



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del
esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del
Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Ángela Lozano Aponte

LIMA – PERÚ
2015

A Dios y a la virgen María por darme la fuerza suficiente de afrontar mis males y permitirme continuar con el logro de mis metas.

A la UNMSM a la UPGM que me albergo durante esta etapa para mi crecimiento como persona y profesional especialista al servicio de la sociedad

Toda mi familia y en especial a N.Q.D por su apoyo incondicional, quienes me motivaron e incentivaron para la culminación del presente trabajo de investigación.

Mi más sincero agradecimiento a la Lic. Mery Montalvo Luna y a la Lic. Ilda Borda por su apoyo y su paciencia durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|-------------|
| Índice general | iv |
| Índice de gráficos | vi |
| Resumen | vii |
| Presentación | ix |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.1 Situación problemática | 10 |
| 1.2 Formulación del problema | 13 |
| 1.3 Justificación | 13 |
| 1.4 Objetivos de la investigación | 14 |
| 1.4.1 Objetivos generales | 14 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 14 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | 15 |
| 2.1. Antecedentes | 15 |
| 2.2. Base teórica | 20 |
| 2.3. Planteamiento de la hipótesis | 46 |
| CAPÍTULO III METODOLOGÍA | |
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación | 48 |
| 3.2. Lugar de estudio | 48 |
| 3.3. Población de estudio | 49 |
| 3.4. Unidad de análisis | -- |

| | |
|--|----|
| 3.5. Muestra y muestreo | 49 |
| 3.6. Criterios de selección | 49 |
| 3.6.1 Criterios de inclusión | 49 |
| 3.6.2 Criterios de exclusión | 49 |
| 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 50 |
| 3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información | 50 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 5.1. Resultados | 53 |
| 5.2. Discusión | 58 |
| CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1. Conclusiones | 62 |
| 5.3. Limitaciones | 63 |
| 5.2. Recomendaciones | 63 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| BIBLIOGRAFÍA | 67 |
| Índice de anexos | 69 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO N° | | Pág. |
|-------------------|---|-------------|
| 1 | Opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima - Perú 2015 | 54 |
| 2 | Opinión de los profesionales de enfermería según dimensión información sobre limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima - Perú 2015 | 55 |
| 3 | Opinión de los profesionales de enfermería según dimensión, toma de decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima-Perú 2015 | 56 |
| 4 | Opinión de los profesionales de enfermería según dimensión cuidados de enfermería en limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima-Perú 2015 | 57 |

RESUMEN

AUTOR : Ángela Lozano Aponte

ASESOR : Lic. Mery Montalvo Luna

El **objetivo** fue determinar la opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Material y método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 30 profesionales de enfermería de la UCI. La técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de Likert aplicado a nuestro estudio.

Resultados. De un total de 30 (100%) profesionales de enfermería, 25 (83.3%) tienen una opinión favorable y 5 (16.7%) una opinión indiferente en la dimensión de información sobre limitación del esfuerzo terapéutico, 25 (83.3%) tienen una opinión indiferente y 5 (16,7%) una opinión favorable en cuanto a la dimensión toma de decisiones, 18 (60%) tienen una opinión favorable y el 12 (40%) tienen una opinión indiferente en cuanto a la dimensión cuidados de enfermería.

Conclusiones. Existe un número considerable de profesionales de enfermería que tienen una opinión favorable sobre limitación de esfuerzo terapéutico con prudencia y equilibrio de manera consensuada por todo el equipo asistencial incluyendo a los familiares del paciente.

En la limitación del esfuerzo terapéutico es difícil distinguir dónde terminan los esfuerzos ordinarios y empiezan los extraordinarios y si es ético usarlos todos. La decisión de aplicar LET a un paciente crítico responde a la necesidad de humanizar el cuidado, 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.

Palabras claves:

- Limitación del esfuerzo terapéutico
- Opinión
- Profesionales de enfermería

SUMMARY

AUTOR : Ángela Lozano Aponte

ASESOR : Lic. Mery Montalvo Luna

The objective was to determine the views of nursing professionals on effort limitation Therapeutic (LET) in the intensive care unit of the Hipólito Unanue National Hospital.

Material and Methods The study is level application, quantitative type, descriptive method of cross section. The study population consisted of 30 nurses in the ICU. The technique was the survey and the Likert scale instrument applied to our study. **Results:** a total of 30 (100%) nurses, 25 (83.3%) have a favorable opinion and 5 (16.7%) an indifferent opinion about the extent of limitation of treatment. 25 (83.3%) had an indifferent and 5 opinion (16.7%) a favorable view regarding the dimension decisions. 18 (60%) have a favorable opinion and 12 (40%) have an indifferent opinion as to the dimension of nursing care.

Conclusions. A considerable number of nurses who have a favorable opinion on Limitation of therapeutic effort to balance prudence and consensual manner throughout the care team including the patient's relatives.

In the limitation of treatment it is difficult to distinguish where ordinary efforts end and begin the extraordinary and whether it is ethical to use them all. Let the decision to apply a critical patient responds to the need to humanize the care, the decision to restrict or cancel any steps when a perceived disproportion between ends and means of the processing, in order not to fall into the therapeutic obstinacy.

Keywords:

- **Limitation of therapeutic effort**
- **Review**
- **Nursing Professionals**

PRESENTACIÓN

Bien sabemos que el avance de la tecnología en el campo de la medicina ha logrado que en los tratamientos médicos se obtengan resultados positivos impensados hasta no hace mucho tiempo; pero si queremos observar lo que no se publicaba hasta hace poco, nos daremos cuenta que todo este avance a veces se transforma en una indigna y cruel forma de prolongar la llegada de la “muerte”. La medicina no representa una lucha ciega contra la “muerte” y nunca se debe olvidar que esta constituye “el final natural de la vida”. Los objetivos de un tratamiento médico y de enfermería son los de obtener una mejoría del estado de salud, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento y todo tratamiento que no llegue a alcanzar dichos objetivos se convierte en un tratamiento fútil.

Nuestra capacidad para prolongar la vida ha avanzado de forma importante durante los últimos cien años. La continuación de soporte vital agresivo (heroico) a veces sólo sirve para prolongar el proceso de muerte.

La bioética no es simplemente un sistema de normas de conducta. Es un marco de ideas donde reflexionar nuestra forma de toma de decisiones y actuar frente a dilemas y elecciones reales teniendo en cuenta todas las dimensiones de la vida: cultura, sociedad, ciencia y tecnología.

La aplicación de los recursos y la no aplicación de ellos conducen a los conflictos de opinión que con facilidad se convierte en el aspecto de mayor peso específico en las decisiones asistenciales analizando el resultado de acuerdo a los principios de bioética y jurídicos establecidos. Se realiza el presente estudio, con el objeto de conocer el comportamiento y actitudes de los profesionales de enfermería intensiva respecto al potencial de limitación del esfuerzo terapéutica.

CAPÍTULO I

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Por limitación del esfuerzo terapéutico se entiende a la decisión clínica de no iniciar o retirar las medidas de soporte vital cuando se percibe una desproporción entre estas y los fines de conseguir, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica. ⁽¹⁾

Todos los días en nuestro trabajo asistencial en Cuidados Intensivos, ofrecemos soportes de vida a los pacientes que admitimos, quienes para ingresar deben tener enfermedades potencialmente recuperables y no terminales, evitando prolongar el estado de agonía utilizando soportes de vida en forma innecesaria, el denominado Encarnizamiento Terapéutico, que es la aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles, prolongando en forma indefinida la agonía del paciente y demorando la llegada inevitable de la muerte.

En Andalucía España la aprobación de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que regula de forma bastante y detallada la LET, ha supuesto cambios sustanciales en su práctica en esta Comunidad Autónoma. La introducción por esta Ley de los Comités de Ética Asistencial como instancia de apoyo a la toma de decisiones, en aquellos casos que se consideren éticamente conflictivos, significa un elemento de refuerzo de la necesaria

normalización de la práctica de la LET en Andalucía con criterios de calidad ética y técnica.

Al respecto; en el Perú el Hospital Edgardo Revagliati Martins realizó una encuesta a 116 profesionales Intensivistas (57 médicos y 59 enfermeras) sobre *Soportes de Vida y Limitación del Esfuerzo Terapéutico* y llegaron a obtener los siguientes resultados 25% sabía el concepto Eutanasia, Ortotanasia, Distanasia y Adistanasia, el 42.2% opinaron que en la decisión para la LET debería tenerse en cuenta predominantemente la opinión del paciente. Los factores que influirían en la toma de decisiones serían la calidad de vida pre y post UCI, la edad y el estado de salud previo del paciente. Fueron consideradas medidas paliativas, principalmente: Higiene del enfermo, Cambios posturales y analgesia, y medidas extraordinarias fueron: resucitación cardio-pulmonar, ventilación mecánica e inotrópicos. La calidad de vida fue considerada al estado semivegetativo (93%) y la dependencia de ventilación mecánica (90%). El 93% estuvo de acuerdo con la Ortotanasia y 69% con la Eutanasia; lo que indica que en este hospital se realiza Limitación del Esfuerzo Terapéutico, para ello el rol de la enfermera es muy importante al brindar cuidados de calidad hasta que el paciente fallezca y evitar así el sufrimiento innecesario del paciente.

En la UCI del Hospital Nacional Hipólito Unanue también se realiza limitación del esfuerzo terapéutico a pacientes no recuperables, basado en protocolos y ello está plasmado en las Historias clínicas de los pacientes a los que se toma la decisión de Limitar, con la finalidad de evitar el sufrimiento innecesario del paciente y el uso inadecuado de los recursos; así mismo es necesario conocer la opinión de la enfermera quien cumple un rol importante en la atención de paciente brindando cuidados paliativos necesarios evitando el sufrimiento del paciente, ya que

la indicación de Limitar es propiamente del médico y la enfermera cumple las indicaciones mas no retira los cuidados de enfermería el paciente hasta el fin de su vida.

Monteverde (20), refiere que la enfermera juega un papel importante en la toma de decisiones al realizar LET, 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 paciente. 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.

La enfermera debe hacer respetar los deseos del paciente, defender su estado y velar por su bienestar y el de su familia. Además, facilita la toma de decisiones puesto que presenta de forma clara el estado del paciente ayudando a los familiares a dirigir las acciones a sus objetivos de cuidado, que implican aliviar el dolor en el paciente y crear la mejor experiencia posible al final de la vida, ayudando a los familiares a aceptar la muerte. El hecho de estar siempre cerca al paciente en la administración del cuidado, le permite percibir en forma temprana cuando un tratamiento deja de ser efectivo. Por lo tanto, es ella quien vela por el bienestar del paciente en los momentos más difíciles de su vida y puede en un momento abogar por el paciente al iniciar la discusión y proponer ante el personal médico el considerar limitar una terapia. Algunos resultados sugieren que en el 63,9% de los casos es la enfermera quien inicia la discusión por considerar fútiles las terapias en un paciente (21).

Se realiza el presente estudio, con el objeto de conocer el comportamiento y actitudes de los profesionales de enfermería intensiva hacia la Limitación del Esfuerzo Terapéutica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos, representan para el profesional de enfermería un reto por la complejidad del cuidado que ellos ameritan, ya que en el día a día, la enfermera asiste las necesidades del paciente causadas por la pérdida de independencia y autonomía.

Si bien es cierto la decisión realizar Limitación del Esfuerzo Terapéutico corresponde al médico y el Profesional de Enfermería cumple un rol importante en la toma de decisiones dentro del equipo de salud asumiendo el compromiso de cuidar y ayudar a mantener la salud, salvaguardar la integridad, brindando soporte espiritual y psicológico al paciente y la familia mediante el cuidado humanizado.

Es importante para el estudio determinar la opinión de los Profesionales de Enfermería frente a la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, porque las enfermeras muchas veces se ven influenciadas por su religión o su formación a tener diversas opiniones a favor o en contra al momento de suspender o iniciar un tratamiento, cuando se le indica Limitar al paciente, esto le genera ansiedad, estrés y muchos conflictos personales e interpersonales y esto muchas veces puede conllevar a disminuir la calidad de la atención de enfermería al paciente en sus últimos días de vida.

Los resultados del presente estudio permitirán conocer la opinión del profesional de enfermería sobre LET y así evitar los conflictos personales e interpersonales frente a dicha indicación; tener sustento teórico y científico que nos permita mejorar los cuidados del paciente terminal y porque no promover la elaboración de un protocolo de atención de enfermería; teniendo en cuenta la teoría de enfermería en el Final de la Vida propuesta por Shirley M. Moore y Cornelia M. Ruland. Quien enfatiza el cuidado del profesional de enfermería que brinda la asistencia necesaria para la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, sentimientos de paz y para seguir el acompañamiento de amigos y familiares. ⁽¹⁹⁾

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Determinar la opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a información sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Identificar la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a toma decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Identificar la opinión de los profesionales de enfermería en cuanto a cuidados de enfermería en limitación del esfuerzo terapéutico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

M. Gálvez González, España, de 2010. Presento un estudio titulado: “El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera” el cual tuvo como objetivo: conocer las vivencias y actitudes del profesional de enfermería ante el fenómeno de la muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos. ⁽³⁾

La Metodología: Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. Comparación constante e incorporación progresiva de participantes mediante muestreo intencional. La técnica de recogida de datos empleada fue la entrevista en profundidad semiestructurada, las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. Los datos recogidos fueron verificados por los informantes y analizados siguiendo los pasos propuestos por Taylor-Bogdan. ⁽³⁾

La conclusión a la que llego Este estudio refleja las contribuciones que el profesional de enfermería puede realizar en la toma de decisiones y atención al paciente moribundo ingresado en estas áreas. ⁽³⁾

Ortega Enrrique Javier. Hospital de Niños Santísima Trinidad de la provincia de Córdoba Argentina, presentaron un estudio titulado: “Que sabemos sobre limitación del esfuerzo terapéutico”

2007 Córdoba - Argentina; el cual tuvo como objetivo: realizar un relevamiento de los profesionales (enfermeras y médicos) del hospital de Niños de la Provincia de Córdoba sobre el conocimiento de este tema, objetivizar la forma más frecuente de aplicación y las características de los pacientes a los cuales se le aplica LET; el método empleado fue mediante una encuesta a 166 profesionales entre médicos y enfermeras. Los resultados fueron analizados en Planillas de cálculo Excel y luego expresados en valores absolutos. (4)

La conclusión a la que llego entre otras fue:

El 40% de médicos y el 17% de las enfermeras definieron correctamente el significado de LET. Otro aspecto por destacar fue que la mayoría de los Profesionales que habían definido correctamente L.E.T destaco que los pacientes con diagnostico de Muerte Cerebral eran pasibles de la aplicación de L.E.T. desprendiéndose de esto la falta de un correcto conocimiento sobre este tema. La forma más frecuente de aplicación fue la decisión de no reanimar, seguida de la no instauración de ARM en el 17% de los casos. De acuerdo a todos los resultados podríamos aseverar que en el personal profesional del Hospital de Niños de la Prov. de Córdoba y sobre todo sus residentes en formación poseen un escaso conocimiento sobre este tema que es un aspecto importante de la Bioética Clínica. (4)

Latorre K (2007) realizo un estudio sobre **Limitación** del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una unidad de medicina intensiva. Opinión sobre calidad de Vida. España 2007, España El objetivo de esta investigación fue conocer la opinión sobre calidad de vida en pacientes con enfermedad terminal. Estudio descriptivo prospectivo realizado en Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud. El resultado fue que el 99% de los profesionales encuestados esta a favor de que el paciente tenga una muerte digna, el 93% estan en contra del encarnizamiento terapeutico y el

92% esta a favor de no realizar resucitación al paciente terminal.(25)

Lucia Sanchez Carballo presentó un estudio titulado: “Intervención de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico” 2008 Bogotá - Colombia; el cual tuvo como objetivo: Determinar la Intervención de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico. (5)

El método empleado fue: una muestra constituida por 85 pacientes que ingresaron consecutivamente a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Stanford de febrero a setiembre de 1995.

La conclusión a la que llegó entre otras fue:

La intervención de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente en UCI viene dada en torno a 3 ejes. Equipo médico, paciente y familia y la interacción que con ellos se establece.

La familia juega un papel muy importante en la toma de decisiones, ya que el paciente crítico en estado terminal no va poder expresar su opinión al respecto, debido a su estado patológico (sedación, intubación...) en todo el proceso de decisión se debe tener en cuenta a los familiares y enfermería tiene una labor fundamental como nexo de unión entre estos y el resto del equipo de salud (5)

Victoria Llaja Rojas, César Sarria JOYA, presentaron un estudio titulado: “Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”2009 Lima - Perú; el cual tuvo como objetivo: La valoración ética sería una buena práctica clínica en el manejo de pacientes críticos. (6)

El método empleado fue: una muestra constituida por 116 profesionales Intensivistas de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se encuestó 57 médicos y 59 enfermeras de las 4 Unidades. (2C, 7B UCI, 7BUCIN y UCI Pediátrica). Se utilizó una encuesta de opinión de respuestas abiertas.

La conclusión a la que llegó entre otras fue: El 25% sabía el concepto Eutanasia, Ortotanasia, Distanasia y Adistanasia, el 42.2% opinaron que en la decisión para la LET debería tenerse en cuenta predominantemente la opinión del paciente. Los factores que influirían en la toma de decisiones serían la calidad de vida pre y post UCI, la edad y el estado de salud previo del paciente. Fueron consideradas medidas paliativas, principalmente: Higiene del enfermo, Cambios posturales y analgesia, y medidas extraordinarias fueron: resucitación cardio-pulmonar, ventilación mecánica e inotrópicos. La calidad de vida fue considerada al estado semivegetativo (93%) y la dependencia de ventilación mecánica (90%). El 93% estuvo de acuerdo con la Ortotanasia y 69% con la Eutanasia. (6)

Patricia Gioconda Gutierrez Montoya, presento un estudio titulado: “Actitud de los profesionales de la medicina intensiva frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados intensivos de Lima - Perú”2006; el cual tuvo como objetivo: Describir las actitudes de los médicos y enfermeros de la medicina intensiva en relación a la limitación de esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos de Lima. El método empleado fue descriptivo. (8)

La conclusión a la que llegó entre otras fue: En relación a la profesión, el 84,61% del personal de enfermería considera a la oxigenoterapia una medida paliativa diferencia de la opinión que

tienen más de la mitad de los médicos. El 65,2% de los médicos considera el estado de salud previo al ingreso a UCI como factor importante para limitar el esfuerzo terapéutico a diferencia de lo que considera el profesional de enfermería. Por otra parte, el 8,69% de los médicos encuestados independiente de la especialidad y el 41,02% del personal de enfermería no retiraría el ventilador mecánico a un paciente diagnosticado de muerte cerebral, a pesar de las recomendaciones de retirada del soporte vital por razones de futilidad fisiológica como es este caso, están establecidas. (8)

Lic. Jacqueline Bonilla Merizalde. Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales Eugenio Espejo y Carlos Andrade Marín. Quito Ecuador Enero 2010 – Julio 2011, presento un estudio titulado: “Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico; el cual tuvo como objetivo: Caracterizar las actitudes éticas del personal médico y la participación de enfermería y la familia la toma de decisiones en pacientes con LET; el método empleado fue Descriptivo en el que se integraron metodologías de trabajo cuali-cuantitativas, ya que se buscó conocer la relación entre los sujetos de la investigación y la conducta observada. La conclusión a la que llego entre otras fue: La limitación del esfuerzo terapéutico es difícil de distinguir dónde terminan los esfuerzos ordinarios y empiezan los extraordinarios y si es ético usarlos todos. La decisión de aplicar LET a un paciente crítico responde a la necesidad de humanizar el cuidado, 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. (8)

Muñoz Camargo presento un estudio titulado “Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales” 2011 España El objetivo de esta investigación fue conocer la valoración ética de los profesionales de salud de nuestro centro, respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida. Estudio descriptivo prospectivo realizado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real durante los meses de abril a agosto del año 2011. La muestra estuvo formada por 189 profesionales.

La conclusión a la que se llegó La mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable.

78% de enfermeras encuestadas tienen una opinión favorable y cabe destacar que la mayoría de los participantes del estudio, tomaría en cuenta la decisión del paciente, de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable, respetando al mismo tiempo la decisión de la familia en aquellas situaciones. (24)

2.2. BASES TEÓRICAS

A. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Definición: La Medicina Crítica y Terapia Intensiva es una rama de la medicina dedicada a la monitorización, diagnóstico y tratamiento del paciente crítico de una manera integral y multidisciplinaria. Son pacientes críticos aquellos, de diferentes especialidades médicas, que presentan una alteración del homeostasis corporal y que han alcanzado una severidad tal, que constituye una amenaza potencial a la vida o a la función; este paciente requiere de cuidados intensivos. Idealmente el servicio es ofrecido sólo a los pacientes cuyas condiciones son susceptibles de recuperarse, con un soporte vital de órganos y sistemas. Son también pacientes críticos, aquellos que requieren una monitorización intensiva/invasiva.

El manejo del paciente crítico se realiza en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI); donde se concentra los mejores recursos y la más alta tecnología disponible, del área médica.⁽⁷⁾

B. ENFERMEDAD FUNDAMENTAL: Aquella patología que, en opinión del médico responsable de la asistencia, tuvo mayor contribución, o en la decisión de la limitación del tratamiento o en el fallecimiento del paciente. ⁽⁸⁾

C. CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA

Según Grenvik, los enfermos ingresados a terapia intensiva pueden enmarcarse en alguno de estos grupos:

- a. **Soporte total.** - Pacientes en los que existe una cierta posibilidad de que las medidas implementadas lo mejoren; recibe todas las medidas necesarias, sin excepción. ⁽⁸⁾
- b. **Soporte con límites pre-establecidos.**- Tiene posibilidades de beneficiarse de cuidados intensivos, pero si sucede un evento adicional (Paro Cardiorespiratorio, disfunción de otro órgano que requiera soporte artificial), pasa a ser irreversible y no se justifica implementar medidas adicionales. ⁽⁸⁾
- c. **No instauración de medidas extraordinarias y Retiro de medidas de soporte.** - Si el paciente no responde al tratamiento que se instituyó en un plazo determinado y si la evaluación del paciente concluye que la calidad de vida será inaceptable; Ej. Injuria cerebral que no mejora. En ellos se retiran todas las medidas, salvo las destinadas a proporcionar el máximo bienestar del paciente. ⁽⁸⁾
- d. **Retirada de todas las medidas.** - Cuando se cumplen los criterios de muerte encefálica, salvo en el caso de

donación de órganos, en que se mantienen procedimientos para preservar los órganos a trasplantar.⁽⁸⁾

e. **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).⁽⁸⁾

D. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

a) **Definición:** La retirada o el no inicio de soporte vital es el proceso mediante el cual intervenciones médicas tales como la ventilación mecánica, la administración de drogas vasoactivas, hemodiálisis, etc son retiradas o no administradas a pacientes en los cuales dicha medida no representaría ningún beneficio, con la expectativa de que dicha actitud le conduzca a la muerte. En relación con la adopción de esta decisión de LET, diversas sociedades de Cuidados Intensivos han realizado diferentes consensos con el fin de que dichas intervenciones sean llevadas a cabo en pacientes en los que mantener estas medidas extraordinarias, sirven solo para prolongar el proceso de la muerte.⁽⁹⁾

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 entrada 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. (1)

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) se da ante la percepción de desproporción entre los fines y medios terapéuticos. (9)

La reanimación cardio-pulmonar (RCP) es el proceso que con más frecuencia no se aplica en el momento de LET y la ventilación mecánica es el proceso que se retira con mayor frecuencia en la UCIs. Tanto el no iniciar o retirar soporte vital es la causa directa de muerte en situaciones irreversibles más frecuente en UCI (70-90%). (7)

Un concepto que se debe tener en cuenta a la hora de realizar LET en UCI, es el concepto de futilidad, es decir, aquel acto médico cuya aplicación a un paciente está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado. (9)

En la práctica las recomendaciones no son tan claras ya que sólo se acepta la retirada de soporte vital por razones de futilidad fisiológica como por ejemplo la muerte cerebral, pacientes con fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días de duración y pacientes con estado vegetativo persistente.

Los tratamientos deberían definirse como fútiles sólo cuando no cumplen con su objetivo principal. Aquellos tratamientos que probablemente no sean beneficiosos, extremadamente costosos y de beneficio incierto, serán considerados inapropiados y por lo tanto no aconsejables, pero no deberían ser etiquetados como fútiles. Los tratamientos considerados fútiles constituyen una pequeña fracción del tratamiento médico, por lo que la sociedad debería afrontar la realidad de los límites de los recursos sanitarios y encontrar los mecanismos para distribuir estos recursos de forma justa y eficiente. (10)

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos supone la aceptación de la irreversibilidad del cuadro y por tanto de abandonar todas las terapias con fin curativo y administrar todas las precisas para garantizar el máximo bienestar posible el enfermo. (10)

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. (4)

b) Clasificación de los enfermos en orden a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Hace más de 25 años el Hospital de la Universidad Presviteriana de Pittsburg y Hospital General de Massachussets, propusieron un sistema de clasificación de los enfermos destinados a determinar de forma más objetiva las limitaciones de tratamientos que se deben establecer ante cada paciente.

- ✓ **categoría I: “soporte total”** todos los enfermos se encuentran incluidos en esta categoría al ingresar a un hospital y continúan en ella salvo que sean específicamente reclasificados. Se trata de pacientes que aunque tengan afectación de órganos vitales, se considera que el daño no es irreversible.

En estos enfermos se utilizan los recursos sin ningún tipo de limitación. (11)

- ✓ **Categoría II: “Enfermos que no deben ser sometidos a RCP”** Son pacientes que mantienen la función cerebral, pero se encuentran en situación de insuficiencia cardiaca irreversible, tienen fracasos orgánicos múltiples o se encuentran en fase terminal de una enfermedad incurable.

También se incluyen a aquellos enfermos que por sí mismos o por sus familiares manifiesten el deseo de que se continúen poniéndose en práctica las medidas terapéuticas posibles.

Estos pacientes reciben toda la ayuda médica intensiva en consonancia con los recursos médicos disponibles, pero si a pesar de todos los esfuerzos se produce un paro cardiaco, el paciente no es reanimado. Se le permite morir.⁽¹¹⁾

- ✓ **Categoría III: “Enfermos que no deben ser sometidos a medidas extraordinarias”** Aquellos en que la terapéutica agresiva conseguirá más bien retrasar la muerte que prolongar la vida. Estos pacientes mantienen función cerebral mínima y fracaso de varias funciones orgánicas.

En ellos se aplica tratamiento convencional pero se excluyen todas las medidas de soporte vital, como la ventilación artificial, técnicas de diálisis, nutrición parenteral, etc. Se está aplicando alguno de estos procedimientos en el momento de la reclasificación, se interrumpen las medidas, únicamente en el caso de que de ello no se derive la muerte inmediata.

Entiéndase como tratamiento ordinario aquel que representa algunas de las posibles características abundante; no invasivo; barato; disponible; de bajo riesgo; tecnología simple; temporal. ⁽¹¹⁾

- ✓ **Categoría IV: “Muerte cerebral”** Son pacientes considerados muertos según leyes actuales, incluidas en nuestro país, a pesar de que su corazón continúe latiendo y la respiración se mantenga con la ayuda de un ventilador mecánico.

En estos pacientes se debe suspender todo tipo de medidas, incluida la desconexión del respirador, con la

única excepción de que se vaya a trasplantar alguno de sus órganos.

Desde el punto de vista teórico, la clasificación de los enfermos en categorías adecuadas al grado de soporte vital al que deben ser sometidos proporciona una atención más humana y racional en situaciones desesperadas, facilita en la UCI mejores condiciones para los pacientes sus familiares y el personal, garantiza un máximo de cuidados para el enfermo que tiene mayores esperanzas de éxito; mejora la moral de trabajo del personal que a veces tiene la impresión de que su labor se limita a ser la antesala de la muerte y por último reduce los enormes costos inherentes a la UCI. ⁽¹¹⁾

c) 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 vasoactivos, antibióticos, diuréticos, citostáticos, derivados sanguíneos, nutrición enteral y parenteral e hidratación. ⁽¹¹⁾

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.

- d) 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. (11)

CAUSAS DE LIMITACIÓN DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA:

- a.** Ingreso no necesario. - Pacientes de escasa complejidad cuyo manejo en sala o en área de emergencia o en recuperación postoperatoria es factible.
- b.** Ingreso no justificado. - Pobre calidad de vida previa: paciente con grave deterioro intelectual, que no caminan, incontinentes, etc.
- c.** Con afecciones subyacentes en etapa final que sufren una brusca agravación: neoplasias con metástasis ya tratadas que agregan cuadros infecciosos por su propia inmunodepresión.
- d.** Aquellos que previamente presentaban un pobre pronóstico a corto plazo: cirróticos.
- e.** Aquellos 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 o escasa disponibilidad de camas. (6)

e) CRITERIOS PARA LIMITAR TRATAMIENTOS:

a) 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:

- Intervención sin racionalidad fisiopatológica
- Intervención que no produce efecto “fisiológico”
- Intervención que ya ha fallado en un paciente
- Tratamiento “máximo” que está fallando
- Intervención que no alcanza beneficios esperados (7)

b) 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 problema cuando no es fácil saber exactamente si la condición actual del paciente corresponde a la que él previó. (11)

- *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. (11)

- *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. (11)

c) 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. (11)

d) 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. (7)

E. PACIENTE TERMINAL

➤ **Definición de paciente:** el término paciente derivado del verbo latino que significa “*padecer*”, designa a las personas que reciben asistencia de enfermería. Es común que este vocablo tenga la connotación de dependencia, por tal razón muchas enfermeras prefieren utilizar la palabra cliente del latín que significa “*apoyarse*” y que trae consigo las connotaciones de alianza e interdependencia.

➤ **Significado del paciente en UCI:** El paciente grave o crítico, como nosotros le llamamos, es aquel que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo, lo que lo pone en riesgo vital o en riesgo de quedar con graves secuelas. Hacia todos estos enfermos están dirigidos nuestros esfuerzos humanos y científicos.

La atención del paciente en estado crítico plantea problemas diagnósticos y terapéuticos específicos. Al evaluar inicialmente a un paciente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de sus órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas. A demás en la persona con insuficiencia de múltiples órganos la reanimación o la estabilización suele ser más importante que la definición inmediata del diagnóstico específico.

➤ Paciente en Coma o estado vegetativo persistente (un mes o más de duración sin signos de mejoría).

Cualquier grado de coma que no reúna todos los criterios de muerte cerebral, interacción con el medio (aun cuando

pueda parecer despierto), sin evidencia clínica de actividad cortical, pudiendo haber respuestas reflejas, apertura ocular espontánea y ciclos de sueño - vigilia.

Para este grupo se aplican las mismas consideraciones que el anterior. El objetivo terapéutico más adecuado es el de los cuidados paliativos, la prolongación de la vida meramente biológica con técnicas de soporte vital invasivas debe ser desalentadas. (11)

- **Paciente con incapacidad grave:** pacientes conscientes pero que dependen de otros para cumplir con todas sus actividades de la vida cotidiana. Daño neurológico severo (parálisis cerebral, secuela grave de procesos infecciosos, traumáticos, etc.) o la incapacidad respiratoria progresiva (enfermedad osteoarticulares invalidantes, neuromusculares, etc).

En estos pacientes se realizan recomendaciones en forma individual.

Este tipo de decisiones, aun cuando los pacientes no representan una situación crítica, actual y potencial, deben participar todos los médicos tratantes (clínicos y especialistas) deben ser abordados con anticipación a fin de identificar para cada caso el mejor interés del paciente.

(11)

- **Enfermedad terminal:** Es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y pronóstico de vida no mayor a seis meses. Al no existir posibilidades de curación, la paliación es la alternativa más viable en este contexto. El manejo paliativo de pacientes en fases avanzadas de diferentes enfermedades plantea un reto en la atención médica, habiendo cobrado su mayor impulso a partir de las últimas

décadas, básicamente por los avances clínicos en el manejo de la población oncológica terminal. En la actualidad se dispone de un cúmulo de conocimientos que permite no sólo el mejor entendimiento de la fisiopatología de los síntomas comunes en esta fase, sino un abordaje terapéutico mucho más exitoso. (11)

- **Muerte cerebral:** Es el cese irreversible de la actividad cerebral y del tronco cerebral, en cuyo diagnóstico deben participar un grupo multidisciplinario de médicos (intensivista, emergencista y neurólogo o neurocirujano), cuando el diagnóstico está definido, estamos frente a un cadáver. (11)

F. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LET

La decisión del equipo asistencial de hacer LET en un paciente no sólo modifica los objetivos médicos, centrados hasta entonces en la curación. También implica modificaciones en los objetivos cuidadores de la Enfermería. Eso quiere decir que es necesario reorientar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que hasta entonces se haya aplicado a esa persona concreta. La LET obliga a dirigir los objetivos hacia la satisfacción de las necesidades básicas, el confort, el control del dolor y el alivio del sufrimiento de la persona enferma y de su familia.

Dada la gran diversidad de situaciones y la necesidad de personalizar en cada caso el Plan de Cuidados, resulta difícil ofrecer una propuesta única y cerrada de la manera en que debe organizarse el PAE. Sin embargo, sí se puede realizar una aproximación a los posibles diagnósticos enfermeros que pueden detectarse en relación a la LET, relativos tanto al paciente como a su familia.

Como hemos comentado el PAE tiene que centrar sus cuidados en mejorar la calidad de la atención del paciente crítico al final de la vida, así como en el acompañamiento a la familia, orientando las distintas intervenciones a desarrollar y los objetivos a alcanzar.

G. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Simone Roach, enfermera y filósofa, en su libro *The Human act of Caring: a blueprint for the health profession*, determina que el cuidar presenta cinco características esenciales. Son las cinco "C":

- **Compasión:** El cuidar puede ser profesional, pero la compasión ha de ser experimentada por lo que esta actitud no se muestra por obligación, sino por solidaridad, es decir, se trata de percibir el sufrimiento ajeno como propio.
- **Competencia:** Relacionado con la capacidad de raciocinio, interiorización de conocimientos, experiencia y motivaciones para responder adecuadamente a las demandas de las personas cuidadas, por lo que una compasión sin competencia no es profesional y no se dan los cuidados oportunos; pero una competencia sin compasión puede ser encarnizada y deshumanizadora.
- **Confianza:** Es imposible imaginar el logro de unos objetivos asistenciales sin que exista una relación y mutuo respeto entre el cuidador y la persona cuidada.
- **Conciencia:** Es la brújula moral que debe dirigir la conducta del cuidador, esto significa reflexión, prudencia a la hora de tomar una elección.
- **Compromiso:** Es una convergencia entre nuestras obligaciones y deseos con la elección deliberada de actuar según ellos.

Cuidar implica cuidarse Para cuidar al otro, uno mismo debe cuidarse; es una responsabilidad del propio cuidador

compartida con la propia Institución. Un aspecto importante es la formación y competencia personal profesional del cuidador que tiene que ver con tres aspectos del saber en estrecha interacción entre sí:

- El saber teórico, que está relacionado con la profesión.
- El saber hacer, que nos proporciona habilidades técnicas y la destreza profesional
- El saber ser, asociado con la dimensión afectiva, las actitudes, los valores. En el ámbito profesional, un elemento clave que puede afectar a los cuidados es el síndrome de burnout del cuidador y uno de los factores de protección es el trabajo en equipo.

H. TEORÍA ENFERMERÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA (FV) CORNELIA M. RULAND SHIRLEY M. MOORE

Esta teoría está conformada por diferentes tipos de marcos teóricos. Se centran en el modelo de Donabedian de estructura. La teoría FV es como la principal de todas las teorías pues señala la explicación de la complejidad de las interacciones y organización a lo referente de la sanidad. El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le brinda al paciente (terminal) el cuidado el profesional enfermero con sus interposiciones para brindarle la asistencia necesaria para la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, sentimientos de paz y para seguir el acompañamiento de amigos y familiares.

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

- **Ausencia de dolor:** El fundamento del FV es procurarle y evitarle dolor al paciente o de las sintomatologías

precedentes de enfermedad. El dolor se conceptualiza como una emoción sensorial o pasajera que denota cierto grado de incomodidad. En este concepto se busca que el paciente esté libre de todo tipo de sufrimiento o molestia ya que el dolor se considera como una experiencia desagradable. (19)

- **Experiencia de Bienestar:** Se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y todo lo relacionado con que se hace la vida placentera.
- **Experiencia de Dignidad y Respeto:** Se toma el valor de la persona como principio ético y de respeto, y se da protección a aquellas que dependen de los demás. Asistir a la persona que sufren desestructuración temporal o duradera. (19)
- **Estado de Tranquilidad:** Se define como el sentimiento de calma, no hay ansiedad por nada, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual.
- **Proximidad a los allegados:** Es estar conectados implícitamente mediante sentimientos de afecto o amor. La cercanía física o emocional (19)

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

- **Persona:** La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida, son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente.
- **Cuidado en enfermería:** El personal enfermero analiza la situación por la cual se está presentando e intervienen de la forma más correcta sin ser exagerados, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte.

Se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad. (20)

➤ **Salud:** Se debe buscar la mejor forma y maneja para terminar o suplantar el dolor sufridas por el paciente terminal y además de lograr un mejor estado de salud. (20)

➤ **Entorno:** Desde el estado terminal, al paciente se le debe administrar el mayor estado de armonía, tranquilidad, comprensión y calma mediante la cercanía a sus allegados o familia, ofreciéndole un servicio preciso, atento y eficaz. (20)

I. FUNDAMENTOS ÉTICOS Y JURÍDICOS

Fundamentos de la bioética: Los principios básicos en 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 de salud e investigador la toma de decisiones racionales concretas en la resolución de los conflictos de valores que plantea el ejercicio de su actividad. (10)

Es preciso que los clínicos actúen siempre teniendo en cuenta los 4 principios fundamentales que definen la práctica médica ética. Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia han pasado a considerarse como los principios generales de la Bioética, no sólo en el ámbito de la experimentación humana, en el cual se habían definido, sino en cualquier ámbito de la biomedicina en el que se tengan que resolver problemas prácticos concretos en una sociedad pluralista. (10)

Las decisiones éticas requieren lo que Norman Daniels denominó un amplio equilibrio reflexivo, que aúna los principios, las consecuencias y las intuiciones morales previas en relación con la experiencia práctica. Así ocurre en las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico: se basan en la indicación (no maleficencia) y la beneficencia, deben evaluar las consecuencias, y deben también integrar en el análisis la experiencia clínica previa. Es, en definitiva, una ética responsable en el uso adecuado de la técnica. (10)

- ✓ **La Autonomía** se refiere a individuos competentes que tienen el derecho de rechazar el tratamiento médico, incluso cuando la decisión no va en su mejor interés: así mismo obliga a respetar los deseos del paciente de las decisiones que le atañen. Constituye la base del consentimiento informado. El principio de autonomía, denominado en el informe Belmont, principio de respeto a las personas, establece la imperatividad de dicha consideración y constituye un presupuesto de carácter individualista. Se considera autónoma la persona con capacidad para obrar, facultad de enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias. La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable, derecho que también tiene el individuo enfermo. (10)

El respeto al ejercicio de la autonomía del paciente tiene numerosas implicaciones para el médico:

- Dar al paciente toda la información relevante para que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa.
- Facilitar la comunicación, utilizando lenguaje comprensible, sabiendo escuchar con la actitud de querer comprender su situación, deseos y preferencias.

- No informar sobre el diagnóstico, pronóstico y calidad de vida resultante del tratamiento propuesto a menos que el paciente solicite lo contrario.
 - Exponer ecuánimemente las distintas alternativas terapéuticas.
 - Respetar la confidencialidad, así como las promesas o compromisos contraídos con el paciente. (10)
- ✓ ***El principio de beneficencia:*** se adscribe a la virtud moral de acciones que se dirigen a beneficiar a otra persona, ya que los pacientes son incapaces de formular alguna opinión en relación al beneficio propio. Sin embargo, éste principio no es claro en cuanto a si se debe apoyar la prolongación de la vida en situaciones extremas. En los casos de los pacientes en etapa terminal, los cuidados paliativos se enmarcan en la aplicación de este principio. Esto es muy importante. El paciente que está en situación terminal no debe ser abandonado. Todavía hay mucho que se puede hacer por él y su familia acompañándola y dándole apoyo espiritual adecuado a sus creencias familiares, aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Constituye el criterio, impuesto por la tradición médica, que compromete a proporcionar beneficios a otros y supone la obligación ética principal de proporcionar beneficios suprimiendo prejuicios.
- El médico debe responsabilizarse en busca de cumplir los objetivos de la medicina que los podemos resumir en tratar lo mejor posible al paciente, restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento. (10)
- ✓ ***El principio de no-maleficencia,*** sugiere que la acción moralmente correcta es aquella que no promueve el daño,

dolor o sufrimiento. Actualmente, la tecnología moderna ofrecida para prolongar la vida también prolonga el sufrimiento. Aquellos tratamientos que prolongan el sufrimiento deben ser cuidadosamente considerados y justificados.

Es el que obliga a no perjudicar a los otros. “Primum non nocere”, un principio válido y prioritario para todos que debe cumplirse prioritariamente por razones de justicia, en todos los ámbitos de la sociedad y no solo en el ámbito de salud. Dicho de otra manera, el principio de la no-maleficencia se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa una complicación, daño o cualquier tipo de lesión. Cuando un paciente está sometido a soporte vital avanzado sin que existan prácticamente posibilidades de que se recupere una razonable calidad de vida, se está violando el principio de no-maleficencia. En general, el análisis del principio de no-maleficencia debe realizarse conjuntamente con el de beneficencia, para que en las decisiones prevalezca siempre la utilidad sobre el perjuicio. Para los profesionales de la sanidad la exigencia de no-maleficencia presenta abundantes implicaciones pues obliga a:

- Tener una formación, teórica y práctica, rigurosa y continuamente actualizada para dedicarse al ejercicio profesional.
- Buscar o investigar procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos y mejorar los existentes para que sean menos cruentos y dolorosos para el paciente.
- Avanzar en el tratamiento del dolor.
- Evitar la llamada medicina defensiva, no multiplicando innecesariamente los procedimientos diagnósticos.

- Cultivar una actitud favorable para una correcta relación con el paciente. ⁽¹⁰⁾
- ✓ ***El principio de justicia*** entendido como respeto de equidad, por el cual todos los miembros de la sociedad deben ser considerados iguales, sin que ello permita discriminaciones en el ejercicio profesional en razón de edad, sexo , raza, religión o cualquier otra circunstancia; el principio de justicia exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa; por esto, administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, a otros más necesitados, con lo que se viola dicho principio. A pesar de que es responsabilidad de las autoridades sanitarias, la escasez de recursos no basta para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).
- El deber de justicia, deber “prima facie” para W.D. Ross (1) está basado en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas. Diversos criterios sociales entran en la reflexión ética conectados con este principio: por ejemplo, la asignación y distribución de recursos escasos, o los derechos de terceros. Ello de acuerdo con una serie de datos constatables:
- ✓ La desigualdad entre todos los hombres. Por lo que la igualdad es solo una aspiración: que los hombres sean menos desiguales.
 - ✓ La Ley de los Presupuestos Generales del Estado determina el porcentaje de los recursos globales que nuestra sociedad asigna anualmente a la asistencia sanitaria, por lo que la cuantía de esta asignación es una decisión política.

- ✓ La distribución y priorización de estos recursos asignados en los presupuestos a los pacientes individuales, es una decisión de política sanitaria.
- ✓ Son menores los recursos asignados que los gastos que comporta la demanda de asistencia sanitaria de la población.⁽¹⁰⁾

J. GENERALIDADES SOBRE OPINIÓN

1. **DEFINICIÓN DE OPINIÓN:** La palabra opinión proviene de raíces latinas de la palabra “**opinari**” que quiere decir formar un juicio. Entonces se entiende por opinión el dictamen o juicio que se tiene sobre algo, alguien o sobre alguna cosa cuestionable en particular. En otras palabras, es el modo o manera de juzgar sobre un asunto en específico. Otras fuentes definen opinión como el pensamiento de un individuo expuesto sobre algún tema. ⁽²¹⁾

Opinión (Filosofía): Grado de posesión de la verdad respecto de un conocimiento que se afirma como verdadero sin tener garantía de su validez. Se contrapone a la certeza como posesión plena de la verdad que se afirma sin sombra de duda acerca de su validez

Definición de opinión personal: La opinión es la valoración subjetiva en relación con un tema determinado. Y la opinión personal es, lógicamente, la valoración de un individuo.

La opinión se diferencia del conocimiento. Fueron los griegos de la antigüedad quienes diferenciaban la doxa (opinión) de la episteme (el conocimiento). La opinión es interna, subjetiva, variable, la mayoría de las veces interesada y no tiene por qué tener un fundamento. Por el

contrario, el conocimiento es objetivo, con carácter general, concreto y tiene algún tipo de prueba que lo avale. (21)

2. COMPONENTES DE LA OPINIÓN

- **La presencia de un tema** La opinión Pública se forma alrededor de un tema o conjuntos de temas públicos que se encuentran en el tapete y que ocasionan posturas contrapuestas.
- **La naturaleza del público** Hay muchos públicos volcados hacia diferentes focos de interés. Cada tema genera su propio público, aunque en muchos casos algunos individuos se sitúen en diversos públicos.
- **Un complejo espacio de creencias del público** Se trata de distribución de las opiniones sobre un tema. Hay que tener en cuenta que algunas creencias, y sólo algunas, son mutuamente excluyentes entre sí. Ellas están en función de las actitudes y experiencias anteriores, como la complejidad del tema. Algunos temas homogeneizan públicos y otros no. A este conjunto se le denomina complejo de creencias.
- **La expresión de la opinión pública** Resulta desde los medios de comunicación, de toda variedad hasta los gestos, mímica y todos los códigos simbólicos.

El número de personas involucradas En cada caso, el número es diferente y quizá incierto; lo importante es que el número sea capaz de producir algún efecto. (21)

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA OPINIÓN

La opinión pública presenta como principales características generales las siguientes:

- **Heterogeneidad:** La heterogeneidad de la opinión pública cabe interpretarla en dos sentidos diferentes. De una parte, es la consecuencia directa de la articulación de una diversidad de públicos ante una misma secuencia de informaciones. Pero también hace referencia a la existencia de líderes de opinión dentro de un mismo público, es decir, la existencia de individuos o grupos capaces de condicionarlas opiniones del resto de los miembros del público. En este caso la heterogeneidad evidencia el distinto peso que poseen las opiniones según procedan de uno u otro sector del público. ⁽²¹⁾

- **Intensidad variable.** La opinión pública varía en intensidad en función inversamente proporcional al tiempo. Esto significa que la intensidad de la opinión tiende a atenuarse con el transcurso del tiempo pudiendo llegar a desaparecer o modificarse sustancialmente si no existe una repetición de las informaciones que la originaron. Existe también otro factor de variación en la intensidad de la opinión pública según recaiga sobre los valores básicos de una sociedad, los intereses o demandas de sectores sociales más o menos amplios o, simplemente sobre ciertos comportamientos particulares. En el primero de estos tres supuestos la opinión pública muestra una intensidad constante durante amplios períodos de tiempo que alcanzan a varias generaciones y configuran lo que DUROSELLE denominó, hace ya más de tres décadas,

como «la personalidad nacional» de un pueblo. La opinión pública que recae sobre demandas sociales presenta una intensidad mucho menos duradera, pudiendo prolongarse por períodos de varios años, pero mostrando una fuerte tendencia a modificarse con el cambio generacional. Por último, la opinión pública demuestra una intensidad ocasional o coyuntural cuando se articula con referencia a ciertas decisiones o comportamientos específicos, ya sean individuales o colectivos, siendo frecuente que experimente alteraciones en breves lapsos temporales. (21)

- Naturaleza agregada y no decisional. La tercera nota distintiva de la opinión pública es su naturaleza agregada y no decisional. De acuerdo con el análisis de ROSENAU, la opinión pública se desarrolla mediante procesos de agregación accidental articulada y, como ya hemos señalado, su proyección social se deja sentir, principalmente en el terreno de la influencia o la presión. En función de esta característica cabe excluir de la opinión pública internacional las opiniones o criterios sustentados por los representantes o portavoces de los grupos con una capacidad de actuación internacional directa. (21)

2.3 Planteamiento de hipótesis

- Los profesionales de enfermería tienen una opinión favorable en cuanto a información sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Los profesionales de enfermería tienen una opinión favorable en cuanto a toma decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Los profesionales de enfermería tienen una opinión favorable en cuanto a cuidados de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Los profesionales de enfermería tienen una opinión desfavorable en cuanto a información sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Los profesionales de enfermería tienen una opinión desfavorable en cuanto a toma decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico.
- Los profesionales de enfermería tienen una opinión desfavorable en cuanto a cuidados de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico.

2.4 Identificación y definición de las variables

- ✓ **Limitación del esfuerzo terapéutico (LET):** “retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría”.

- ✓ **Opinión:** Se entiende por opinión el dictamen o juicio que se tiene sobre algo, alguien o sobre alguna cosa cuestionable en particular. La opinión es la valoración subjetiva en relación con un tema determinado.

- ✓ **Enfermeros de UCI:** son profesionales con especialidad que están trabajando en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Hipólito Unanue.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación es cuantitativo porque se obtienen datos susceptibles de cuantificación que permiten un tratamiento estadístico enfatizando los atributos de la experiencia humana que determinara la Opinión de los profesionales de enfermería sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico y permite presentar los hallazgos tal y como se suscitan en un tiempo y espacio determinado.

De nivel aplicativo ya que los resultados contribuirán a mejorar e incorporar nuevas estrategias dentro de sus contenidos que permitan conocer las opiniones de las enfermeras y así contribuir a mejorar la atención de los pacientes de UCI.

Se utilizó el método descriptivo ya que nos permitirá mostrar la información tal y como se obtenga de acuerdo a la realidad y de corte transversal porque los datos se recolectarán en un tiempo determinado.

3.2 Lugar del estudio

El estudio se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicada en la Av. César

Vallejo 1390, distrito del Agustino – Lima. Dicha institución está a cargo del Dr. DR. Mario Suarez Lazo.

3.3 Población del estudio

La población de estudio estará conformada por todos los enfermeros que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.4 Unidad de análisis: Lic. De enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.5 Muestra y muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó el método probabilístico aleatorio, ya que todos individuos de la población forman parte de la muestra del estudio y serán todos los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.6 Criterios de selección

3.6.1 Criterios de inclusión

- Enfermeros asistenciales que laboran Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Enfermeros con tiempo de servicio mayor de 1 año.
- Enfermeros que acepten participar en el estudio.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Enfermeras jefas de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Enfermeros que se encuentren de vacaciones, licencia por enfermedad o inasistencia el día de la aplicación del instrumento.

- Enfermeras que estén realizando pasantías o prácticas de segunda especialidad.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica a usar es la encuesta y el instrumento es la escala de Likert.

Que tiene como objetivo identificar las opiniones de los enfermeros sobre limitación del esfuerzo terapéutico. Consta de 3 partes: la primera parte viene a ser la introducción donde se menciona el título, los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda parte corresponde a las instrucciones. La tercera parte consta de 23 preguntas, las cuales nos permitirá conocer la actitud que tienen de los profesionales de Enfermería hacia la limitación del esfuerzo terapéutico.

3.8 Proceso de análisis e interpretación de la información

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo correspondiente a través de un oficio al director a fin de obtener la autorización respectiva, luego se realizaron las coordinaciones con Jefe de Departamento de enfermería y servicio correspondiente para la aplicación del instrumento, se tuvo un tiempo máximo de 20 minutos por persona, la persona será asesorada por el investigador para el llenado del instrumento.

Para la interpretación y análisis de datos se tabuló y clasificó en forma manual se vaciaron los datos en hojas de codificación. Para la medición de la variable se elaboro una tabla de códigos asignándole un valor de 1 a 5 a las proposiciones negativas y de 5 a 1 a las proposiciones positivas. Luego se aplico la escala de Sturges, a fin de determinar los intervalos de clase de la variable de estudio.

Para la medición de la variable actitudes en forma general se aplico la escala de Sturges. Luego de la recolección de datos estos fueron procesados de forma manual en base a la escala ordinal de interpretación de datos, cuyo análisis para cada uno de los ítems es de la siguiente manera:

En caso positivo:

| | |
|---------------------------------|----------|
| Totalmente De acuerdo (TD) | 5 Puntos |
| De acuerdo (D) | 4 Puntos |
| Indeciso (I) | 3 Puntos |
| Desacuerdo (DS) | 2 Puntos |
| Totalmente en Desacuerdo (T.DS) | 1 Punto |

En caso negativo

| | |
|---------------------------------|----------|
| Totalmente De acuerdo (TD) | 1 Punto |
| De acuerdo (D) | 2 Puntos |
| Indeciso (I) | 3 Puntos |
| Desacuerdo (DS) | 4 Puntos |
| Totalmente en Desacuerdo (T.DS) | 5 Puntos |

Para la medición de la variable opinión en forma general se aplico la escala de Sturges.

Opinión desfavorable: 22 - 51

Opinión indiferente: 52 - 81

Opinión favorable: 82 -110

3.9 Consideraciones éticas

El estudio se realizó previa autorización de la institución y el consentimiento informado del sujeto de estudio. (Anexo D).

3.10 Aspectos éticos de la investigación

Para el desarrollo del estudio se tomó en cuenta las consideraciones éticas básicas sobre el consentimiento informado a los profesionales de Enfermería y la confidencialidad de los datos obtenidos. Además, se solicitó anticipadamente la autorización respectiva a la dirección de Hospital Hipólito Unanue.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

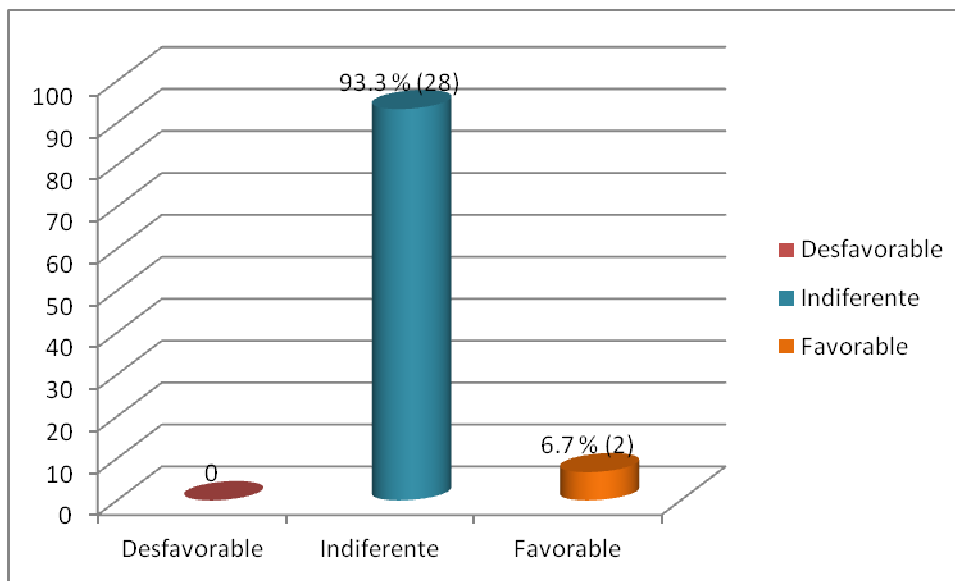
Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en cuadros para su respectivo análisis e interpretación.

4.1. Resultados de datos generales

En cuanto a los datos generales se tiene que de un total de 30(100%) de profesionales de Enfermería que laboran en UCI, el 27 (90%) tienen especialidad en UCI y 3(10%) son de otras especialidades, con un tiempo de servicio que fluctúa de 3 a 25 años; así mismo el 23 (76.7%) son de sexo femenino y solo 1(3.3%) masculino, cuyas edades oscilan entre 30 y 60 años, de los cuales el 28 (93.3%) son católicos y 2(6.7%) pertenecen a otra religión.

4.2. Resultado de datos específicos

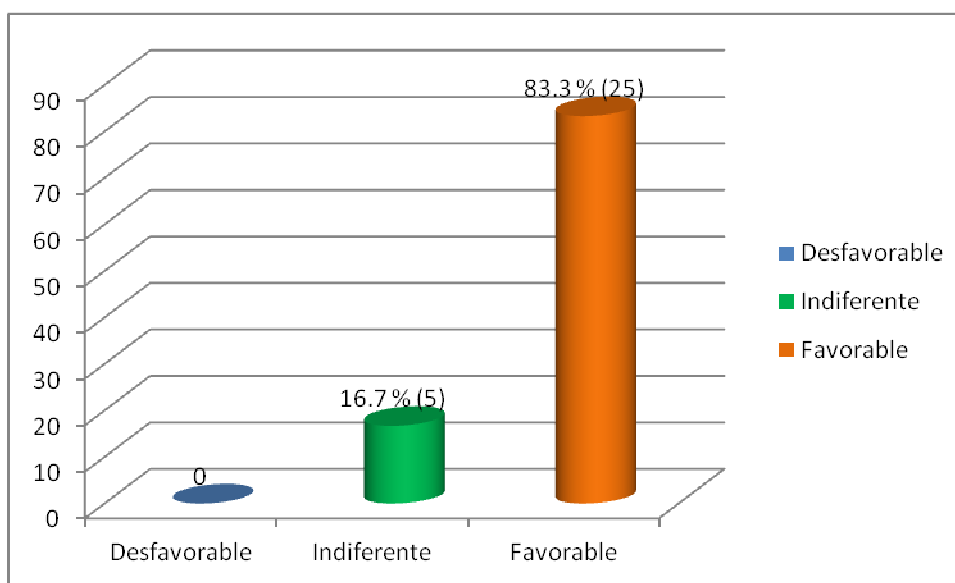
GRÁFICO N° 01
“OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
LIMA- PERÚ 2015”



INTERPRETACIÓN GRÁFICO 1

En el gráfico se observa que de un total de 30 (100%) profesionales de enfermería, 28 (93.3%) tiene una opinión indiferente y 2 (6.7%) una Opinión favorable sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

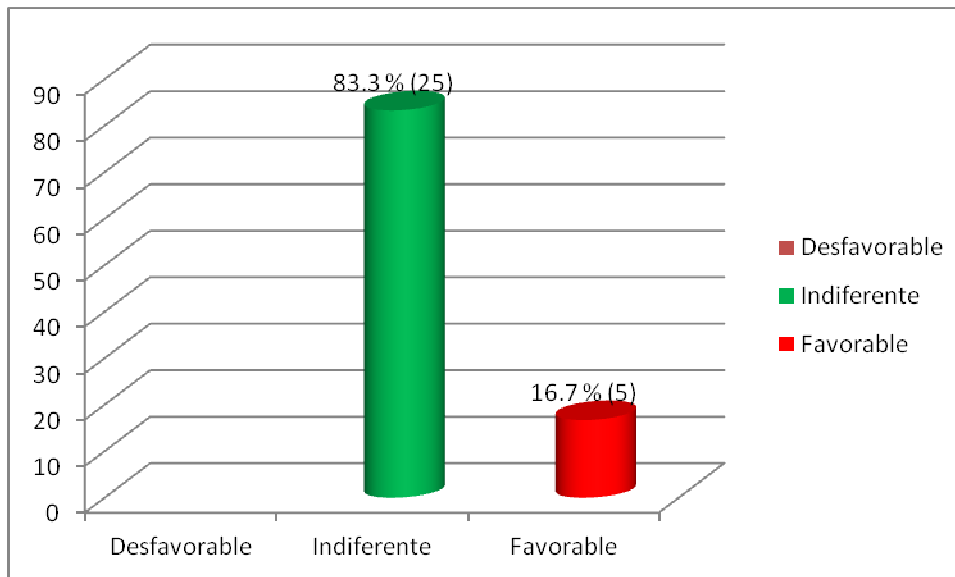
GRÁFICO N° 02
“OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIÓN INFORMACIÓN SOBRE LIMITACIÓN DEL
ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
LIMA- PERÚ 2015”



INTERPRETACION GRÁFICO 2

En el grafico se observa que de un total de 30 (100%) profesionales de enfermería, 25 (83.3%) tiene una opinión favorable y 5 (16.7%) una Opinión indiferente en la dimensión de información sobre Limitacion del Esfuerzo Terapeutico.

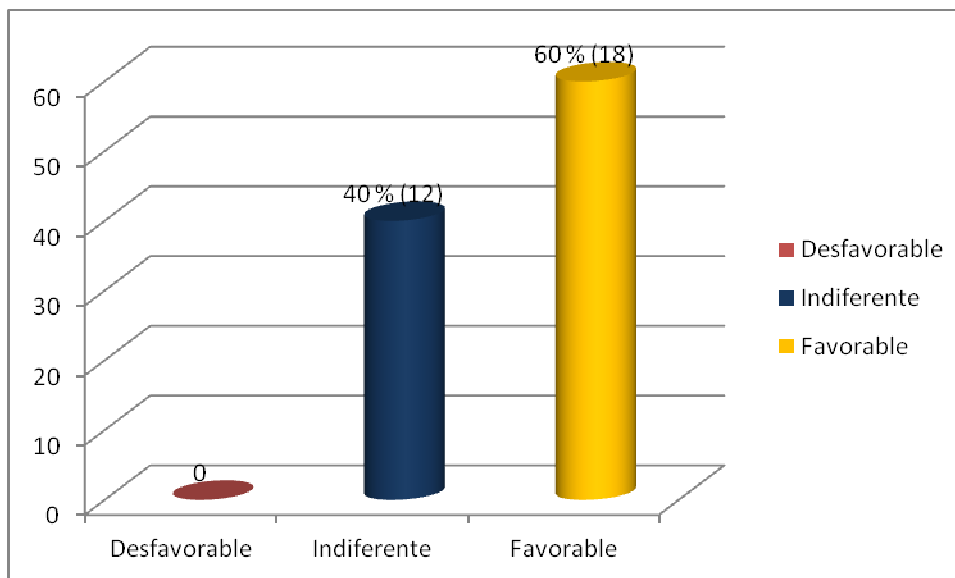
GRÁFICO N° 03
“OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIÓN, TOMA DE DESICIONES SOBRE LIMITACIÓN DEL
ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
LIMA- PERÚ 2015”



INTERPRETACION GRAFICO 3

En el grafico N° con respecto a la direccion de la opion sobre LET se observa que de un total de 30 (100%) profesionales de enfermería, 25 (83.3%) tiene una opinión indiferente y 5 (16,7%) una opinión favorable sobre limitación del esfuerzo terapéutico en cuanto a la dimensión toma de decisiones.

GRÁFICO N° 04
“OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN
DIMENSIÓN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LIMITACIÓN
DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
LIMA- PERÚ 2015”



INTERPRETACION GRÁFICO 4

En el gráfico N° con respecto a la dirección de la opinión sobre LET se observa que de un total de 30 (100%) profesionales de enfermería, 18 (60%) tiene una opinión favorable y el 12 (40%) tiene una opinión indiferente sobre limitación del esfuerzo terapéutico en cuanto a la dimensión cuidados de enfermería.

4.2. Discusión

Según los gráficos antes presentados vemos que la opinión de las enfermeras respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue es indiferente, pero en la dimensión información es favorable, lo cual indica que las enfermeras consideran oportuno la información cuando se decida la LET y en cuanto a la toma de decisiones le es indiferente, lo que refleja la razón de ser de su quehacer profesional dentro del equipo de salud. Cuidar al paciente hasta el último momento de su vida y ayudar a llegar al final de su vida con dignidad” lo cual con los resultados de opinión favorable en la dimensión cuidados de enfermería lo evidencian.

Los pacientes críticos, son aquellos que presentan una alteración de la homeostasis corporal y que han alcanzado una severidad tal, que constituye una amenaza potencial a la vida o a la función; este paciente requiere de cuidados intensivos para lo cual son admitidos en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI); área donde se concentra los mejores recursos y la más alta tecnología disponible, del área médica y también están dotados de personal capacitado idóneo para el manejo de pacientes altamente críticos. (7)

Según Gremio, los enfermos ingresados a terapia intensiva pueden enmarcarse en, los grupos de: el que requiere *sopORTE total* son los que tiene posibilidades de mejora, *sopORTE con límites pre-establecidos* por la posibilidades de beneficiarse de cuidados intensivos, los *No instauración de medidas extraordinarias* y *Retiro de medidas de soporte* aquellos pacientes que no responden al tratamiento que se instituyó en un plazo determinado y si la evaluación del paciente concluye que la calidad de vida será inaceptable; Ej. Injuria cerebral que no mejora. En ellos se retiran todas las medidas, salvo las destinadas a proporcionar el máximo bienestar del paciente, *La de Retirada de todas las medidas cuando se cumplen los criterios de muerte encefálica*, salvo en el caso de donación

de órganos, en que se mantienen procedimientos para preservar los órganos a trasplantar y de *Cuidados paliativos*.

Limitación del esfuerzo terapéutico es la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.⁽²³⁾

Limitación del esfuerzo terapéutico médico (LET) se contempla como lo que es, una decisión más de la medicina crítica, limitar nos conduce a reconocer que abandonar las medidas de soporte vital no supone abandonar del todo al paciente y al entorno familiar en el proceso de muerte. Por último, y una vez tomada la decisión de LET, es necesario determinar el modo de realización: mantener el tratamiento actual pero sin añadir nuevas técnicas o fármacos, retirar el tratamiento actual, retirar la ventilación mecánica, etc. ⁽¹⁷⁾

Así tenemos trabajos de investigación que nos permita contrastar los resultados con los trabajos de:

Muñoz Camargo (2011) realizó una encuesta sobre opinión de los profesionales de UCI sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico el 78% de enfermeras encuestadas tienen una opinión favorable y cabe destacar que la mayoría de los participantes del estudio, tomaría en cuenta la decisión del paciente, de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable, respetando al mismo tiempo la decisión de la familia en aquellas situaciones. ⁽²⁴⁾

Latorre K (2007) realizó un estudio sobre Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una unidad de medicina intensiva. Opinión sobre calidad de Vida, el resultado fue que el 99% de los profesionales encuestados está a favor de que el paciente tenga una muerte digna, el

93% están en contra del encarnizamiento terapéutico y el 92% está a favor de no realizar resucitación al paciente terminal.⁽²⁵⁾

La enfermería es la profesión del cuidado. Y Cuidado de enfermería se refiere al acto metodológico tomando en cuenta las dimensiones humanas de la satisfacción de las necesidades básicas orientada a mantener la vida dignamente y con bienestar en cualquier ámbito laboral. En el caso del paciente críticamente enfermo hospitalizado en cuidados intensivos los cuidados son más intensos, agudos y acuciosos, respetuoso muy al margen de la situación de salud irreversible. En enfermería es parte del equipo de salud, cumple funciones, por lo tanto, existen funciones interdependientes, siendo la terapéutica médica una función dependiente que cumple la enfermería bajo su responsabilidad. Entonces la retirada de la terapéutica médica como fármacos, procedimientos invasivos, Instalación de equipos tecnológicos mecánicos que aún mantienen la vida las funciones vitales del paciente; es responsabilidad netamente del médico tratante. Siendo el cuidado del paciente, hasta el momento de su deceso responsabilidad plena de la enfermera. Tal como la teorista Donabedian afirma, que la enfermera con sus interposiciones cuida al paciente críticamente enfermo con estrategias que conduzcan a la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, logre sentimientos de paz e incluso incorporando a la familia en el acompañamiento hasta el final de su vida.

Al respecto Victoria Llaja Rojas, César Sarria JOYA, en su trabajo refieren que fueron consideradas medidas paliativas, principalmente: Higiene del enfermo, Cambios posturales y analgesia, y medidas extraordinarias fueron: resucitación cardio-pulmonar, ventilación mecánica e inotrópicos.

La opinión indiferente respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico está en relación a la opinión favorable en un 60% según dimensión cuidado de enfermería esto indica que la función de la enfermera es cuidar al paciente hasta el final de su vida aplicando toda las estrategias existentes para tal fin, aplicando la ética y deontología que caracteriza su

quehacer, igualmente la opinión favorable en cuanto a la dimensión información nos indica que la enfermera tiene bien claro la aplicación elemental de los principios éticos por todo el equipo de salud en la atención del paciente en especial que su vida está en peligro o que está en el final de ella, en este caso el de la autonomía. Porque nadie tiene la potestad de decidir autoritariamente por la vida de nadie. La opinión indiferente respecto a la toma de decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos muestra que la enfermera respeta por la función del otro profesional, tiene claro que el médico es responsable de sus actos y que él tiene sus razones científicas, legales, éticas porque lo hace siempre y cuando deje evidenciado en la historia clínica esta decisión.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al término del presente estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. La opinión que predomina en los profesionales de enfermería de UCI sobre limitación del esfuerzo terapéutico según dimensión información es favorable, lo que indica que tiene muy claro los principios de autonomía y el respeto por el paciente y sus familiares.
2. Un porcentaje significativo de los profesionales de enfermería de UCI tienen una opinión indiferente, en cuanto a la dimensión de toma de decisiones, lo que nos muestra que la decisión de la retirada de la terapéutica no es su responsabilidad sino del médico.
3. En cuanto a la dimensión de cuidados de enfermería en limitación del esfuerzo terapéutico los profesionales tienen una opinión favorable, esto indica que los profesionales de enfermería tienen bien claro que su función es la de cuidar al paciente hasta el final de su vida y con dignidad.

5.2. LIMITACIONES

1. Los resultados sólo pueden ser generalizados a poblaciones similares a la estudiada.
2. La falta de tiempo de profesional de enfermería por la carga laboral que presentan en el momento de la aplicación de la encuesta.

5.3. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se han formulado al concluir el estudio son:

1. Fortalecer el trabajo en equipo con respeto y en cuanto a las funciones que desempeña cada miembro del equipo.
2. Fortalecer la resiliencia de la enfermera frente a la situación crítica del paciente con el fin de lograr un final placentero y su propio crecimiento personal a pesar de la adversidad y situación crítica que le toca vivir durante el que hacer profesional.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- (1) **Dres. J.L San Martin Monzó y J.A Gomez Rubi. Del hospital universitario virgen de la Arrixaca Murcia**, “Limitación al esfuerzo terapéutico las connotaciones éticas y jurídicas” España 1995.
- (2) **COLLIÉRE, Marie-Francoise.** Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Revista ROL Enfermería, 1999, 22(1): 27-3
- (3) **Gomez Cuenca L. Moreno Garriba MR.** “Problemática la Limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos y neonatales” España 2005.
- (4) **Ortega Enrrique Javier.** “Que sabemos sobre limitación del esfuerzo terapéutico” España 2007.
- (5) **Lucia Sánchez Carballo:** “Intervención de Enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico” Bogotá - Colombia 2008.
- (6) **Victoria Llaja Rojas, César Sarria JOYA** “Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins” Lima 2009.
- (7) **CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA.** Declaración de posición. La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. Adoptada en el año 2000.
- (8) **Patricia Gioconda Gutiérrez Montoya,** “Actitud de los profesionales de la medicina intensiva frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados intensivos de Lima.”2006.
- (9) **Lic. Jacqueline Bonilla Merizalde,** “Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación

del Esfuerzo Terapéutico” Quito Ecuador enero 2010 – Julio 2011.

- (10) **Drs. María Althabe, Gustavo Crdigni, Juan Carlos Vasallo, Marcela Codermatz, Clelia Orsi, Adrian Saporiti.** “Consenso sobre recomendaciones acerca de la Limitación del Soporte Vital en terapia intensiva”. Argentina 1999.
- (11) **A. Couceiro Vidal.** “¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico?” Madrid España 1998.
- (12) **Javier Barbero Gutiérrez, Carlos Romeo Casabona, Paloma Gijón y Javier Júdez,** “Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud”. España 2001.
- (13) **Simón Lorda - Pablo, Esteban López - María Sagrario y Cruz Piqueras Maite** “LIMITACIÓN del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos” Sevilla España 2014.
- (14) **BUENDIA, José.** Psicología Clínica. Perspectivas actuales. Edición pirámide.1999.
- (15) Materiales de Bioética y derecho. María Casado. *Ed Cedecs* Editorial S.L. Barcelona 1966.
- (16) Limitación al Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva. Lluís Cabre 1998. Trabajo fin de Master Bioética.
- (17) **Javier de la Torre Díaz,** “La limitación del esfuerzo terapéutico en mayores.”. **Madrid (2009). Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 95. [Fecha de publicación: 28/10/2009].**
- (18) **Blanco, Luis Guillermo.** “Muerte Digna. Consideraciones bioético-jurídicas” (Prólogo del Dr. Germán J. Bidart Campos), Editorial Ad-Hoc, Buenos Aires, 1997.
- (19) **Cornelia M. Ruland, Shirley M. Moore;** Teoría del Final tranquilo de la vida.
- (20) **Alligood, Martha Raile.** Modelos y teorías en enfermería séptima edición. Capítulo 23, (página 754). Elsevier)

- (21) **Calduch, R.-** Relaciones Internacionales, Edit. Ediciones Ciencias Sociales. Madrid, 1991.
- (22) **Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey:** European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. Nurs Crit Care. 2009; 14(3): 110-121.
- (23) **Ake Grenvik** fundador de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM). titulada "40 años de CCM a Pitt." 18 de septiembre de 2008.
- (24) **Muñoz Camargo** Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General Universitario, Ciudad Real, España 2011.
- (25) **Iribarren S, Latorre K, Muñoz T, Poveda Y, Dudagoitia JL, Martínez S,** Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una unidad de medicina intensiva. Análisis de factores asociados. Med Intensiva. 2007; 31:68-72.

BIBLIOGRAFIA

- HARRISON. Principios de medicina interna. 16^º edición. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. Vol. México. 2006.
- BRUNNER Lilian Enfermería Médico Quirúrgica 2da ed. Mexico: Ed. Interamericana S.A. 1980.
- HERNÁNDEZ, Roberto. Metodología de la Investigación. 4ta edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 2006.
- D.URDEN, Linda Cuidados Intensivos en enfermería 3ra ed. España Ed. Mosby 1995.
- F. POLIT, Dense Investigación Científica en Ciencias de la Salud 5ta. Mexico Ed. Mc-Graw – Hill Interamericana 1997.
- MEDINA, José Luis. La pedagogía del cuidado. Ed. Laertes. España.1999.
- S. CARLESSI, Hugo Metodología y Diseños de Investigación Científica 2da ed. Perú. Ed. Mantaro 1998.
- R. HEERKENS, Gary Gestión de Proyectos 1ra ed. España Ed. Mc-Graw – Hill Profesional 2002.
- PAUL MARIÑO El libro de la UCI 3ra ed. Philadelphia USA Lippincott Williams y Wilkins 2007.

CONSULTAS ELECTRONICAS

- Organización Nacional de Trasplante de España: http://www.ont.es/home?id_nodo=124.
- <http://www.unmsm.edu.pe/Destacados/contenido.php?mver=12>
- <http://www.monografias.com/trabajos54/donar-organos2.shtml>
- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>
- <http://definicion.de/opinion/>
- <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-limitacion-esfuerzo-terapeutico-opinion-los-profesionales-90149971>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

| ANEXO | | Pág. |
|--------------|---|-------------|
| A | Operacionalización de la variable | I |
| B | Instrumento | II |
| C | Escala de calificación del instrumento | IV |
| D | Prueba binomial - escala de likert | V |
| E | Validez estadística de la escala de likert | VI |
| F | Determinación de la confiabilidad de la escala de likert | VII |
| G | Determinación de los niveles de opinión método de sturges | VIII |
| H | Matriz general – escala de likert | IX |
| I | Confiabilidad del instrumento kuder richarson | XI |
| J | Especialidad de los profesionales de enfermería | XII |
| K | Edad de los profesionales de enfermería | XIII |
| L | Genero de los profesionales de enfermería | XIV |
| M | Religión de los profesionales de enfermería | XV |
| N | Tiempo de servicio de los profesionales de enfermería | XVI |

ANEXO "A"

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición de la variable. | Dimensión | Indicador | Valor final | Def. operacional |
|---|---|---|---|--|--|
| Opinión de los profesionales de enfermería sobre limitación del esfuerzo terapéutico. | La opinión es la valoración subjetiva que tiene el profesional de enfermería a responder de una determinada manera hacia la Limitación del Esfuerzo Terapéutico. La opinión puede ser intensa o tener una direccionalidad negativa o positiva sobre de acuerdo a las creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre y se manifiestan de diferente manera | Información Toma de decisión Cuidados de enfermería | Paciente Familia Enfermera Retiro del tratamiento. No inicio del tratamiento. Cuidados paliativos Administración de sedo analgesia. | Favorable Desfavorable Indiferente | La opinión de la enfermera sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico, es una respuesta emocional y mental frente a circunstancias que consiste en decidir en qué momento se inicia o se suspende el tratamiento de un paciente con mal pronóstico de vida, así mismo permite conocer el comportamiento y decisión de los profesionales de enfermería intensiva respecto al potencial de limitación del esfuerzo terapéutica. |

ANEXO “B”

ESCALA DE MEDICION DE OPINIÓN SOBRE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

I. INTRODUCCION

Buenos días, Lic. en Enfermería, estoy realizando un trabajo de investigación titulado: **“Opinión de los profesionales de enfermería sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico”**, con el objetivo de identificar la opinión que tienen los profesionales de enfermería hacia la Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET).

Los resultados se utilizarán sólo con fines de estudio, es de carácter anónimo y demorará aproximadamente 10 minutos.

Esperando tener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta 23 ítems acompañados cada uno de ellos por alternativas de respuestas para lo cual Ud. debe marcar uno de los 5 casilleros con un aspa (X) de acuerdo a su criterio.

ASPECTOS GENERALES:

1. Edad:.....años
2. Religión.....
3. Tiempo de servicio:años
4. Sexo
 - a) Femenino
 - b) Masculino

INSTRUCTIVO.

A continuación, se le presenta los siguientes enunciados que consta de 5 alternativas, lea cuidadosamente y marque la opción que considere adecuada.

III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

| Proposiciones | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indeciso | desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|------------|----------|------------|--------------------------|
| 1. Es correcto Informar, educar al paciente y familia acerca de LET | | | | | |
| 2. Está de acuerdo que el paciente mismo, si es competente, es quien debe decidir si se realiza LET. | | | | | |
| 3. Es Incorrecto que la familia tome la decisión de LET en caso de que el paciente no sea competente. | | | | | |
| 4. Es correcto realizar Eutanasia en pacientes con indicación de LET. | | | | | |
| 5. Es bueno informar a los compañeros sobre decisión de LET. | | | | | |
| 6. Es necesario realizar LET en pacientes con mal pronóstico de vida. | | | | | |
| 7. Es bueno desconectar el ventilador mecánico en el paciente con indicación de LET. | | | | | |
| 8. Es importante administrar sedoanalgesia en el paciente medicamente a fin de evitar el sufrimiento | | | | | |
| 9. Está de acuerdo en retirar el oxígeno al paciente con indicación de LET. | | | | | |
| 10. No estoy de acuerdo que un paciente este con traqueotomía permanente que tiene indicado LET | | | | | |
| 11. Está de acuerdo en continuar con tratamientos en pacientes con indicación de LET. | | | | | |
| 12. Es necesario realizar medidas extraordinarias en paciente con mal pronóstico de vida | | | | | |
| 13. Es bueno aliviar el dolor, la ansiedad y el sufrimiento a pacientes con LET | | | | | |
| 14. Es importante la participación del médico familia y enfermera en la decisión de limitar a un paciente. | | | | | |
| 15. Es adecuado que ingresen a UCI pacientes sin esperanza de supervivencia. | | | | | |
| 16. Está de acuerdo que ingresen a UCI pacientes según criterios protocolizados y clínicamente recuperables. | | | | | |
| 17. Es importante que exista un protocolo de atención de enfermería para el cuidado del paciente con indicación de LET. | | | | | |
| 18. No es importante la información que se ofrece al paciente y/o familia, en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico del paciente | | | | | |
| 19. Considero importante que el paciente con LET tenga una muerte digna. | | | | | |
| 20. Es importante que este escrito en la Historia Clínica la autorización del paciente o la familia en el caso de una parada cardíaca, la orden de no resucitación. | | | | | |
| 21. Está de acuerdo con mantener los cuidados de enfermería a los pacientes con LET | | | | | |
| 22. Está de acuerdo en continuar con la nutrición del paciente cuando tenga indicación de LET. | | | | | |
| 23. No es adecuado brindar medidas paliativas la paciente con LET. | | | | | |

ANEXO "C"

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Estimado Juez experto:

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta. Marcar con un aspa (X) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

| Nº | CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----|--|----|----|---------------|
| 1 | El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación | | | |
| 2 | El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | | | |
| 3 | La estructura del instrumento es adecuado | | | |
| 4 | Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable | | | |
| 5 | La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | | | |
| 6 | Los ítems son claros y entendibles | | | |
| 7 | El numero de ítems es adecuado para la investigación | | | |

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma del Juez Experto

ANEXO "D"

PRUEBA BINOMIAL - ESCALA DE LIKERT

VALIDEZ DE CRITERIO

PRUEBA BINOMIAL

| ITEMS | Nº Jueces | | | | | | | | P |
|-------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.145 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |
| TOTAL | | | | | | | | | 0.121 |

* En estas proposiciones se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativo

Se ha considerado:

Favorable=0 (Si)

Desfavorable =1 (No)

$$P = \frac{\sum P}{7} = \frac{0.121}{7}$$

$$P = 0.017$$

ANEXOS “E”

VALIDEZ ESTADÍSTICA DE LA ESCALA LIKERT

Para la validez estadística de la escala de Likert se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson a 15 profesionales de enfermería de la de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

$$R = \frac{\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum X)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

| | Item-Total Correlation(R) |
|--------|------------------------------|
| Item1 | 0,28 |
| Item2 | 0,22 |
| Item3 | 0.29 |
| Item4 | 0,22 |
| Item5 | 0,27 |
| Item6 | 0,26 |
| Item7 | 0,27 |
| Item8 | 0,25 |
| Item9 | 0,24 |
| Item10 | 0,25 |
| Item11 | 0,43 |
| Item12 | 0.29 |
| Item13 | 0,29 |
| Item14 | 0.22 |
| Item15 | 0.29 |
| Item16 | 0.22 |
| Item17 | 0.27 |
| Item18 | 0.27 |
| Item19 | 0.29 |
| Item20 | 0.22 |
| Item21 | 0.24 |
| Item22 | 0.25 |
| Item23 | 1 |

Ítems con coeficiente de correlación $R > 0.20$ son aceptables

ANEXOS "F"

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD

DE LA ESCALA DE LIKERT

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 15 profesionales de enfermería, se midió con el coeficiente de confiabilidad de alfa de Combrach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{St} \right)$$

Donde:

K: Numero de ítems

Si2 : varianza de cada item

St: Varianza de la suma de item

$$\alpha = \frac{23}{23-1} \left(1 - \frac{17.88}{41.5} \right) = \frac{23}{22} (1- 0,43) = 1.05 (0,57) = 0,59$$

La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente alfa de Cronbach indicó que produce datos consistentes internamente. La consistencia interna de la escala con 23 ítems fue alta (alfa=0.59)

ANEXO "G"
DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE OPINIÓN
METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 115 - 23 = 92$

2. $I = R/3 = 92/3 = 30.6$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (23 + 30.6)$$

$$a = 53.6$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I = 53.6 + 30.6 = 84.2$$

Categorías:

Desfavorable: 23 – 54

Indiferente: 55 – 84

Favorable: 85 – 115

ANEXO H
MATRIZ GENERAL – ESCALA DE LIKERT

| Sujeto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | Total |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 1 | 5 | 5 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 81 |
| 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 76 |
| 3 | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 76 |
| 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 76 |
| 5 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 76 |
| 6 | 5 | 5 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 78 |
| 7 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 71 |
| 8 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 79 |
| 9 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 68 |
| 10 | 4 | 5 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 82 |
| 11 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 77 |
| 12 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 75 |
| 13 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 80 |
| 14 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 | 70 |
| 15 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 73 |
| 16 | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 81 |
| 17 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 78 |
| 18 | 5 | 4 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 79 |
| 19 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 2 | 1 | 76 |
| 20 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 2 | 1 | 76 |
| 21 | 5 | 5 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | 76 |
| 22 | 4 | 4 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 1 | 73 |
| 23 | 5 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 81 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 24 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 2 | 1 | 78 |
| 25 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 74 |
| 26 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 2 | 1 | 75 |
| 27 | 5 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 1 | 75 |
| 28 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 74 |
| 29 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 67 |
| 30 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 4 | 1 | 70 |

ANEXO J
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
KUDER RICHARSON

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

Donde: $\alpha > 0.6$

α = Confiabilidad calculada

K = Número total de preguntas

S²_i = Varianza de cada individual

S²_t = Varianza de los puntos totales

Σ = Sumatoria

$$\alpha = \frac{18}{17} \left(1 - \frac{15.62}{38.14} \right)$$

$\alpha = 0.62$ (**confiable**)

ANEXO K
ESPECIALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LA UCI DEL HNHU
LIMA – PERÚ
2015

| Especialidad | Profesionales de Enfermería | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------|
| | N° | % |
| Enfermería intensiva | 27 | 90 |
| Otros | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 % |

ANEXO L
EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LA UCI DEL HNHU
LIMA – PERÚ
2015

| Edad | Profesionales de Enfermería | |
|---------------------|------------------------------------|--------------|
| | N° | % |
| 30 a 45años | 23 | 76.7 |
| 46 a 59 años | 4 | 13.3 |
| >60 años | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 % |

ANEXO M
GÉNERO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LA UCI DEL HNHU
LIMA – PERÚ
2015

| Sexo | Profesionales de enfermería | |
|------------------|------------------------------------|--------------|
| | N° | % |
| Femenino | 29 | 96.7 |
| Masculino | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100 % |

ANEXO N
RELIGIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LA UCI DEL HNHU
LIMA – PERÚ
2015

| Religión | Profesionales de enfermería | |
|-----------------|------------------------------------|--------------|
| | N° | % |
| Católico | 28 | 93.3 |
| Otros | 2 | 6.7 |
| Total | 30 | 100 % |

ANEXO O
TIEMPO DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE LA UCI DEL HNHU
LIMA – PERÚ
2015

| Tiempo de servicio | Profesionales de enfermería | |
|---------------------------|------------------------------------|--------------|
| | Nº | % |
| 3 a 10 años | 18 | 60 |
| 11 a 18 años | 9 | 30 |
| 19 a 25 años | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 % |