienen la capacidad suficiente para intervenir en las decisiones sobre su cuidado, es preciso introducir a la familia como sustitutos en estas decisiones para que actúen acorde con los valores y preferencias de sus representados ³¹.

Los problemas que se generan entre un paciente que se encuentre en estado terminal y su familia constituyen una realidad de todas las generaciones. En el ciclo de los seres vivos, en este caso del hombre, hace que el mismo se enfrente ante estos problemas que obligan a buscar ayuda en el personal de salud, este último, tiene que enfrentarse a la muerte día a día, al dolor, al sufrimiento de pacientes terminales, y a las dudas, miedos, e inquietudes de sus familias³².

Es por eso que surge el interés de las investigadoras, de cómo es el cuidado enfermero en paciente con Limitación de Esfuerzo Terapéutico, qué saben los licenciados de Enfermería de ésta práctica, como influyen con sus valores y principios, cómo se toma la decisión de poner en prácticas LET en pacientes de UCI, cuales son los cuidados paliativos, y cómo deja el personal de Enfermería que la familia participe de ésta decisión de LET y en el cuidado del paciente.

En el presente informe se presentan las categorías con las respectivas subcategorías. En la primera categoría se enfoca en los conocimientos que el personal de Enfermería tiene acerca de la práctica de LET, en que situaciones de salud aplicarlas, los valores y principios que están conflictuados en la enfermera y que llevan a los dilemas éticos, que emociones causan la práctica de LET en los enfermeros, y cómo la enfermera entiende que mantener la vida de un paciente delicado, a pesar de todas las medidas terapéuticas fallidas, no es sano e ideal.

La segunda categoría trata sobre cómo se va dando el proceso de LET, desde quien lo decide, la forma en cómo se decide aplicarlo, los cuidados de Enfermería durante el proceso, y también las costumbres y creencias de los familiares, que influyen mucho en el cuidado del paciente con LET y en la tercera categoría se aborda el cuidado enfermero brindado con el apoyo de los diferentes profesionales de la salud y cómo ellos deben tratar a los pacientes en proceso de LET.

Las categorías y subcategorías que se revelaron en la investigación fueron las siguientes:

PRIMERA CATEGORÍA: CONOCIENDO LA PRÁCTICA DE LET

1.1. Sub categoría: Evidenciando conocimientos sobre la práctica de LET

1.2. Sub categoría: Enfrentando dilemas éticos

1.3. Sub categoría: Evidenciando los sentimientos de la enfermera en la práctica de LET

SEGUNDA CATEGORÍA: CONSIDERANDO EL PROCESO DE LA PRÁCTICA DE LET

2.1. Sub categoría: Accediendo a la decisión de la práctica de LET

2.2. Sub categoría: Cuidados de Enfermería en la LET y la inclusión de la familia.

TERCERA CATEGORÍA: COMPARTIENDO EL CUIDADO CON EL EQUIPO DE SALUD

3.1. Sub categoría: Fortaleciendo al equipo de salud

3.2. Sub categoría: Practicando valores en el cuidado de la persona

I. PRIMERA CATEGORÍA: CONOCIENDO LA PRÁCTICA DE LET

1.1 Sub categoría: Evidenciando conocimientos sobre la práctica de LET

Según Cabré y Solsona las formas de LET en medicina intensiva son: limitación del ingreso en el SMI (servicio de medicina intensiva), limitación de inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas. Estas decisiones resultan en extremo difíciles dada la urgencia que requieren, el pronóstico del paciente y los costos que implica este tratamiento.³² Según Solís es “la decisión de retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario considera que en la situación concreta del enfermo, son inútiles o fútiles”³³.

Para Barbero consiste en “la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica”³⁴⁻³⁶. Callahan expresa que la LET es “Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte”³⁵.

En la práctica asistencial se encontró con la necesidad de atender a pacientes con situaciones no reversibles, debido a la avanzada edad o a enfermedades crónicas subyacentes y al cambio del tipo de patologías a las que se enfrenta en la actualidad el personal sanitario. El avance tecnológico de los últimos años ha permitido la creación de equipos que facilitan prolongar la vida de los seres humanos. Sin embargo, hoy los profesionales comprenden que hay circunstancias en las que mantener con vida a un paciente no necesariamente significa un beneficio para él y su familia. En este contexto

aparece la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), frente a la cual el rol de los profesionales, incluido el profesional de Enfermería, es importante¹⁸⁻³⁶.

En el Perú la práctica de Limitación de Esfuerzo Terapéutico es muy poco mencionada o tocada, por falta de conocimiento del tema o por la gran carga legal que estas acciones conllevan, y que en nuestro país aún no están protocolizadas o permitidas. Por eso como investigadoras quisimos saber cuánto saben los licenciados de Enfermería acerca de la práctica de LET, teniendo los siguientes discursos.

- “ *Qué bueno que me hayas dado un poquito de orientación sobre LET, pues aquí nosotros no lo llamamos así, si lo hemos aplicado en lo asistencial, pero no sabía que tenía ese nombre, desconocía en realidad,*” (**Orquídea**)
- “ *Mmm...Limitación de Esfuerzo Terapéutico, es cuando por más que se hizo lo posible por mejorar la salud del paciente de UCI, no tuvo una respuesta positiva, y entonces se procede a la retirada de los medidas de soporte*” (**Margarita**)
- “ *...LET se practica cuando a pesar de todo el tratamiento que se administra al paciente enfermo, éste no responde de manera positiva y se decide retirar o suspender el tratamiento...*” (**Flor**)
- “ *A un paciente adulto se le practica LET cuando por más tratamiento que se le ponga y se ha tratado de ver con variedad de medicamentos y procedimientos mejorar el estado de salud del paciente, este ya no mejora y se decide retirar o suspender el tratamiento...*” (**Lirio**)

Con los discursos anteriores se evidencia que en algunos casos los licenciados de Enfermería no conocen el concepto de LET, no sabían a qué nos estábamos refiriendo con la pregunta lanzada, pero a la vez se hace notar que si se da en sus áreas de trabajo

en este caso UCI, si se aplica, lo único que les falta es conocer más y obtener más información acerca de la práctica de LET, conocerlo por su nombre propio, pues esto les va ayudar a entender por qué se procede a dichas situaciones.

En otros discursos los licenciados de Enfermería, si tienen claro que es LET, definiéndolos con sus propias palabras, tienen un concepto seguro de lo que significa, y es un punto a favor de ellos, pues teniendo el conocimiento necesario les servirá para saber guiar sus cuidados de Enfermería al paciente enfermo a una muerte segura.

1.2 Sub categoría: Enfrentando dilemas éticos

La Enfermería, por su propia naturaleza, es un quehacer moral. La enfermera dirige toda su actividad a cuidar seres humanos y sus decisiones intentan devolver la salud al paciente, curarlos de sus dolencias, prevenirlos de enfermedades y al mismo tiempo deben poseer una gran carga de humanidad, que ha de respetar la integridad personal del hombre necesitado de su ayuda. Para asumir esta responsabilidad y hacer frente a los problemas que se les plantean, no basta sólo una constante formación científica, sino hace falta también sensibilidad y una conciencia ética para identificar los problemas y buscarles soluciones racionales³⁷.

Los conflictos relacionados con el final de la vida en las unidades de cuidados intensivos, plantean no solo temas clínicos sino también y quizá más difíciles de solucionar, un gran número de problemas de tipo ético. La escasa formación en general del personal de estas unidades en esta disciplina, hace que su planteamiento sea muchas veces confuso y siempre difícil. La práctica de LET puede ocasionar muchas contradicciones con nuestro actuar, nuestros valores, la moral y el bienestar del paciente³⁸.

En las UCI se producen habitualmente conflictos relacionados con las complejas decisiones que se toman en torno a los enfermos críticos que están en el final de su vida, especialmente en la limitación de tratamientos de soporte vital. La mayoría de los problemas que surgen en el final de la vida son conflictos de valores entre las diversas partes implicadas en los procesos sanitarios: el paciente, sus familiares y/o representantes, los profesionales sanitarios y la institución con la que se relacionan.

Todo esto se evidencia en los siguientes discursos:

- *“...a mi parecer es una situación muy difícil puesto que nosotros me refiero al personal de salud, no somos Dios para decidir en la vida y salud del paciente...” (Flor)*
- *“... es una situación contradictoria, pues si bien es cierto el paciente sufre también hay la esperanza de que comience a mejorar y responder al tratamiento en cualquier momento,...y como enfermeras deberíamos practicar la beneficencia y nuestra ética profesional...” (Lirio)*
- *“bueno... no sé si en el Perú habrá leyes que nos protejan o nos avalen para hacer lo que hacemos, pero aun así me es muy difícil tomar decisiones como la retirada de tratamiento médico, pues muchas veces no sé si hago lo correcto o lo incorrecto” (Margarita)*

Como se observa en lo anterior, se puede detectar que los licenciados de Enfermería se muestran aún temerosos con la práctica de LET, esto influenciado por sus valores como seres humanos, y también porque muchas veces se nos ha hablado de cuidado enfermero, pero con el objetivo de buscar la mejoría de la salud del paciente y su tranquilidad interior, nunca se les ha pasado por su cabeza estos tipos de situaciones,

muchas veces dejando de la lado que también es parte del cuidado el buen morir, o la tranquilidad en el morir. Se evidencia que existe una lucha entre lo que se puede hacer, y no se debe hacer, entre si están haciendo lo correcto, pues cabe la posibilidad de que el paciente mejore y se puedan convertir en cómplices de una muerte no intencionada, pero que se pudo evitar. La mayoría de los profesionales de Enfermería tienen la esperanza de que pueden existir milagros y lo dejan en manos de Dios

Los principios básicos de bioética son aquellos criterios generales que sirven como punto de apoyo para justificar los preceptos éticos y valoraciones de las acciones humanas en el campo biosanitario. Uno de los principales objetivos de la bioética es facilitar al profesional sanitario e investigador la toma de decisiones racionales concretas en la resolución de los conflictos de valores que se plantea el ejercicio de su actividad. En el ámbito de la ética profesional y específicamente en la relación enfermero-paciente, la toma de decisiones ante una situación clínica, dependerá de las valoraciones morales que hagan los componentes de la relación, y que dentro del pluralismo ético existente, pueden no coincidir. Es principio que los clínicos actúen siempre teniendo en cuenta los 4 principios fundamentales que definen la práctica clínica ética³⁹.

1.3 Sub categoría: Evidenciando los sentimientos de la enfermera en la práctica de LET

La enfermera que se desempeña dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos guarda una estrecha relación con el paciente que tiene a su cuidado, pues aparte de suplir la dependencia física del paciente, se convierte o se va convirtiendo en un soporte emocional y afectivo muy fuerte, además de un medio espiritual, que le sirve de mucho a éste para poder colaborar en el cuidado de su propia salud. Además, ayuda al paciente

a mantener viva la actitud de optimismo por lograr mejorar, ser curado y de continuar viendo una esperanza de vida.

Muchas veces estas relaciones con los pacientes hace que los enfermeros sean abogados de sus pacientes, y cualquier decisión que se tome de la parte médica o del equipo multidisciplinario con relación al paciente se de acuerdo con los reportes de la enfermera y recibiendo los alcances del personal de Enfermería, pues son ellos quienes se encuentran en continuo cuidado y monitoreo de los pacientes, y saben que cambios ha tenido en el transcurso de las 24 horas pues, son los únicos profesionales de la salud que se mantiene perennes dentro de la unidad de trabajo, vigilando evaluando, controlando y muchas más cosas, que permiten a la licenciados tener un conocimiento muy complejo y amplio de la salud de cada paciente, hablando de salud no solo en el aspecto físico, sino también psicológico emocional y espiritual.

La enfermeras en UCI, siempre cuidan a los pacientes teniendo en cuenta que son seres humanos que sienten y oyen al igual que una persona sana, es por ello que dentro de la UCI, se les ayuda a manejar los ciclos de vigilia sueño, llevar su alimentación diaria, higiene personal, conversaciones de temas en particular, les colocan su música con el único objetivo de que se sigan sintiendo persona, seres humanos.

Con todo lo mencionado anteriormente, es inevitable que los licenciados comiencen a sentir a sus pacientes como parte de ellos, hay mucho cariño y estima, y se busca hacer hasta lo imposible por ayudar en su recuperación y alta de la UCI, pero lamentablemente, por el estado deteriorado de la salud del paciente y su respuesta negativa a pesar de todo el tratamiento posible que se hizo por curarlo; dentro de las UCIs se toman decisiones radicales y difíciles, en lo que muchas veces los enfermeros se encuentran confundidos, tristes, con miedo además, pues a pesar de que no hay

respuesta positiva, aún sigue vivo y quitar la vida al paciente con el que convivió por un tiempo es como sentirse que los están matando, y esto influye mucho más cuando practican su religión. Los licenciados muchas veces cumplen lo que dicen los médicos, pero existen muchas preguntas en su interior, como si están haciendo lo correcto, si quizás estarán pecando, si en realidad ya se hizo todo lo posible como se evidencia en los siguientes discursos

- *“... da un poco de tristeza al ver tanto esfuerzo por salvar la vida del paciente y que a pesar de todo su organismo no responde... soy católica y a la vez objetiva, pues si veo que ya no responde a más es mejor retirar todo” (Flor)*
- *“mmm... muchas veces trato de no sentir nada, y acatar las decisiones de otros, porque si me da mucho sentimiento comienzo a sentir más confundida.... No sabría qué hacer”(Orquídea)*
- *“A mí me da mucha pena esta situación, no es fácil, incluso cuesta mucho explicarle a los familiares y hacerles entender la situación de su familiar enfermo y más aún se asustan algunos cuando le explicamos que se va a retirar todo en su paciente, ellos se ponen a llorar, duele mucho” (Margarita)*
- *“... pues siento que voy en contra de mis principios y mi religión, pues la vida de la persona es sagrada, y solo Dios decide...” (Lirio)*

Como se lee en los discursos, vemos que la enfermera tiene un sentimiento de tristeza por el paciente, pues ella y todo el equipo médico puso en ejecución todas las medidas terapéuticas posibles para salvar y recuperar la vida del paciente, pero éste no respondía a lo que se esperaba, luego la enfermera muestra resignación al decir que si ya no responde entonces es mejor retirar, evidenciándose en este caso la poca aceptación de

la enfermera por practicar el LET. En el segundo caso se evidencia la mucha influencia de la religión de la enfermera en su sentir como cuidadora, indicando que Dios solo puede decidir en la vida o muerte de alguien, aquí encontramos sentimientos de temor e incertidumbre, al poder ir en contra de sus bases católicas.

El cuidar es una actividad tan antigua como la humanidad siendo en la actualidad la principal cuidadora en el ámbito hospitalario la enfermera. Cuidar significa observar, ayudar, comunicar, atender, enseñar y contribuir en la conservación del buen estado de la salud del paciente⁴⁰, y en el caso de los pacientes críticos de las UCIs aplicar las diferentes medidas terapéuticas adecuadas para ayudar a la recuperación de su salud. Sin embargo, se presentan casos en donde los esfuerzos por buscar la mejoría en el paciente son en vano y se tienen que tomar otro tipo de decisiones como es la aplicación de LET, siendo esta práctica una decisión nada fácil para el equipo de salud, y mucho más para la enfermera cuidadora.

Autores como Randal y Vicent señalan que si la toma de decisiones se lleva a cabo después de una discusión entre todos los miembros del equipo; esto condiciona a la mejora en la calidad del ambiente de trabajo en la UCI, disminuye la sobrecarga y evita la aparición de depresión y estrés postraumático en el personal³⁷. Monteverde, refiere que la enfermera juega un papel importante en la toma de decisiones, debido a que ocupa un lugar privilegiado en el equipo de salud que está relacionado con la capacidad de poder interactuar con el equipo, los familiares y el paciente³⁸. Esto le permite conocer los diferentes puntos de vista de los actores involucrados, sintetizar la información y aportar en el proceso de toma de decisiones y así también tomar sus propias decisiones.

Como evidenciamos en los siguientes discursos:

- *“...al ver la otra parte de la cara que es que, a pesar de todo el tratamiento no responde el organismo del paciente y es inservible, y además, maltratador para el paciente, ocasionándoles un largo sufrimiento, yo como enfermera debo buscar el bienestar del paciente y eso es que ya no sea maltratado más con retos de fluidos extremos, con ionotropicos o vasopresores o algún procedimiento que por más que se le realice, no se ve alguna respuesta positiva y el paciente se va deteriorando aún más..” (Flor)*
- *“... en mi caso me cuesta aceptar esto de la práctica de LET..., pero también al ver que el paciente sufre con tantos procedimientos y tratamientos que le producen dolor y estrés, y ver ningún resultado favorable pienso que la retirada del tratamiento es mejor... ” (Lirio)*

Con las experiencias obtenidas en el tiempo, los enfermeros a pesar de los conflictos éticos y morales en los que muchas veces se ven sumergidos, toman y aceptan la decisión de participar en la práctica de LET, pues van entendiendo que se está maltratando el estado físico, mental y espiritual del paciente y que por eso sufre demasiado. Además se toma conciencia que también es un derecho del paciente el morir tranquilo, que se hizo todo lo profesional, humano y tecnológico posible, pero no hubo respuesta positiva, no sin antes también contar con la decisión de la familia y que ante ello se debe ahora cuidar al paciente en su buen morir⁴¹.

Los profesionales de Enfermería señalan que suspender los tratamientos en el paciente es más fácil cuando se ha tomado en cuenta su opinión, se les ha consultado y la decisión ha sido tomada por un equipo multidisciplinario. Este modo de actuar hace que no se sientan solas(os) y que las implicancias morales disminuyan, porque la decisión tomada proviene de un juicio ético realizado por el equipo de salud.

II. SEGUNDA CATEGORÍA: CONSIDERANDO EL PROCESO DE LA PRACTICA DE LET

2.1. Sub categoría: Accediendo a la decisión de la práctica de LET

La práctica diaria ha evidenciado que la LET lleva implícito dos tipos de acciones: la toma de la decisión y la aplicación. Es claro que en la toma de decisiones debe estar involucrado el médico tratante y el familiar. Sin embargo, los enfermeros no están siendo consultados en el momento de hacer el juicio ético para tomar la decisión y son ellos quienes, la mayoría de las veces, están encargados de la ejecución de estas decisiones. Algunos estudios referencian la inconformidad de los enfermeros sobre este tema

La enfermera es una abogada de los deseos del paciente, defiende su estado y vela por su bienestar y el de su familia. Además como abogada facilita la toma de decisiones puesto que presenta de forma clara el estado del paciente ayudando a aclarar mejor la situación. Ahora bien, el que sea cercana al paciente en la administración de cuidados le permite percibir en forma temprana cuando un tratamiento deja de ser efectivo⁴². Por lo tanto, es ella quien puede en un momento abogar por el paciente al iniciar la discusión y proponer ante el personal médico el considerar limitar una terapia.

Pero esto no se evidencia en los discursos que a continuación se presentan:

- *“... el médico siempre pone en sus indicaciones, se suspende tal o cual medicamento...” (Flor)*
- *“...la decisión de la práctica de LET debería ser en conjunto con el equipo de salud, pero muchas veces las decisiones solo las toma el médico y los enfermeros lo acatamos...” (Lirio)*

- *“En la mayoría de los casos es el médico quien decide que ya no se va seguir con las terapias, no nos preguntan...” (Orquídea)*

Las decisiones en el cuidado de un paciente debe ser multidisciplinario, incluso lo ideal es que en la visitas médicas a los pacientes, estén reunidos médico, enfermo, técnico de Enfermería, psicólogo, nutricionista, terapéutico, con la finalidad de llegar a acuerdos y tomar decisiones finales como cambiar el tratamiento, realización de algún procedimiento, nuevas exámenes de laboratorio, o en definitiva cuando ya se hizo todo lo posible, la retirada progresiva del soporte vital. Pero en la mayoría de los servicios y hospitales del mundo esto no se da. La decisión de aplicar LET, es en su totalidad del médico, es él quien decide seguir o retirar el soporte vital, muchas veces sin hacer preguntas y es la enfermera quien solo cumple las indicaciones.

2.2. Sub categoría: Cuidados de Enfermería en la LET y la inclusión de la familia.

Hablamos de LET cuando los profesionales consideran que no existe una indicación adecuada para instaurar una intervención clínica nueva o para mantener una que ya fue instaurada previamente, porque los factores que en su momento justificaron dicha indicación se han modificado¹. Es decir; que luego de un estudio racional, imparcial, y en lo posible consensuado por parte del equipo de salud se aplique en aquellos pacientes que han llegado a la condición de irrecuperabilidad, ya sea por tratarse de enfermos terminales, o por el contrario; que sin serlo, la gravedad de su enfermedad los acerca a la muerte a pesar de la terapia aplicada.

Se debe considerar elementos básicos para tomar la decisión de LET como el mantener un diálogo coherente y oportuno que permita concordar posiciones con el equipo de salud, paciente o sus familiares; tener un compromiso ético evitando la obstinación en terapias, valorar en su plenitud la autonomía de los pacientes, así como respetar las

consideraciones legales del ejercicio de la medicina, en ningún caso debe delegarse en la familia la responsabilidad de tomar decisiones técnicas¹⁸. En relación con la toma de decisiones de la LET estas son básicamente tomadas a iniciativa de los médicos intensivistas de la UCI coexistiendo la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte aplicando los cuidados paliativos que sean necesarios.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

- *“Siempre empieza a suspender los antibióticos, luego indica retiro progresivo de los ionotrópicos y vasopresores y lo que se va manteniendo es la sedoanalgesia o en algunos casos solo la analgesia, para poder disminuir todo el dolor posible en el paciente...” (Flor)*
- *“Los médicos indican el retiro progresivo de los vasopresores y al último para retiro de ventilación mecánica... lo que sí siempre dejan es la analgesia por el dolor que experimenta en paciente” (Lirio)*

Muchas veces los profesionales entre ellos la enfermera que labora en UCI son conscientes de sus limitaciones, algunas veces teniendo que acompañar a sus pacientes en un morir inminente, generándoles un sentido de insatisfacción perturbándolos en su ética y misión, que es el salvar vidas. La cesación de las terapias es un momento que debe estar plasmado en el cuidado de Enfermería; esto se debe evidenciar en las anotaciones de Enfermería y en las indicaciones médicas.

La enfermera de UCI en su labor diaria al brindar cuidados a un paciente crítico moribundo; es consciente que debe protegerlo y defenderlo manteniendo los valores de dignidad, vida, calidad de vida y buena muerte. Es importante señalar que la práctica de LET no involucra, su desatención sino más bien continúa la obligación y

responsabilidad de cuidarlo en el proceso de muerte esforzándose para realizar con la misma calidad tanto las atenciones para iniciar un tratamiento como las dirigidas a suspenderlo garantizando, juntamente con el resto del equipo, las medidas necesarias de bienestar, cuidados básicos, analgesia y sedación para asegurar la ausencia de dolor físico o psíquico al final de la vida ⁴³.

Ante situaciones de LET sus referentes éticos de la profesión entran en conflicto como los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Por ejemplo el principio bioético de respeto de la autonomía existe particularidades del abordaje en el paciente crítico haciendo que de forma frecuente se apliquen medidas urgentes para garantizar la supervivencia sin el consentimiento informado, y que se parte del supuesto general de actuar bajo la idea de hacer «lo razonable», pero que este precepto, aparte de ser ambiguo, puede llegar a violar derechos individuales ⁴³. En esta línea, establecen que la intuición de lo que es bueno y correcto, las creencias y los valores éticos deben convivir con las guías de actuación determinadas por las rutinas, los protocolos, el ambiente de trabajo y las decisiones del equipo sanitario, y debe mantenerse un equilibrio entre estas variables como garantía para encontrar la mejor decisión ética posible en la atención del paciente crítico.

En varias situaciones a la enfermera de UCI le es difícil predecir el grado de beneficio que puede comportar el tratamiento terapéutico cuando no hay expectativas razonables de mejora del estado de salud. El no tomar la decisión de LET oportuna en el paciente se prolongará la vida con un pronóstico nefasto o habrá gran deterioro de la calidad de vida llegando al encarnizamiento terapéutico.

Ahora bien, el que la enfermera de UCI sea cercana al paciente en la administración de cuidados le permite percibir en forma temprana cuando un tratamiento deja de ser

efectivo. Por lo tanto, debe ser ella quien en un momento abogue por el paciente e inicie la discusión y proponga ante el personal médico el considerar limitar una terapia. Debe participar de forma activa en la toma de decisiones aportando la visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar, siendo consciente de su aportación en el seno del equipo, actuando, representando y fomentando los requerimientos que defiende el diálogo bioético. La enfermera a cargo del cuidado del paciente crítico moribundo debe desarrollar una serie de actividades relacionadas con el cuidado del paciente, el apoyo a los familiares y el apoyo al profesional médico.

El proceso de toma de decisión para la suspensión de terapias genera estrés en los familiares de los pacientes, por lo tanto es necesario acompañarlos en esta situación. La enfermera es vista por los familiares del paciente como la persona encargada de brindar soporte, de ayudar a entender la condición del paciente, de entregar información clara y comprensible, facilitando el proceso de toma de decisión y aceptación de la muerte ¹⁷.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

- *“Yo como enfermera busco la cercanía con los familiares, que se acerquen con su paciente para que se despidan y se pidan quizás disculpas en su silencio por las equivocaciones y errores cometidos, para que el paciente no tenga miedo de morir y esté tranquilo fortaleciendo que tenga una muerte sin temores sin preocupaciones de que algo en la tierra no deja concluido, y se fortalezca el buen morir como práctica de la enfermera. También se le dice a los familiares para que puedan traer un sacerdote o un pastor según tipo de religión que tenga, para que le den la unción de los enfermos o le recen, luego aseo el cuerpo de mi paciente, brindando comodidad y bienestar físico, le coloco loción o perfume y además cremas para relajar y disminuir su estrés, le hablo un poco de Dios y de su gran amor. También hago que el*

paciente escuche música relajante y le hablo de los momentos y experiencias hermosas que ha podido vivir” (Flor)

- *“Bueno yo trato que mi paciente disminuya todo en lo posible su nivel de estrés y lo hago dejando que sus familiares lo visiten, le hablen, le recen o pueden traer algún sacerdote para que lo recen... también le hago sus masajitos porque ellos sienten... y les hablo al oído...” (Lirio)*

El cuidado es propio del hacer de Enfermería, en el contexto de LET su planificación debe ser llevada a cabo en conjunto con todo el equipo de salud. Los tratamientos en el entorno a la LET pueden ser considerados fútiles, es la enfermera junto con el médico quienes realizarán la suspensión de las terapias que el equipo de salud haya determinado como fútiles, sin embargo el cuidado nunca lo será ¹⁷.

La enfermera que labora en UCI proporciona una experiencia de bienestar del paciente crítico moribundo, con la prevención, el control y el alivio de las molestias físicas; así como por el reposo y la relajación. Así mismo es importante para ellas el acompañamiento al final de la vida tanto para los pacientes como para la familia, la forma como ofrecen dicho acompañamiento varía desde visitas que aumentan en frecuencia hasta procurar que su presencia sea constante a medida que se acerca la muerte. En caso contrario si no hubiera un familiar la enfermera suplir el rol con el objetivo de hacer que se sienta importante para un grupo de personas buscando estar a su lado; ya que lo conciben con un ser vulnerable, hasta una muerte digna.

Tal como lo señala Gingell, una de las principales obligaciones de la enfermera es generar una situación de confort al paciente, otorgando la mejor calidad de vida posible hasta el fallecimiento de éste y brindando apoyo a la familia durante el proceso. En este punto la enfermera es la encargada de mantener medidas adecuadas tanto para el cuidado

físico como emocional del paciente. Esto hace posible que pueda determinar quién es el familiar significativo, y proporcionar el espacio para el acompañamiento al paciente en su proceso de muerte ¹⁷.

El profesional de Enfermería debe empoderarse del rol de líder que debe practicar en el contexto de LET, al planificar los cuidados ella siente la obligación profesional de suplir las necesidades de los pacientes en la fase terminal como la comunicación, compañía y cuidado integral. Es por ello, que debe ser agente de información e intermediaria entre el equipo de salud y los familiares; así como en su rol de apoyo espiritual y emocional a la familia.

Es preciso que en las universidades incluyan dentro del perfil de la enfermera de UCI así como a las futuras egresadas un desarrollo humano, profesional y ético para el acompañamiento en la muerte en el contexto de LET enseñando el valor de la vida hasta el final, pueda brindar sus cuidados sin invadir la privacidad del ser cuidado y el valor de la vida sin que se lleve a su trivialización; teniendo como soporte teórico la teoría del final tranquilo de la vida, puesto que ésta proporciona una guía de las acciones y aptitudes que debe desarrollar frente al paciente y sus familiares. La falta de preparación puede hacer que se observen comportamientos como es el de no acompañar al paciente al final de la vida.

Al determinar el nivel de colaboración entre los profesionales de la salud en UCI en relación al LET, resalta la necesidad de clarificar el rol de Enfermería que no se encuentra descrito y sugiere la elaboración de guías donde destaquen las funciones de cada profesional, al momento de una limitación.

La realización de costumbres y creencias (fe y confianza en Dios) por parte de la familia ante LET es la representación de suplir una necesidad espiritual debido al momento de

fragilidad en el que se encuentra el ser querido que se enfrenta a lo desconocido; en la búsqueda de un ente superior con el objetivo de refugiarse, protegerse o defenderse de la situación que atraviesan y creer en la salvación de su alma con la esperanza de la vida eterna traduciéndose en sosiego, entereza y alivio ante la muerte; creyendo en una divinidad que nos otorgará la gracia de una continuidad de la vida en el más allá. Independientemente de la orientación religiosa, muchos de los familiares tienen una forma específica de expresar sus sentimientos religiosos cuando se acercan a la muerte.

Es «un concepto bidimensional entre lo trascendente: Dios o un Ser Superior que guía la vida de la persona y otra que se relaciona con su yo, el entorno y las demás personas. Es decir; es el estado de funcionalidad del espíritu en lo personal, lo interpersonal y lo universal. La continua interrelación de esas dos dimensiones lleva a la necesidad espiritual, que es «aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias o la fe, o llevar a cabo obligaciones religiosas con el fin de llenar vacíos que hay en su interior ⁴⁴.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

- *“Cuando llegan sacerdotes hacen una pequeña oración y le ponen en la frente un aceite en señal de la cruz, cuando llega un pastor se pone a orar de una manera tan efusiva que muchas veces incomoda en la tranquilidad del paciente y del personal de salud, algunos familiares ponen imágenes de santos, de la virgen, rosarios, otros llevan ruda y se los ponen en la mano o un costado de la cabecera” (Flor)*
- *“...mayormente traen sacerdotes o pastores depende a la religión que tengan... otros traen imágenes de santos y santas; he visto también que llevan*

grabaciones de las voces de su esposa (o) e hijos... o de sus familiares más cercanos y queridos....” (Lirio)

La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el medo al sufrimiento de un ser querido, la duda si serán capaces o tendrán fuerzas para aceptar la muerte, los problemas que pueden aparecer en el momento justo de la muerte o si sabrán reconocer si ha muerto. La tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo. Se puede notar en los discursos que los familiares buscan una forma de relacionarse con una fuerza superior creando un ambiente que brinda bienestar espiritual mediante oraciones. La oración es una práctica que ellos utilizan como fuente de esperanza, consuelo, paz y fortaleza interior; ya que piden guía y bendiciones para enfrentar las dificultades que pueden presentarse

La espiritualidad se basa en creencias y costumbres intrínsecas a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona, a su vez ofrece al ser humano un marco de devoción estructurante, que proporciona alivio y consuelo frente a las situaciones estresantes y dolorosas de la vida⁴⁵.

Muchas veces le ha permitido a los familiares durante su búsqueda de un ser superior en el contexto de LET afrontar con más entereza la angustia y situaciones difíciles que enfrenta su ser querido, de esta manera ellos buscan alcanzar o mejorar el bienestar espiritual de forma bidireccional siendo intrínseco en el ser humano caracterizado por el significado de la vida y la esperanza. Por ello la enfermera de UCI para intervenir positivamente ante situaciones de LET debe involucrar creencias y rituales espirituales en sus cuidados, con el objetivo de que estas creencias los motiven, fortalezcan y ayuden a afrontarlas adecuadamente depurando inicialmente sus propios prejuicios, sentimientos familiares y procurar conocer el rol del enfermo (tipo de familia, estilo de

comunicación, fortalezas y debilidades que posee para valorar sus formas de afrontamiento y detectar qué miembro puede tener un rol terapéutico) conllevándola a conservar la armonía en la relación con el ser superior que los guía siendo fuente de fortaleza y esperanza para afrontar las situaciones estresantes; con el fin de priorizar el bienestar del ser cuidado plasmado en un plan de cuidados.

III. TERCERA CATEGORÍA: COMPARTIENDO EL CUIDADO CON EL EQUIPO DE SALUD

3.1. Sub categoría: Fortaleciendo al equipo de salud

Debe existir una serie de elementos esenciales para que exista un trabajo en equipo adecuado, entre éstos se encuentran: la igualdad de poder y competencia profesional de cada uno de los miembros del equipo, valores compartidos, objetivos comunes, funciones de trabajo claramente definidas, confianza y respeto mutuo, habilidades de comunicación y colaboración; así como la capacidad de todos los miembros de funcionar como una unidad más que como un grupo de individuos. Asimismo, el hospital debe promover la colaboración entre sus profesionales para que trabajen conjuntamente. La misión de toda institución sanitaria debe estar centrada en el paciente y su familia y en este sentido, es esencial que los profesionales asuman esta misión institucional como fundamento de su trabajo en equipo ⁴⁶.

- *“Busco que el paciente cuente con un ambiente confortable y que a pesar de saber que poco a poco dejara de existir, el equipo de salud lo siga viendo y tratando como el ser humano que es, incluso después de fallecido” (Flor)*

- *“... siempre verlo porque cada acción en la práctica de LET sea sin hacer daño al paciente y en este proceso también se incluyan el doctor... a veces les digo a ellos el paciente siente dolor o el paciente tiene fiebre o cualquier motivo para que ellos también se interesen y acompañen al paciente en todo su proceso de morir... tampoco puedo dejar de lado a los técnicos de Enfermería...” (Lirio)*

La enfermera que labora en UCI está tendiendo a desarrollar el trabajo en equipo tanto como para salvar vidas como también para aquel momento donde el paciente crítico se acerca a la muerte tratando que el grupo humano desarrolle habilidades como: Compenetración, comunicación y compromiso. Manifiestan que tratan de implicar al médico intensivista en su cuidado tratando que se reconozca un nivel de igualdad de las competencias traducándose en la colaboración cordial y mejorando su calidad asistencial ante LET del grupo humano; siendo ello una asociación que va en busca de ayuda mutua procurando realizar actividades conjuntas, de manera tal que puedan aprender unas de otras y fomentar una muerte digna al final de la vida.

Si no existiese trabajo en equipo ante LET se traduce en un ambiente indiferente a la muerte por parte de las enfermeras y demás miembros, se desarrollaría una "visión de túnel" o de "autismo" que no beneficiaría a su cuidado en el final de la vida puesto que estarían aisladas y no compenetradas a su labor diaria.

Ante ello se sugiere buscar diversas alternativas para solucionar dichos inconvenientes en el cuidado del paciente moribundo; siendo uno de ellos el diálogo colectivo el cual permitirá que el personal emita su punto de vista y a la vez se confronte percepciones equivocadas de la labor

3.2. Sub categoría: Practicando valores en el cuidado de la persona

Enfermería se trata de una profesión que por ser la más humana y noble de las profesiones, necesita de la incorporación y aplicación de valores por parte de la enfermera para toda la vida.

La Bioética es una disciplina científica y una herramienta para estudiar la vida con un significado incluyente del ser humano y de su entorno. Su objetivo es la reflexión y el análisis profundo y permanente sobre el cuidado de la vida en todas sus manifestaciones y las condiciones que la posibilitan y perpetúan⁴⁷.

Enfermería como profesión centrada en el cuidado de la salud y la vida humana utiliza la Bioética como ente fiscalizador de sus acciones, ya que no solo son necesarios los conocimientos y habilidades que desarrollen la enfermera durante su formación y experiencia laboral, sino también los intereses y valores que regulan su actuación profesional⁴⁸.

Los valores son la representación de nuestras metas conscientes, por lo tanto se convierten para las enfermeras, en guías para la selección de comportamientos, personas y sucesos, es decir que los valores que ellas adopten, influyen en sus creencias y motivaciones, tanto individuales como colectivas, las que a su vez se expresan mediante su conducta en las unidades donde laboran. Se deduce así que existen maneras de ser y de comportarse distintas, ante la vida y la salud, significando que todas y todos no piensan ni actúan igual, esto se evidencia en los siguientes discursos en los que se evidencias variedad de valores priorizados:

- *“Los valores que practico son la integridad, la bondad, el respeto, la responsabilidad, la unión, la solidaridad...” (Flor)*

- “Yo practico la empatía, el asertividad, el respeto y la bondad...” (**Lirio**)

Las enfermeras que laboran en UCI siguen atendiendo a los pacientes críticos ante LET lo mejor posible, confirman que todos sus valores giran en pro de lograr un cuidado de calidad para una muerte digna reflejado en la continuación de los cuidados, revelan que a pesar de que este se encuentra cercano a la muerte no se descuida su dignidad como persona, ni su derecho a la atención, a tener calidad de vida, dure lo que dure esta, se evidencia un respeto intrínseco a la vida.

Por otro lado la responsabilidad es tomada como la ejecución exacta de algún procedimiento la cual se relaciona más con gratitud y cumplimiento exacto de lo que se dice o promete a una persona. Está muy relacionado con el valor de la verdad, pues consisten en defenderla y cumplirla, relacionadas más que todo a los procedimientos y actividades que realizan cotidianamente en el trato directo con el paciente ante LET.

Otro valor muy usado por las enfermeras que laboran en UCI es la empatía estimado como un valor primordial; y se refleja en su cuidado en el contexto de LET al sentirlo con más frecuencia por el familiar. Podría decirse que la enfermera que labora en UCI contempla valores de auto trascendencia, que se inclinan por el bienestar colectivo, lo que es un factor propicio para el trabajo en equipo y el cuidado de calidad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

- El tiempo laboral que tiene la enfermera, no significa que conozca sobre Limitación de Esfuerzo Terapéutico, muchas veces los cuidados que brindan son más empíricos que con base científica.
- Los licenciados de Enfermería se muestran aún temerosos con la práctica de LET, influenciado por sus valores como seres humanos y la religión que practican. Existe una lucha entre lo que se puede y no se debe hacer.
- Los licenciados de Enfermería comienzan a sentir a sus pacientes como un ser importante en sus vidas, hay mucho cariño y estima; pero al tomar decisiones como la Práctica de LET, ellos se sienten confundidos, tristes y con miedo.
- Los enfermeros entienden que es derecho del paciente moribundo un morir tranquilo, esto conjuntamente con la decisión de los familiares.
- La decisión de aplicar el LET es en su totalidad del médico, muchas veces sin preguntar a la enfermera quien solo cumple indicaciones.
- La espiritualidad es un aspecto de gran relevancia en el contexto de LET pues permite afrontar con más entereza la angustia y las situaciones difíciles que enfrenta su ser querido, caracterizado por el significado de la vida y la esperanza.
- La enfermera que labora en UCI está tendiendo a desarrollar el trabajo en equipo tanto como para salvar vidas como también para aquel momento donde el paciente crítico se acerca a la muerte tratando que el grupo humano desarrolle habilidades como: Compenetración, comunicación y compromiso.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

- Las universidades deben incluir dentro del perfil de la enfermera de UCI así como a las futuras egresadas un desarrollo humano, profesional y éticos para el acompañamiento en la muerte en el contexto de LET enseñando el valor de la vida hasta el final sin llegar a la trivialización, puede brindar sus cuidados sin invadir la privacidad del ser cuidado, teniendo como soporte teórico la teoría del final tranquilo de la vida.
- A las instituciones de salud, en la elaboración de guías o protocolos que determinen que función tiene cada profesional de la salud en UCI en relación a LET, y se capacite a los profesionales de la salud con respecto al tema.
- Se sugiere al personal de Enfermería buscar alternativas para solucionar inconvenientes en el cuidado del paciente moribundo; siendo uno de ellos el diálogo colectivo el cual permitirá que el personal emita su punto de vista y a la vez se confronte percepciones equivocadas de la labor.
- A las autoridades peruanas, para que el cuidado en pacientes donde se practica LET, tenga un sustento legal y los profesionales de la salud se encuentren protegidos.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Simón P, Esteban M, Cruz M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos [En línea] México; 2014. [Fecha de acceso: 21 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
2. Sánchez L. Intervención de Enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Bogotá. 2011
3. Ferrer L, Rojas D., Vargas I. Rol de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Ciencia y Enfermería. Chile 2013; XIX (3): 41-50
4. Waldow V, Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev Latino-am Enfermagem [En línea]. Brasil; 2012. [fecha de acceso 07 de noviembre de 2016]. URL Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=1807-0109&tlng=pt&prv=1&pid=1807-0109&tlng=pt&prv=1) el cuidado es la esencia humana del ser.
5. Mata M. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro [En línea]. México; [Fecha de acceso: 07 de noviembre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6588A3C7-6754-400E-8365E071F850A21F/0/RE1200908Cuidadoenfermero.pdf>
6. Luévano F. El arte del Cuidado de Enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson [En línea]. Mexico; 2008. [Fecha de acceso: 07 de Noviembre del 2016]. URL Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf

7. Gómez C. Las mujeres y el cuidado de la salud y de la vida En: Muñoz L, López A, Gómez O editores. Cuidado de la vida. Bogotá: Cátedra Manuel Ancízar.2007. pág. 85, 86,99
8. Peña B. El Ethos del cuidado de la vida. Bogotá.2007
9. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. 5ta edición. Mac Graw Hill Interamericana. Tomo I. España. 2002
10. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixao Pela Terra. Ed. Vozes. Brasil. 1999
11. Tomás A. Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos. 6ta ed. Olalla ediciones. España. 2000.
12. Fundamentos UNS. El cuidado [En línea]. España; 2012. [Fecha de acceso: 24 de noviembre del 2016] URL Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/jean-watson.html>
13. Marriner A. Raile M. Modelos y Teorías de enfermería. 6ta edición. Elsevier Mosby. México. 2012. pp. 91- 105
14. Gallardo K. La comunicación: llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de niños [En línea]. Colombia; 2011. [Fecha de acceso: 24 de noviembre del 2016]. URL Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LaComunicacionLlaveMaestraParaLaAplicacionDeValore-3785182%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-LaComunicacionLlaveMaestraParaLaAplicacionDeValore-3785182%20(2).pdf)
15. Instituto Aragonés de ciencias de la salud. El enfermo crítico [En línea]. España; 2012 [Fecha de acceso: 26 de noviembre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>

16. Bara S, Gardaz V. Acompañamiento de morir en cuidados intensivos. Revista médica [En línea]. Suiza; 2011. [Fecha de acceso: 24 de noviembre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-321/Accompagnement-de-fin-de-vie-aux-soins-intensifs>
17. Rojas I, Vargas I y Ferrer L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico [En línea]. Chile; 2013. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf
18. Fernández R, Baigorria F, Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos ¿ha cambiado en el siglo XXI?. Medicina Intensiva [En línea]. España; 2011. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-cuidados/articulo/13078000/>
19. Canteros J, Lefeubre O, Toro M. Limitación del esfuerzo terapéutico Medicina Intensiva [En línea]. Chile; 2011. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf
20. Simón P, Esteban M, Cruz M. Limitación del esfuerzo terapéutico. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía. España. 2014. pág. 84.
21. Teoría del Final Tranquilo de la Vida. Desarrollo del conocimiento en enfermería [En línea]. Colombia; 2014. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: <http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>

22. Ruland M, Moore M. Teoría del final tranquilo de la vida. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. España: Elsevier; 2011. p. 753-765.
23. Laura Aguirre Cevallos, Final Tranquilo de la Vida. Teorías Intermedias [En línea]. España; 2013. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: http://teoriasintermedias2013.blogspot.pe/2013/05/final-tranquilo-de-la-vida_30.html
24. Hernández R; Fernández – Collado C; Baptista P. Metodología de La Investigación. Mc Graw Hill interamericana. México. 2006
25. Ludke M. El Estudio de Caso: Su potencial en Educación. 2014. Brasil.
26. Landeta J, Villarreal O. El estudio de casos como metodología de investigación Científica en economía de la empresa y dirección estratégica. [En línea]. México; 2012. [Fecha de acceso el 26 de Octubre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.investigacioncualitativa.cl/2008/01/estudios-de-caso.html>
27. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: Una aproximación a la observación participante. Metodología Cualitativa. Index Enferm [En línea]. México; 2000. [Fecha de acceso: 20 de Noviembre del 2016]. URL Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/458899/Tesis-terminada-ahora-si>.
28. El Peruano decreto supremo N° 011-2011-JUS normas legales [En línea]. Perú; 2011. [Fecha de acceso: 20 de Noviembre del 2016]. URL Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>

29. Kawulich B. La observación participante como método de recolección de datos [En línea]. Brasil; 2012. [Fecha de acceso: 01 de diciembre del 2016. URL Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-05/05-2-43-s.htm>
30. Nuñez R. Consideraciones generales en torno al rigor científico de la investigación cualitativa. [En línea]. España; 2016. [Fecha de acceso: 01 de diciembre del 2016. URL Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/rigor-cientifico-la-investigacion-cualitativa/>
31. Díaz, D. Proyecto de fin de grado “conocimientos y actitudes sobre limitación del esfuerzo terapéutico en el equipo interdisciplinario de cuidados intensivos”. 2016. Chile.
32. L. Cabré, Solsona, J. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. 2002. Med Intensiva; 26(6):304-11.
33. Solís J, Gómez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. 2012.
34. Barbero J, Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. 2011. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2007-2/3.pdf>
35. Barbero, J., Romero, C., Gijón, P., Júdez, J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Disponible en: [Http://www.doyma.es](http://www.doyma.es) 15-9-2005.
36. Randall J, Vincent JL. Ética y cuidados al final de la vida para adultos en la unidad de cuidados intensivos. Lanceta. 2013; 375: 1347-53. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf

37. Monteverde, S. La importancia del tiempo en la toma de decisiones éticas. *Ética de la Enfermería* 2013; 16(5): 613-624. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf
38. Romo, O. El acto eutanásico y limitación del esfuerzo terapéutico. [En línea]. [Fecha de acceso el 30 de Abril del 2018]. URL Disponible en: <Http://www.aeds.org/CONGRESO12>.
39. Cotrina, E. Cuidado de enfermería. [En línea]. [Fecha de acceso el 30 de Abril del 2018]. URL Disponible en: <https://es.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>
40. Azulay, A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*. España 0212-7199 (2013) 18:12, pp. 650-654.
41. Bátiz, J. “Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida: de lo teórico a lo práctico en cuidados paliativos”. En: *Limitación del Esfuerzo Terapéutico*. De la Torre, J. (ed.) Dilemas éticos de la medicina actual, 20. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2006: 111-124.
42. Falcó, A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. [En línea]. España; 2009. [Fecha de acceso el 30 de Abril del 2018]. URL Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-frente-limitacion-del-13141481>
43. Stoll. The essence of spirituality. [En línea]. [Fecha de acceso el 30 de Abril del 2018]. URL Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/18/1_Abordaje_de_necesidad.pdf.

44. Winterkorn L., Oliveira M. La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de Enfermería en Terapia intensiva. [En línea]. [Fecha de acceso el 30 de Abril del 2018].URL Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_07.pdf
45. Gómez A. Acosta H. Acerca del trabajo en grupos o equipos. ACIMED. [En línea]. [Fecha de acceso el 02 de Mayo del 2018].URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352003000600011&lng=es
46. Muñoz L, López A, Gómez O, Urrea F. El cuidado de la vida y la salud. Cuidado de la vida. Bogotá: Cátedra Manuel Ancízar.2007.
47. Portieles M. Pérez M. García M. Quintana Z. Fernández M. Sánchez R. Los Valores En La Profesión De Enfermería. [En línea]. Cuba. [Fecha de acceso el 02 de Mayo del 2018]. URL Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/valoresenfermeria.htm>.

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Nº:.....

Fecha:.....

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LA ENFERMERA DE UCI ADULTO DE UN HOSPITAL DE MINSA

Objetivo: Describir la experiencia que ha tenido usted como enfermera en el cuidado con pacientes con LET

I.Datos Generales

Seudónimo:

Edad:

Tiempo de servicio:

Religión:

II.Datos específicos:

Pregunta Norteadora:

¿Cuál es su punto de vista en cuanto a la práctica de LET?

¿Describa Ud. cómo es el cuidado que brinda al paciente adulto en el periodo de LET en UCI durante un turno?

¿Cómo es el cuidado que brinda a la familia del paciente adulto con LET?

Preguntas complementarias:

¿Qué anécdotas ha tenido Ud. en su cuidado con pacientes con LET, durante su vida laboral?

¿Qué rituales o creencias practican en el servicio con pacientes con LET?

¿Cuáles son los valores más importantes para Ud., en el momento de brindar su cuidado a pacientes con LET, por qué?

¿Qué hace Ud. para mejorar su cuidado al paciente adulto

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente Yo,, acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: **“CUIDADO ENFERMERO A PACIENTES ADULTOS CON LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE MINSA. Chiclayo 2017”**, cuyo objetivo es caracterizar y analizar el cuidado enfermero a pacientes adultos con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI de un Hospital de MINSA, estando de acuerdo con la utilización de los datos de la entrevista para los fines de la investigación.

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

Mi participación será veraz, espontánea y que concordamos con la utilización de datos de nuestra entrevista para fines de la investigación.

Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por los investigadores y autorizo que sean grabados

Que los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.

Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.

Autorizo que puedan acceder a los registros de Anotación de Enfermería

Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Confianto plenamente, que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y los investigadores

Lic. Mariana Hurtado Rojas
Cel. 974732936

Lic. Lidia Valderrama Saña
Cel. 977993315

Firma del entrevistado DNI