

**FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y**

**NATURALES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**

**TESINA PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO**

**ACADEMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**TITULO**

**“ENFERMERIA EN EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y SU ACCION**

**ANTE EL L.E.T (LIMITE DEL ESFUERZO TERAPEUTICO) EN UN**

**SECTOR DE INTERNACION DE LA CLINICA MODELO “**

**AUTOR: MICHELENA, CARMEN NOEMI**

**SANTA ROSA (La Pampa)**

**ARGENTINA**

**2016**

## **PREFACIO**

Esta tesina es presentada como parte de los requisitos para obtener el grado académico de Licenciado en Enfermería, de la Universidad Nacional de La Pampa y no ha sido presentada previamente para obtención de otro título en esta Universidad ni en otras instituciones académicas. Se llevó a cabo en el sector de internación de la Clínica Modelo durante el período de marzo, abril y mayo

Bajo la dirección de la Licenciada en Enfermería Susana Pedernera y la co-dirección de la Licenciada Claudia Chávez.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a mis padres por haberme dado la posibilidad de vivir. A la vida por haberme bendecido con una familia maravillosa

A una persona con alta calidad humana y profesional que ha sabido desinteresadamente ser mi apoyo y guía en este duro proceso, a la Licenciada Susana Pedernera.

A la Universidad Nacional de La Pampa por haberme acogido y darme la oportunidad de crecer como persona y profesionalmente a través de esta licenciatura

A todos quienes con su aporte intelectual, material o de gestión me han apoyado para la culminación de la investigación.

## **RESUMEN**

Este trabajo pretende analizar la relación enfermero / familiar / paciente, en la decisión de L.E.T (límite del esfuerzo terapéutico), ante patologías y estados irreversibles y donde cualquier esfuerzo “extra” no genere ningún tipo de mejoría en el paciente en el sector de internación de la Clínica Modelo de la ciudad de Santa Rosa, La Pampa.

Mediante una encuesta se identificara grado de conocimiento y compromiso de familiares y enfermeros, y el déficit de herramientas de contención ante tales situaciones pudiendo evitar así el sufrimiento continuo en el enfermo terminal, informando a familiares sobre el proceso y los efectos que conllevan a la fase final de un ser querido y así brindarles acompañamiento y disposición de acuerdo a las capacidades de enfermería en su ámbito laboral.

## INDICE

	Página
Introducción	7
Desarrollo	8
Concepto de LET	9
Cuidados paliativo	10
VARIABLES Y DEFINICIONES DE LET	10
Justificación del trabajo	11
Identificación, definición y planteamiento del problema	12
Que se entiende por soporte vital	13
Medidas terapéuticas ordinarias o de uso habitual	13
Métodos extraordinarios de tratamiento	15
Formas de limitación del esfuerzo terapéutico	15
Causas de limitación de derivación a terapia intensiva	16
Criterios para limitar tratamientos	16
Niveles de limitación	17
Sedación en la limitación de tratamientos de soporte vital	18
Tratamiento del dolor y sufrimiento	19
Participación de pacientes críticos en la toma de decisiones	20
Bioética	24
La ética en el ejercicio de la atención de salud	24
Decisión ética en la limitación del esfuerzo terapéutico	26
La bioética ante la muerte	28
Marco normativo de LET constitución y leyes nacionales	29
El duelo	33
Participación de enfermería en la atención al paciente muriente	33
Materiales y métodos	35
Palabras claves	37
Resultados	40
Conclusión	48
Bibliografía	52
Anexo	55



*Vivir con dignidad  
es un derecho,  
morir con dignidad  
tambien.*

*edian*

## **1-INTRODUCCION**

El Objetivo principal de esta investigación es analizar la relación enfermero – familiar – paciente durante el proceso de transición de la muerte de un ser querido en el sector de internación de la Clínica Modelo y reconocer acciones de enfermería ante el (L.E.T), de tal manera así proponer mejoras que sean necesarias para disminuir el sufrimiento, acortar el duelo de los pacientes y sus familias y orientar al personal sanitario en la toma de las mejores y más humanas decisiones.

La metodología de trabajo consistió en un análisis bibliográfico que permitió plantear un marco teórico centrado en el concepto de LET y sus implicaciones, un amplio marco bioético y legal. También fue relevante incluir en el marco teórico, algunas consideraciones sobre la relación clínica y de cómo ella se ve afectada y debe adecuarse en situaciones de agonía y muerte del paciente. Por cierto, en cada uno de los aspectos mencionados del marco referencial, se dio realce a las opiniones más iluminadoras de la bioética y sus recomendaciones frente a tan dramáticos momentos del hacer sanitario.

El estudio, es de tipo cuali-cuantitativo

Se expone un estudio descriptivo de la realidad presentada por estos profesionales, en relación al entorno, tanto afectivo como ético, de las decisiones frente a los últimos momentos de vida y la muerte de los usuarios.

## **2- DESARROLLO**

### **2 - A) CONCEPTO DE LET (LIMITE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO)**

La bioética como ética dialéctica busca constantemente el bienestar del ser humano como especie en equilibrio con el mundo que nos rodea. En su análisis, integrador y holístico de toda experiencia humana, el proceso que envuelve la muerte ha sido uno de sus principales ejes de estudio y discusión. Al iniciar esta investigación que pretende describir el contexto en que ocurre el dilema de la toma de decisiones de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y por ende de la muerte en un sector de la clínica modelo, lo primero que nos debemos preguntar es ¿qué es la muerte? , ¿Cuándo a un paciente se le debe aplicar LET? Probablemente no sea fácil encontrar la respuesta, pues los eventos asociados con la muerte desde siempre implican el más grande misterio de la humanidad.

El LET es según Calla han: “Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender por tanto un tratamiento, es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz no iniciando medidas de soporte”<sup>(1)</sup>

La limitación terapéutica: es el establecimiento organizado, sistemático y deliberado, de negación del acceso a una asistencia que no considere el bien fundamental del paciente; en concordancia con la expresión Aristotélica aplicada a la actividad política: “Hacer lo posible; de lo posible, lo conveniente y aún lo conveniente, con mesura.”

En el contexto hospitalario, pareciera agudizarse esta realidad y es por ello, que surgió la necesidad de esta tesis. Para la Bioética, el diálogo es fundamental, es su razón de ser, pero si el sujeto del diálogo agoniza, entonces el profesional de salud es quien está al otro lado de la cama y sus familiares junto con sus amigos cercanos, quienes deberían en conciencia preguntarse ¿Qué querrá él?, ¿Qué necesitará?, ¿Cómo querrá morir? ¿Cómo lo podemos ayudar? Estas cuatro preguntas que son muy fáciles en apariencia, son terriblemente difíciles porque tanto el equipo de salud como la familia de un paciente agónico, comparten una característica que de a ratos se olvida por el dolor: la humanidad y con ella la vulnerabilidad, el miedo, la compasión y sin duda el mismo temor a lo desconocido. Todas las experiencias previas, personales y profesionales tanto sociales, culturales y religiosas determinan en cada persona un modo de actuar. La inminente muerte, paraliza a cualquier persona porque efectivamente ante ella nada se puede hacer, pero a su alrededor, antes y



después de que ocurra, hay mucho por hacer. Como profesionales sanitarios, se debe aprender a reconocer el momento en que el rol se transforma desde buscar el curar a buscar el cuidar. Se puede adecuar el entorno del moribundo y modificar aquellas variables que aligerarían su sufrimiento. Como seres humanos, se puede incluir y dejar traslucir, la perplejidad y acompañar en el sufrimiento a quienes ven partir a su ser querido.

El término Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es un término acuñado en nuestro entorno, no exento de polémica. Así, algunos estiman que limitación es una expresión que podría considerarse peyorativa y creen que sería más adecuado hablar de “ajuste” u otros términos de los cuales no cabe inferir consideraciones “negativas” sobre la atención al paciente. Porque no se trata solo de “dejar de hacer” sino de una actitud proactiva que incluye añadir o modificar medidas de acuerdo a los objetivos terapéuticos del momento. De lo que se trataría es de tener siempre presente los fines de las actuaciones terapéuticas. Siempre es mejor plantear los objetivos de manera positiva. Probablemente haya que cambiar el término pero es bien cierto que su uso es masivo en el entorno. En el ámbito anglosajón, y en Estados Unidos de forma especial, país en donde surgió la bioética, cabe referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento médico (withhold o withdrawn). Así se explica que la LET, como tal, no exista en la Enciclopedia de Bioética y esta nos remita a términos tales como: no inicio o retirada de un tratamiento, al proceso de muerte y a otros como eutanasia y soporte vital. Existen múltiples definiciones de LET. Suelen coincidir en referirse a no iniciar o retirar un determinado tratamiento, en donde no se generan beneficios al paciente y tanto en situaciones en donde éste puede o no puede decidir por sí mismo. <sup>(2)</sup>

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta capacidad, que en principio es deseable, tiene también sus inconvenientes. Pues bien, se entiende por la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. Es verdad que esta limitación del esfuerzo terapéutico y las decisiones clínicas sobre el mantenimiento de las de soporte vital suelen ser la vía terminal común en la que concluyen los debates en torno al final de la vida. La justificación de la aparición del término ya sea LET o no inicio o retirada de un tratamiento.

Hoy en día la LET está plenamente acreditada siendo muy frecuente en el ámbito de cuidados críticos, existiendo posicionamientos de diferentes sociedades científicas que la avalan hasta considerarla un estándar de calidad. Esto último es esencial pues facilita la diferenciación de la LET con otros términos (eutanasia y suicidio asistido, rechazo del tratamiento, suspensión de atención médica por fallecimiento). Todavía, sin embargo, hay una confusión terminológica importante

### Cuidados paliativos.

“Son programas activos, destinados a mantener y mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden, por más tiempo, al tratamiento curativo. Muchas veces en las unidades de cuidados intensivos se realizan; se asiste al paciente en cuidados normales (alimentación e hidratación, incluso artificial), aspecto médico (suministro de medicinas que no pueden ya curar la enfermedad, pero controlan los síntomas) y en el aspecto humanitario (cercanía y disponibilidad acompañadas de ayuda psicológica y espiritual)

Eutanasia: Acción u omisión que, por su naturaleza o en su intención, procura la muerte con el fin de eliminar el dolor. Es la práctica que procura la muerte y abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente a petición del mismo, de sus familiares o por iniciativa de una tercera persona

Distanasia: Prolongamiento artificial de la agonía al que en ocasiones se llega por el recurso abusivo a tecnología médica avanzada

## 2-B) VARIABLES Y DEFINICIONES DE LET

Orientaciones pertinentes sustentadas en un marco jurídico, normas institucionales y lineamientos del servicio con fundamentación bioética para la toma de decisiones humanizadas de LET en pacientes críticos del sector de internación de la clínica Modelo

### Criterios de Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Definición Operacional:

Por un lado dada la complejidad de la atención al paciente crítico sumada al avance científico y tecnológico del momento y por otro sin descuidar la humanización de la atención, en la actualidad se aplican varios criterios de LET entre ellos:

- inutilidad de tratamientos, deseo de voluntades del paciente, calidad de vida, costo y disminución del dolor y sufrimiento, lo que conlleva una gran carga ética y humana al momento de tomar una decisión sin descuidar la participación de la familia.

Propuesta y aplicación de lineamientos con sólida base bioética. Definición operacional:

La tendencia actual de la atención al paciente tiene una gran carga de humanización que toma en cuenta el respeto a los principios de la Bioética y en el caso del paciente crítico a la posibilidad de competencia que éste tenga o no para la toma de decisiones.

Actitudes éticas y humanizadas frente a la limitación del esfuerzo terapéutico con participación de la familia en la toma de decisiones y en la dignificación de la muerte.

La LET bien analizada y aplicada éticamente es la proporcionalidad del tratamiento en relación a la futilidad, toma en cuenta los criterios anticipados del paciente o la participación de la familia para propiciar una muerte digna.

### 2-C) JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

La presencia y demanda cada vez mayor de pacientes con enfermedades terminales que se internan para cuidados paliativos en la clínica Modelo más la avanzada tecnología y tratamientos de soporte avanzado se convierten en situaciones actualmente complejas que involucran grandes dilemas éticos en donde la participación de los profesionales de la salud son determinantes pero no así en la mayoría de los casos la participación en la toma de decisiones por parte del paciente o de su familia.

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud se convierten inevitablemente en pieza clave del entorno del moribundo y su familia, por tal razón es parte del proceso del duelo y como tal su rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades de la persona íntegramente. Aceptar el protagonismo del enfermo, su posibilidad de escoger entre varias opciones y reconocer que cada persona recorre el camino hacia la muerte con etapas diferentes, pueden responder a intervenciones adecuadas de apoyo de tipo físico, psicosocial y no solo medicación y tratamientos invasivos Por otro lado la tendencia actual dentro del rescate de la humanización, conduce a los profesionales de la salud a propender una muerte digna de los pacientes de Cuidados paliativos, por lo que al hacer referencia a morir con dignidad, se pretende resaltar la necesidad urgente del enfermo agónico de alzar

su voz y gritar, que mientras está vivo es un ser humano en pleno ejercicio de su dignidad, que se mantendrá inalienablemente unida a él, así esté consciente o dormido, hasta el momento en que fallezca. (3)

Como enfermera he tenido la oportunidad de trabajar en la atención a pacientes terminales compartiendo el dolor y sufrimiento de ellos y sus familias como también la dificultad para la toma de decisiones adecuadas y humanas por parte del personal profesional y ha sido este el estímulo para la realización del presente trabajo.

## 2-E) IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el campo de los cuidados de fase terminal se han desarrollado sofisticadas técnicas de diagnóstico y tratamiento que han permitido revertir numerosas patologías, aumentando la sobrevida y mejorando la calidad de vida. Sin embargo, el desarrollo de las medidas de soporte vital ha dado paso a problemas que hoy se debe afrontar como el de mantener pacientes gravemente enfermos vivos, casi por tiempo indefinido, sin poderse establecer con certeza el pronóstico. Ante esta situación, suele ocurrir, que se utilizan tratamientos de soporte vital en pacientes que no tienen posibilidades de recuperación y en quienes, la aplicación de tales técnicas termina siendo un acto de maleficencia, al favorecer la distanasia, prolongando inútilmente el proceso de morir o aún peor, permitiéndoles sobrevivir con daños severos e irreversibles que comprometen su calidad de vida.

¿La decisión de LET es sólo de carácter técnico, es decir, compete únicamente al profesional de salud o deben intervenir también el paciente, o en su defecto, su representante? La LET como decisión médica en cuidados paliativos está basada en la expectativa de una muerte inminente sin abandonar el concepto de calidad vida. Una vez tomada la decisión de LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que reciba las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación asegurando la ausencia de dolor físico y psíquico.

Con estos antecedentes se planteó el siguiente problema de investigación: la participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico, en el cual enfermería no cuenta con una formación en su ámbito y sector de trabajo, para brindarle información y acompañamiento al grupo

familiar durante transcurso de la fase terminal de un paciente donde se debe tomar decisiones.

## 2-F) QUÉ SE ENTIENDE POR SOPORTE VITAL TOTAL

Existen varias definiciones, y se entiende a toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal. Incluye: ventilación mecánica, técnicas de circulación asistida, diálisis, marcapasos, oxigenación extracorpórea, tratamiento farmacológico con fármacos vaso activos, antibióticos, diuréticos, isostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación.

La categorización del soporte vital se realiza en cuatro niveles de actuación:

- Fisiológica.
- Pérdida de función para obtener un beneficio general.
- Consecuencias adversas inadmisibles para obtener beneficio.
- Futilidad terapéutica que el paciente reclama Lo razonable es iniciar soporte cuando la situación suponga duda, reconsiderar en forma y momento oportunos medidas y pronóstico, y saber siempre que nuestra actuación se dirige al beneficio de un ser autónomo y con capacidad de decisión, que jamás admitirá prolongar el acto de morir. La decisión en paciente privado de autonomía tendrá carácter subrogado.

### Medidas terapéuticas ordinarias o de uso habitual

Para la práctica médica cotidiana es útil distinguir los tratamientos ordinarios de los métodos extraordinarios de tratamiento. Los tratamientos ordinarios incluyen aquellos cuidados de carácter imprescindible, así como medicamentos y procedimientos de uso habitual por cualquier médico. Los cuidados de carácter imprescindible (mínimos) se refieren a los cuidados básicos de enfermería, a la alimentación y la hidratación. Los cuidados de enfermería comprenden acciones como el aseo corporal y bucal, cambio de sábanas y camisas, corte de uñas, abrigo, prevención de úlceras por decúbito, control de pulso y presión arterial y la administración horaria de medicamentos, como así también el conocimiento teórico del porqué de cada una de estas acciones.

Este tipo de cuidados son irrenunciables frente a cualquier paciente, toda vez que contribuyen a su confort y evitan complicaciones indeseables. Habitualmente, algunos de los cuidados de enfermería mencionados los realiza el propio enfermo si está en condición física y mental de hacerlo; en caso contrario, es obligatorio para el médico, los familiares y el equipo de salud, proporcionárselos en su totalidad. Igualmente impredecibles es la alimentación e hidratación dado que, de no ser utilizadas, conducirían directamente a la muerte de la persona, sana o enferma. No obstante, en el enfermo terminal con compromiso de conciencia y cuya muerte se espera ocurra en un tiempo breve, no parece obligatorio ni médicamente adecuado administrarle siempre alimentación e hidratación por vía enteral o parenteral. Esta no es una decisión fácil y requiere de mucha experiencia, buen criterio médico, prudencia y la comprensión de la familia y del personal que participa en la atención del usuario sometido a LET.

Respecto a tratamientos medicamentosos y procedimientos de uso habitual, entre los primeros se incluyen medicamentos como: analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, ansiolíticos, antibióticos; y, entre los segundos, procedimientos tales como: enema evacuante, sonda nasogástrica, sonda vesical, oxigenoterapia. Se caracterizan, en general, por ser recursos terapéuticos habitualmente disponibles, de bajo costo relativo, de bajo riesgo y simples de administrar. En este rubro cabe hacer una especial mención al empleo de analgésicos, ya que no es aceptable que un paciente deba sufrir dolores insoportables existiendo medios para eliminarlos o mitigarlos.

Sin embargo, particularmente en pacientes graves, es necesario cuidarse de no privar prematuramente a un enfermo de su lucidez de conciencia con el uso de analgésicos, particularmente opiáceos y sedantes mayores, de modo que ello le impida poner, en el orden que él crea apropiado, asuntos personales importantes o trascendentes. Si del uso racional y técnicamente apropiado de analgésicos, indicados con la finalidad de aliviar el dolor y no con el propósito velado o declarado de acelerar la muerte del paciente, se sigue secundariamente el acortamiento de su vida, ello es lícito bajo el llamado principio del doble efecto o del voluntario indirecto. De acuerdo a este principio, una acción u omisión médica puede tener un doble efecto: uno positivo o bueno, que es el directamente querido, y otro negativo o malo, que sólo es tolerado al ser inevitable, pero no directamente deseado. En este caso, la acción médica de doble efecto será éticamente permitida en la medida que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la acción buscada sea buena en sí misma o, al menos, moralmente indiferente.

- b) Que quien actúa busque directamente el efecto bueno, siendo el eventual mal resultante secundario o colateral a la acción principal y no buscado ni deseado.
- c) Que el efecto bueno buscado tenga tal importancia para la persona que lo recibe que resulta razonable o prudente la aceptación indirecta del mal secundario no evitable. En consecuencia, no es éticamente aceptable buscar una situación beneficiosa a través de una acción mala buscada inicialmente y por sí misma, aun con la intención de obtener finalmente un bien

### Métodos extraordinarios de tratamiento

En las últimas décadas, el continuo avance del conocimiento y la aparición rápida y frecuente de nuevas tecnologías han puesto a disposición del médico y de la humanidad métodos terapéuticos que se utilizan, particularmente, cuando está en juego la vida del paciente y cuya omisión puede significar su muerte. Se acostumbra a rotularlos como métodos extraordinarios de tratamiento, en contraste con los métodos ordinarios o de uso común por todo médico.

Estos métodos extraordinarios incluyen en general, técnicas o instrumentos complejos, escasos, invasivos, de alto costo y cuyo uso expedito y sostenido requiere un entrenamiento especializado del equipo médico. Es el caso, por ejemplo, del ventilador mecánico, de los aparatos de hemodiálisis, del trasplante de órganos, etc. Cuando están indicados, porque se juzga razonablemente que su uso redundará en un claro beneficio vital para el paciente, se los considera procedimientos terapéuticos éticamente proporcionados y técnicamente útiles. En caso contrario, si se estima que de su aplicación no resultará ningún beneficio significativo para el enfermo o incluso se piensa que sólo puede prolongar innecesariamente un esfuerzo terapéutico o un sufrimiento para el paciente, se convierten en procedimientos terapéuticos desproporcionados y fútiles. El médico está siempre técnica y éticamente obligado a usar los métodos ordinarios de tratamiento; en cambio, no tiene siempre la obligación técnica y ética de emplear métodos extraordinarios. Sólo está justificado su uso cuando sean necesarios para salvar la vida de un paciente o se espera con fundamento un beneficio claro para el enfermo.

### Formas de limitación del esfuerzo terapéutico

Las formas son: limitación del ingreso a los servicios de terapia intensiva, limitación de inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas

## 2-G) CAUSAS DE LIMITACIÓN DE DERIVACION A TERAPIA INTENSIVA:

### Ingreso no necesario

.- Pacientes de escasa complejidad cuyo manejo en sala o en área de emergencia o en recuperación postoperatoria es factible. Ingreso no justificado.- Pobre calidad de vida previa: paciente, que no caminan, incontinentes, etc. Con afecciones subyacentes en etapa final que sufren una brusca agravación: neoplasias con metástasis ya tratadas que agregan cuadros infecciosos por su propia inmunodepresión. Aquellos que previamente presentaban un pobre pronóstico a corto plazo.

Pacientes en que la probabilidad de muerte durante su estancia en cuidados intensivos es a priori mayor de 95 %. La posibilidad de que excepcionalmente algún paciente de esta categoría sobreviva, no invalida el criterio ya que la futilidad es siempre un asunto de probabilidades. Escasa disponibilidad de camas

### Criterios para limitar tratamientos

Inutilidad del tratamiento: Es el principio más importante, ya que un tratamiento inútil no tiene o pierde la propiedad que justifica su administración. Es útil la categorización de tratamientos inútiles sugeridas por Bernard. <sup>(9)</sup>

### Voluntad del paciente competente o del representante

Voluntad antecedente: referente a la existencia de documentos en los que la persona expresa su voluntad antecedente de aceptar o rechazar determinadas terapias, especificando las circunstancias en las que estas preferencias se aplicarían. Éticamente estas directivas deben ser respetadas; surge el problema cuando no es fácil saber exactamente si la condición actual del paciente corresponde a la que él previó.

Voluntad actual: corresponde al paciente competente, informado, que expresa su actual voluntad de renunciar a determinadas intervenciones. Sin embargo, cuando el paciente rechaza terapias evidentemente efectivas, o cuando su opción no es coherente con sus propios valores, debe evaluarse la competencia del paciente.

Voluntad de representante o subrogada: referida en caso de pacientes incompetentes, a las decisiones optadas junto al representante del paciente, quien asume la responsabilidad de decidir por el enfermo; debiendo la decisión basarse en los siguientes objetivos:



- a) preservar la salud y la vida,
- b) no privar o disminuir la libertad de elección,
- c) evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento.

Calidad de vida. La voluntad referida en el punto anterior es válida en relación al juicio de calidad de vida, y al hecho de saber si este es un criterio válido para limitar terapias. Debido a la subjetividad y variabilidad del juicio sobre la calidad de vida, el paciente es el único que puede rechazar una terapia o cualquier otra intervención médica por este motivo.

Costo-beneficio. Se debe entender tanto los costos económicos, como los personales que implica implementar una medida terapéutica. Éticamente, el médico no debería limitar tratamientos por consideraciones de costo; ésta recae en el paciente y la familia, o en las instituciones que financian la salud, ya sean privadas o estatales. Sin embargo, al no existir políticas del estado para restringir o limitar tratamientos en determinados enfermos, el médico debe velar por una justa distribución de los recursos juzgando en cada caso, lo que es beneficioso o riesgoso para cada caso individual. La proporcionalidad de las medidas terapéuticas.

Incluye criterios objetivos: determinar la eficacia científico-técnica de la medida considerando los beneficios y los riesgos, los gastos necesarios y el sufrimiento físico, moral y psicológico del paciente.

Niveles de limitación: Orden de no Resucitación (ONR).- Constancia explícita, en la hoja de indicaciones, de no efectuar maniobras de resucitación en caso de paro cardiorrespiratorio a los siguientes pacientes:

1. Pacientes terminales irreversiblemente incompetentes.
2. Pacientes terminales competentes con condiciones de vida penosas. Pacientes en estado vegetativo persistente sin posibilidad de recuperar la conciencia.
3. Pacientes con muerte cerebral.
4. Pacientes con patología aguda que se torna crónica sin posibilidades de resolución quirúrgica o terapéutica. Los criterios éticos válidos que justifican la orden de no resucitación deben analizarse en el contexto general de los principios éticos que justifican la limitación o suspensión de tratamiento y que se han desarrollado en relación al juicio de proporcionalidad. La ONR debe ser puesta en el contexto positivo de los cuidados médicos. Las ONR son mejor

percibidas cuando se presentan como medidas para evitar esfuerzos innecesarios o inútiles. El médico debe estar abierto para explorar los temores no expresados por el paciente.

El equipo de salud debe focalizar su atención en los aspectos emocionales y no verbales del cuidado médico. Cuando la terapia es ineficiente, la relación médico-paciente se convierte en el medio terapéutico más importante.

Costo-beneficio. Se debe entender tanto los costos económicos, como los personales que implica implementar una medida terapéutica. Éticamente, el médico no debería limitar tratamientos por consideraciones de costo; ésta recae en el paciente y la familia, o en las instituciones que financian la salud, ya sean privadas o estatales. Sin embargo, al no existir políticas del estado para restringir o limitar tratamientos en determinados enfermos, el médico debe velar por una justa distribución de los recursos juzgando en cada caso, lo que es beneficioso o riesgoso para cada caso individual. La proporcionalidad de las medidas terapéuticas incluye criterios objetivos: determinar la eficacia científico-técnica de la medida considerando los beneficios y los riesgos, los gastos necesarios y el sufrimiento físico, moral y psicológico del paciente.

#### Sedación en la limitación de tratamientos de soporte vital

El objetivo de la sedación en el contexto de la LTSV es el alivio del sufrimiento del paciente y no pretende acelerar la muerte. Aplicar los cuidados y tratamientos adecuados para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad o la disnea, aunque con ellos se pueda adelantar el fallecimiento del enfermo en fase terminal, se ajusta a las recomendaciones éticas y al marco legislativo actual, y por lo tanto, es considerado como buena práctica clínica.

Sedación paliativa: Es la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia en un paciente con enfermedad avanzada o terminal, con el fin de aliviar uno o más síntomas refractarios, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. La sedación paliativa no tiene por qué ser irreversible y puede ser necesaria en diversas situaciones clínicas

Sedación terminal o sedación en la agonía: consiste en la administración de fármacos para lograr el alivio de un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la

consciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Requiere el consentimiento explícito, <sup>(4)</sup> implícito o delegado del mismo. En la mayoría de los pacientes críticos, debido a su incapacidad, este consentimiento se obtendrá del familiar o representante

La sedación terminal persigue mitigar el sufrimiento por «el principio del doble efecto», el efecto no deseado de la privación de consciencia hasta que ocurre la muerte. El fallecimiento será una consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y/o sus complicaciones, no de la sedación. <sup>(5)</sup> El empleo de escalas como la de Sedación Agitación, la Escala Visual Analógica para la evaluación del dolor en pacientes conscientes, la escala de Campbell en pacientes inconscientes, o la monitorización del índice espectral, son de utilidad a la hora de pautar la analgesia y sedación por objetivos y son fácilmente modificables por el personal de enfermería. Si el alivio del dolor es difícil, lo es también en el entorno de las UCI por los problemas de comunicación, la gravedad de la enfermedad, un nivel de consciencia disminuido.

La evaluación del sufrimiento, concepto más amplio que el de dolor, implica el conocimiento de los valores del paciente. En este aspecto el diálogo con la familia es fundamental para mejorar las habilidades del equipo de salud en la valoración del posible sufrimiento del paciente.

### Tratamiento del dolor y sufrimiento

En primer lugar debe evitarse todo aquello que aumente la incomodidad o malestar del paciente. El mismo proceso de morir puede acompañarse de alteraciones fisiológicas como la hipercapnia, la disminución de la perfusión cerebral, la uremia, etc., las cuales disminuyen el nivel de consciencia, la agitación y con ello el sufrimiento. La retirada progresiva del soporte de las funciones respiratoria, hemodinámica, etc. favorece, por lo tanto este objetivo.

Medidas farmacológicas Opioides. Producen analgesia, sedación, depresión respiratoria, euforia, náuseas, estreñimiento. Los fármacos de elección son la morfina, el fentanilo y el remifentanilo.

Benzodicepinas. Reducen la ansiedad y producen amnesia, importante a la hora de prevenir el recuerdo o la anticipación del sufrimiento. Efecto sinérgico con los opioides. El fármaco de elección es el midazolam.

Neurolepticos. Útiles en caso de delirium (estado confusional que puede ser difícil de distinguir de la ansiedad y que puede empeorar con opiáceos o benzodicepinas). El fármaco de elección es el haloperidol.

Anestésico-sedante. Propofol. Las dosis deben individualizarse en función de la situación del paciente (edad, exposición). Tanto el propofol como el remifentanilo tendrían su lugar dentro de la sedación paliativa, cuando se encuentre dentro de los objetivos mantener una sedación reversible que permita al paciente recuperar un nivel de consciencia adecuado en determinados momentos. Los objetivos marcados y los medios para conseguirlos deben estar claramente registrados en la historia clínica, con el fin de orientar a todos los profesionales que participan en el cuidado del paciente y evitar malas interpretaciones y problemas de índole legal. “La utilización de manera anticipada de fármacos sedantes puede estar justificada en determinadas situaciones, como puede ser la retirada de la ventilación mecánica, durante la cual pudiera ocurrir un aumento brusco de la disnea del paciente. En estos casos podría administrarse en poco tiempo una dosis 2 o 3 veces superior a la dosis que el paciente estaba recibiendo de forma horaria”.

## 2-H) PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES ASISTENCIALES

El mayor cambio que se ha producido en el patrón de las relaciones entre médico y paciente radica en un factor positivo y otro negativo. La calificación de positivo y negativo no tiene nada que ver con el valor moral intrínseco del cambio, sino más bien con un concepto casi contable. Podríamos decir debe y haber. El factor positivo es la asunción por parte del paciente de unos determinados derechos que hasta ahora no se le habían reconocido. Este ahora es laxo. Depende de países, patrones culturales, situación clínica, etc. Pero son dependencias secundarias. El paciente tiene derecho a... Eso es incontrovertible. Y los derechos básicos no pueden ser derogados, como máximo los derechos cívicos pueden ser suspendidos (es el caso de delincuentes en prisión), y nunca de forma absoluta. Pero se insiste en que los derechos básicos, no pueden ser ignorados. El individuo hará con ese derecho lo que quiera. Lo puede ejercer o no. Puede delegarlo. Pero ese es su privilegio, el de él. No hace falta recordar ahora que el derecho a la vida y como

consecuencia a la salud y su conservación, es uno de esos derechos básicos. Ese factor negativo se traduce en la desaparición de aquello de “yo sé lo que es mejor para el paciente...

“Porque es posible que el sanitario, el médico, sepa lo que es mejor, pero el paciente tiene derecho a aceptarlo o no, cuando dispone de los suficientes elementos de análisis, la capacidad para realizar este análisis y la posibilidad de actuar consecuentemente. A esto, en terminología más anglosajona que española, se le llama competencia”.<sup>(6)</sup> En este simple planteamiento se basan cosas como el reconocimiento a decidir sobre la propia vida (eutanasia), el reconocimiento a la corresponsabilidad de la decisión (consentimiento informado con sus eximentes ya conocidos) y el reconocimiento a negarse al encarnizamiento o a gozar de la más razonable de las formas posibles de tratamiento (LET). Pero es importante centrarse ahora en dos hechos que no pueden olvidarse, fundamentalmente si se está frente a un paciente en situación crítica

#### ¿Quién toma la decisión?

Familiares (en anglosajón, “relativos”) los que mejor conocen las preferencias y deseos del paciente, y los que mejor pueden juzgar cuál sería su postura, y no se les debe hurtar la posibilidad de participar en esas complejas decisiones asistenciales, lo que exige una información delicada, exhaustiva, comprensible y adecuada. Con tiempo y sensibilidad. Se está en una fase en que muchas de estas cuestiones pugnan por hacerse menos conflictivas, pero que nunca perderán su carácter de difíciles, comprometidas y angustiantes. Lo mejor que pueden hacer los médicos es recordar dos verdades no cuestionables. El paciente tiene derecho a decidir y sus allegados son los mejores representantes de su voluntad (cuando no exista duda sobre la honestidad de su representación). Otra cosa que no puede ni debe olvidarse es que el paciente puede optar por no ejercer su derecho. Y que la competencia de los pacientes críticos puede estar marcadamente mermada, pero esto es un hecho, no una excusa. Y en base a ello, las decisiones difíciles, por absoluto consenso de todo el equipo asistencial, con transparencia absoluta y recordando que además de “justicia”, “autonomía” y “beneficencia”, hay un principio ético (el más clásicamente reconocido) que es el de “No dañar”. Y acaso no se corre el peligro de dañar por exceso y por defecto. Ojala se sepa evitarlo.

Los familiares de los pacientes críticos se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente

acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas de soporte vital. Se sabe que distintos trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, dificultan la capacidad de los seres humanos para afrontar situaciones difíciles y actuar adecuadamente. Estas alteraciones y sus consecuencias han sido poco estudiadas en los familiares y allegados de los pacientes críticos, y podrían tener una gran importancia respecto a su capacidad para participar en la toma de decisiones que se les supone y exige, en especial las que se refieren a la limitación del esfuerzo terapéutico. Parece incuestionable que el estado psicológico de los familiares no es el idóneo para considerarlos competentes para la toma de decisiones que afectan a los pacientes críticos. También parece fuera de toda duda que la creación por parte del personal sanitario de un entorno que facilite en lo posible las cosas a los familiares (información, trato) incidirá positivamente sobre dichas manifestaciones.



### **3- BIOETICA**

Definición: “Estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales”. “Parte de la ética se refiere a las cuestiones planteadas por el desarrollo de las ciencias biomédicas en los ámbitos de la vida y de la salud ante problemas nuevos o antiguos modificados por las nuevas tecnologías. Ha pasado de ser una mera deontología profesional a regular cuestiones éticas en el campo de la investigación y de la aplicación biotecnológica sobre el ser humano”. La bioética es una rama de la ética, que nació en la segunda mitad del siglo XX como resultado de los rápidos cambios científicos y sociológicos que vivió el mundo. Su nombre fue acuñado por Van Rensselaer Potter en 1970 en el artículo “The science of survival” y etimológicamente significa ética de la vida (Bios = vida y ethike = ética) quien con él, se refirió a una ética aplicada, universal y fundamentalmente ecológica, que instaba a una reflexión crítica de los procesos en que la ciencia y el hombre intervenían.

El interés por la bioética fue inmediato y explosivo. Su principal eje fue en sus inicios, la medicina, donde el análisis sistemático y crítico de problemas de orden moral como el origen y final de la vida, la relación médico paciente y la distribución de recursos en salud ha permitido a lo largo del mundo abrir un debate en torno a la libertad, la autonomía personal y las responsabilidades individuales y del estado. Por otra parte, cada vez son más las disciplinas que incluyen la Bioética como herramienta de toma de decisiones, indispensable en áreas de investigación, ecología y medio ambiente, entre otras.

#### **3) A-LA ÉTICA EN EL EJERCICIO DE LA ATENCION DE SALUD**

En primer lugar conviene precisar la relación entre ética y moral. Son dos términos que procediendo el primero del griego y el segundo del latín vienen a tener un mismo significado, aunque con matices diferentes.

*“Parece que moral se emplea más para referirse al conjunto de valores y normas que constituyen la guía de una persona o una colectividad en expresiones como “la moral de nuestra sociedad”, mientras que ética se usa más para referirse a la reflexión especialmente filosófica, sobre la moralidad de las conductas”* <sup>(6)</sup> Los sociólogos se han



preocupado de describir las características de las profesiones. Podemos asumirlas diciendo que las profesiones de la salud son actividades profesionales que presentan los siguientes rasgos:

- Constituye un servicio a la sociedad.
- Es realizada por un conjunto de personas que se dedican a ella de forma estable.
- Para ejercerla necesitan de una acreditación o licencia - Se basa en conocimientos y habilidades especiales.
- Es realizada tomando en cuenta el interés y necesidad del usuario.

Es en este momento necesario señalar algunas virtudes del buen cuidador de seres humanos llámese médico o enfermera/o:

En primer lugar en cierto paralelismo con la importancia de evitar el daño, la humildad, la prudencia y la diligencia. En segundo lugar un conjunto de virtudes que podemos agrupar en torno a la fiabilidad, a la cabeza de este grupo la lealtad y la fidelidad, incluyéndose además la veracidad, la discreción, la prudencia y la responsabilidad. Un tercer grupo reúne virtudes muy importantes para el cuidar en torno a la sensibilidad o la humanidad “Se trata de aquellas cualidades que hacen capaz a la persona cuidadora de captar y comprender las vivencias de quien recibe los cuidados, y de encontrar las formas más humanas de expresión de éstos.”<sup>(7)</sup> En el entorno cambiante del ejercicio de la medicina actual, muchos individuos, grupos e instituciones juegan un papel en la toma de decisiones médicas y se ven afectados por dichas decisiones.

El médico debe promover el bienestar de sus pacientes en un sistema de atención médica cada vez más complejo. Esto implica ayudar abiertamente a que el paciente entienda las recomendaciones clínicas y a que haga elecciones informadas para seleccionar de entre todas, las opciones de atención adecuadas; incluye la administración responsable de los recursos finitos para poder satisfacer el mayor número posible de necesidades de atención médica, ya sea en consultorios médicos, hospitales, hogares de ancianos y/o impedidos físicos y mentales o atención domiciliaria.

La relación médico-paciente y los principios que la rigen debe ser lo central en el suministro de atención. Estos principios incluyen la beneficencia, honestidad, confidencialidad, intimidad y defensa cuando los intereses de los pacientes pudieran verse

amenazados por procedimientos institucionales arbitrarios, injustos o inadecuadamente individualizados.

El deber del médico es para con el paciente.” El médico debe basar el consejo que da al paciente en los intereses del paciente individual, sin importar el marco de seguro o suministro de atención médica en el que el médico se encuentre. El papel profesional del médico es hacer recomendaciones con base en su mérito médico y buscar las opciones que sean afines a los antecedentes y las preferencias singulares del paciente”.<sup>(7)</sup> En el caso de la enfermería su concepto se articula en torno al de los cuidados de los enfermos. “El significado ordinario de curar incluye la idea de curar y quizás que las funciones de cuidar y de curar son difícilmente separables” Cuando por cualquier razón se presenten desacuerdos entre el paciente y el médico, éste tiene la obligación de explicarle el fundamento del desacuerdo, instruirlo y satisfacer sus necesidades de comodidad y tranquilidad.<sup>(8)</sup> Aun reconociendo todo esto, parece aceptarse generalmente que el médico tiene la principal responsabilidad en –y se dedica principalmente a- curar, mientras que la enfermera se dedica casi exclusivamente a cuidar y puede considerarse experta en ese campo.

De acuerdo con Dorotea Oren la enfermera interviene cuando la persona o el grupo carecen de la capacidad suficiente para proporcionarse los autocuidados necesarios, entendiendo por autocuidado aquellos hábitos y comportamientos aprendidos que se dirigen al mantenimiento o recuperación de la propia salud. A esto habría que añadir como señala también HENDERSON, que la enfermería interviene en la aplicación de tratamientos indicados por el médico y, por otro lado, como miembro de un equipo sanitario interdisciplinar, colabora con los demás profesionales en la planificación y ejecución de programas dirigidos a restaurar y promover la salud

### 3) B- DECISIÓN ÉTICA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Hoy en día la gran mayoría de los profesionales del área sanitaria rechazan el encarnizamiento terapéutico, nadie quiere asistir a la prolongación artificial de una vida que nadie desearía vivir o de una muerte que nadie acepta. Todo ello conlleva también, aunque no se reconozca, que determinadas conductas terapéuticas distanásicas consumen una gran cantidad de recursos sanitarios, lo que a la postre ponen en peligro - según se dice- otros proyectos de asistencia a la comunidad.

No puede excluir lo señalado, la circunstancia que mientras haya incertidumbre para el médico en la muerte del enfermo, la prolongación del tratamiento de soporte vital tendrá siempre plena razón de existencia. Cuando se agota la probabilidad de salvar la vida, conforme al saber médico, deberá decidirse sobre pasar del tratamiento de soporte vital completo, a la limitación de las medidas que de modo selectivo van configurando una conducta paliativa, lo que se conoce como limitación del esfuerzo terapéutico, y que sintetiza la frase: “cuando no se puede curar, se debe cuidar”. “Aun cuando los Códigos Deontológicos Médicos no expresan -algunos -claramente estas justificaciones en los tratamientos sobre soporte vital, no obstante, si entienden que esta conducta es correcta profesionalmente.- No es lo mismo entonces la determinación de penalización por limitación de tratamientos de esta índole, ya que aquí, se demostraría que tal limitación es adecuada y procedente, toda vez que justamente ya no funcionan otras alternativas en la consecución del objetivo de vida del paciente. “De esta manera, el valor propio de vida queda medido en base a criterios subjetivos e incluso, -algunas veces-, a mezquinos criterio utilitarios, subsumiendo en la norma legal la conciencia valórica independiente que es la que debe regir en decisiones de esta naturaleza. Ahora bien, es necesario señalar también, que no existe obligación de respetar la petición de un tratamiento, si el médico lo considera contraindicado o desproporcionado respecto del paciente.” Por otro lado en las unidades de cuidados intensivos se aceptan aquellos pacientes que debido a su patología, requieren la aplicación de medidas de soporte vital. Se trata de enfermos críticos y, por lo tanto, con una amenaza grave para su vida, potencialmente recuperable, que necesitan una vigilancia continua de sus funciones vitales, y en los que las medidas de soporte vital deben ser utilizadas para “ganar tiempo”.<sup>(9)</sup>

En ese período de tiempo el paciente puede evolucionar bien hacia la curación, bien hacia lo que se suele denominar fracaso terapéutico, ya sea porque el paciente muera, porque sobreviva con graves secuelas o porque se retrase inútilmente su muerte, situación esta última que se conoce como ensañamiento terapéutico.

El médico que se enfrenta a estas situaciones ha de decidir qué debe hacer y cuál es la acción más beneficiosa para el paciente. Y aquí comienzan los problemas derivados del empleo de la tecnología, un uso que hasta no hace mucho tiempo ha seguido el patrón de lo que puede denominarse el “imperativo tecnológico.

La medicina, como toda ciencia aplicada, se basa en la lógica de la probabilidad y no en la de la certeza, y esto significa que en la toma de decisiones técnicas se debe disminuir al

máximo el nivel de incertidumbre, pero nunca podrá ser eliminada del todo. Los clínicos suelen pensar que la certeza es una condición irrenunciable cuando está en juego la vida de las personas. Este es un error lógico de incalculables consecuencias éticas, ya que las decisiones médicas son siempre decisiones probables. “Es obvio que cuando hablamos de vida o muerte, como es el caso del uso de medios de soporte vital, tenemos la obligación moral de reducir la incertidumbre al mínimo y de acotar al máximo el intervalo de confianza que permita afirmar la probable futilidad de un tratamiento en función de los riesgos y beneficios esperados de su aplicación a un paciente concreto, pero no será posible obtener certeza absoluta”.<sup>(10)</sup>

En filosofía moral la palabra bueno puede utilizarse en sentidos diferentes. Algo puede ser bueno en sí mismo (imperativo categórico), o bueno como medio para algo (imperativo hipotético).

Si se afirma que mantener los medios de soporte vital es algo bueno en sí mismo es, suponemos, porque permite mantener otros valores, en este caso el valor de la vida biológica, que contemplado desde esta perspectiva se entiende como un bien “absoluto”. Ciertamente la vida es uno de los bienes más importantes, pero no es el único ni tiene carácter absoluto, y puede entrar en conflicto con otros valores no menos importantes, como la libertad de conciencia, o la calidad que cada uno puede asumir en su propia vida

### 3) C-.LA BIOÉTICA ANTE LA MUERTE

Como se dijo anteriormente, el final de la vida ha sido uno de los principales ejes de interés de la bioética. Sus principales exponentes se han dedicado a considerar la moral de los hechos que rodean el momento de la muerte.

Entre los muchos estudios y artículos publicados en torno a este tópico, destaca el estudio realizado por Vega Gutiérrez en un hospital de Valladolid en que se les preguntó a más de 800 médicos y enfermeras “¿Qué entiende usted por morir con dignidad?”.<sup>(10)</sup>

Entre las conclusiones obtenidas destaca que la mayoría asocia “morir con dignidad” a morir rodeado del cariño y apoyo de los seres queridos; aceptando la muerte; con serenidad; con la asistencia médica precisa y el apoyo espiritual si se desea, según las propias creencias eliminándose en lo posible los dolores y sufrimientos; de muerte natural, a su tiempo; sin manipulaciones.

3) D-MARCO NORMATIVO DE LA LET. CONSTITUCIÓN Y LEYES NACIONALES  
LEY ORGÁNICA DE SALUD

*CAPITULO I :Del derecho a la salud y su protección*

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

**CAPITULO III Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud**

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;

- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;
- k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y,

ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,

- 1) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida



“Este largo cansancio se hará mayor un día, y el alma dirá al cuerpo que no quiere seguir arrastrando su masa por la rosada vía, por donde van los hombres, contentos de vivir...”

Gabriela Mistral.



## 4- EL DUELO

Ante la muerte, dolor y duelo brotan espontáneos como términos inalienablemente ligados entre sí, ¿qué es el duelo?, Según Arnaldo Pangrazzi, el duelo desde su etimología, viene del latín dolus, que significa dolor, y es por tanto “la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación”. Pero en este proceso emocional y afectivo de adaptabilidad a la pérdida sufrida, consecuencia directa de los apegos es posible reconocer diferentes momentos o etapas, que en mayor o menor medida, están presentes en todo aquel que sufre una pérdida y van determinando la aceptación del hecho.

Estas etapas, descritas por Kübler Ross, basada en sus entrevistas a centenares de enfermos terminales, son las siguientes:

- ✓ Negación: rechazo de la verdad. Sentimiento de ira y resentimiento: Agresividad hacia quienes lo rodean.
- ✓ Pacto: se busca un compromiso con la verdad. Transar con la enfermedad.
- ✓ Depresión: abatimiento ante la realidad.
- ✓ Aceptación: reconciliación con la verdad.

### 4-A) PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MURIENTE

La muerte, además de ser un hecho biológico, posee una dimensión social y cultural. En la sociedad occidental de nuestro tiempo se ha producido un fenómeno muy llamativo: el desplazamiento de los moribundos y de la muerte desde los hogares a los hospitales. Así, la gestión del proceso de morir es crucial para las instituciones dedicadas a la salud.

**El desarrollo de la medicina ha modificado sustancialmente el concepto de muerte.**

Los avances tecnológicos han revolucionado el cuidado médico en las etapas finales de la vida y han “rescatado de la muerte” a un gran número de personas. La muerte, en el contexto hospitalario y desde el punto de vista de la ciencia, parece llegar más como el resultado de un fracaso técnico que como un acontecimiento que tiene un lugar determinado e inamovible dentro del ciclo vital de todos los seres vivos.

Los centros de salud se crearon para salvar la vida de pacientes amenazados por enfermedades agudas graves gracias a la concentración de tecnologías de soporte vital y de personal altamente cualificado.

Dos factores han modificado esta idea original: la necesidad de atender a pacientes con situaciones ya no tan reversibles, debido a la avanzada edad o a La prolongación artificial de la vida puede acompañarse de la prolongación del sufrimiento y de la agonía.

La incapacidad para identificar a un paciente como terminal a menudo conduce a extender las prácticas para la curación hasta casi el momento de la muerte del paciente. Debido a ello han surgido conceptos tan controvertidos como la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) dentro de la bioética que atañen principalmente al campo médico. Pero ¿cómo afecta a la Enfermería estos cambios? Los enfermeros son entrenados para llevar a cabo un sin fin de protocolos. <sup>(11)</sup>

Sus habilidades se han tecnificado y su destreza se ha especializado para "adelantarse" a situaciones que comprometan la vida del enfermo y "controlar" en todo momento lo que ocurre, pero no para administrar cuidados paliativos.

En la práctica diaria observamos a veces como enfermeras que han trabajado por el bienestar y supervivencia de un determinado paciente, cuando se decide retirar las medidas más sofisticadas que evitan el encarnizamiento terapéutico y determinan el destino de ese enfermo, se retiran angustiadas y decepcionadas por el gran esfuerzo que han realizado "en vano".

Las características especiales de los sectores de internación como espacio abiertos, altamente tecnificado y con rigurosos horarios de visitas, le adjudica a la enfermera el puesto protagonista como cuidadora del enfermo ingresado en esta área.

Son numerosos los trabajos en los que se destaca la relevante función de la enfermera como el personal que asiste normalmente al sujeto y la familia en los últimos momentos.

Puesto que el moribundo suele ser un "objeto" comatoso, drogado, inconsciente y expropiado de sus apoyos y redes sociales, cuyo discurso no se puede analizar, resulta interesante investigar cómo piensan y actúan las personas más cercanas a estos enfermos,

la Enfermería. Aullé desarrolla en sus artículos la teoría de los “ritos de paso” para tres ámbitos: morir en el domicilio, morir en una sala de hospital o morir en una UCI. Aullé propone que en los últimos casos existe un fracaso en la gestión social y cultural del proceso de morir.

Esto causa insatisfacción y conflicto en los profesionales sanitarios. La situación actual es que dentro de los hospitales hay un número creciente de ingresos de pacientes terminales que terminan en fallecimiento debido a la edad avanzada de los pacientes y a la pluripatología, y que ésta parece ser la tendencia para el futuro. Así, cada vez se dan más características específicas de las Unidades de Cuidados Paliativos (que tienen por objetivo dar confort al paciente, no curar). Esto se produce porque, lejos de ser dos opciones que se excluyen, son dos opciones que están coexistiendo. Sin embargo, la Enfermería no está siendo preparada para ello, lo cual genera un alto grado de insatisfacción entre estos profesionales, que es susceptible de estudio. Conocer el fenómeno de la muerte nos puede ayudar a definir una serie de estrategias ante la muerte adecuadas a nuestro ámbito de trabajo.

De aquí la importancia de realizar trabajos de investigación en este área desde la perspectiva de la enfermería, ya que la calidad de atención de la enfermera durante la fase final de la vida del paciente contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna, y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida.

## **5- MATERIALES Y METODOS**

Se utilizó para la realización del estudio encuestas estructuradas por preguntas orientadas a la comprobación de las hipótesis que fueron aplicadas a familiares y enfermeros del sector internación de la clínica Modelo.

El presente trabajo junto con la respectiva solicitud de consentimiento informado (Anexo1) y (Anexo2) y a familiares de pacientes con LET (Anexo 3).

La investigadora estuvo presente para solventar dudas del encuestado. Se entregó la encuesta para ser respondida en forma anónima.

### **Universo, población y muestra**

Se trabajó con todos los familiares y enfermeros del sector de internación de la clínica modelo a 20 enfermeros y 20 familiares de 20 pacientes.

### **Criterios de inclusión**

- ✓ Enfermeras de planta y contratadas con un mínimo de seis meses de experiencia en la clínica modelo
- ✓ Pacientes sometidos a LET durante el tiempo de recolección de información (marzo 2016 – mayo 2016) - Familiar más cercano con poder de decisión de cada paciente sometido a LET

### **Criterio de exclusión**

- ✓ En principio excluidas todas las personas que no cumplan con los criterios de inclusión mencionados
- ✓ Aquellos que muestren respuestas contradictorias o discordantes entre las preguntas planteadas en los instrumentos

## **Palabras claves**

Calidad de vida: percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas.

Consentimiento informado: representa la expresión del derecho a aceptar o rechazar libremente un procedimiento diagnóstico o terapéutico tras haber sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, teniendo en cuenta los límites establecidos por la Ley. Incluye el derecho a rechazar la participación en estudios, investigaciones o ensayos clínicos. En caso de incompetencia se obtendrá el consentimiento por representación

Encarnizamiento terapéutico: uso de terapias inútiles que aumentan la situación penosa, y son desproporcionadas en relación a los riesgos/beneficios, prolongando la agonía, más que ofreciendo elementos curativos, lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética

Ética: Término de origen griego que significa estudio de las costumbres o hábitos de los seres humanos. Actualmente se refiere al estudio filosófico de los juicios morales, más atento a los problemas formales de fundamentación y coherencia lógica que a las cuestiones de contenido. El nivel "de máximos" se rige por los principios bioéticos de autonomía y beneficencia; el "de mínimos" por los principios de no maleficencia y justicia.

Futilidad: Es aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales.

Eutanasia directa: Adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable. Esta a su vez posee dos formas:

Activa: Consiste en provocar la muerte de modo directo. Puede recurrirse a fármacos que en sobredosis generan efectos mortíferos.

Pasiva: Se omite o se suspende el tratamiento de un proceso nosológico determinado (por ejemplo una bronconeumonía), o la alimentación por cualquier vía, con lo cual se precipita el término de la vida. Es una muerte por omisión.

Eutanasia indirecta: Es la que se verifica cuando se efectúan, con intención terapéutica, procedimientos que pueden producir la muerte como efecto secundario. Por ejemplo, la administración de analgésicos narcóticos para calmar los dolores. Los mismos, como efecto indirecto y no buscado, provocan disminución del estado de conciencia y posible abreviación del período de sobrevida. Aquí la intención, sin duda, no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento, y lo otro es una consecuencia previsible pero no perseguida.





Cuando uno tiene que resolver si va a andar a la luz del altruismo creador o en las Tinieblas del egoísmo destructor. La pregunta más persistente y urgente en la vida es:  
¿Qué está haciendo usted por los demás?

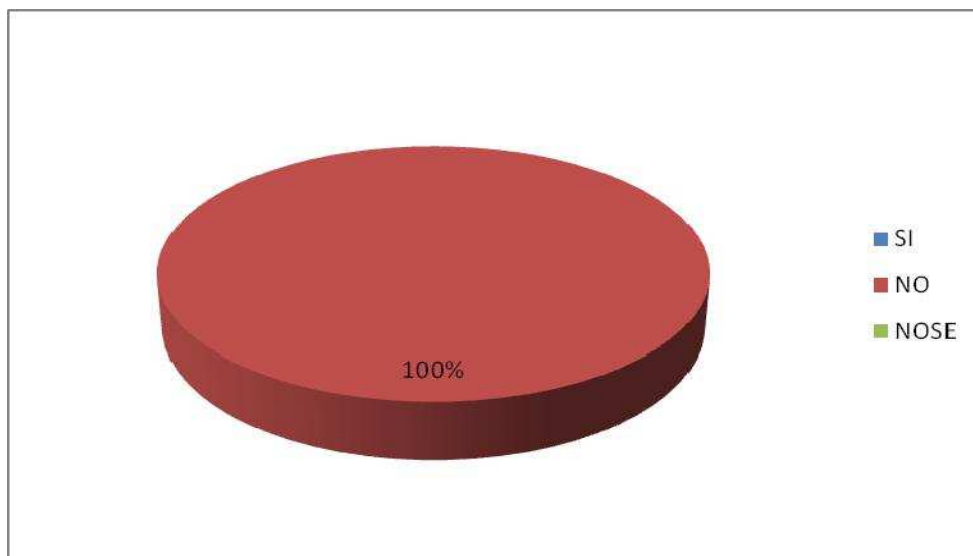
Martín Luther King Jr.

## 6- RESULTADOS

### Cuestionario para enfermeros sector internación de la Clínica Modelo

#### GRAFICO 1

1) Tiene conocimiento o sigue un protocolo de que se debe hacer en estos casos

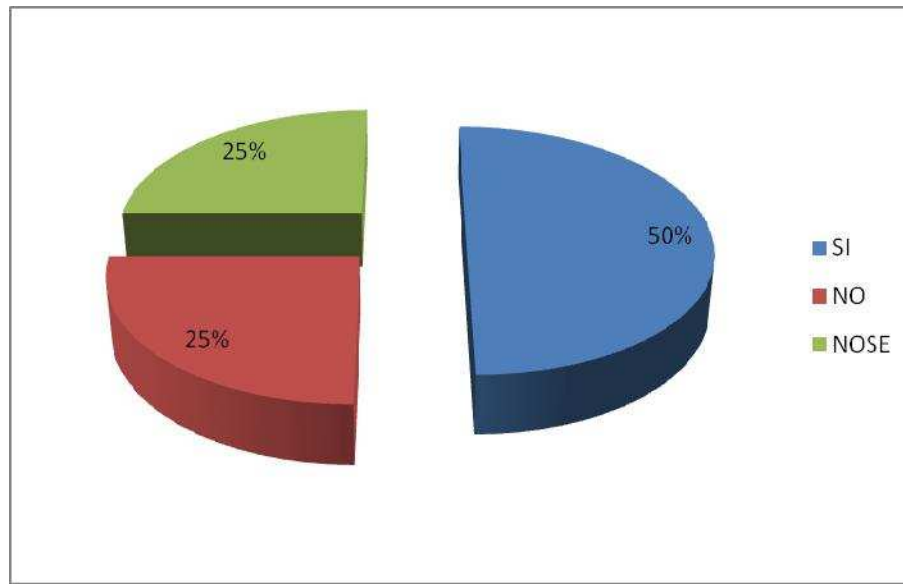


Este gráfico nos muestra que el 100% de la población abordada, en este caso enfermeros, manifiestan que no tienen un protocolo a seguir.



## GRAFICO 2

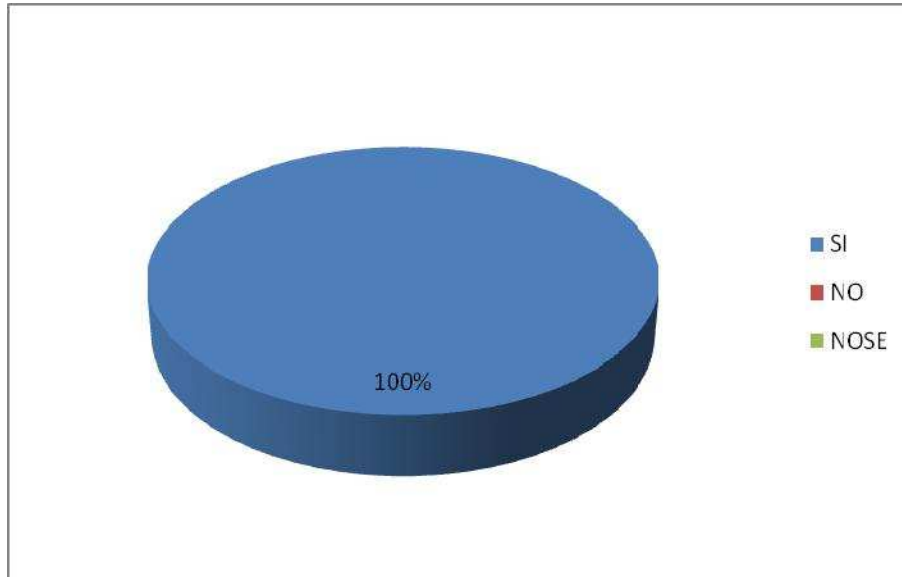
2) ¿Se informa al familiar sobre los procedimientos a seguir?



El 50% de los enfermeros, refieren que se informa a los familiares los procedimientos a seguir, mientras que un 25% afirma que no se hacen informes a familiares y otro 25% no saben si se los informa o no.

### GRAFICO 3

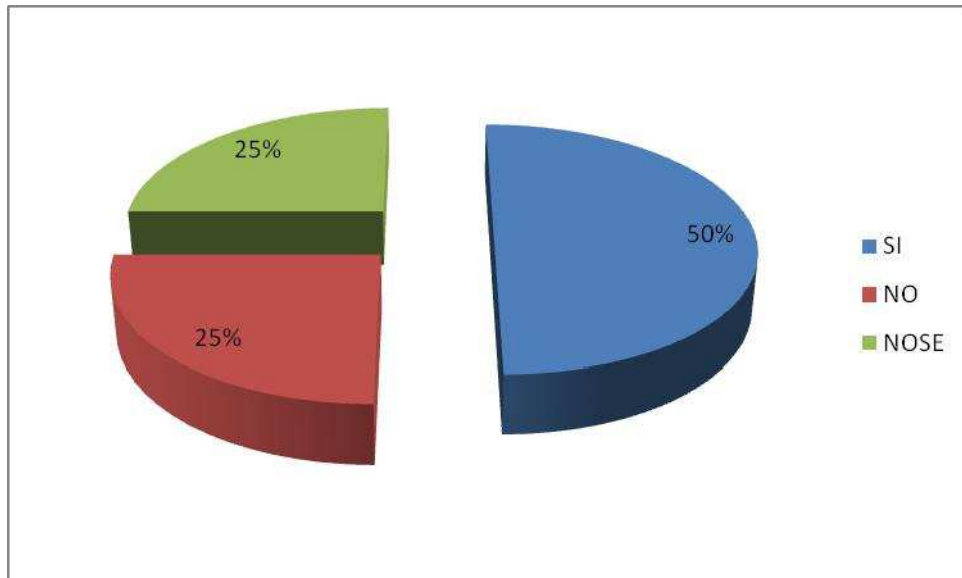
3) ¿Se debe capacitar al personal de enfermería sobre este tema?



El 100% de los enfermeros encuestados opinan que deberían ser capacitados en este tema

#### **GRAFICO 4**

4) ¿Está dispuesto a disipar las inquietudes de los familiares en todo momento que dure este proceso

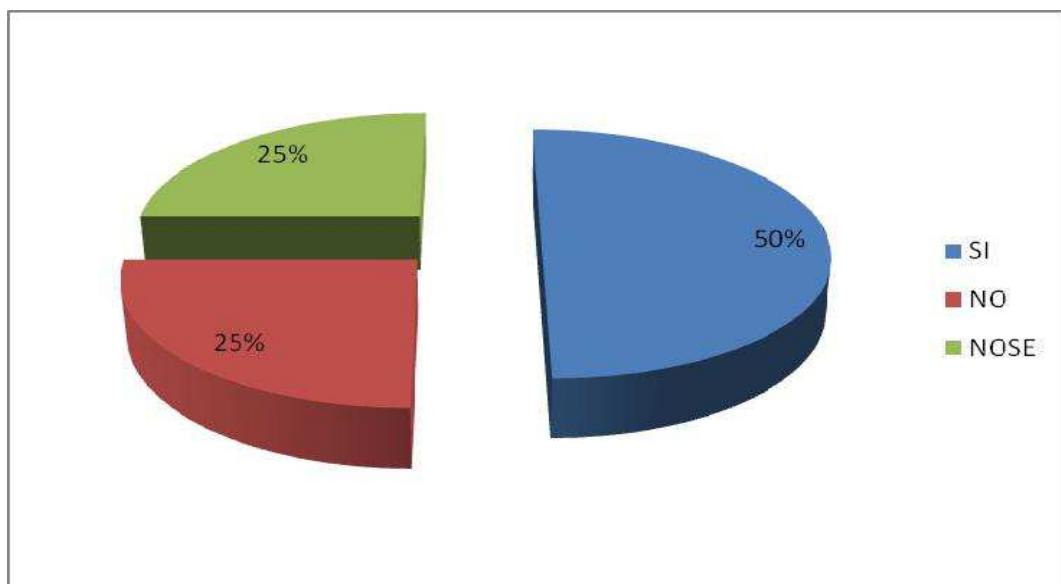


50% de los enfermeros están dispuestos a disipar dudas de familiares en esta situación, el 25% dice que no y otro 25% no sabe que haría en una situación como esta.

Cuestionario para familiares de pacientes que han transitado por una LET en el sector de internación de la Clínica Modelo

**GRAFICO 1**

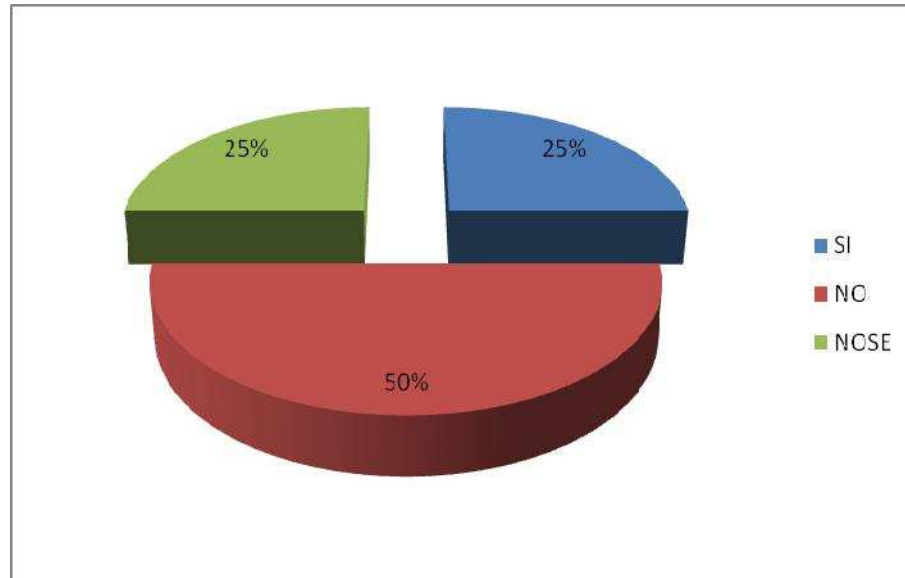
1) ¿Enfermería le informo todos los procedimientos a seguir durante el proceso de acompañamiento de su familiar?



50% de los familiares encuestados afirman que fueron informados por enfermería de los procesos que le realizaban a sus familiares, el 25% dice que no y el 25% restante no contesta

## GRAFICO 2

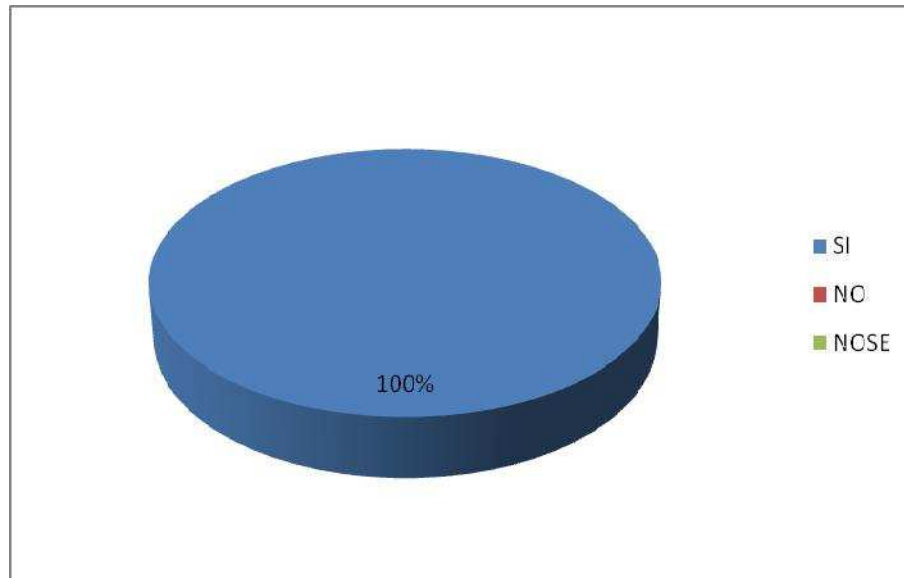
2) ¿Enfermería estuvo siempre dispuesto a disipar sus dudas en todo momento?



50% de los familiares dicen que los enfermeros no estuvieron dispuestos a aclarar dudas a en el proceso de sedación, el 25% dice que si y el 25% restante no sabe.

### GRAFICO 3

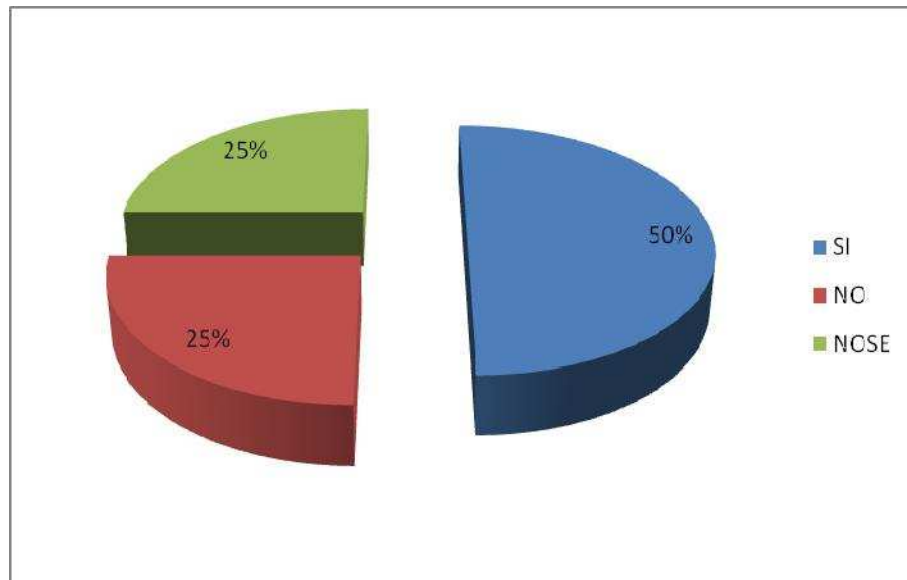
3¿Cree usted que se debe capacitar a enfermería para tener más herramientas para poder afrontar estas inquietudes en el futuro?



El 100% de familiares encuestados están convencidos que enfermería debería capacitarse en este tema

#### GRAFICO 4

4; Cree usted que enfermería actúa en forma correcta cuando le toco acompañarlo en este transe?



50% de los familiares consideran que enfermería actuó correctamente en el momento de sedación del paciente, mientras que un 25% afirma que no y el 25% restante no sabe.

## 7- CONCLUSIÓN

Según los gráficos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a enfermería del sector internación de la “Clínica Modelo” ubicada en Santa Rosa La Pampa, podemos observar que:

De la muestra tomada (20 enfermeros) el 100% de los mismos necesita afirma que necesita capacitación con respecto a LET. Esta falta de capacitación se nota en las respuestas de las demás preguntas de la entrevista, donde se observa como actúa el personal en esta situación, con respecto a la evacuación de dudas y acompañamientos a los familiares.

Que el 50% de enfermería informa al familiar sobre los procedimientos a seguir en dicha situación, siendo que un 25 % no sabe y el otro 25 % no informa. También debemos considerar que no se puede informar todo el procedimiento, tipos de medicación y demás a los familiares, ya que el equipo médico toma decisiones que varían de acuerdo al estado y evolución del paciente.

El 100% de los familiares que respondieron al cuestionario afirman, al igual que el 100% del personal de enfermería, que deberían ser capacitados en este tema.

La disposición a disipar las inquietudes de los familiares en todo momento que dure este proceso es del 50% del personal, resultado que responde a la falta de capacitación del personal, como así también al tipo de información que enfermería puede a los familiares. Con respecto a la entrevista realizada a los familiares, observamos la relación que hay con las respuestas del sector enfermería, donde:

El 50 % de los familiares entrevistados afirma que enfermería le informo todos los procedimientos a seguir durante el proceso de acompañamiento de su familiar.

Un 50 % afirma Enfermería estuvo siempre dispuesto a disipar sus dudas en todo momento

El 50 % de los familiares cree que enfermería actúa en forma correcta cuando le toco acompañarlo en este transe.



Luego de analizar la relación enfermero – familiar –paciente durante el proceso de transición de la muerte de un ser querido en el sector de internación de la Clínica Modelo y reconocer acciones de enfermería ante el (L.E.T), se han obtenido las siguientes conclusiones:

Que enfermería en el sector de internación de la Clínica Modelo no cuenta con las herramientas necesarias ni está preparado para poder acompañar a familiares en el proceso de LET, haciendo sí todo lo posible para satisfacer sus necesidades pero sin tener un protocolo a seguir en estos casos; brindándole la mejor atención posible.

En las encuestas realizadas, el 100 % de los familiares y enfermeros indican que no se sigue un protocolo y que sería absolutamente necesario tener las herramientas para poder afrontar estas situaciones y poder aliviarle el sufrimiento o acompañarlo en el mismo.

Desde una perspectiva Psicológica se debe establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el equipo de salud, un lazo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar al enfermo terminal los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz.

En las entrevistas realizadas se intentó ver:

- ✓ La Atención al sufrimiento, de pacientes y familiares.
- ✓ La Atención de los aspectos legales
- ✓ La atención al dolor físico
- ✓ La información que se les da tanto a enfermería como a familiares de los pacientes

Cuando la enfermedad terminal se hace presente en el nucleo familiar es toda la familia la que enferma, ya que las emociones, los temores, el desconcierto que son movilizados por el padecimiento, van a matizar cada dia de la vida del paciente y de sus seres queridos, con la característica primordial de experimentar la angustia de muerte que va acompañarlos hasta el final.

Para ver cuánto se acompaña al grupo familiar en este proceso se realizo la entrevista, donde podemos apreciar que enfermería no está capacitada para acompañar en este proceso, que es poca la información que se les brinda a los familiares, podemos decir que se acompaña al enfermo pero no a la familia, hay necesidad de recibir información para

poder transitar junto a los familiares este proceso, ya que en dicho tránsito somos parte activa del procesamiento.

Es notable la relación entre los que responden enfermeros y pacientes. El enfermero reconoce una falta de capacitación y los familiares marcan una falta de información por parte de los mismos. Si no hay conocimiento y protocolos a seguir en este trance, se hace más difícil guiar y acompañar al grupo familiar.

Como lo dice la Bioética, los enfermos en tránsito de LET, requieren además de una atención estrictamente médica, de una atención humana.

### RECOMENDACIONES:

Basados en la bibliografía actual sobre el tema, en los resultados obtenidos y también en los principios básicos de la bioética clínica, como una disciplina joven, flexible, plural y laica, que se adapta a las circunstancias de cada época y que tiene en cuenta los derechos humanos y los tratados internacionales es que se puede hacer las siguientes recomendaciones:

- La familia deberá ser considerada como parte activa de las decisiones, los profesionales deberán procurar que los familiares sientan que son importantes y necesarios en la atención al final de la vida de su ser querido, lo cual podría minimizar el duelo por su pérdida.

Continuar desarrollando y aplicar normativas hospitalarias sobre la utilización adecuada de los tratamientos de soporte vital e incluso formularios que especifican con claridad las preferencias sobre dichos tratamientos que el paciente establece en el marco extra hospitalario. Estos instrumentos facilitan el proceso decisorio sobre el inicio o retirada de tratamientos en cualquier paciente, no solo en aquellos con probabilidad muy reducida de supervivencia a corto plazo.

- Aplicar Protocolo de LET y/o Criterios de Terminalidad capaz de unificar juicios de apreciación, tomando decisiones por consenso interdisciplinariamente, involucrando a la familia, respetando decisiones previas y humanizando el cuidado.



“Haz de cada acontecimiento ordinario un momento extraordinario y por siempre agregarás valor a tu vida. Miguel Ángel Cornejo”

Álvarez Suárez, JR. Caballero Beltrán J

## **8- BIBLIOGRAFIA**

Bagnulo, Homero. Suspensión – “*Limitación de los tratamientos en el paciente crítico*”. Revista Médica Uruguaya. 1999.

Baigorri González, Francisco. “*Órdenes de no reanimación*”. En: Cabré Ll, editor. “*Decisiones terapéuticas al final de la vida*”. Barcelona. España. 2003

Barbero Gutiérrez, J. et al. “*Limitación del esfuerzo terapéutico.*” Medicina Clínica, Barcelona. España. 2001.

Barrio Cantalejo, Inés María. “*Afrontamiento Interdisciplinar de los Conflictos Éticos en las Instituciones Sanitarias.*” Los Comités Asistenciales de Ética. Enfermería Clínica. 1998.

Barrios, Luis Fernando. “*Marco Jurídico de la Analgesia. Énfasis en el paciente terminal*”. Ibáñez & Plaza. Madrid. España. 2005

Baudouin Jean, Louis. Danielle Blondeau. “*La ética ante la muerte y el derecho a morir.*” Herder. Barcelona. España. 1995.

Bayés, Ramón. “*Afrontando la vida, esperando la muerte.*” Editorial Alianza. Madrid. España. 2006

Blanco, Luis Guillermo. “*Muerte Digna. Consideraciones bioético-jurídicas.* Ed. AdHoc, Buenos Aires. Argentina. 1997.

Buisan Espeleta, Lydia. “*Bioética y principios básicos de la ética médica.*” En: Casado M, editor. Materiales de bioética y derecho. Cedecs Editorial SL. Barcelona. España. 1996.

Calipari, Mauricio. “*Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico*”. EDUCA Universidad Católica Argentina. Buenos Aires. 2007.

## Citas

- <sup>(1)</sup> Callahan, Dániel. What kind of life. Simon and Schuster De. NY. 1990
- <sup>(2)</sup> Vázquez Rocca, Adolfo. Antropología Médica. “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” Madrid. España. 2009
- <sup>(3)</sup> Vázquez Rocca, Adolfo, Antropología Médica.” Limitación del esfuerzo Terapéutico”. Madrid. España. 2009.
- <sup>(4)</sup> “President’s Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forgo life – sustaining treatment: Ethical, medical and legal issues in treatment decisions.” Washington: US Government Printing Office 1983
- (5) Núñez Olarte, J. “Decisiones de limitación de tratamiento en enfermos terminales desde el punto de vista de la Bioética”. Cuadernos de Bioética. España. 1994
- (6) Cerdá Olmedi, Germán. “Al filo de la muerte: Cuidados Paliativos vs. Eutanasia”, Manual de Bioética. Editorial Ariel. Barcelona. España. 2001.
- (7) Consenso sobre recomendaciones de limitación del soporte vital en terapia intensiva. Comité Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Argentina. 1999
- (8) Durán, Solsona. Pericas, Cabré “Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva”. Medicina Intensiva. 1 Julio. Volumen 26. 2002
- (9) Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, et al. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med 2002
- (10) Mainetti, José Alberto. “Ética, trasplantes y cerebro”, Quirón, Vol 24, No. 3, 1993.
- (11) Bagnulo, Homero. Suspensión –“ Limitación de los tratamientos en el paciente crítico.” Revista Médica Uruguaya. 1999



“Quien piensa que su vida y la de sus semejantes carece de sentido, no solo es un desdichado, sino que apenas es capaz de vivir.”

A Einstein.

## 9-ANEXOS

### **Encuestas**

#### **Cuestionario para enfermeros del sector internación de la clínica modelo para la atención de pacientes terminales**

1- ¿Tiene conocimiento o sigue un protocolo de que se debe hacer en estos casos?

- Si
- No
- No sabe

2- ¿Se informa al familiar sobre los procedimientos a seguir en dicha situación?

- Si
- No
- No sabe

3- ¿Está dispuesto a disipar las inquietudes de los familiares en todo momento que dure este proceso?

- Si
- No
- No sabe

4- ¿Se debe capacitar al personal de enfermería sobre este tema?

- Si
- No
- No sabe

## **Cuestionario para familiares de pacientes que han transitado por una LET en**

### **el sector internación de la Clínica Modelo**

- 1- ¿Enfermería le informo todos los procedimientos a seguir durante el proceso de acompañamiento de su familiar?
- Si
  - No
  - No sabe
- 2- ¿Enfermería estuvo siempre dispuesto a disipar sus dudas en todo momento?
- Si
  - No
  - No sabe
- 3- ¿Cree usted que se debe capacitar a enfermería para tener más herramientas para poder afrontar estas inquietudes en el futuro?
- Si
  - No
  - No sabe
- 4- ¿Cree usted que enfermería actúa en forma correcta cuando le toco acompañarlo en este transe?
- Si
  - No
  - No sabe