



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TALLER DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

VIVENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON
LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO DE UNA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA PERTENECIENTE A UNA INSTITUCION PRIVADA DE LA CUIDAD DE
COMODORO RIVADAVIA PROVINCIA DE CHUBUT EN EL AÑO 2023

Presentado por:

Cuevas Pamela

Tutor: Vukusich Verónica

Comodoro Rivadavia, año 2023

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	IV
SUMMARY.....	V
INTRODUCCION	6
CAPITULO I	7
DIMENSION EPISTEMOLOGICA	7
AREA TEMATICA	8
LINEA DE INVESTIGACION	9
OBJETO DE INVESTIGACION	11
PREGUNTAS AL PROBLEMA.....	12
FUENTES DEL OBJETO PROBLEMA	12
ESTADO DEL ARTE	12
MARCO REFERENCIAL-CONCEPTUAL-TEORICO (MRCT).....	20
OBJETIVOS GENERALES	25
RELEVANCIA ACADEMICA.....	26
CAPITULO II	27
DIMENSION DE LA ESTRATEGIA GENERAL	27
TIPO DE DISEÑO	28
POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	29
SELECCIÓN DE MUESTRA/CASOS	29
CRITERIOS DE SELECTIVIDAD.....	29
ASPECTOS ÉTICOS/BIOÉTICOS.....	30
CAPITULO III	32
DIMENSION DE LAS TÉCNICAS DE LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
MAPEO/ CARTOGRAFÍA SOCIAL:	33
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
Preguntas de entrevista abierta – semiestructurada	33
ANÁLISIS DE DATOS.....	34
CODIFICACIÓN	34

MATRIZ DE DATOS.....	35
CATEGORIAS DE ANALISIS/ CONVERGENCIAS.....	69
INTERPRETACION	72
RECONTEXTUALIZACION	75
CONCLUSION GENERAL	76
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS.....	79
Consentimiento informado.....	79
Consentimientos de entrevistados	80
Nota de permiso para realización de trabajo de investigación	83
Entrevistas.....	84

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación fue desarrollado utilizando lógica cualitativa, a través de un proceso dialectico e interpretativo, con razonamiento inductivo, que a su vez tiene presente al diseño fenomenológico. El objetivo fue conocer las vivencias del personal de enfermería de una institución privada, el cual brinda cuidados en la unidad de terapia intensiva de adultos a pacientes que cuentan con limitación del esfuerzo terapéutico (objeto de investigación).

Así mismo se llevó a cabo una búsqueda de artículos de investigación, los cuales le dan sustento y apoyan al objeto. De igual modo se plantean teorías de enfermería que acompañan y fundamentan los resultados obtenidos. En relación con el tipo de diseño utilizado fue cualitativo fenomenológico descriptivo transversal. También se hicieron presentes los aspectos éticos y bioéticos y se utilizó un consentimiento informado para los informantes. En cuanto a las técnicas utilizadas para la recolección de datos, fue una entrevista abierta semi estructurada, realizada a los informantes y de allí se realizó un análisis de datos inductivo creciente, obteniendo categorías de análisis, las cuales agrupadas formulan convergencias, que a su vez las mismas dan respuesta al objeto-problema y preguntas planteadas.

Palabras clave: diseño fenomenológico; vivencias; limitación del esfuerzo terapéutico; aspectos éticos/bioéticos.

SUMMARY

The following research work was developed using qualitative logic, through a dialectical and interpretative process, with inductive reasoning, which in turn takes into account phenomenological design. The objective of this study was to learn about the experiences of the nursing staff of a private institution, which provides care in the adult intensive care unit to patients who have limited therapeutic effort (object of investigation).

A search was also carried out for research articles, which support the object. In the same way, nursing theories are proposed that accompany and substantiate the results obtained. In relation to the type of design used, it was qualitative, phenomenological, descriptive, cross-sectional. Ethical and bioethical aspects were also taken into account and informed consent was used for the informants. Regarding the techniques used for data collection, it was a semi-structured open interview, carried out with the informants and from there an increasing inductive data analysis was carried out, obtaining categories of analysis, which grouped formulate convergences, which in turn respond to the object-problem and questions posed.

Keywords: phenomenological design; Experiences; limitation of therapeutic effort; ethical/bioethical aspects.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación trata sobre un trabajo de investigación realizado por la alumna Cuevas Pamela, para ser presentado ante la Catedra de Taller de Investigación, de 5to año de la carrera de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de Cs Naturales y Cs de la Salud, de la UNPSJB.

El mismo se realizó en la ciudad de Comodoro Rivadavia, durante el año 2023, en una institución privada de salud y el servicio destinado fue el sector de la Unidad de Terapia Intensiva de adultos.

El trabajo se desarrolló utilizando la investigación cualitativa y utilizando el razonamiento inductivo, con el propósito de conocer las vivencias del personal de enfermería que brindan cuidados a pacientes críticos y que se encuentran con limitación del esfuerzo terapéutico.

Se realizó un trabajo de escritorio, buscando fundamentación científica que fundamente lo obtenido y desarrollado, que a su vez se sustenta y relaciona con las teorías de enfermería, dando significado a los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a los participantes. Pudiendo llevar a cabo un análisis y conocer como repercute y atraviesan el personal de enfermería las situaciones que se generan en su trabajo diario.

CAPITULO I
DIMENSION EPISTEMOLOGICA

AREA TEMATICA

Cuidados del personal de enfermería a pacientes críticos

Las Ciencias de Enfermería, se enfocan en brindarle cuidados, hablando holísticamente; todo tipo de cuidados, que se le brindan a los pacientes que se encuentran internados. Dentro de esta área temática, se hará hincapié a los pacientes que se encuentran en una situación crítica dentro de una UTI¹, requiriendo muchos cuidados específicos y algunos de los cuales se encuentran en riesgo de muerte.

Según el área temática nombrada anteriormente, en un artículo de investigación presentado por el autor (Carrasco, 2022), denominado “Ajuste de la relación o cociente $\text{PaO}_2^2/\text{Fio}_2^3$ a la presión barométrica en la ciudad de La Paz 3600 msnm” se desarrolla la relación FIO_2 a la presión barométrica en la ciudad de La Paz. En los pacientes en estado crítico, la hipoxemia es común, la misma puede ser causada por hipoventilación, trastornos en la ventilación/ perfusión, los cortocircuitos derecha-izquierda, o en la limitación de la difusión a través de la membrana alveolo-capilar.

La hipoxia hiperbárica es un fenómeno que existe y que debe tenerse en cuenta para establecer la definición de LPA/SIRPA (lesión pulmonar aguda/ síndrome de distrés respiratorio agudo), es necesario entender los cambios de dicho fenómeno, este disminuye con la altura sobre el nivel del mar, por ello los pacientes que residen en altitudes mayores sobre el nivel del mar tienen un grado de hipoxemia menor que los residentes al nivel del mar en el momento del criterio LPA/SIRPA.

Se han utilizado diferentes índices la UTI para controlar el estado ventilatorio y de oxigenación de los pacientes que se encuentran con ventilación mecánica y evaluar la evolución de su función respiratoria, compromiso pulmonar, efectos de los cambios en las modalidades de ventilación y el daño pulmonar.

En lo que le confiere a este estudio al momento de medir la oxigenación, vieron que las personas que se encuentran a mayor altitud se les debe aumentar la diferencia que existe

¹ Unidad de terapia intensiva.

² Presión parcial de oxígeno.

³ Fracción de oxígeno inspirado.

entre P/F ajustada y la P/F no ajustada, ya que éstas se encuentran aclimatadas y la PaO₂ es menor comparada con otra que vive a nivel del mar.

Continuando con lo que refiere al cuidado, cuando se habla de las causas de ingreso a la UTI, una de ellas es la sepsis, el siguiente artículo de investigación de denomina “Desempeño profesional de enfermería en la atención al paciente quirúrgico séptico” (Noriega Campos, 2022). El consenso internacional modifico su definición y se dice que es una disfunción multiorgánica que puede ocasionar la muerte, debido a una respuesta desregulada del huésped a la infección.

Actualmente las infecciones del sitio quirúrgico son la tercera infección nosocomial más frecuente, aunque la intervención se realice por vía laparoscópica, estos pacientes son más susceptibles a infectarse, lo que puede evolucionar en un estado séptico, aumentar la morbilidad y los costos de la atención médica.

Al realizar una prueba de desempeño del personal de enfermería de la UTI del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso en la Habana, Cuba, se consideraron los indicadores de actitud, dominio asistencial y superación profesional, los que volcaron como conclusión una actitud adecuada en los cuidados hacia los pacientes quirúrgicos sépticos, en relación al dominio asistencial y la superación profesional se consideró de medio adecuado en el análisis se detectó algunas deficiencias significativas como el uso de nuevas tecnologías y la escasa participación en las alternativas de superación posgraduada.

LINEA DE INVESTIGACION

El profesional de enfermería y la gestión del cuidado.

Al seleccionar esta línea de investigación, se harán investigaciones e indagara sobre cómo se desempeñan el personal de enfermería de una UTI, si tienen inquietudes y/o necesidades por satisfacer. Si hay algunas tareas que se le dificultan más que otras. Como llevan adelante y como se organizan en base a los cuidados hacia pacientes con diferentes

patologías y mayormente con pacientes que se encuentran el LET⁴, y si es que lo requieren se podrían realizar cambios para llevar todo a un ambiente más agradable para todos.

Para dar justificación a la línea nombrada anteriormente se seleccionaron los siguientes artículos de investigación:

El término limitación de esfuerzos terapéuticos se refiere al hecho de no iniciar o retirar un tratamiento médico a un paciente (con o sin capacidad de decidir) que no se beneficia clínicamente de él, en su artículo de investigación “Conocimientos, actitudes y practicas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en el personal de salud de un hospital universitario” (Restrepo, 2013) manifiesta eso. Lo que justifica este tipo de conducta es el sentido de desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. Describir las actitudes, los conocimientos y las prácticas de profesionales del área de la salud que laboran en un hospital universitario. Estudio descriptivo, de corte transversal. Se les pidió a diferentes profesionales del área de la salud que realizan labores en dicho hospital que respondieran una encuesta sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas que tienen frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes hospitalizados. 412 personas respondieron la encuesta. El 50% de los encuestados eran auxiliares de enfermería y 25% médicos. Solo el 14,6% conocía el significado de limitación de esfuerzos terapéuticos y el 62,4% de los médicos admitieron tener dificultad para tomar estas decisiones. No obstante, la importancia y la polémica que este asunto plantea desde el punto de vista personal y profesional es bajo el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la salud frente a este importante tema de la bioética. Se requiere mayor capacitación y sensibilización frente al tema.

Como segundo artículo se presenta: un estudio realizado por (Castro, 2007) donde el artículo es denominado “Selenio en los pacientes críticos con respuesta inflamatoria sistémica” habla sobre el Selenio que es un micronutriente esencial para el hombre. Los estados de Respuesta Inflamatoria Sistémica (RIS) y Disfunción Orgánica Múltiple (DOM) tales como la sepsis severa, el trauma grave, la pancreatitis severa y quemaduras críticas se caracterizan por la existencia de estrés oxidativo. En este contexto, la depleción del

⁴ Limitación del esfuerzo terapéutico.

estado nutricional de Selenio es una característica distintiva; la misma se traduce por una reducción de los niveles séricos de Selenio y de las diferentes selenoenzimas, en especial la Glutación Peroxidasa y la Selenoproteína P. Estas selenoproteínas antioxidantes cumplen un rol protector frente a la lipoperoxidación de las membranas celulares participando además en el proceso de regulación de la respuesta inflamatoria. Ha sido demostrada la existencia de una correlación directa entre el grado de depleción de Selenio y la severidad de la enfermedad crítica. En los últimos años, numerosos estudios clínicos han investigado los efectos de la suplementación de Selenio en pacientes críticos con RIS -DOM. Esta estrategia terapéutica sería capaz de mejorar los resultados optimizando el pronóstico de la enfermedad crítica. En tal sentido, algunos pequeños estudios clínicos han demostrado una disminución del número de complicaciones infecciosas y de la estadía hospitalaria en los grupos de pacientes críticos suplementados con Selenio. Sin embargo, hasta el momento actual no existen datos concluyentes que permitan definitivamente afirmar la existencia de una reducción significativa de la mortalidad con el uso de Selenio en Terapia Intensiva.

El objetivo del presente artículo de revisión es estudiar el metabolismo y estado nutricional del Selenio, evaluar el rol de las selenoenzimas durante la enfermedad crítica y repasar los estudios de suplementación de Selenio como estrategia antioxidante en Terapia Intensiva analizando por último la evidencia actual. Las recomendaciones actuales parecen sugerir el uso de altas dosis de Selenio parenteral. Sin embargo, recomendaciones definitivas sobre la suplementación de Selenio en pacientes críticos necesitan la realización de nuevos ensayos clínicos, randomizados, multicéntricos y doble ciego.

OBJETO DE INVESTIGACION

Vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico de una unidad de terapia intensiva perteneciente a una institución privada de la ciudad de Comodoro Rivadavia provincia de Chubut en el año 2023.

PREGUNTAS AL PROBLEMA

- A. ¿Cómo son las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes internados en la UTI?
- B. ¿Cómo afronta el personal de enfermería la limitación terapéutica de los pacientes a los que brinda cuidado?
- C. ¿Qué sentimientos vivencia el personal de enfermería en situaciones de limitación terapéutica en los pacientes de UTI?
- D. ¿Cuáles son las características de los cuidados enfermeros a pacientes con limitación terapéutica?
- E. ¿Cómo es el abordaje para introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar enfermo?

FUENTES DEL OBJETO PROBLEMA

Muchas veces el personal de enfermería se muestra frío al momento de trabajar, pero todos somos seres humanos que tenemos sentimientos, emociones, pensamientos, actitudes, que no hemos de mostrar en algunas circunstancias.

Por esto mismo es que se quiere conocer como vivencia el personal de enfermería el cuidado de pacientes con limitación terapéutica y como impacta en ellos este tipo de situaciones que son de la práctica de enfermería, cotidiana y diaria, que por lo general pasan desapercibidas y/o se vuelve rutinario o como por así decirlo “normal”. Es un tema que por lo general no se habla trata ni se habla mucho dentro del equipo de salud.

ESTADO DEL ARTE

Aquí se desarrollarán diferentes artículos de investigación seleccionados para dar relevancia al tema seleccionado. En el artículo que habla sobre Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿Hasta cuándo seguir y cuando parar? (Grinberg, 2017). Durante los últimos años se hizo énfasis en evitar la obstinación terapéutica en el

marco del principio de no maleficencia, pero hay algunos familiares y pacientes que se resisten a las sugerencias de los médicos en cuanto a suspender los tratamientos fútiles o inapropiados.

En el año 2009 en New Jersey, un paciente desarrolló un estado vegetativo persistente y la Corte Suprema de EE. UU. ordenó continuar con medidas de soporte en UTI, se mantuvieron los cuidados, pero a los tres meses falleció. Otro caso fue en Canadá, donde un paciente recibió tratamiento invasivo en UTI por nueve meses mientras la corte suprema se expedía, en este caso los médicos querían suspender medidas que consideraban fútiles en contra del deseo familiar. A los nueve meses murió, antes del fallo de la Corte.

Estudios como el SUPPORT pusieron en evidencia que el tratamiento al final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares no son del todo adecuados. No siempre pueden proporcionar cuidados y procedimientos para una muerte sin sufrimiento, de acuerdo con las preferencias del paciente y coherente con la práctica clínica y valores culturales.

Abstenerse de iniciar o de suspender tratamientos en UTI es compleja. Los criterios específicos para retirar unilateralmente un tratamiento sin el acuerdo de la familia han resultado difíciles de definir o defender. Sin embargo, es ético que los médicos se nieguen a proporcionar un tratamiento médico inapropiado o inútil.

Continuando con la redacción, el objetivo del siguiente artículo es conocer y describir los factores que pueden llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con LET que se encuentran en una UTI de adulto, del cual sus autores son (Yáñez-Dabdoub, 2018) y el nombre de este es “Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería”. Esto se llevó a cabo realizando una búsqueda de literatura por 4 meses en 5 bases de datos distintas.

En la literatura revisada resultó que coincide la importancia de la labor de enfermería de no abandonar su rol de cuidado en pacientes con LET, conservando la dignidad y teniendo un enfoque del paciente integral. También surge la necesidad de visualizar la incorporación de la medicina paliativa a los servicios de UTI. A partir de los resultados obtenidos se afirma

que existe una serie de obstáculos, como la poca participación en la toma de decisiones de LET, escasa formación en ética, falta de apoyo institucional para enfrentar el estrés emocional, lo que propicia la deshumanización del cuidado del personal de enfermería en los pacientes con LET en una UTI.

Cuando hablamos acerca de los avances tecnológicos en el área de la medicina, han permitido prolongar la vida y/o mejorar la calidad de vida en situaciones antiguas no se lograba. Determinar hasta cuando se sigue prolongando la vida de un paciente es una decisión difícil, ya que el paciente se encuentra en una condición de irreversibilidad, siendo enfermo terminal o que la gravedad de su enfermedad lo acerque a la muerte a pesar de la terapia aplicada.

Ahora veamos en el artículo de investigación denominado “Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos” el objetivo fue comprender la experiencia vivida por el personal de enfermería, así es como se realizó un muestreo por conveniencia reclutando personal de enfermería, que han tenido experiencia de haber participado en la instauración de la LET y que quisieran participar (Bettancourt Ortega, 2019). La recolección de la información se llevó a cabo mediante entrevista fenomenológica, realizando una pregunta abierta en un ambiente cómodo.

Para el personal de enfermería instaurar la LET está presente desde la decisión de ingreso de un paciente a la UTI, lo cual genera un sentimiento de alta responsabilidad y preocupación, existiendo en ocasiones un cuestionamiento respecto a los alcances de las intervenciones médicas y procedimientos invasivos. Las entrevistadas han referido que muchas veces se ven enfrentadas a decisiones que prolongan la vida de las personas en forma innecesaria, donde se debate el sufrimiento producido al paciente y su familia con el uso de la tecnología para mantener la vida. Destacan que, en esos momentos de vulnerabilidad del binomio, lo que reconforta y tranquiliza el sufrimiento es el cuidado del personal de enfermería.

Prosigamos nuestro análisis del tema de LET con el siguiente artículo “Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos” del cual son autores (Rincón Roncancio, 2015), describen las formas de aplicación de la LET en las

unidades de terapia intensiva, una de ellas es la decisión de los intensivistas de ingresar o no al paciente (pacientes en estado terminal o irreversible con mal pronóstico a corto plazo). La más frecuente es la aceptación de ingreso de un paciente, pero estableciendo desde el primer momento limitaciones al tratamiento que le será aplicado.

Entre los modelos para la toma de decisiones, se planteará el de Reyes donde dice que hay dos tipos de pacientes: los plenamente autónomos y los que cuentan con una autonomía muy reducida o inexistente. La forma de actuar con los primeros debería ser seguir la voluntad del paciente y actuar acorde a ella. Mientras que en los otros pacientes se debe indagar por la existencia de algún documento de voluntades anticipadas vigentes suscrito por el propio paciente, si no se cuenta con el mismo la decisión debe ser médica, basada en consideraciones acerca de la futilidad de actuaciones medicas posibles.

En cuanto al modelo de Simón Lorda pretende articular los dos momentos de las decisiones clínicas: la indicación médica de realización de la LET con la autorización del paciente para su realización.

En cuanto a los principios éticos, las acciones de LET se fundamentan en el principio de no maleficencia, para ello debe evitarse realizar intervenciones diagnosticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras y sin evidencia suficiente. Si a fin de todo esto se le practican procedimientos se estaría violando el principio de no maleficencia y el principio de justicia.

A continuación, en el siguiente artículo de investigación “El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones medicas españolas” (Solís Garcia del Pozo, 2012), se pretende analizar las publicaciones que sobre el límite del esfuerzo terapéutico se han realizado en la última década en revistas dirigidas a profesionales y no especializadas en bioética.

En cuanto a los artículos en forma de encuestas a familiares, pacientes y profesionales, se concluyó que un porcentaje importante del personal de enfermería cree que la decisión de LET corresponde al médico. En cuanto a la hidratación y nutrición artificial dicen que entran dentro de los cuidados habituales del paciente. Un escaso porcentaje de personal de

enfermería ha hablado con su familia de su muerte o sus preferencias en caso de una enfermedad grave.

Los artículos de opinión publicados estos últimos años, la mayoría reflejan una bioética de corte principialista en donde se da mucha importancia a la autonomía del paciente y se relativiza el concepto del bien. En algunos se defiende la eutanasia basándose en la autonomía del paciente.

También se nombra a la iglesia católica donde algunos critican su postura como extrema, o como un abandono del paciente.

Acorde con la línea de la LET, en el siguiente artículo de investigación “Limitación de esfuerzos terapéuticos: mucho más que dejar de hacer” se evaluarán las consideraciones, los razonamientos y las dificultades que afrontan los médicos al tomar decisiones al final de la vida en pacientes en las unidades de terapia intensiva europeas. Se incluyeron pacientes sobre quienes se tomaron decisiones al final de la vida.

Esta intervención de (Restrepo Bernal, 2013) busca mejorar el proceso de atención que se analizó en la primera fase, se emplean dos estrategias: mejorar la comunicación y la toma de decisiones, con tal fin de mejorar la satisfacción y los resultados, y la información pronóstica. Se concluyó en que el futuro de la toma de decisiones de sustitución no debería descansar de manera única en el desarrollo de las voluntades anticipadas, sino en una concepción más amplia e integral del proceso de toma de decisiones.

Aquí en el artículo denominado “Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la región Metropolitana” (Escobar, 2012). Uno de los problemas centrales de la bioética clínica relacionados con el final de la vida es la limitación del esfuerzo terapéutico. Su correcta práctica se traduce en limitar esfuerzos cuando las circunstancias del paciente dan la certeza de que no existen posibilidades de recuperación. El objetivo de este estudio fue conocer sobre este problema desde las percepciones de profesionales médicos y de enfermería que trabajan en unidades de pacientes críticos. Para ello se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio y se aplicó teoría fundamentada como herramienta de análisis, a través de la búsqueda de categorías

teóricas a partir de los datos. Entre los resultados globales se destaca que la limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica habitual a la que se deben enfrentar los profesionales. Los conceptos técnicos se encuentran claros; sin embargo, los principales problemas éticos se originan en los procesos de toma de decisiones, ya que existe un desconocimiento de las implicancias éticas y una escasa reflexión sobre el tema. En ninguno de los dos grupos de estudio existían profesionales con formación en bioética, hecho frecuente en este ámbito.

Ahora bien, la limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica habitual que enfrentan el personal de enfermería, en el presente artículo “Limitar los esfuerzos terapéuticos (LET) en las unidades de terapia intensiva (UTI) criterios éticos y procesos de toma de decisiones” Todos los profesionales entrevistados, tienen en claro el perfil de los pacientes que deben atender y reconocen los criterios que deben cumplir al momento de ingresar a estas unidades. Ese perfil sería pacientes graves, que cursan con riesgo vital y poseen posibilidades de recuperación. Y dentro de los criterios serían gravedad, recuperabilidad, requerimiento de técnicas de soporte vital, y dependencia de la atención de enfermería. Los criterios provienen de percepciones autónomas basadas en su práctica valorada desde la experiencia.

Como se mencionó arriba, en este artículo del autor (Franco, Redalyc, 2015) se realizó un muestreo teórico, siendo personas y sitios que permitieran sus comparaciones al máximo. También un cuestionario que fue elaborado por el investigador y luego validado por expertos, los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial.

La parte más importante de la investigación la dio el análisis cualitativo que se hizo de los datos generados por entrevistas individuales semiestructuradas a cada uno de los tres actores (familiares, personal de salud, y jueces y fiscales, se utilizó para el análisis el enfoque de la teoría fundamentada y se apoyó el análisis en el programa ATLAS. En cuanto a la encuesta permitió agrupar y cuantificar las respuestas para levantar cifras y determinar las relaciones entre esas respuestas y en relación con la pregunta de investigación, por último se hizo la triangulación con la información recogida con las técnicas cualitativas.

En términos generales en el personal de salud siendo médicos y enfermeras entrevistado, se da aceptación de las LET y parece ser que soportan tal posición con argumentos que se

refieren al concepto de dignidad y de lo que ellos consideran “morir con dignidad”, lo cual radica en permitir que la persona muera cuando su única posibilidad es sufrir sin que se tenga ninguna probabilidad de manejo que le recupere de su estado, concepto que es clínico. Lo que motiva a la mayoría en pensar en las LET son el pronóstico del paciente y la futilidad de los tratamientos.

En lo que respecta lo cuantitativo, en convicciones religiosas manifestaron seguir algún credo el 85% y no tenerlas el 15%. El 57% manifestó no haber recibido formación en bioética. En relación con la edad el 28% manifestó tener más de 52 años, el resto menores. El 42% manifestó tener más de 20 años de ejercicio y los otros por debajo. Un 71% considero que es diferente la eutanasia y las limitaciones de esfuerzos terapéuticos. Un 71% dijo que en sus lugares de trabajo se tomaban decisiones de LET y que también se excluían pacientes de todo tipo de atención, como cuando se niega la entrada a UTI. Quien participa en la toma de decisión de las LET un 66% advirtió que se tiene en cuenta la decisión del paciente y un pequeño porcentaje dijo que era una decisión de los médicos. Con la pregunta de identificación de problemas éticos en ese proceso de toma de decisión de limitar el esfuerzo terapéutico el 71% así lo hizo saber, el 57% manifestó que no tienen ninguna duda con respecto a los pacientes de mal pronóstico. El 100% de los clínicos dijo que es una decisión que participa la familia, el 57% concepto que es una decisión del equipo de salud.

Ahora veamos en el siguiente artículo de investigación llamado “La orden de no reanimar a los pacientes en fase terminal bajo la perspectiva de los médicos” (Putzel, 2016) manifiestan que la orden de no reanimar es la manifestación expresa de rechazo de la reanimación cardiopulmonar por parte de pacientes portadores de una enfermedad avanzada en progresión. Este estudio tuvo como objetivo describir la actitud de los médicos con respecto a esa orden y la necesidad de su regulación. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado por medio de un cuestionario a 80 médicos (50% del total) inscriptos en el distrito del Consejo Regional de Medicina de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

Se encontró que el 90% de los encuestados conocían el significado de esta orden, el 86,2% estaban de acuerdo en cumplirla, el 91,2% consideraban importante el registro en el historial médico y el 92,5% juzgaban oportuna la existencia de una regulación al respecto. Se concluyó que la mayoría de los médicos tenía conocimiento de la orden de no reanimar,

estaba de acuerdo en respetarla, valoraba su registro en el historial médico y deseaba su regulación por parte de las instituciones competentes

En particular la calidad de vida en pacientes críticos que sobreviven al tratamiento en unidades de cuidados intensivos es inferior al de la población general. La condición de salud basal y la severidad de la condición clínica al ingreso a terapia intensiva son factores de riesgo para la calidad de vida y la funcionalidad.

En el siguiente artículo “Calidad de vida y funcionalidad en sobrevivientes de cuidados intensivos: una revisión exploratoria” del cual son autores (Mejia Venegas, 2022) realizaron un estudio con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento en la calidad de vida y la funcionalidad de los sobrevivientes de cuidados intensivos. Los materiales y los métodos fueron una revisión exploratoria en las bases de datos: Scielo, PubMed, Science Direct, ProQuest, Redalyc, Dialnet, OVID, Scopus, publicados entre enero del año 2010 y mayo del año 2020. El estudio se desarrolló según la estructura de la Metodología PRISMA. Se revisaron y analizaron los textos completos que cumplían los criterios de inclusión para la selección final de los artículos. Como resultado de 1814 artículos seleccionados, se eligieron 65 artículos que describen la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes después de cuidados intensivos, y finalmente, 16 artículos son incluidos, donde se analizaron las características de los artículos, las características de la población estudiada, y las variables de análisis sobre la evaluación de la calidad de vida y la funcionalidad en los sobrevivientes después cuidados intensivos. Con todo esto se llegó a la conclusión de que los estudios sobre calidad de vida y funcionalidad en sobrevivientes de cuidados intensivos se realizaron en mayor proporción en Europa en los años 2010 a 2016. Con estudios observacionales prospectivos que correlacionan los factores que determinan la salud mental y física después del egreso de cuidados intensivos. Se aplicaron múltiples escalas siendo las más utilizadas SF-36 y el EQ-5D para evaluar la calidad de vida y del índice de Barthel para determinar el estado de funcionalidad en los egresados de cuidados intensivos. El SF-36 y el índice de Barthel reportaron una afectación en la calidad de vida y en la funcionalidad en la población sobreviviente de cuidados intensivos.

MARCO REFERENCIAL-CONCEPTUAL-TEORICO (MRCT)

La investigación se realizó dentro del sistema de salud privado, de la ciudad de Comodoro Rivadavia, en una institución que cuenta con dos establecimientos, uno de atención ambulatoria y otro el sanatorio, el cual cuenta con servicio de guardia, consultorios, diagnóstico por imágenes, internación, desde neonatología, maternidad, internación adultos y pediátricos, UTI, cardiología, hemodinamia. Laboratorio, banco de sangre. Central de esterilización, lavadero, cocina, administración, gerencia, depósito, farmacia, morgue, entre otros.

Dentro del servicio Unidad de Terapia Intensiva, se realizó la investigación designada para dicho proyecto, éste servicio recibe pacientes de edades entre 16 a 100 años, que requieren de cuidados asistenciales más específicos y que no se pueden realizar en una sala de internación común. Se les realiza monitorización continua de signos vitales, administración de soluciones intravenosas, parenterales. Algunos requieren la utilización de respirador en ARM⁵.

Este servicio cuenta con 7 box, de los cuales uno es para aislamiento respiratorio, cada uno con su cama, mesa de luz y de comer, respirador, panel de oxígeno y aire, monitor de signos vitales. Cuenta con 1 baño para pacientes, un chatero, depósito de fármacos y materiales, depósito de ropa de cama y demás, otro para elementos del personal de limpieza, un office, dormitorio y baño para médicos, una isla de enfermería, heladera para fármacos y demás, isla para preparación de medicación, 2 piletas para lavados de manos, mesada y mueble para medicación. También un carro de paro, 2 desfibriladores, una máquina para diálisis, silla de ruedas, pie de sueros, baño portátil.

Dentro del servicio trabajan 12 profesionales de enfermería, una coordinadora y 10 médicos terapistas, 3 mucamas. Se realizan 3 turnos diarios de enfermería con 3 profesionales, turnos de 6hs a 14hs, 14hs a 22hs y 22hs a 06hs, se trabajan 6 días seguidos y 2 días de descanso.

⁵ Asistencia respiratoria mecánica.

En lo que respecta a lo conceptual de esta investigación, cuando nos referimos a **vivencia_Vygotsky** (1994) propuso la noción de vivencia como una unidad indivisible en la que se encuentra representado tanto el ambiente en el que vive la persona como lo que la misma experimenta, es decir, entre las características personales y las situacionales. Las vivencias son una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior de la persona, llegan a ser significativas en su integración dinámica, situada y se convierten en experiencias cuando la persona hace acopio de un conjunto de las mismas para darse cuenta de que "lo que le pasa", "lo que le importa" es significativo (Ramos, 2015).

Siguiendo con **personal de enfermería** se encontrarían y/o referiría a personas que ejercen la enfermería, la cual se reconoce socialmente como una profesión de servicio, orientada a ayudar, servir y cuidar a la salud de las personas. Ha sido una actividad que, a pesar de los cambios experimentados en su historia, ha concedido siempre una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. El trabajo del personal de enfermería siempre se ha centrado en el cuidado de los otros. La acción de cuidado ha variado a lo largo del tiempo, y por este motivo la enfermería como profesión se ha concebido de distintas maneras en cada momento histórico (Guillart, 2015).

Para hablar de los **cuidados** que brinda el personal, se dice que cuidar significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo (Real Academia Española, 2019). Es decir, hace referencia a cuidar de alguien o de algo, cuidar de alguien que lo necesita como un niño, una persona con limitaciones o enferma. El concepto dar cuidado, se refiere al acto de cuidar cuando la persona que requiere cuidado no lo puede hacer por sí misma, por su edad o incapacidad física o mental. Su significado exige precisión acerca de las calidades de quien da el cuidado, especialmente en lo relacionado con la responsabilidad que asume el cuidador, su nivel de preparación, experiencia y posición. El cuidado del ser humano es indispensable desde la concepción hasta la muerte, en los estados de salud, como los de enfermedad; lo mismo que en las etapas de duelo por diferentes pérdidas que exigen comprensión, respeto y cuidado bondadoso (Bermeo, 2020).

Cuando se hace referencia a un **paciente** que es el que padece una enfermedad, y esto es interesante, porque el paciente puede no tener síntomas y estar invadido por un cáncer en varios órganos del cuerpo (Cordero, 2014). A su vez, también se define al paciente

en estado crítico, que estaría más focalizado en esta investigación, y se lo define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación (César Raúl Aguilar García, 2017).

Al hablar de **limitación del esfuerzo terapéutico** la describen como "la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente". No cabe la menor duda de que se trata de un concepto que es esencial en la práctica del profesional de la salud. La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice. En este contexto, los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad, con el acompañamiento de la familia (Betancourt, 2014).

Para concluir cobran mayor importancia **las unidades de terapia intensiva**, que son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación (César Raúl Aguilar García, Scielo, 2017). Las unidades de paciente crítico constituyen las unidades de mayor complejidad dentro de los centros hospitalarios de salud. Tienen cupos reducidos, a los cuales ingresan pacientes graves que necesitan asistencia en terapias específicas como ventilación mecánica, asistencia hemodinámica, cardiovascular, renal, entre otras. Poseen por ello alta especificidad tecnológica y de recursos, tanto materiales como de personal (Avilés Reinoso & Soto Núñez, 2014).

En este trabajo de investigación se utilizó la siguiente teoría de enfermería, que es la que se adapta e identifica mejor con objeto problema a investigar, la misma es la **Teoría del final tranquilo de la vida**, de las Teoristas Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore.

Cornelia obtuvo el doctorado en enfermería en la Case Western Reserve University, en Cleveland (Ohio) en 1998. Shirley es docente asociada de investigación y profesora de la School of Nursing de la Case Western Reserve University. Obtuvo su doctorado en ciencias de la enfermería en 1993 en la Case Western Reserve University.

En la teoría del final tranquilo de la vida la estructura-contexto es el sistema familiar (paciente terminal y sus allegados), que está recibiendo cuidados de los profesionales en una unidad de terapia intensiva y el proceso se define como las intervenciones de enfermería dirigidas a promover los siguientes desenlaces: ausencia de dolor, sentir bienestar, sentir dignidad y respeto, sentirse en paz, sentir la proximidad de los allegados y los cuidadores (Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, 2011). La incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir procesos y desenlaces satisfactorios.

Para hacer referencia a los elementos del metaparadigma, se mencionó que la teoría procede del estándar de cuidados escrito por un equipo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema práctico, los conceptos del metaparadigma se encontraban unidos al fenómeno de enfermería tratado, el cuidado complejo y holístico eran necesario para ayudar a un FV tranquilo. Estos supuestos serían: para referirse a la persona, manifestaron que los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del FV son personales e individuales. En cuanto a enfermería el cuidado es crucial para crear una experiencia del FV tranquilo. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del FV de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el paciente no pueda expresarse verbalmente. Los otros dos supuestos son implícitos: aquí hacen referencia al entorno, donde se menciona a la familia, cuyo término incluye a todos los allegados, quienes son una parte importante del cuidado del FV. El segundo sería salud, el objetivo del cuidado del FV no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo, sino maximizar el tratamiento, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

A continuación, se hará referencia a otra teoría de enfermería que se relaciona con el propósito de esta investigación, la cual es la **Teoría de los Seres Humanos Unitarios**, de la teorista Martha E. Rogers. El modelo de Rogers aporta un marco distinto e innovador en el que planificar y aplicar la práctica enfermera, que Barrett (1998) define como el proceso

continuo (de un modelo mutuo voluntario) en el que las enfermeras atienden a los pacientes para que éstos o en su defecto la familia, escojan libremente y de modo consecuente la mejor forma para participar en el beneficio de su propio bienestar, haciendo referencia a los cuidados de LET.

Exploremos un poco la idea de que el tipo de enfermería que describió Rogers está centrado en el interés por las personas y por el mundo en el cual viven (entorno) algo que enfermería esta siempre presente. La práctica profesional enfermera intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano, y dirigir el modelo para así conseguir el máximo potencial de salud. La enfermería se creó para atender a las personas y sus procesos vitales (Raile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, 2011).

Introduciéndonos en los elementos del metaparadigma, dice que la enfermería se centra en el interés por las personas y por el mundo en el que viven. Su fin es fomentar la salud y el bienestar en los individuos. El arte de la enfermería hace el uso creativo de la ciencia de la enfermería ayudando a provocar una mejora en las personas. La práctica profesional enfermera intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser humano y el de su entorno con el propósito de reforzar la integridad del campo humano y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.

En su material define a la persona como un sistema abierto en proceso continuo con su entorno (integración). Define al ser humano unitario como un campo de energía irreducible, indivisible, y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y las características evidentes que son específicas de todo el conjunto. Las personas y su entorno se interpretan como campos irreducibles de energía que durante su evolución se integran entre si y usan continuamente la creatividad.

Continuando con los elementos del metaparadigma, ase refiere a la salud pasiva como simbolismo de un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves. Utiliza salud como un valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del modelo y se consideran indicadores de los comportamientos que

son de alto o bajo valor. Los acontecimientos que suceden a lo largo del proceso vital indican la magnitud del índice de salud que adquiere el hombre de acuerdo con ciertos sistemas de valores.

Como finalidad Rogers habla del entorno, que lo define como un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las otras partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano y cambian de modo continuado y creativo, ambos se identifican por modelos que muestran un cambio mutuo y continuado.

También se relaciona y hace referencia en el trabajo a la **Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal** de Jean Watson, dice que enfermería consiste en conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con un grado de pasión, debe ir más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en su práctica. Considera a la persona unidad de mente-cuerpo-espíritu-naturaleza, describe la personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos. Define a la salud como unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma. Los procesos de enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía, a su vez creando más desarmonía. En cuanto al entorno manifiesta que está conectado con la persona, los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento.

OBJETIVOS GENERALES

1. Comprender las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación terapéutica internados en la UTI.
2. Identificar las características del cuidado a pacientes con limitación terapéutica.
3. Analizar el abordaje del personal de enfermería para introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar internado.

RELEVANCIA ACADEMICA

Este trabajo de investigación se cree que orientara y guiara a los estudiantes académicos en sus futuros trabajos investigativos a como llevar adelante el mismo, pudiendo ver y analizar cada parte de este. Dándoles una orientación de lo que quisieran llevar a cabo con su investigación y haciendo más a meno su estudio. En cuanto a la profesión de enfermería, se mostrará como es llevar adelante y afrontar los cuidados enfermeros hacia pacientes que transitan su final de la vida en una limitación de esfuerzo terapéutico, algo de lo que no se habla muy a menudo. Solo se realizan las intervenciones correspondientes. Son situaciones difíciles de la profesión, pero una de las cuales el personal de enfermería está preparado para poder llevar adelante, son comunes en pacientes de UTI, algo que luego se vuelve cotidiano.

CAPITULO II

DIMENSION DE LA ESTRATEGIA GENERAL

TIPO DE DISEÑO

Comenzando con la segunda etapa del proyecto de investigación, el tipo de diseño que se utilizará será el diseño cualitativo fenomenológico descriptivo transversal.

Por lo que se refiere a una investigación cualitativa, aquí el investigador no va a determinar previamente todas las decisiones de cada etapa del estudio; sino que antes del inicio del estudio necesitara, una planificación para la toma de decisiones a medida que vaya desarrollando su trabajo. Como primera característica se afirma que el diseño cualitativo es holístico, mira el asunto como un todo. Aunque el investigador tenga un foco de interés, en lo que respecta a sus preguntas de investigación, él siempre considerará el contexto en su totalidad y las relaciones que se establecen. El fenómeno es visto de forma naturalística, de la manera como éste ocurre en la realidad. Otra característica importante es que el proceso de investigación está dirigido a las personas, más precisamente “face to face,” y requiere de la interacción de parte del investigador con los participantes. Toda investigación cualitativa es dirigida para el conocimiento de los cambios sociales, no para hacer previsiones acerca de ellos. La investigación cualitativa requiere que el investigador desarrolle un modelo de aquello que ocurre en el campo social (Marta Lenise do Prado).

Con respecto al enfoque será fenomenológico. La fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación. En este enfoque se obtienen las perspectivas de los participantes. Se enfoca en la esencia de la experiencia de los propios individuos. Explora, describe y comprende las experiencias con respecto a un fenómeno y conoce elementos en común de tales vivencias, así lo afirman los siguientes autores. En este caso se identificarían el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes (Roberto Hernández Sampieri).

En cuanto al diseño será descriptivo, en el cual la actividad del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; detallar como son y se manifiestan. Estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Solo pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Con respecto a los actores sociales involucrados en la investigación, abarcarán al personal de enfermería, los cuales son 11 personas que se desempeñan laboralmente en el sector de la Unidad de Terapia Intensiva de una institución privada, de la Ciudad de Comodoro Rivadavia, provincia de Chubut.

Entre el personal se encuentran personas del sexo masculino y femenino, con edades entre 29 y 40 años, que vivieron y viven actualmente en la Ciudad de Comodoro Rivadavia durante toda su vida, y también hay otros provenientes de Provincias del Norte de la Argentina. Algunos de ellos han realizado su formación profesional en la UNPSJB de ésta Ciudad, así como también en otras Universidades de la Argentina. Dentro del personal de enfermería se encontrarían auxiliares en enfermería y enfermeras/os.

SELECCIÓN DE MUESTRA/CASOS

En cuanto al criterio de selección de los casos, el procedimiento seleccionado para la investigación será el tipo **de muestra intencional original**, dentro de la cual las **muestras homogéneas** son las más acordes con los tipos de casos a investigar. En este tipo de muestra las unidades a seleccionar poseen un mismo perfil, características, o comparten rasgos similares, Miles y Huberman (1994), además de Creswell (2009) y Henderson (2009).

CRITERIOS DE SELECTIVIDAD

Para la selectividad de personas que participaran en la muestra, se utilizan los criterios de **inclusión**, dentro del cual se encuentran el personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, que trabajan allí hace más de 1 año, los cuales son enfermeros y auxiliares de enfermería y que aceptaron firmando el consentimiento informado a ser parte del estudio.

En cuanto al criterio de **exclusión** se encuentran la coordinadora del servicio, enfermeros/as que comenzaron a trabajar en el servicio hace 1 año, que se encuentren de licencia por vacaciones y también a todo aquel personal que no haya aceptado ser parte del estudio no habiendo firmado el consentimiento informado.

Dentro del criterio **temporo-espacial** la fecha seleccionada para realizar la investigación será el mes de Septiembre/ Octubre del año 2023, el lugar destinado es el sector de Terapia Intensiva de adultos de una institución privada, de la ciudad de Comodoro Rivadavia provincia de Chubut.

En cuanto al criterio de **eliminación** se presentarán el personal de enfermería que hayan sufrido un cambio de servicio, hayan renunciado o fallezcan.

ASPECTOS ÉTICOS/BIOÉTICOS

En el presente trabajo de investigación se desarrollaran los principios bioéticos y se cumplen de la siguiente manera, en el principio de **Autonomía**, que trata sobre los derechos que tienen los individuos, se deja constancia por medio del consentimiento informado, que ellos en este caso los enfermeros, aceptan libremente y deciden ellos a participar de la entrevista.

Siguiendo con los principios la **No maleficencia** se hace presente ya que el trabajo de investigación y la entrevista a los participantes no se les causará ningún daño a éstos, ya sea físico, mental o psicológico.

El principio de **Justicia** se presenta de la forma en que se trata a todos los participantes de la entrevista de igual manera, no se presentan excepciones y se los escucha con un trato cordial a todos por igual.

Por último, se manifiesta que el principio de **Beneficencia** estará siempre y en todo momento presente, haciendo el bien a toda persona que se encuentre dentro del personal seleccionado para el estudio y siempre con un trato cordial y a gusto.

Se dispone del **consentimiento informado**, basado en aspectos éticos y bioéticos, que se les entregará a los enfermeros/as que hayan aceptado participar del estudio para ser firmado por los mismos. El mencionado anteriormente es el mecanismo por el cual la persona confirma su voluntad de ser parte del estudio, luego de haber tomado conocimiento de los objetivos de la investigación. Debe documentarse por medio de un formulario, una grabación de audio o un video. También se puede enviar el documento vía e-mail o WhatsApp esperando la confirmación de la persona y su acuerdo. (Ver anexos).

CAPITULO III
DIMENSION DE LAS TECNICAS DE LA RECOLECCION Y ANALISIS DE LA
INFORMACION

MAPEO/ CARTOGRAFIA SOCIAL:

La Unidad de Terapia Intensiva de la institución privada destinada para el trabajo de investigación, cuenta con internación para pacientes con patologías críticas, con requerimiento de atención y cuidados especializados de todo tipo, requiriendo o no Asistencia Ventilatoria Mecánica. Se encuentran monitoreados las 24hs del día.

Allí dentro del personal de enfermería se encuentran 13 personas, de los cuales 12 son mujeres y 1 varón, 6 licenciado/as en enfermería, 3 auxiliares y 4 enfermeras. La mayoría nacidos y criados en la provincia de Chubut, Ciudad de Comodoro Rivadavia, 6 de ellos son nacidos en otras provincias del Norte de la Argentina. Realizaron su formación profesional en universidades, institutos y/o hospitales del País.

El servicio cuenta con 7 boxes, cada uno contiene su cama, panel de oxígeno, respirador, monitor para control de signos vitales, mesa de luz y mesa de comer. Uno de ellos es para aislamiento respiratorio y de contacto, el mismo tiene un baño para pacientes. Hay también un cuarto para depósito de materiales; uno para ropa de cama, toallas, y demás; uno para materiales de limpieza; 2 islas una para preparación de medicación y demás, la otra para gestión y otras tareas específicas.

Los horarios de trabajo son de 8 horas diarias, los turnos son de mañana, noche y tarde. Se trabaja 6 días de corrido con 2 días de franco de corrido. Al inicio del turno, se hace el pase de guardia, entre los enfermeros que dejan en turno y los que reciben, paciente por paciente, en los pies de la cama de este. Durante los turnos de mañana y tarde, se debe llevar material para esterilizar, y buscar material estéril como dispositivos, cajas de curaciones, apósitos, gasas, rollos y demás. En turno noche es el de preferencia donde se lavan materiales utilizados en los otros turnos, y también se realizan más higienes a pacientes.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Preguntas de entrevista abierta – semiestructurada

La entrevista llevada a cabo fue de 12 preguntas, de las cuales se realizaron a 3 informantes.

1. ¿Como es trabajar en una terapia intensiva?
2. ¿Como vive transita diariamente el cuidar a un paciente de terapia intensiva?
3. ¿Se siente a gusto trabajando en una unidad de terapia intensiva? ¿Por qué?
4. ¿Hay en su lugar de trabajo algún respaldo psicológico y/o emocional para el personal de enfermería?
5. ¿Implementa tareas, actividades u otras cosas que lo distraigan de su trabajo diario?
6. ¿Como repercute emocionalmente en usted cuando hay pacientes con limitación terapéutica?
7. ¿Utiliza y pone en práctica la empatía en la atención a pacientes?
8. ¿Siente o cree que con el paso de los años uno/a se vuelve un poco más frío/a ante estas situaciones?
9. ¿Cuentan con un plan de cuidados o protocolos con estos pacientes?
10. ¿Los pacientes limitados siempre se encuentran internados en terapia intensiva?
11. ¿Disponen de un box de aislamiento o salas de internación aparte de la sala general, donde ellos y su familiar puedan tener privacidad?
12. ¿La familia necesita de algún permiso para poder acompañar a su familiar? ¿Como se permite que esté presente?

ANALISIS DE DATOS

CODIFICACION

Informante: (N°1), (N°2), (N°3)

Sexo: Femenino (F) - Masculino (M)

Edad: (E)

Personal de Enfermería: Enfermero (E) - Lic. Enfermería (LE) – Aux. Enfermería (AE)

Antigüedad en el servicio: (A)

MATRIZ DE DATOS

Pregunta 1	¿Como es trabajar en una unidad de terapia intensiva?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Trabajar en una terapia intensiva es bastante complejo. Porque es un sector cerrado. En donde hay pacientes con patologías complejas, que requieren cuidados específicos que no hay en internación común”		“bastante complejo”, “hay pacientes con patologías complejas, que requieren cuidados específicos”	Arduo trabajo enfocado en pacientes con requerimientos de cuidados especializados	Ambiente dinámico, donde hay un arduo trabajo que a veces puede generar cruces entre el personal afectando la salud mental
N°2/ F, E34, LE, A7	“Es agotador más que nada desde el punto de vista de nuestra salud mental”, “la atención con el paciente, la atención con el familiar, el ambiente con tus compañeros de trabajo, el ambiente con el médico, todo eso genera en sí en		“agotador más que nada desde el punto de vista de nuestra salud mental”, “cambios en nuestro carácter”, “en un momento está tranquilo, en otro	Situaciones conflictivas entre el equipo de salud y/o de labor del personal de enfermería que generan agobio en nuestra salud mental.	

	nuestro carácter cambios”, “en un momento está tranquilo, en otro momento estás a full haciendo una reanimación y todo eso te moviliza, cambia el carácter, que a veces lleva a que en algún momento haya algún roce o algo con algún compañero, con algún médico o con alguna autoridad y todas esas situaciones todas te agotan mentalmente”		momento estás a full haciendo una reanimación y todo eso te moviliza”, “roces o algo entre compañeros, con algún médico, o con alguna autoridad y todas esas situaciones todas te agotan mentalmente”		
N°3/ F, E40, AE, A8	“Como su nombre lo indica es intensivo, es dedicarles tiempo a las personas, a los pacientes que vienen. Es dinámico, es empático, es lindo, pero también a la vez es desgastante”		“como su nombre lo indica es intensivo”, “es dinámico, empático, lindo, pero a la vez desgastante”	Brindar cuidados empáticos e intensivos, en un clima dinámico lo que puede conllevar a un agotamiento	

Categoría: La unidad de terapia intensiva es un ambiente dinámico, que tiende a ser agotador debido a su complejidad.

Pregunta 2	¿Como vive, transita diariamente el cuidar a un paciente de terapia intensiva?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Es depende la cantidad de laburo que haya, por ahí si hay mucho laburo y hay pacientes bastante críticos como qué te estresa bastante. También el tema de la familia que, al ser un sector cerrado, si bien no está la familia de forma permanente, en lo que es el horario de visita es cuando te hacen bastantes preguntas y una como que se estresa		“depende la cantidad de laburo que haya, por ahí si hay mucho laburo y pacientes bastante críticos como que te estresa bastante”, “no está la familia de forma permanente, en lo que es el horario de visita es cuando te hacen bastantes preguntas y una como que se estresa bastante”	Los informantes refieren que emplean medidas para hacer más ameno la jornada laboral, aunque surgen situaciones o emociones que repercuten en su carácter y sentimientos generando disconformidad con el equipo de salud.	Manifestaciones amenas que se sienten, pero también se viven determinadas situaciones que afectan sentimental y conductualmente entorpeciendo el desempeño.

	bastante”, “en el equipo de salud también, los médicos, porque por ahí hay días que son tranqui y hay otros días que no”				
N°2/ F, E34, LE, A7	“Y yo por ejemplo trato de sobrellevarlo como se puede. En si acá hay muchas emociones, hay muchas situaciones que son tanto estresantes y todas esas las podes llevar como para bien o como para mal”, “Yo bueno soy sola en mi casa así que trato de hacer alguna actividad fuera de casa, fuera de acá y para no llevar todo, no sobrecargar tanto mi cuerpo como mi cabeza, con las		“Trato de sobrellevarlo como se puede”, “hay muchas emociones, situaciones que son estresantes y podes llevarlas bien o mal”, “trato de hacer alguna actividad fuera de casa, y de acá para no sobrecargar mi cuerpo y cabeza”		

	emociones y las situaciones que se viven acá”				
N°3/ F, E40, AE, A8	“Trato de no llevar mi cansancio y mi frustración a veces o mi realización cuando un paciente sale o cuando un paciente se muere, que te generan algún tipo de reacción, pero bueno, yo trato de despegar, cumplo mis 8 horas y trato de irme a mi casa y estar con mi familia, con mis cosas, con mis hijos, con todo y bueno olvidarme un poco de lo que paso acá”, “hay veces que te pegan las cosas que pasan, no solo del paciente, también los roces con los compañeros, autoridades, médicos y familiares”				

	acá. No solamente del paciente, también a veces los roces, con los compañeros, o con las autoridades, con los médicos o con familiares”				
--	---	--	--	--	--

Categoría: La cantidad y complejidad de los pacientes críticos influyen en las actividades y generan situaciones conflictivas.

Pregunta 3	¿Se siente a gusto trabajando en una unidad de terapia intensiva? ¿Por qué?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Si, me siento a gusto trabajando en la terapia intensiva porque me gustó, me gusta, lo que es los temas que se ven acá, me gustó aprender un montón”, “acá como		“Si me siento a gusto”, “me gusta, lo que es los temas que se ven acá, me gustó aprender un montón”,	Los informantes manifiestan que se sienten a gusto trabajando en la unidad, les agradan las situaciones que se viven acá y continúan	Sensaciones de agrado obtenidas a lo largo del tiempo, las cuales son agradables y dan como

	hay patologías críticas, necesitas otro tipo de conocimientos”, “También viste que en internación de común uno tiene que lidiar todo el tiempo con la familia y acá solamente en horario de visita”			adquiriendo nuevos conocimientos.	resultado más aprendizaje.
N°2/ F, E34, LE, A7	“A mí me gusta trabajar acá”, “Me gusta el ambiente, la adrenalina, las situaciones todas las que se pasan por acá, me gusta bastante porque aprendes mucho, uno si no pasa por eso es como que no aprendes, no sabes lo que significa estar con el paciente crítico, con el paciente moribundo,		“Me gusta trabajar acá, el ambiente, la adrenalina, todas las situaciones que se pasan acá porque aprendes mucho”		

	con el paciente grave o las situaciones buenas, cuando el paciente sale y todo lo demás”				
N°3/ F, E40, AE, A8	“Yo me siento a gusto, he pasado por una situación donde he estado fuera de este servicio, grande 8 meses y siempre he querido volver”, “esto era lo mío, yo era una enfermera, de contacto con el paciente y principalmente con este tipo de paciente, que creo que creo que lo hago bien. “hay situaciones como en todos lados, que sí, que te frustran y que no los podes hacer, que a		“Yo me siento a gusto, estuve fuera del servicio por una situación, pero siempre quise volver, no me sentía a gusto con lo que hacía. Lo mío es el contacto con el paciente y con este tipo de pacientes.”		

	veces decis para qué hice esto, para qué estudié, qué sé yo, a veces lo decimos en broma, a veces lo decimos en serio”				
--	--	--	--	--	--

Categoría: Sentimientos agradables relacionados con el contacto del paciente que se encuentran internados en la unidad de terapia intensiva.

Pregunta 4	¿Hay en su lugar de trabajo algún respaldo psicológico y/o emocional para el personal de enfermería?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“No lamentablemente acá no tenemos apoyo, ni psicológico, ni física, ni emocional, en realidad deberíamos tener. Por la cantidad de cosas que vemos, más		“No tenemos apoyo de ningún tipo, deberíamos tener y más por los pacientes que se encuentran con limitación del	Según las manifestaciones de los entrevistados se puede decir que no cuentan con apoyo emocional y psicológica frente a	Usencia de contención psicológica y/o emocional lo cual puede generar obstaculización de cuidados.

	que nada, con la limitación terapéutica del paciente, por ahí están en la etapa terminal y requieren cuidados paliativos, eh una necesita como ese apoyo. No sé si bien un psicólogo o de alguien que esté especializado en esa rama como para tener un soporte para poder lidiar con esas situaciones”		esfuerzo terapéutico ya que muchas veces no sabemos cómo lidiar con las situaciones que conlleva”	situaciones complejas, lo cual es importante para que ellos puedan brindar cuidados de enfermería de calidad	
N°2/ F, E34, LE, A7	“No, no, no hay y cuando hizo más falta que fue en la época COVID, cuando la mayoría de los pacientes graves y la mayoría de los pacientes se nos iban,		“Es algo muy importante nuestra salud mental para poder brindar un cuidado de calidad, pero no hay ningún respaldo de parte de la institución ni nadie		

	tampoco, ni de parte de la institución ni nada de algún tipo de ayuda” “considero que es muy importante nuestra salud mental para poder brindar una atención de calidad para el paciente. Pero bueno, es algo de que nadie se ocupa”		y cuando hizo más falta en la época COVID tampoco lo hubo”		
N°3/ F, E40, AE, A8	“No, en la unidad no hay ningún respaldo psicológico, ni emocional, ni de ningún tipo y debería haber, porque a veces se malinterpreta, que estemos en una situación de un paciente que esté moribundo con una limitación y que nosotros nos estemos		“No hay ningún respaldo y se enfrenta como se puede, algunas veces es malinterpretado el que nos riamos cuando hay pacientes con limitación terapéutica, pero es como un salva		

	riendo, pero es como nuestro salva barrera emocional que tenemos. Entonces se hace lo que se puede, como te sale”		barrera emocional nuestro”		
--	---	--	----------------------------	--	--

Categoría: Ausencia de un sistema de respaldo psicológico hacia los enfermeros de parte de las autoridades de la institución.

Pregunta 5	¿Implementa tareas, actividades u otras cosas que lo distraigan de su trabajo diario?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Sí hago actividad física, más que nada por ahí cuando salís muy estresada y mucha carga laboral, requerís de una vía de escape como para poder descargar toda esa		“Hago actividad física que es como mi vía de escape, cuando hay mucha carga laboral y salgo estresada me sirve para descargar esa energía”	La mayoría de los informantes comentaron que realizan actividades para mantener su mente tranquila y enfocada en otras cosas, así poder	Implementación de actividades por fuera del ámbito laboral para abocar su mente y cuerpo en cosas que lo satisfagan.

	energía, todo ese estrés, que bueno uno lleva”			distraerse del ambiente laboral.	
N°2/ F, E34, LE, A7	“Cuando no estoy muy cansada o tengo tiempo saco a pasear a mis perros, ese ratito que salgo a caminar como para despejar la cabeza de todo lo que había pasado en las 8 h en la terapia y si no, dos veces a la semana voy a un taller de pintura y ahí como que sí mi mente como que se distrae de todo el ambiente de salud”, “solamente estoy ahí yo pintando y mi cabeza en otro lado”		“Saco a pasear a mis perros y camino para despejar la cabeza de todo lo que paso las 8 hs de trabajo, también voy a un taller de pintura donde me distraigo bastante”		

N°3/ F, E40, AE, A8	“Sí, trato de enfocar mi vida de cuando estoy en mi casa en otras cosas, en mi casa, en mis plantas, o algún jardín. Pinto, arreglo una cosa, deci que mi hijo me segundea y estamos ahí haciendo otras actividades que yo las llamo recreativas, porque me distraen y me pasa el tiempo, mi franco me pasa volando así sin pensar en otra cosa que no sea en lo que yo quiero hacer, en terminar una cosa, tener mi casita medianamente bien, terminar algo”		“Trato de enfocar mi vida en otras cosas, pinto, arreglo una cosa, en mis plantas, como actividades recreativas, me distraigo y se me pasa el tiempo volando”		
---------------------------	--	--	--	--	--

Categoría: Implementación de actividades recreativas y físicas como mecanismo para distraerse del trabajo.

Pregunta 6	¿Como repercute emocionalmente en usted cuando hay pacientes con limitación terapéutica?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Me repercute depende de la relación que haya tenido con el paciente”, “si está despierto el paciente vos ves, si bien está con un goteo de sedación que forma parte del cuidado paliativo, si está despierto vos ves que está agonizando, que está sufriendo, que está exteriorizando todo lo que le pasa, más cuando viene la familia y se ve el vínculo que tiene con el paciente, eso me afecta bastante”		“Depende de la relación que haya tenido con el paciente si ingresa intubado y no puedo relacionarme no me afecta tanto”, “si el paciente esta despierto a veces sufren y el contacto con la familia eso si me afecta bastante”	Se hacen presentes en los entrevistados dos emociones y/o pensamientos, cuando saben que el paciente no tiene posibilidades de recuperarse y entonces quieren que se le realice la limitación terapéutica y que no sufra más, pero también les da tristeza y se ponen	Emociones positivas y negativas del personal de enfermería frente a pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico.

N°2/ F, E34, LE, A7	“Bien y mal, tenemos dos caras, la buena siempre están el sentimiento de digamos, de nuestra parte humana de decir que ojalá la señora se recupere, que pobre digamos que no se puede ir si todavía es joven”, “Y nuestra parte más egoísta que decimos que no, que ya es hora de dejarla ir porque ya no hay nada más que hacer que ahí entra a jugar lo que es nuestro conocimiento, que sabemos que, por ejemplo, tiene una infección grave y que ya no hay vuelta para atrás o que tiene un cáncer terminal”, “No sabemos en la familia como		“Bien y mal, como que tenemos una parte humana que no quiere que se vaya y otra parte podría decirse egoísta, donde entra nuestro conocimiento y cuando el paciente está muy grave o tiene un cáncer terminal, ya no hay nada más que hacer”	en el lugar de la familia que pierde a su familiar enfermo.	
---------------------	---	--	---	--	--

	manifestarlos o si dejar salir nuestra parte humana o decirles y darles esa resignación”				
N°3/ F, E40, AE, A8	Es contradictorio a veces, porque vos ves que el paciente está muy grave, que no tiene posibilidad de salir y decís bueno que no le hagan más nada, porque no, limitarle el esfuerzo para que no sufra más o para que la familia no sufra más en todo caso, porque a veces ellos están durmiendo y no se enteran de nada. Y por ahí decís, aay no, le podrían dar otra chance más”		“A veces es contradictorio, ves que el paciente esta grave que no tiene posibilidad de salir y decís que lo limiten para que no sufra y tampoco la familia, pero otras veces quieres que se le dé otra chance más”		

Categoría: Sentimientos de tristeza que surgen durante los cuidados a los pacientes que se encuentran con limitación del esfuerzo terapéutico.

Pregunta 7	¿Utiliza y pone en práctica la empatía en la atención a pacientes?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Sí, me parece que es algo fundamental lo que es la empatía, porque el paciente, además de ser paciente es persona y siente”, “Considero que sí, que hay que ser empáticos, más que nada por lo que está viviendo, la situación por la que está pasando, que ya es bastante difícil, como para encima sumarle el no ser empático, el no comprender o el no ponerse en el lugar del paciente y		“Sí, me parece que es algo fundamental lo que es la empatía, porque el paciente, además de ser paciente es persona y siente”, “la situación por la que está pasando, que ya es bastante difícil, como para encima sumarle el no ser empático”	Cuidados empáticos primordial en los cuidados de enfermería, comprendiendo las necesidades de los pacientes y permitiendo una mejor relación.	Atención empática esencial durante la atención de enfermería generando cuidados de calidad

	más que nada en la familia también"				
N°2/ F, E34, LE, A7	"Siempre practico la empatía durante la atención a mis pacientes. Considero que es una característica que nos hace buenos profesionales. Cuando ingresa un paciente a la unidad de terapia, se muestra temeroso, ansioso, con preocupaciones, el ponernos en el lugar del otro y desde allí comprender esos miedos, necesidades y sentimientos nos dará como resultado un paciente más colaborador y participativo durante la atención, lo que a su vez mejorará la relación paciente-enfermero"		"Siempre practico la empatía durante la atención a mis pacientes", "nos dará como resultado un paciente más colaborador y participativo durante la atención, lo que a su vez mejorará la relación paciente-enfermero"		

N°3/ F, E40, AE, A8	“Si, siempre trato de utilizar la empatía en la atención a mis pacientes, es algo fundamental en nuestra profesión y al momento de brindar los cuidados no debemos olvidarlo. Siempre debemos ponernos en el lugar del otro o a lo sumo pensar que nosotros o algún familiar nuestro puede estar en esa situación y no nos gustaría que nos traten mal o no se utilice la empatía”		“Si, siempre trato de utilizar la empatía en la atención a mis pacientes”, “es algo fundamental en nuestra profesión”, “debemos ponernos en el lugar del otro o a lo sumo pensar que nosotros o algún familiar nuestro puede estar en esa situación”.		
---------------------------	--	--	---	--	--

Categoría: Cuidados de enfermería empáticos que promueven la confianza hacia el personal de enfermería y mejora la relación enfermera – paciente.

Pregunta 8	¿Siente o cree que con el paso de los años uno/a se vuelve un poco más frío/a ante estas situaciones?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Si, más que nada acá en terapia, donde uno está con pacientes con patologías críticas, que en que la mayoría de las veces hay varios fallecimientos. Uno con el pasar de los años se vuelve más frío, pero es como una herramienta de defensa personal, porque si uno ¿Cómo se puede decir? Si uno se pone a percibir o a tomar cada cosa que pasa acá, cada cosa mala, no está bueno tampoco para uno mentalmente, ni emocionalmente”		“Si, más que nada acá en terapia donde hay pacientes con patologías críticas, pero es como una herramienta de defensa personal para que no tomemos cada cosa que pasa aquí”	Los informantes manifestaron que no se vuelven fríos, sino que a veces actúan así para poder darle fortaleza a los familiares o entre ellos mismos.	Necesidad de controlar sus emociones frente a situaciones de aflicción.

N°2/ F, E34, LE, A7	“No es que nos volvamos más frío sino como que hay una parte de nuestro carácter que se forma una barrera ahí ante esas situaciones, porque tampoco es que nos vamos a poner a llorar a la par, pero bueno, siempre hay una lágrima que otra que nos sale, porque tanto tiempo ocupándonos con un paciente sale nuestra parte que se encariña de algún modo. Porque por ahí renegamos alguna otra cosa, pero se encariña y cuando ya llega el momento en que el paciente parte a otro mundo, formamos una barrera como para no dejar salir esa parte y darle más		“No nos volvemos más fríos, formamos como una barrera ante esas situaciones, para poder darle fortaleza a la familia o a nosotros mismos”		
---------------------------	---	--	--	--	--

	fortaleza a la familia o a nosotros mismos igual"				
N°3/ F, E40, AE, A8	No sé si tan frío, porque a veces es bueno conocer mucho y a veces malo saber mucho, pero no te hace menos frío", "igual por ahí aflora unas lagrimitas, porque de nuestra parte humana emocional no nos deja ser tan fríos. A veces actuamos como fríos o creemos ser frío, pero no somos para nada fríos, más como te digo, si sabes mucho, si tenés mucho conocimiento, a veces te juega en contra"		"A veces actuamos como que somos fríos o creemos que lo somos, pero nuestra parte humana emocional no nos deja serlo"		

Categoría: El control de las emociones frente a situaciones críticas permite enfrentar y superar los sentimientos que emergen.

Pregunta 9	¿Cuentan con un plan de cuidados o protocolos con estos pacientes?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Se cuenta con plan terapéutico, que es el cuidado paliativo que es un goteo de sedación de morfina y midazolam para que el paciente tenga un desenlace lo menos sufrible posible y para que la familia también digamos este conforme, por así decirlo, de que su familiar no sufre. Pero más que nada es eso, es el goteo de sedación”		“Se cuenta con el plan terapéutico donde se le coloca al paciente un goteo de sedación para que tenga un desenlace lo menos sufrible posible”	Los informantes refieren que se trata de que el paciente no sufra y pases sus últimos momentos de vida tranquilo, pero no se cuenta con un plan de cuidados para este tipo de pacientes en la unidad de terapia intensiva y que	Cuidados de enfermería dirigidos a ofrecerle al paciente una muerte digna y sin sufrimiento
N°2/ F, E34, LE, A7	“Nosotros como enfermeros intensivistas, digamos que hacemos lo que podemos. Porque al no existir un protocolo ni nada de eso, hemos pasado por		“Al no existir un protocolo ni nada, depende mucho del médico que se encuentra y si indica la limitación	depende mucho de la indicación médica diaria en cuanto a que cuidados realizar.	

	situaciones de que un día un médico nos indica que ya se firmó la limitación. Otro día volvemos entramos al trabajo y nos damos cuenta de que se está realizando de nuevo todas las medidas invasivas al paciente nuevamente y uno por ahí se ve en una entrecrucijada al no saber en si tenemos que seguir la indicación médica, pero nos vemos ahí en la situación de que cuál es lo mejor para el paciente y creo que es más que nada esas situaciones las pasamos por lo mismo porque no existe un protocolo ni un camino bien marcado a seguir y lo debería haber”		del esfuerzo terapéutico o continua con todas las medidas invasivas. Ahí es donde nos vemos en una entrecrucijada y pensamos en que es lo mejor para el paciente”		
--	--	--	--	--	--

N°3/ F, E40, AE, A8	“No, no se cuenta con un protocolo a seguir. Se hace según indicación médica. Pero los cuidados de enfermería sí, lo que sabemos todos, aspirarlo, acondicionarlo, medicarlo, controlarlo, pero la parte medicinal y de las conductas a seguir generalmente las indica, las hace el médico”		“No contamos con protocolos entonces la parte medicinal se realizan según indicación médica, salvo los cuidados de enfermería que se realizan siempre”		
---------------------------	---	--	--	--	--

Categoría: Ausencia de protocolos estandarizados para la atención de pacientes.

Pregunta 10	¿Los pacientes limitados siempre se encuentran internados en terapia intensiva?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“No, no siempre”, “generalmente son pacientes que ingresan		“Solo el paciente ingresa a la unidad de terapia	Los entrevistados comentaron que cuando los	Pacientes con requerimientos de cuidados

	porque se descompensan en piso, que la familia no está conforme y quiere que se la haga todo lo posible para que su familiar esté bien”, “Después hay otros pacientes que ingresan acá intubados, complicados para algunas patologías en específico, cuando clínicamente ya no tiene arreglo o resolución esa patología, se le explica al familiar, más desde la parte médica, de que ya no hay nada más para hacer, entonces se puede firmar una limitación de esfuerzo terapéutico”		intensiva cuando se encuentra muy descompensado y no se ha firmado una limitación del esfuerzo terapéutico, o la familia pide que se le realicen todos los cuidados necesarios”	pacientes se descompensan o necesitan de cuidados intensivos y en algunos casos no tiene firmada una limitación del esfuerzo terapéutico son ingresados en la unidad de terapia intensiva.	especiales e intensivos serán ingresados a la unidad de terapia intensiva
N°2/ F, E34, LE, A7	“Si y no”, “cuando el paciente llega a la situación crítica, recién la familia se plantea		“Generalmente si se encuentra acá internados cuando		

	eso y cómo generalmente tampoco nunca se ponen de acuerdo el paciente la mayoría de las veces está acá en la terapia intensiva, con toda la maquinaria que tenemos acá, respirador y monitor conectados y limitados”, “Así que general y últimamente están acá”		requieren de cuidados críticos y/o asistencia respiratoria mecánica y no cuentan con una limitación firmada”		
N°3/ F, E40, AE, A8	“Generalmente sí”, “acá están todas las bombas, los monitores. Los chicos tienen mucho más pacientes, no tienen un monitor que contacte, que ya no esté con actividad cardíaca”		“Generalmente si ya que acá se encuentran todas las bombas, monitores que ellos necesitan para estar controlados”		

Categoría: El ingreso a la unidad de terapia intensiva depende de las necesidades terapéuticas de los pacientes.

Pregunta 11	¿Disponen de un box de aislamiento o salas de internación aparte de la sala general, donde ellos y su familiar puedan tener privacidad?				
N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Hay un box de aislamiento, pero en realidad es para patologías respiratorias que requieren un aislamiento de contacto, respiratorio o por alguna bacteria en específico. Pero no es que hay un box destinado para el paciente que está bajo cuidados paliativos y su familia”		“No se dispone de un box especialmente para ese tipo de pacientes, solo hay un box para aislamientos específicos”	Todos los informantes refirieron que no disponen de una sala o box especialmente para pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, se los deja en la cama donde ingresaron.	Infraestructura diseñada sin posibilidad de ofrecer privacidad e intimidad en el momento de duelo.
N°2/ F, E34, LE, A7	“Disponemos de una sala de aislamiento, pero en sí a un aislamiento referido a una enfermedad, una enfermedad que sí o sí necesita aislamiento por		“Disponemos de una sala de aislamiento para una enfermedad que necesita si o si aislamiento, en la		

	contacto, aislamiento respiratorio”, “en la sala o la cama que se le asigna al momento del ingreso es generalmente la cama con la que se queda”		cama donde ingresan se quedan”		
N°3/ F, E40, AE, A8	“Disponemos de solamente una sala de aislamiento que es un box, pero si el servicio está lleno, están en la cama que se le asigne, no necesariamente se lo lleva ahí”, “contamos con una sala, con una sola sala”		“No necesariamente se lo lleva a una sala de aislamiento, solo se dispone de una sola sala general”		

Categoría: Ausencia de sala individual como espacio de privacidad que favorezca el vínculo entre la familia y el paciente en el proceso de duelo.

Pregunta 12	¿La familia necesita de algún permiso para poder acompañar a su familiar? ¿Como se permite que esté presente?
----------------	---

N° / COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	RED. 1	RED. 2	RED. 3
N°1/ F, E31, LE, A3	“Si, en realidad el permiso por parte médico que es la principal autorización y después por parte de enfermería”, “Es el médico el que viene y te autoriza que es si pueden pasar la cantidad de veces que quieran fuera del horario de visita la familia, a ver a su familiar” “Siempre depende mucho de quién esté como médico. Hay médicos que no están de acuerdo con que el familiar pase fuera del horario de visita”, “igual eso depende mucho de enfermería porque por ahí sí hay mucha carga laboral uno		“Permiso por parte médico principalmente y luego de enfermería”, “pueden pasar la cantidad de veces que quieran” “Depende del médico que se encuentre y si hay bastante carga laboral se limita un poco el ingreso”	La mayoría de los informantes refirieron que los médicos son los únicos que pueden autorizar a que ingrese la familia fuera de los horarios habituales, a lo que también va a depender de la cantidad de trabajo que haya en la unidad.	Consentimiento de los médicos para permitir ingresos de la familia durante un determinado tiempo siguiendo disponibilidad del servicio.

	tiene que limitar ese ingreso de la visita"				
N°2/ F, E34, LE, A7	"Si, lo tiene que generar el médico", "Que una vez que ya está limitado el esfuerzo charlan con la familia, le hace firmar la petición y desde ahí se coordina con el personal de enfermería, el momento en que ellos puedan ingresar" "coordinamos entre compañeras, si no estamos realizando alguna actividad". "nosotros contamos con un régimen de horario que es de 1 hora a la mañana y 1 hora a la tarde. Cuando ya terminó ese horario y no estamos realizando ninguna actividad a ningún otro paciente lo dejamos pasar,		"el medico genera el permiso", "se coordina entre compañeras, si no se está realizando ninguna actividad se los deja ingresar donde ellos pueden acercarse, hablar y tocar a su familiar"		

	de a 1 de a dos, o sea, se pueden acercar al paciente, pueden tener contacto con él y pueden hablar durante ese tiempo que hayan ingresado a visitar, pero es muy limitado”				
N°3/ F, E40, AE, A8	“Sí generalmente se los otorga el médico. Ellos son los responsables del servicio, son los únicos que pueden dar ese tipo de permiso”. “Como te decía, si bien el médico es el que autoriza y que da permiso para que entren por sobre el horario habitual de visita, siempre está sujeto a lo que pase en el servicio. “cuando se puede, por ahí pasan de a dos, de a 3, este por ahí		“El medico autoriza, pero siempre está sujeto a lo que suceda en el servicio, lo cual ingresan el tiempo que se pueda”		

	están un ratito y se intercambian, en lo que se puede, el tiempo que se dé.				
--	---	--	--	--	--

Categoría: Permiso médico el cual se encuentra sujeto a la cantidad de trabajo que disponga el personal de enfermería en la unidad.

CATEGORIAS DE ANALISIS/ CONVERGENCIAS

La unidad de terapia intensiva es un ambiente dinámico, que tiende a ser agotador debido a su complejidad

La cantidad y complejidad de los pacientes críticos influyen en las actividades y generan situaciones conflictivas

Ausencia de protocolos estandarizados para la atención de pacientes

El ingreso a la unidad de terapia intensiva depende de las necesidades terapéuticas de los pacientes

Ausencia de sala individual como espacio de privacidad que favorezca el vínculo entre la familia y el paciente en el proceso de duelo

Permiso médico el cual se encuentra sujeto a la cantidad de trabajo que disponga el personal de enfermería en la unidad

Vivencias que promueven un ambiente dinámico y agotador, complejizando las actividades y el funcionamiento del servicio, relacionado con las necesidades de los pacientes internados en la UTI con la ausencia de protocolos y espacios físicos adecuados

Sentimientos agradables relacionados con el contacto del paciente que se encuentran internados en la unidad de terapia intensiva

Cuidados de enfermería empáticos que promueven la confianza hacia el personal de enfermería y mejora la relación enfermera – paciente

Los sentimientos agradables que se producen en el contacto diario con el paciente promueven cuidados enfermeros empáticos mejorando la confianza y la relación interpersonal

Ausencia de un sistema de respaldo psicológico hacia los enfermeros de parte de las autoridades de la institución

Implementación de actividades recreativas y actividad física como mecanismo para distraerse del trabajo

Sentimientos de tristeza que surgen durante los cuidados a los pacientes que se encuentran con limitación del esfuerzo

El control de las emociones frente a situaciones críticas permite enfrentar y superar los sentimientos que emergen

Implementación de actividades recreativas y físicas para afrontar las emociones de tristeza que surgen con los cuidados a pacientes con LET, ante la ausencia de un respaldo psicológico y emocional por parte de la institución

INTERPRETACION

En este trabajo de investigación como resultado del trabajo de campo, se pudieron lograr 3 convergencias, de las cuales la primera es **“Vivencias que promueven un ambiente dinámico y agotador, complejizando las actividades y el funcionamiento del servicio, relacionado con las necesidades de los pacientes internados en la UTI con la ausencia de protocolos y espacios físicos adecuados”** en esta convergencia lograda el informante refiere (N°1/ F, E31, LE, A3 *“trabajar en una terapia intensiva es bastante complejo”*), el brindar cuidado, las situaciones, maneras de trabajar en una UTI puede generar un ambiente dinámico y agotador, así mismo dice (N°2/ F, E34, LE, A7 *“Es agotador más que nada desde el punto de vista de nuestra salud mental”*). Las actividades de enfermería hacia los pacientes con LET, varias veces se ven alteradas debido a que no cuentan con protocolos estandarizados, manifiesta la informante (N°2/ F, E34, LE, A7 *“al no existir un protocolo ni nada de eso, hemos pasado por situaciones de que un día un médico nos indica que ya se firmó la limitación. Otro día volvemos entramos al trabajo y nos damos cuenta de que se está realizando de nuevo todas las medidas invasivas al paciente nuevamente y uno por ahí se ve en una entrecrucijada al no saber en si tenemos que seguir la indicación médica”*).

Según la teoría de Rulan y Moore “Teoría del final tranquilo de la vida” la cual expresa que la familia y sus allegados, son una parte importante del cuidado del final de la vida⁶, similarmente en la unidad de terapia intensiva se permite que la familia del paciente este presente y acompañándolo, no constantemente, pero si se autoriza a que en determinados momentos del día ingresen, así lo refiere (N°1/ F, E31, LE, A3 *“Es el médico el que viene y te autoriza que es si pueden pasar la cantidad de veces que quieran fuera del horario de visita la familia”*).

En la teoría de las mencionadas autoras, se afirma que controlar y administrar la analgesia, aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuyen a la experiencia del paciente de no tener dolor⁷, acorde con lo expresado por (N°1/ F, E31, LE, A3 *“goteo de sedación de morfina y midazolam para que el paciente tenga un desenlace lo menos sufrible*

⁶ Modelos y teorías en enfermería, pág. 756. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

⁷ Modelos y teorías en enfermería, pág. 757. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

posible”). Dicho lo anterior, prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente⁸, así lo dice (N°3/ F, E40, AE, A8 *“los cuidados de enfermería sí, lo que sabemos todos, aspirarlo, acondicionarlo, medicarlo, controlarlo”*).

En cuanto a la convergencia 2 **“Los sentimientos agradables que se producen en el contacto diario con el paciente promueven cuidados enfermeros empáticos mejorando la confianza y la relación interpersonal”** según la teoría de Ruland y Moore “Teoría del final tranquilo de la vida” para ser más específicos expresan que los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del FV⁹ son personales e individual¹⁰, en relación con lo que refiere la informante (N°1/ F, E31, LE, A3 *“cuando viene la familia y se ve el vínculo que tiene con el paciente, eso me afecta bastante”*).

Acerca del objetivo del cuidado del FV, el cual es maximizar el tratamiento, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila¹¹, de modo que así lo afirma (N°1/ F, E31, LE, A3 *“goteo de sedación de morfina y midazolam para que el paciente tenga un desenlace lo menos sufrible posible”*)

Por otra parte en la “Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal” de Watson, se afirma que la capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios científicos, técnicos, estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación¹², a lo que la informante expresa (N°2/ F, E34, LE, A7 *“cuando ingresa un paciente a la unidad de terapia, se muestra temeroso, ansioso, con preocupaciones, el ponernos en el lugar del otro y desde allí comprender esos miedos, necesidades y sentimientos nos dará como resultado un paciente más colaborador y participativo durante la atención, mejorando la relación paciente-enfermero”*).

⁸ Modelos y teorías en enfermería, pág. 757. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

⁹ Teoría del final tranquilo de la vida

¹⁰ Modelos y teorías en Enfermería, pág. 756. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

¹¹ Modelos y teorías en Enfermería, pág. 756. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

¹² Pág. 98, Modelos y teorías en enfermería. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

En lo que respecta a la convergencia 3 **“Implementación de actividades recreativas y físicas para afrontar las emociones de tristeza que surgen con los cuidados a pacientes con LET, ante la ausencia de un respaldo psicológico y emocional por parte de la institución”** según se pudo analizar en el artículo de investigación (Yáñez-Dabdoub, 2018) presente en el estado del arte, afirman que diversos estudios destacan el alto nivel de estrés psicológico al que se ven sometidos los profesionales de enfermería cuando están al cuidado de un paciente en LET en una UTI, y en contacto con los familiares, teniendo en cuenta que todo ese combo de alguna manera influye en ellos, tratan de implementar actividades u otras cosas, para separar el trabajo de su vida diaria, por lo cual comenta (N°2/ F, E34, LE, A7 *“voy a un taller de pintura y ahí como que sí mi mente como que se distrae de todo el ambiente de salud, solamente estoy ahí yo pintando y mi cabeza en otro lado”*). Así mismo continuando con el artículo mencionado, donde se manifiesta que el cuidar de pacientes moribundos es descrito por un grupo de profesionales de enfermería, tanto desde un punto de vista psicológico como emocional, les produce dolor, es agotador y otro aspecto que contribuye al estrés emocional es la escasez de redes de apoyo a nivel institucional, así lo dice (N°3/ F, E40, AE, A8 *“en la unidad no hay ningún respaldo psicológico, ni emocional, ni de ningún tipo y debería haber, porque a veces se malinterpreta, que estemos en una situación de un paciente que esté moribundo con una limitación y que nosotros nos estemos riendo, pero es como nuestro salva barrera emocional”*). Estos temas se reflejan en la Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson, ella menciona que el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos¹³. Según menciona (Bettancourt Ortega, 2019), en su artículo, que instaurar la LET desde el ingreso del paciente genera un sentimiento de alta responsabilidad y preocupación, así mismo refiere (N°1/ F, E31, LE, A3 *“trabajar en una terapia intensiva es bastante complejo. Porque es un sector cerrado. En donde hay pacientes con patologías complejas, que requieren cuidados específicos”*). Similar a lo que refirió la entrevistada, en la Filosofía y teoría de Watson se expone, la enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia

¹³ Pág. 95, Modelos y teorías en enfermería. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.

genuina y centrarse en el momento del cuidado; las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía, etc. contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.¹⁴

RECONTEXTUALIZACION

Como finalidad del trabajo de investigación realizado, se lograron obtener datos de los informantes, de los cuales todas las informantes manifiestan el estrés y la carga laboral que les genera atender pacientes en estado crítico y más aún pacientes que cuentan con una limitación del esfuerzo terapéutico, algo de lo que no se habla muy a menudo ya que es un tema un poco desconocido, pero presente en las unidades. Se tiene la idea de que el personal de enfermería solo debe brindar cuidado y atención, pero nadie se percata de que muchas veces ellos son los que también necesitan acompañamiento y un respaldo, ya sea psicológico o de otro tipo. Estos temas no se tratan y se dejan de lado, lo que lleva a que algunas veces se generen patologías psicofisiológicas en el personal, afectando su salud y su empleo.

Por lo general en las instituciones médicas hay una ausencia de apoyo psicológico hacia sus empleados, algo que debería estar presente hoy en día. A causa de lo mencionado, implementan tareas, actividades o situaciones que nada tengan que ver con su trabajo. Las informantes manifestaron que realizan otras actividades extralaborales para separar y ahuyentar al ambiente de trabajo y las situaciones que experimentan. Como tema relevante se debería comenzar a valorar más la salud mental del personal de enfermería, que brinda cuidados a pacientes en internaciones.

Para concluir se debería implementar la disposición de salas de internación individuales para el paciente y la familia que está atravesando un proceso de duelo/ muerte, dándole espacio y privacidad.

¹⁴ Modelos y teorías en enfermería. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey, pág. 96.

CONCLUSION GENERAL

Con este trabajo se pudo desarrollar habilidades cognitivas, búsqueda de antecedentes de origen científico, búsqueda de información, análisis de datos, realizar interpretaciones, utilización de investigación cualitativa y razonamiento inductivo.

Se llevo a cabo un arduo trabajo, para obtener información y datos, que luego fueron procesados y analizados minuciosamente con el fin de llegar a una idea o dato relevante, importante para el personal de enfermería. Se pudo obtener y conocer cuáles son las vivencias del personal de enfermería de una unidad de terapia intensiva, el cual brinda cuidados a pacientes que se encuentran con limitación del esfuerzo terapéutico; como transitan y más precisamente las dificultades a las que están expuestos, que muchas veces está poco valorado o está ausente el acompañamiento o apoyo hacia el personal.

Se conoció que el personal está expuesto a una cantidad de estrés, el cual no es conocido por la población y tampoco valorado. Muchas veces deben buscar vías de escape o mecanismos de defensa, que los ayuden a poder afrontar y atravesar lo que ocurre en sus jornadas laborales.

BIBLIOGRAFIA

- Avilés Reinoso, L., & Soto Núñez, C. (Abril de 2014). *Scielo*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015
- Bermeo, R. N. (2020). *Scielo*. Obtenido de <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638-09.pdf>
- Betancourt, G. d. (Mayo- Agosto de 2014). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011
- Bettancourt Ortega, G. N. (2019). *Bdenf/ Lilacs*. Obtenido de Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos | Horiz. enferm;30(1): 61-75, 2019. | LILACS | BDENF (bvsalud.org)
- Carrasco. (Diciembre de 2022). *Lilacs*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1416022>
- Castro, M. (2007). *Redalyc*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226717003>
- César Raúl Aguilar García, C. M. (Mayo- Junio de 2017). *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- Cordero, R. Á. (Sep- Dic de 2014). *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500003
- Escobar, P. (2012). *Redalyc*. Obtenido de Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana (redalyc.org)
- Franco, A. (2015). *Redalyc*. Obtenido de Visor Redalyc - Limitar los esfuerzos terapéuticos (LET) en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Criterios éticos y procesos de toma de decisiones*
- Franco, A. (2015). *Redalyc*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/1892/189242457002/>
- Grinberg, T. (Diciembre de 2017). *Scielo*. Obtenido de Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva: ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar? (scielo.org.ar)
- Guillart, M. (Junio de 2015). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
- Herreros, P. P. (2012). *Revista clinica española*. Obtenido de <https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122>
- Marta Lenise do Prado, A. M. (s.f.). El diseño de la investigación cualitativa.

- Mejia Venegas, A. D. (2022). *Bdenf, Colnal, Lilacs*. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1402547>
- Noriega Campos, M. H. (Marzo de 2022). *Bdenf/Cumed/Lilacs*. Obtenido de Desempeño profesional de enfermería en la atención al paciente quirúrgico séptico | Rev. cuba. enferm;38(1)mar. 2022. | LILACS | BDEFN | CUMED (bvsalud.org)
- Putzel, H. B. (2016). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/8mY4vFgLnNhgYGgtdjxz/abstract/?lang=es#>
- Ramos, C. G. (Diciembre de 2015). *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662015000400002
- Restrepo Bernal, C. U. (2013). *Redalyc*. Obtenido de Limitación de esfuerzos terapéuticos: mucho más que dejar de hacer (redalyc.org)
- Restrepo, C. O. (2013). *Scielo*. Obtenido de CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA LIMITACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO (scielo.org.co)
- Rincón Roncancio, G. D. (2015). *Lilacs*. Obtenido de Problemas ético del retiro o limitación de traamiento vital en unidades de cuuidados intensivos | Rev. latinoam. bioét;15(2): 42-51, jul.-dic. 2015. ilus | LILACS (bvsalud.org)
- Roberto Hernández Sampieri, C. F. (s.f.). Metodología de la Investigación.
- Solís Garcia del Pozo, G. P. (2012). *Redalyc*. Obtenido de EL LÍMITE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS PUBLICACIONES MÉDICAS ESPAÑOLAS (redalyc.org)
- Tomey, M. R.-A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. En M. R.-A. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería*. ELSEVIER.
- Yáñez-Dabdoub, V.-C. (2018). *Bdenf, Colnal, Lilacs*. Obtenido de Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería | Pers. bioet;22(1): 56-75, ene.-jun. 2018. tab, graf | LILACS | BDEFN | COLNAL (bvsalud.org)

ANEXOS

Consentimiento informado

Le informo que su participación en esta entrevista es voluntaria y gratuita, no se dará beneficio ni riesgo alguno para con usted. No se implicará ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento, si usted así lo desea. Si decide participar, deberá saber que la información que me brinde y facilite, será procesada y analizada para llevar a cabo un proyecto de investigación, el cual pertenece a una materia de la UNPSJB, como trabajo final de investigación.

El estudio será realizado por, Cuevas Pamela, enfermera y estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Como finalidad del mismo, es conocer las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico de la unidad de terapia intensiva. Los objetivos del proyecto son:

1. Conocer como son las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes internados en la UTI
2. Describir como afronta la limitación terapéutica de sus pacientes el personal de enfermería
3. Conocer los sentimientos que vivencia el personal de enfermería en situaciones de limitación terapéutica en pacientes de UTI
4. Identificar las características del cuidado a pacientes con limitación terapéutica
5. Analizar cómo es el abordaje de introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar enfermo

Si desea participar firme y complete:

Firma.....

Comodoro Rivadavia..... de septiembre de 2023.

Consentimientos de entrevistados

Consentimiento informado

Le informo que su participación en esta entrevista es voluntaria y gratuita, no se dará beneficio ni riesgo alguno para con usted. No se implicará ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento, si usted así lo desea. Si decide participar, deberá saber que la información que me brinde y facilite, será procesada y analizada para llevar a cabo un proyecto de investigación, el cual pertenece a una materia de la UNPSJB, como trabajo final de investigación.

El estudio será realizado por, Cuevas Pamela, enfermera y estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Como finalidad de este, es conocer las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico de la unidad de terapia intensiva. Los objetivos del proyecto son:

1. Conocer como son las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes internados en la UTI
2. Describir como afronta la limitación terapéutica de sus pacientes el personal de enfermería
3. Conocer los sentimientos que vivencia el personal de enfermería en situaciones de limitación terapéutica en pacientes de UTI
4. Identificar las características del cuidado a pacientes con limitación terapéutica
5. Analizar cómo es el abordaje de introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar enfermo

Si desea participar firme y complete:

Firma.....

Comodoro Rivadavia...29... de septiembre de 2023.

Consentimiento informado

Le informo que su participación en esta entrevista es voluntaria y gratuita, no se dará beneficio ni riesgo alguno para con usted. No se implicará ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento, si usted así lo desea. Si decide participar, deberá saber que la información que me brinde y facilite, será procesada y analizada para llevar a cabo un proyecto de investigación, el cual pertenece a una materia de la UNPSJB, como trabajo final de investigación.

El estudio será realizado por, Cuevas Pamela, enfermera y estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Como finalidad de este, es conocer las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico de la unidad de terapia intensiva. Los objetivos del proyecto son:

1. Conocer como son las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes internados en la UTI
2. Describir como afronta la limitación terapéutica de sus pacientes el personal de enfermería
3. Conocer los sentimientos que vivencia el personal de enfermería en situaciones de limitación terapéutica en pacientes de UTI
4. Identificar las características del cuidado a pacientes con limitación terapéutica
5. Analizar cómo es el abordaje de introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar enfermo

Si desea participar firme y complete:

Firma.....

Comodoro Rivadavia, 30 de septiembre de 2023.

Consentimiento informado

Le informo que su participación en esta entrevista es voluntaria y gratuita, no se dará beneficio ni riesgo alguno para con usted. No se implicará ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si decide interrumpir su participación en cualquier momento, si usted así lo desea. Si decide participar, deberá saber que la información que me brinde y facilite, será procesada y analizada para llevar a cabo un proyecto de investigación, el cual pertenece a una materia de la UNPSJB, como trabajo final de investigación.

El estudio será realizado por, Cuevas Pamela, enfermera y estudiante de la Licenciatura en Enfermería. Como finalidad de este, es conocer las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico de la unidad de terapia intensiva. Los objetivos del proyecto son:

1. Conocer como son las vivencias del personal de enfermería en el cuidado de pacientes internados en la UTI
2. Describir como afronta la limitación terapéutica de sus pacientes el personal de enfermería
3. Conocer los sentimientos que vivencia el personal de enfermería en situaciones de limitación terapéutica en pacientes de UTI
4. Identificar las características del cuidado a pacientes con limitación terapéutica
5. Analizar cómo es el abordaje de introducir a la familia en el acompañamiento de su familiar enfermo

Si desea participar firme y complete:

Firma.....

Comodoro Rivadavia..30... de septiembre de 2023.

Nota de permiso para realización de trabajo de investigación

Comodoro Rivadavia, 10 de octubre de 2023

Coordinación Unidad de Terapia Intensiva

Srta. Paz Carla

Me dirijo a usted con el motivo de solicitar autorización para la realización de un trabajo de investigación, el cual será presentado ante la cátedra de Taller de Investigación, de la carrera de Lic. En enfermería de la UNPSJB. El mismo se realizará dentro de la unidad de terapia intensiva del Sanatorio La Española y se entrevistará al personal de enfermería del mencionado sector.

Me despido atentamente

Cuevas Pamela DNI 36719519


Enf: Paz Carla.
17A7:2059.

Entrevistas

Transcripción entrevista informante N°1/ F, E31, LE, A3

1. ¿Como es trabajar en una terapia intensiva?

Trabajar en una terapia intensiva es bastante complejo. Porque es un sector cerrado. En donde hay pacientes con patologías complejas, que requieren cuidados específicos que no hay en internación común.

2. ¿Cómo vive y transita diariamente el cuidar a un paciente de terapia intensiva?

En realidad, es depende la cantidad de laburo que haya, por ahí si hay mucho laburo y hay pacientes bastante críticos como qué te estresa bastante. También el tema de la familia que al ser un sector cerrado, si bien no está la familia de forma permanente, en lo que es el horario de visita es cuando te hacen bastantes preguntas y una como que se estresa bastante. O por ahí en el día a día si hay mucho laburo, en el equipo de salud también, los médicos, es depende de la cantidad de laburo y de la situación que haya, de qué pacientes haya y con qué patologías, porque por ahí hay días que son tranqui y hay otros días que no, hay demasiado laburo.

3. ¿Se siente a gusto trabajando en una unidad de terapia intensiva? ¿Por qué?

Si, me siento a gusto trabajando en la terapia intensiva porque me gustó, me gusta, lo que es los temas que se ven acá, me gustó aprender un montón. Yo estaba en internación, en piso y ahí es donde se brinda otros tipos de cuidado de enfermería, acá como hay patologías críticas, necesitas otro tipo de conocimientos. también me gusta por el hecho como para no volver a repetir el tema de la familia, viste que en internación de común uno tiene que lidiar todo el tiempo con la familia y acá solamente en horario de visita.

4. ¿Hay en su lugar de trabajo algún respaldo psicológico y/o emocional para el personal de enfermería?

No lamentablemente acá no tenemos apoyo, ni psicológico, ni física, ni emocional, en realidad deberíamos tener. Por la cantidad de cosas que vemos, más que nada, con la limitación terapéutica del paciente, por ahí están en la etapa terminal y requieren cuidados paliativos, eh una necesita como ese apoyo. No sé si bien un psicólogo o de alguien que

esté especializado en esa rama como para tener un soporte para poder lidiar con esas situaciones.

5. ¿Implementa tareas, actividades u otras cosas que lo distraigan de su trabajo diario?

Sí hago actividad física, más que nada por ahí cuando salís muy estresada y mucha carga laboral, requerís de una vía de escape como para poder descargar toda esa energía, todo ese estrés, que bueno uno lleva.

6. ¿Como repercute emocionalmente en usted cuando hay pacientes con limitación terapéutica?

En realidad me repercute depende de la relación que haya tenido con el paciente, por ahí sí es un paciente, que ingresa acá a terapia, que ingresa intubado con el que yo no me puedo relacionar no es tanto, obviamente te afecta y más que nada, si está despierto el paciente vos ves, si bien está con un goteo de sedación que forma parte del cuidado paliativo, si está despierto vos ves que está agonizando, que está sufriendo, que está exteriorizando todo lo que le pasa, más cuando viene la familia y se ve el vínculo que tiene con el paciente, eso me afecta bastante. Pero por ahí, sí es un paciente que está sedado, que está intubado, con cuidados paliativos y esta sedado totalmente, yo sé que si bien está en su última etapa final, está bajo un goteo de sedación y yo sé que no está sufriendo. Pero si el hecho de ver el lazo afectivo a la hora de visita sí te afecta emocionalmente, por eso también uno en esos casos también necesita descargar a través de una actividad física, de un hobby, fuera de acá del laburo, también tiene que ver mucho eso.

7. ¿Utiliza y pone en práctica la empatía en la atención a pacientes?

Sí, me parece que es algo fundamental lo que es la empatía, porque el paciente, además de ser paciente es persona y siente y por ahí generalmente acá que vienen pacientes con limitación terapéutica son en casos específicos, que es cuando el familiar solicita que se le realice todo el tratamiento como para poder seguir, para poder solucionar esa patología. Pero si no, están en el piso con cuidados paliativos, solamente en esos casos ingresan acá. Considero que sí, que hay que ser empáticos, más que nada por lo que está viviendo, la situación por la que está pasando, que ya es bastante difícil, como para encima sumarle el

no ser empático, el no comprender o el no ponerse en el lugar del paciente y más que nada en la familia también.

8. ¿Siente o cree que con el paso de los años uno/a se vuelve un poco más frío/a ante estas situaciones?

Eeh si, más que nada acá en terapia, donde uno está con pacientes con patologías críticas, que en que la mayoría de las veces hay varios fallecimientos. Uno con el pasar de los años se vuelve más frío, pero es como una herramienta de defensa personal, porque si uno ¿Cómo se puede decir? Si uno se pone a percibir o a tomar cada cosa que pasa acá, cada cosa mala, no está bueno tampoco para uno mentalmente, ni emocionalmente.

9. ¿Cuentan con un plan de cuidados o protocolos con estos pacientes?

Eh, en realidad sí, se cuenta con plan terapéutico, que es el cuidado paliativo que es un goteo de sedación de morfina y midazolam para que el paciente tenga un desenlace lo menos sufrible posible y para que la familia también digamos este conforme, por así decirlo, de que su familiar no sufre. Pero más que nada es eso, es el goteo de sedación.

10. ¿Los pacientes limitados siempre se encuentran internados en terapia intensiva?

No, no siempre. Generalmente los pacientes con patologías terminales, por ejemplo, los C.A. (cáncer) que están en una etapa final en donde ya no hay tratamiento de que pueda solucionar esa patología, generalmente siempre están en piso, son raros los casos, va muy específicos los que ingresan a terapia, generalmente son pacientes que ingresan porque se descompensan en piso, que la familia no está conforme y quiere que se la haga todo lo posible para que su familiar esté bien, en esos casos sí se ingresa acá a terapia. Después hay otros pacientes que ingresan acá intubados, complicados para algunas patologías en específico, cuando clínicamente ya no tiene arreglo o resolución esa patología, se le explica al familiar, más desde la parte médica, de que ya no hay nada más para hacer, entonces se puede firmar una limitación de esfuerzo terapéutico. Que en esos casos también se aplica lo que es los cuidados paliativos, que sería el goteo de sedación.

11. ¿Disponen de un box de aislamiento o salas de internación aparte de la sala general, donde ellos y su familiar puedan tener privacidad?

No, generalmente acá al ser una terapia intensiva no. Hay un box de aislamiento, pero en realidad es para patologías respiratorias que requieren un aislamiento de contacto, respiratorio o por alguna bacteria en específico. Pero no es que hay un box destinado para el paciente que está bajo cuidados paliativos y su familia. No, no hay.

12. ¿La familia necesita de algún permiso para poder acompañar a su familiar? ¿Como se permite que esté presente?

Si, en realidad el permiso por parte médico que es la principal autorización y después por parte de enfermería, pero es un acuerdo entre médicos y enfermeros. Es el médico el que viene y te autoriza que es si pueden pasar la cantidad de veces que quieran fuera del horario de visita la familia, a ver a su familiar. Generalmente depende mucho de quién esté, siendo sincera, siempre depende mucho de quién esté como médico. Hay médicos que no están de acuerdo con que el familiar pase fuera del horario de visita así sabiendo que el paciente de una unidad está bajo cuidados paliativos. Pero depende mucho eso del médico del que este en el turno. Pero hay algunos que sí te autorizan a que puedan pasar en el transcurso del día varias veces, igual eso depende mucho de enfermería porque por ahí sí hay mucha carga laboral uno tiene que limitar ese ingreso de la visita.

Transcripción entrevista informante N°2/ F, E34, LE, A7

1. ¿Como es trabajar en una terapia intensiva?

Tiene sus días, es agotador más que nada desde el punto de vista de nuestra salud mental, porque en si existe ya desde un principio en el personal de enfermería como cierta, no es miedo, sino que no todo el mundo desde el primer día quiere ir a trabajar en una terapia intensiva, por el ambiente que te genera un paciente critico, un paciente grave, no es lo mismo a tener que colocar una vacuna o ir solamente a tomar una presión arterial. En sí el ambiente de la terapia intensiva es agotador en ese sentido, estar todo el tiempo ya sea 6 u 8 horas en contacto con un paciente crítico, que sabes que conlleva cuidado las 8 horas. Aparte del paciente también llevás un contacto con la familia, si el paciente está grave acompañarlo desde ese punto, que ellos tampoco saben como conllevar la situación, estar con un familiar que está grave entonces ayudarlos desde ese sentido y todo eso cansa, agota y tanto la atención con el paciente, la atención con el familiar, el ambiente con tus

compañeros de trabajo, el ambiente con el médico, todo eso genera en sí en nuestro carácter cambios. Hay situaciones que es como un ambiente dinámico, en un momento está tranquilo, en otro momento estás a full haciendo una reanimación y todo eso te moviliza, cambia el carácter, que a veces lleva a que en algún momento haya algún roce o algo con algún compañero, con algún médico o con alguna autoridad y todas esas situaciones, todas te agotan mentalmente y si es agotador trabajar en una terapia intensiva y hay que sobrellevarlo.

2. ¿Cómo vive y transita diariamente el cuidar a un paciente de terapia intensiva?

Y yo por ejemplo trato de sobrellevarlo como se puede. En si acá hay muchas emociones, hay muchas situaciones que son tanto estresantes y todas esas las podés llevar como para bien o como para mal. Y trato de salir de acá y tanto las emociones buenas como malas o las situaciones que he pasado, digamos trato de volcarlas en alguna actividad recreativa o en algún deporte o yendo de ese lado, porque si en algún momento uno que siempre pasa, las llega a guardar y con los problemas que tiene en casa y todo lo demás se entre mezcla y te dañan, emocionalmente, físicamente. Así que se trata de llevar como se puede. Yo bueno soy sola en mi casa así que trato de hacer alguna actividad fuera de casa, fuera de acá y para no llevar todo, no sobrecargar tanto mi cuerpo como mi cabeza, con las emociones y las situaciones que se viven acá.

3. ¿Se siente a gusto trabajando en una unidad de terapia intensiva? ¿Por qué?

A mí me gusta trabajar acá. Es verdad que cuando entré a trabajar acá sentí un recelo, que cuando bueno me hicieron la entrevista de trabajo, dije que no quería. Pero desde que estoy trabajando acá, que ya van a ser como 6 años, lo que si entre sin saber nada. Me gusta el ambiente, la adrenalina, las situaciones todas las que se pasan por acá, me gusta bastante porque aprendes mucho y otra que bueno en la formación supuestamente te preparan para desempeñarte en cualquier situación, pero uno si no pasa por eso es como que no aprendes, no sabes lo que significa estar con el paciente crítico, con el paciente moribundo, con el paciente grave o las situaciones buenas, cuando el paciente sale y todo lo demás. Pero me gusta bastante, porque aprendo, eh todos los días y por todas las situaciones que pasamos con los chicos.

4. ¿Hay en su lugar de trabajo algún respaldo psicológico y/o emocional para el personal de enfermería?

No, no, no hay y cuando hizo más falta que fue en la época COVID, cuando la mayoría de los pacientes graves y la mayoría de los pacientes se nos iban, tampoco, ni de parte de la institución ni nada de algún tipo de ayuda, por lo que en sí éramos el personal que estaba en más contacto con esa clase de pacientes. Debería, debería haber porque es muy importante la salud mental de parte de personal de salud, considero que es muy importante nuestra salud mental para poder brindar una atención de calidad para el paciente. Pero bueno, es algo de que nadie se ocupa.

5. ¿Implementa tareas, actividades u otras cosas que lo distraigan de su trabajo diario?

Sí, bueno a veces cuando no estoy muy cansada o tengo tiempo saco a pasear a mis perros, ese ratito que salgo a caminar como para despejar la cabeza de todo lo que había pasado en las 8 h en la terapia y si no, dos veces a la semana voy a un taller de pintura y ahí como que sí mi mente como que se distrae de todo el ambiente de salud, porque no hay jeringa, no hay monitores, no hay ruidos de nada y solamente estoy ahí yo pintando y mi cabeza en otro lado.

6. ¿Como repercute emocionalmente en usted cuando hay pacientes con limitación terapéutica?

Eh bien y mal, tenemos dos caras, digamos la cara buena y la cara mala, la buena siempre están el sentimiento de digamos, de nuestra parte humana de decir que ojalá la señora se recupere, que pobre digamos que no se puede ir si todavía es joven o no se puede ir todavía porque puede ser el abuelo, o la abuela de alguien, la mamá de alguien y esa parte como que nuestra parte humana, como que diciendo que no, no queremos que se vaya. Y nuestra parte no digamos mala, pero sí nuestra parte más egoísta que decimos que no, que ya es hora de dejarla ir porque ya no hay nada más que hacer que ahí entra a jugar lo que es nuestro conocimiento, que sabemos que, por ejemplo, tiene una infección grave y que ya no hay vuelta para atrás o que tiene un cáncer terminal que ya está bastante esparcido, como con mucha metástasis, tenemos esas dos clases de sentimientos, buenos y malos que por ahí bueno juegan en contra. No sabemos en la familia como manifestarlos o si dejar

salir nuestra parte humana o decirles y darles esa resignación, bueno igual nosotros generalmente a casa nos vamos con las dos partes.

7. ¿Utiliza y pone en práctica la empatía en la atención a pacientes?

Siempre practico la empatía durante la atención a mis pacientes. Considero que es una característica que nos hace buenos profesionales. Cuando ingresa un paciente a la unidad de terapia, se muestra temeroso, ansioso, con preocupaciones, el ponernos en el lugar del otro y desde allí comprender esos miedos, necesidades y sentimientos nos dará como resultado un paciente más colaborador y participativo durante la atención, lo que a su vez mejorará la relación paciente-enfermero.

8. ¿Siente o cree que con el paso de los años uno/a se vuelve un poco más frío/a ante estas situaciones?

Mm no, no es que nos volvamos más frío sino como que hay una parte de nuestro carácter que se forma una barrera ahí ante esas situaciones, porque tampoco es que nos vamos a poner a llorar a la par, pero bueno, siempre hay una lágrima que otra que nos sale, porque tanto tiempo ocupándonos con un paciente sale nuestra parte que se encariña de algún modo. Porque por ahí renegamos alguna otra cosa, pero se encariña y cuando ya llega el momento en que el paciente parte a otro mundo, no nos volvemos más frío, sino que formando una barrera como para no dejar salir esa parte y darle más fortaleza a la familia o a nosotros mismos igual.

9. ¿Cuentan con un plan de cuidados o protocolos con estos pacientes?

No, bueno en sí existe una rama de nuestra profesión que están los cuidados para especializarse en cuidados paliativos, nosotros como enfermeros intensivistas, digamos que hacemos lo que podemos. Porque al no existir un protocolo ni nada de eso, hemos pasado por situaciones de que un día un médico nos indica de que ya se firmó la limitación. Otro día volvemos entramos al trabajo y nos damos cuenta que se está realizando de nuevo todas las medidas invasivas al paciente nuevamente y uno por ahí se ve en una entrecruzada al no saber en si tenemos que seguir la indicación médica, pero nos vemos ahí en la situación de que cuál es lo mejor para el paciente, si esto o lo otro y creo que es

más que nada esas situaciones las pasamos por lo mismo porque no existe un protocolo ni un camino bien marcado a seguir y lo debería haber.

10. ¿Los pacientes limitados siempre se encuentran internados en terapia intensiva?

Si y no, generalmente cuando creo que nos pasa como sociedad, que generalmente cuando un familiar nuestro o un amigo, un conocido, llega a una situación grave y crítica que ahí recién nos planteamos la pregunta de que ¿a él le hubiera gustado que se hiciera todo o él querría que no se le haga nada? Y generalmente, cuando el paciente llega a la situación crítica, recién la familia se plantea eso y cómo generalmente tampoco nunca se ponen de acuerdo el paciente la mayoría de las veces está acá en la terapia intensiva, con toda la maquinaria que tenemos acá, respirador y monitor conectados y limitados, otras veces cuando el paciente pudo en sus cabales decir en algún momento que no requería, o cuando llega a esos momentos no se le realice nada, está en una unidad menos compleja en el piso, acompañado de su familia, tratando de pasar las últimas horas acompañado de sus seres queridos. Así que generalmente y últimamente están acá.

11. ¿Disponen de un box de aislamiento o salas de internación aparte de la sala general, donde ellos y su familiar puedan tener privacidad?

Con esa clase de paciente no. Disponemos de una sala de aislamiento pero en sí a un aislamiento referido a una enfermedad, una enfermedad que sí o sí necesita aislamiento por contacto, aislamiento respiratorio, pero a un aislamiento a que se refiere que el paciente y la familia tengan privacidad para estar con su ser querido en el momento en que el paciente este grave y ya hayan firmado la limitación y este en sus últimas horas tampoco tenemos, como tampoco no tenemos el protocolo, tampoco tenemos la indicación de moverlo a un a la sala de aislamiento porque está pasando. Su último momento, en la sala o la cama que se le asigna al momento del ingreso es generalmente la cama con la que se queda.

12. ¿La familia necesita de algún permiso para poder acompañar a su familiar? ¿Cómo se permite que esté presente?

Si, lo tiene que generar el médico al permiso. Que una vez que ya está limitado el esfuerzo charlan con la familia, le hace firmar la petición y desde ahí se coordina con el personal de enfermería, el momento en que ellos puedan ingresar. Eh bueno coordinamos con el

médico, mejor coordinamos entre compañeras, si no estamos realizando alguna actividad. Bueno nosotros contamos con un régimen de horario que es de 1 hora a la mañana y 1 hora a la tarde. Y bueno cuando ya terminó ese horario y no estamos realizando ninguna actividad a ningún otro paciente lo dejamos pasar, de a 1 de a dos, o sea, se pueden acercar al paciente, pueden tener contacto con él y pueden hablar durante ese tiempo que hayan ingresado a visitar, pero es muy limitado.

Transcripción entrevista informante N°3/ F, E40, AE, A8

1. ¿Como es trabajar en una terapia intensiva?

Como su nombre lo indica es intensivo, es dedicarle tiempo a las personas, a los pacientes que vienen. Es dinámico, es empático, es lindo, pero también a la vez es desgastante.

2. ¿Como vive, transita diariamente el cuidar a un paciente de terapia intensiva?

Yo personalmente trato de despegar, de despegar mi trabajo. Desde las 8 h que cumplo acá, trato de no llevar mi cansancio y mi frustración a veces o mi realización cuando un paciente sale o cuando un paciente se muere, que hay pacientes que a veces no salen y que te generan algún tipo de reacción, porque no pudieron, porque no se pudo o porque sí se pudo y salió, pero bueno, yo trato de despegar, cumplo mis 8 horas y trato de irme a mi casa y estar con mi familia, con mis cosas, con mis hijos con todo y bueno olvidarme un poco de lo que pasó acá. Sin embargo, a veces vos cuando te vas y te vas a tu casa con esa adrenalina y vos le decís “viste que pasó esto, pasó lo otro” y ponele ahora Lucy me sigue, pero antes yo tenía otras personas que no, era como que, “no me cuentes esas cosas”, viste. Pero bueno, pero trato de despegarme de acá, de cumplir mis 8 horas y bueno hacer otra, una vida normal si se puede, porque hay veces que sí hay veces que te pegan las cosas que pasan, qué suceden acá. No solamente del paciente, también a veces los roces, con los compañeros, o con las autoridades, con los médicos o con familiares. Pero bueno, se trata de como de despegar, de separar lo que la vida intrahospitalaria con la de tu casa.

3. ¿Se siente a gusto trabajando en una unidad de terapia intensiva? ¿Por qué?

Yo me siento a gusto, he pasado por una situación donde he estado fuera de este servicio, grande 8 meses, 6, 7 meses y siempre he querido volver. Si bien no desmerecía el trabajo donde me habían mandado, porque yo le decía siempre, le decía que si me ponen a barrer la vereda lo iba a hacer, pero que no iba a estar a gusto con lo que hacía. Que esto era lo mío, que estar contacto, yo una enfermera de contacto con el paciente y principalmente con este tipo de paciente, que creo, que creo que lo hago bien. Entonces siempre me siento a gusto, hay situaciones como en todos lados, que sí que te frustran y que no los puedes hacer, que a veces decís para qué hice esto, para qué estudié, qué sé yo, a veces lo decimos en broma, a veces lo decimos en serio, pero sí a mí me gusta trabajar acá en la terapia intensiva.

4. ¿Hay en su lugar de trabajo algún respaldo psicológico y/o emocional para el personal de enfermería?

No, en la unidad no hay ningún respaldo psicológico, ni emocional, ni de ningún tipo y se enfrenta como se puede. Como ya te dije, tratando de despegar, lo que pasa en estas situaciones de la vida acá intrahospitalaria con tu casa, canalizando por otros lados. Pero no hay ninguno y debería, debería haber, porque a veces se malinterpreta, que estemos en una situación de un paciente que esté moribundo con una limitación y que nosotros nos estemos riendo, pero es como nuestro salva barrera emocional que tenemos. Creo que tenemos propio de cada uno, porque tenemos ese paciente que está moribundo, pero tenemos otros 6 que están pendientes mirándonos. Si a nosotros se nos cae una lágrima, nuestros gestos, nuestras manos, nuestro cuerpo. Entonces se hace lo que se puede, se puede a veces sí, a veces no, como te sale.

5. ¿Implementa tareas, actividades u otras cosas que lo distraigan de su trabajo diario?

Sí, eh tratamos, yo particularmente trato de enfocar mi vida de cuando estoy en mi casa en otras cosas, en mi casa, en mis plantas, o algún jardín. Pinto, arreglo una cosa, deci que mi hijo me segundea y estamos ahí haciendo otras actividades que yo las llamo recreativas, porque me distraen y me pasa el tiempo, mi franco me pasa volando así sin pensar en otra cosa que no sea en lo que yo quiero hacer, en terminar una cosa, tener mi casita

medianamente bien, terminar algo. Pero otra actividad de caminar eso lo dejé hace un tiempo no lo hago, pero bueno eso para mí, mi forma de distraerme mi casa.

6. ¿Como repercute emocionalmente en usted cuando hay pacientes con limitación terapéutica?

Es contradictorio a veces, porque vos ves que el paciente está muy grave, que no tiene posibilidad de salir y decís bueno que no le hagan más nada, porque no, limitarle el esfuerzo para que no sufra más o para que la familia no sufra más en todo caso, porque a veces ellos están durmiendo y no se enteran de nada. Y por ahí decís, aay no, le podrían dar otra chance más, entendés es como contradictorio. Pero vos ves que esa persona está ahí, que no tiene posibilidades de salir y entonces decís, bueno no, que no le hagan más nada, que no le suban la noradrenalina, que no le aspiren más, que no le hagan más nada, que ya no. Pero sí a veces es contradictorio, porque por ahí decís si por ahí decís no.

7. ¿Utiliza y pone en práctica la empatía en la atención a pacientes?

“Si, siempre trato de utilizar la empatía en la atención a mis pacientes, es algo fundamental en nuestra profesión y al momento de brindar los cuidados no debemos olvidarlo. Siempre debemos ponernos en el lugar del otro o a lo sumo pensar que nosotros o algún familiar nuestro puede estar en esa situación y no nos gustaría que nos traten mal o no se utilice la empatía”

8. ¿Siente o cree que con el paso de los años uno/a se vuelve un poco más frío/a ante estas situaciones?

No se si tan frío, porque a veces es bueno conocer mucho y a veces malo saber mucho, pero no te hace menos frío. Porque es la mamá de alguien, el papá de alguien, el hijo de alguien, la novia, la mujer de alguien y entonces no te hace más frío, igual por ahí aflora unas lagrimitas, porque de nuestra parte humana emocional no nos deja ser tan fríos. A veces actuamos como fríos o creemos ser frío, pero no somos para nada fríos, más como te digo, si sabes mucho, si tenés mucho conocimiento, a veces te juega en contra. Pero no, no te hace menos frío, creemos que son fríos, pero antes las situaciones aflora nuestro lado humanitario, otro lado emocional.

9. ¿Cuentan con un plan de cuidados o protocolos con estos pacientes?

No, no se cuenta con un protocolo a seguir. Se hace según indicación médica. Pero los cuidados de enfermería sí, lo que sabemos todos, aspirarlo, acondicionarlo, medicarlo, controlarlo, pero la parte medicinal y de las conductas a seguir generalmente las indica, las hace el médico.

10. ¿Los pacientes limitados siempre se encuentran internados en terapia intensiva?

Generalmente sí, sino ha habido casos de que por indicación médica, se ha propuesto a la familia pasarlo a una habitación común para que esté más acondicionado con su familia, que esté en otro ambiente que no sea este y la familia ha dicho que no. Pero generalmente sí, porque están acá, están todas las bombas, los monitores. Los chicos tienen mucho más pacientes, no tienen un monitor que contacte, que ya no esté con actividad cardíaca. Así que si, generalmente están en la unidad.

11. ¿Disponen de un box de aislamiento o salas de internación aparte de la sala general, donde ellos y su familiar puedan tener privacidad?

Disponemos de solamente una sala de aislamiento que es un box, pero si el servicio está lleno, están en la cama que se le asigne, no necesariamente se lo lleva ahí, porque si está hay otro paciente ahí, se quedan en la cama donde se le asignó primariamente. Pero sí, contamos con una sala, con una sola sala.

12. ¿La familia necesita de algún permiso para poder acompañar a su familiar? ¿Cómo se permite que esté presente?

Sí generalmente se los otorga el médico. Ellos son los responsables del servicio, son los únicos que pueden dar ese tipo de permiso. Como te decía, si bien el médico es el que autoriza y que da permiso para que entren por sobre el horario habitual de visita, siempre está sujeto a lo que pase en el servicio. Se esta, el momento que se puede y cuando se puede, por ahí pasan de a dos, de a 3, este por ahí están un ratito y se intercambian, en lo que se puede, el tiempo que se dé.