

# INVESTIGACIÓN & CUIDADOS

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana



36

2º Cuatrimestre 2018

## **DIRECTOR**

José Antonio Ávila Olivares

## **SUBDIRECTOR**

Francisco Pareja Llorens

## **COMITÉ EDITORIAL**

Coordinación: M<sup>ª</sup> Dolores Gil Estevan

Elena Andina Díaz

M<sup>ª</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>ª</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

Diego Ibáñez Gallardo

M<sup>ª</sup> Elena Ferrer Hernández

Ruth López Donat

## **COMITÉ ASESOR**

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M<sup>ª</sup> del Mar Ortiz Vela

M<sup>ª</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

Vicente Bellver Capella

## **COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO**

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

## **RELACIONES INTERNACIONALES**

Ascensión Marroquí Rodríguez

M<sup>ª</sup>. José Muñoz Reig

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

Luis Mira-Perceval Verdú



Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud  
Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdlic.  
Revista indexada en CINAHL, LATINDEX y ENFISPO  
Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

## **SUSCRIPCIONES**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

c/Xàbia, 4<sup>º</sup>- 3<sup>ª</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono: 963298088 - E-mail: [cecova@cecova.org](mailto:cecova@cecova.org)

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

## **ENVÍO DE TRABAJOS**

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007

Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: [cealicante@cecova.org](mailto:cealicante@cecova.org)

## **EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

TARIFA 3 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: Gratuito

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004



# SUMARIO

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 4

## EDITORIAL

**Asumir el reto** ..... 5

J. A. Ávila Olivares

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Influencia de la analgesia epidural en el bienestar fetal intraparto** ..... 6

S. Carreguí Vilar, E. Garrido Malfaz, A. Peiró Santágueda.

**Características multidimensionales del cuidado paliativo y cuidados  
enfermeros eficaces para su abordaje** ..... 12

F. J. Martínez Tomás.

**Intervención de la enfermera especialista en salud mental como  
enlace con atención primaria para personas con trastorno adaptativo** ..... 20

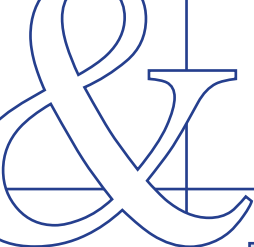
V. Escudero Campillo, A. Mansilla Belmonte, G. A. Meneses del Castillo.

## ARTÍCULO ESPECIAL

**Limitación de tratamientos de soporte vital** ..... 28

J. R. Soriano Mirón

**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA** ..... 38



La revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación. Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina. Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos. Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo. El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

#### ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de texto y en Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será a espacio y medio, a un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), en DIN A4, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm.
2. Las imágenes digitales, tendrán una resolución de 300 dpi, a un tamaño de 10 x 15 cm y en formato jpg. Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de cinco, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto.
3. El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho. Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes no estructurados, y entre tres y diez palabras clave, en castellano y en inglés. En cualquier caso, el manuscrito completo no podrá exceder de 12 páginas para originales y revisiones y 4 para cartas al director.
4. En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia, e-mail y teléfono de contacto. Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
5. La segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. Debe incluir un breve comentario que responda a la pregunta ¿Qué contribución tiene este trabajo a la Enfermería? en un párrafo de extensión máxima de cincuenta palabras. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, OBJETIVOS /HIPOTESIS procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave (Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en: <http://decs.bus.br/E/homepagee.htm>. Para verificar las palabras clave en inglés puede consultar los Medicus Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm>)

6. En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

A.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- OBJETIVO/HIPOTESIS
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

B.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.
- Desarrollo del tema a analizar.
- Conclusiones del análisis.
- Bibliografía empleada.

C.- Carta al director:

- Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deberá cumplir los requisitos de uniformidad (estilo Vancouver) a los que se acoge la Revista.
- Las referencias bibliográficas deben ir al final del artículo según el orden de aparición de las citas en el texto.
- Las citas deben numerarse consecutivamente siguiendo el orden con el que aparecen por primera vez en el texto, en forma de superíndices escritos antes del signo de

puntuación si lo hubiere.

- Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.
- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

El manuscrito será enviado a través de correo electrónico a [cealicante@cecova.org](mailto:cealicante@cecova.org) en soporte Word. Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho. El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

#### ESTRUCTURA PARA LOS ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Además de las normas generales de publicación, en el caso de que el manuscrito presentado se trate de una investigación, contendrá los siguientes apartados:

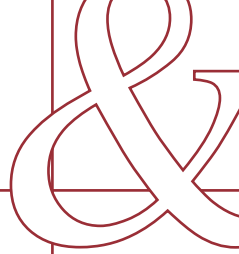
- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no será superior a 250 palabras y tiene que aportar la información necesaria para poder conocer el/los objetivos del estudio, la metodología básica utilizada, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo del resumen, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción: debe definir claramente los objetivos del estudio y resumir la justificación del mismo, situándolo en el contexto de otros trabajos publicados.
- c) Material y método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas, el/los instrumento/s para la recogida de los datos, estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados, posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, figuras, gráficos, etc., han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y destacar o resumir sólo las observaciones más destacables.
- e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior se tendrá que explicar el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones en futuras investigaciones, así como la posible generalización de los hallazgos. También se compararán los resultados con otros trabajos similares y, a modo de conclusión, se intentará dar respuesta a los objetivos del estudio.
- f) Agradecimientos: deberán dirigirse a las personas o instituciones que han contribuido sustancialmente al estudio, siempre que sea pertinente.
- g) Bibliografía: se ajustará a lo indicado en el apartado de referencias bibliográficas.

#### REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con humanos, en el apartado de Método se deberá mencionar que éstos han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>).

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que:

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el caso de contener un apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a CECOVA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.



## Asumir el reto



Recientemente el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha difundido una serie de recomendaciones dirigidos a garantizar una dotación de personal de Enfermería segura. Entre ellos encontramos uno especialmente relacionado con el ámbito temático de esta publicación que me gustaría destacar por su importancia. Se trata de la promoción de la investigación sobre la dotación de enfermeras incorporando análisis económicos.

Respalda con datos el trabajo de las enfermeras es una de las mejores formas de reivindicar la importancia de su trabajo. No es la primera vez que lo digo, ya lo puse de manifiesto cuando se celebraron en Alicante en 2015 las Jornadas Nacionales de Enfermería organizadas por la Fundación Economía y Salud conjuntamente con la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, el Colegio de Enfermería de Alicante, el Grupo nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas y la Asociación de Enfermería Comunitaria bajo el título "La aportación Enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario y la repercusión económica de los cuidados".

En esas jornadas se puso de manifiesto la importancia de las enfermeras para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios con la exposición de los resultados de numerosos trabajos de investigación que giraban muchos de ellos en torno a aspectos como la dotación de enfermeras y su impacto en diferentes aspectos de los sistemas de salud. Dije en aquel momento, y traigo de nuevo a estas páginas mi argumento de entonces, que ahora necesitamos como profesión muchos más trabajos de investigación cuantitativa que aporten los datos económicos que generan o están relacionados con nuestro trabajo cotidiano, y ello sin olvidar lo cualitativo, que es donde radica la esencia de nuestra profesión.

La profesión enfermera está muy preocupada por el hecho de que las decisiones en materia de dotación de personal estén guiadas por consideraciones financieras en lugar de para obtener mejores resultados para los pacientes y mejores entornos para la práctica.

"Para ofrecer calidad y cuidados centrados en el paciente hay que considerar la necesidad real de contar con entornos positivos para la práctica con una cantidad adecuada de personal, cargas de trabajo manejables, apoyo de la dirección, liderazgo de alta calidad y la capacidad de que las enfermeras trabajen en todo su ámbito de la práctica", asegura Howard Catton, director de Políticas de Enfermería y Salud en el CIE.

Pero no basta con generar mensajes llamativos que, aunque cargados de verdad, deben sustentarse en datos extraídos de exhaustivas investigaciones que, como algunas de las ya realizadas y conocidas, nos han permitido saber que asignar una enfermera más por cada diez camas se asocia a una reducción del 11-28% de la mortalidad en los 30 días posteriores a un infarto y a una reducción del 8-12% pasado un año de dicho episodio.

Estamos en el tiempo de la profesión de Enfermería si las enfermeras somos capaces de entender y de asumir el reto que se nos pone por delante. Que las enfermeras tienen una gran influencia en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes está bastante asumido. Pero lo que creo que no tenemos tan asumido como colectivo es el protagonismo que tenemos y debemos asumir en el nuevo contexto sanitario, y la forma en que se debe llevar a efecto.

Debemos ser nosotras quienes corrijamos disfunciones en este contexto, una de las más importantes es la de la falta de enfermeras que sitúan a la Comunidad Valenciana como la tercera por la cola en España por este concepto y a España como el quinto país europeo con menor número de enfermeras, con un ratio de 6,43 por cada 1.000 habitantes frente a la media europea de 8,52, uniendo a ello contar con una de las ratios más bajas de enfermeras por cada médico (1,39), posición 162 de 192 países.

Y debemos hacerlo con argumentos sólidos basados en los resultados de nuestras investigaciones.

El reto está planteado. Es momento de asumirlo.

**José Antonio Ávila Olivares**

*Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)*

# Influencia de la analgesia epidural en el bienestar fetal intraparto

**Autores:** Carreguí Vilar Soledad, Garrido Malfaz Elena, Peiró Santágueda Andrea

<sup>1</sup> Hospital Universitario de la Plana

garridopeiro@gmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar si la analgesia epidural tiene influencia en el bienestar fetal intraparto.

**Material y método:** estudio piloto de cohortes retrospectivo que se llevó a cabo con las mujeres que acudieron al Servicio de Parto del Hospital Universitario de la Plana de Vila-real en periodo activo de parto entre Octubre de 2016 y Febrero de 2017 y que cumplieron los criterios de inclusión posteriormente descritos. Los datos se recogieron de las historias clínicas y de los registros del hospital después del parto. Para el análisis de los datos se usó el programa SPSS para Windows versión 19.

**Resultados:** las mujeres que recibieron analgesia epidural tuvieron más tramos de registro de frecuencia cardiaca fetal no tranquilizador y/o patológico con una  $p < 0.001$  (OR, 3.42; IC 95% 2.502-4.684). Además, las mujeres que optaron por la epidural tuvieron más determinaciones de pH de calota fetal intraparto que no son estrictamente necesarias según la bibliografía actual con una  $p = 0.004$  (OR, 8.86; IC 95% 2.022-38.906).

**Conclusiones:** la analgesia epidural influye en el bienestar fetal intraparto presentándose más tramos de registros no tranquilizadores y/o patológicos así como más pH de calota fetal intraparto no justificados según la bibliografía publicada actualmente, independientemente del factor tiempo.

**Palabras clave:** analgesia epidural; feto; monitoreo fetal; bradicardia; sufrimiento fetal; matrona; fetal monitoring; bradycardia; fetal distress; midwife.

**Contribución a la enfermería:** de todas las conclusiones extraemos la importancia de que las mujeres conozcan tanto sus riesgos como sus beneficios y elijan la opción de parto que deseen de una manera consciente, consensuada y objetiva.

Frente a estos resultados y conociendo cada vez más los beneficios de la baja intervención en el parto de bajo riesgo es un deber de la matrona conocer y fomentar un acompañamiento adecuado, evitando fármacos e intervenciones innecesarias.

## INTRODUCCIÓN

La Guía de Atención al Parto Normal en el año 2010 recoge que el dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y la mayoría requiere algún tipo de método para el alivio de éste<sup>1</sup>. Éste es el motivo por el cual mitigar este dolor ha sido objeto de estudio de múltiples profesionales sanitarios.

Por este motivo durante años se han estado diseñando diferentes métodos, sin lograr unir la ausencia total de dolor con la ausencia de riesgos maternos y fetales. Entre estos métodos surgió la analgesia epidural, considerándose hoy en día el estándar de la analgesia obstétrica. Este método tiene una media de utilización en la Comunidad Valenciana del 70.67%<sup>2</sup> y de un 52% en el Hospital Universitario de la Plana, donde se llevó a cabo nuestro estudio.

Durante años se ha considerado la epidural un método seguro y eficaz<sup>3</sup> para el alivio del dolor del parto. Algunos estudios<sup>4, 5, 6</sup> no obtuvieron evidencias significativas a la hora de relacionar la epidural con una posible pérdida de bienestar fetal, sin embargo otros estudios<sup>7, 8, 9</sup> evidencian que la analgesia epidural puede asociarse con registros cardiotocográficos fetales no tranquilizadores postadministración, aumentando el número de intervenciones.

Los métodos que utilizamos en nuestros hospitales para controlar el bienestar fetal intraparto son la auscultación fetal intermitente (AFI) y el registro





cardiotocográfico continuo (RCTG). Así pues, el RCTG presenta un valor predictivo de la prueba negativa de 98%, es decir, con un monitor normal la probabilidad de hipoxia es baja. Sin embargo, el valor predictivo de la prueba positiva es sólo de 15%, siendo necesaria en algunas circunstancias de sospecha clínica la confirmación mediante la microtoma de pH de calota fetal<sup>10</sup>.

Por otro lado, la AFI queda recogida en la Guía de Atención al Parto Normal<sup>1</sup> como una técnica válida para valorar el bienestar fetal intraparto. Por ello, los beneficios del RCTG se han medido comparándolos con la AFI. Un metaanálisis<sup>11</sup> de 2017 compara los beneficios de ambas modalidades concluyendo que no se encuentran evidencias de beneficio del uso del RCTG continuo para mujeres de bajo riesgo en trabajo de parto.

Tras el nacimiento, en diversos estudios<sup>5, 7, 12, 13</sup> se valora la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido utilizando la escala de Apgar. Un estudio publicado en el año 2015<sup>13</sup> evidenció que la analgesia epidural no tenía efecto ni relación con el test de Apgar ni el peso del recién nacido. Sin embargo Kent<sup>14</sup> determina que los valores Apgar fueron significativamente más bajos en las mujeres que optaron por la analgesia epidural además de que los recién nacidos presentaron más ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Dada la dificultad de establecer relaciones significativas, se consideró oportuna la realización de un estudio en el que se pudiera evidenciar la posible influencia de la analgesia epidural en el riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto.

## OBJETIVOS

El objetivo principal era evaluar si la analgesia epidural tiene influencia en el bienestar fetal intraparto, observando si hay más tramos no tranquilizadores y/o patológicos de frecuencia cardíaca fetal intraparto así como más determinaciones de pH de calota fetal en el caso de que la madre se administrara la analgesia epidural. También queríamos analizar los efectos de la administración intraparto de la epidural valorando las cifras de Apgar, de pH de sangre de cordón en los recién nacidos y determinar si éstos precisaban más ingresos en neonatos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio piloto de cohortes retrospectivo. La muestra fueron 204 mujeres que acudieron en periodo activo de parto espontáneo al Hospital Universitario de la Plana, desde Octubre de 2016 hasta Febrero de 2017 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión expuestos en la Tabla 1. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas, obstétricas y neonatales.

La captación de la mujer se realizaba en el puerperio inmediato. Antes de que abandonaran el servicio se adjuntaba en un sobre opaco y cerrado una copia del partograma, el RCTG/AFI del parto, el pH de sangre de cordón y el consentimiento informado de aquellas mujeres que libremente habían aceptado participar en el estudio. Todo esto se depositaba en una caja custodiada por el Servicio de Parto conforme a la Ley de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre).

Para el mejor análisis de los datos y con el fin de minimizar los sesgos por la pérdida de continuidad del registro en el caso de una AFI, el equipo investigador procedía a la lectura de los RCTG continuos en trozos de 15 min durante la dilatación y de cada 5 min en el expulsivo, tal y como se realiza en una AFI.

Para eliminar la variabilidad interobservador a la hora de valorar el RCTG/AFI, los investigadores hicimos una formación específica y realizamos una prueba de coeficiente Kappa para valorar la concordancia respecto a un "gold standard", en la lectura y clasificación, resultando ésta adecuada.

El RCTG y la AFI se analizaron de acuerdo a la clasificación establecida por la Guía Nice de atención intraparto<sup>15</sup> y por la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal<sup>1</sup> expuestos en la Tabla 2. Una vez finalizado el análisis de éstos se remitan al Servicio de Archivo y Documentación del Hospital Universitario de la Plana para su digitalización.

Para valorar la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido se utilizó la escala de Apgar y el pH de sangre cordón.

## RESULTADOS

En total participaron 204 mujeres, de las cuales se incluyeron 190; las pérdidas se debieron a no cumplimiento de los criterios de inclusión.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables (Tabla 3) con el fin de conocer las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes. La muestra resultó ser homogénea para la edad materna y sexo y peso del recién nacido.

Continuando con el análisis realizamos una regresión de Poisson en la que incluimos la variable dependiente patrón no tranquilizador (Tramos no tranquilizadores + patológicos) junto con las variables explicativas y teniendo en cuenta la variable tiempo. Tras este observamos que la variable explicativa epidural queda relacionada con el número de tramos no tranquilizadores del parto con una significación de  $p < 0.001$ , eliminando al resto de variables explicativas y de una forma independiente a la variable tiempo (OR, 3.42; IC 95% 2.502-4.684).

De este mismo modo encontramos que la duración del parto influye en el número de tramos no tranquilizadores que encontramos durante el parto, de forma independiente al resto de variables explicativas e independientemente de la variable epidural con una  $p < 0.001$ .

De igual manera, cuando relacionamos el número de tramos no tranquilizadores durante el parto con el sexo del recién nacido, encontramos diferencias con una  $p = 0.006$ , independientemente del resto de variables. Así pues, las niñas presentan menos tramos no tranquilizadores que los niños.

Al introducir las variables en la base de datos observamos un total de 8 pH de calota fetal bien indicados acorde a la bibliografía publicada actualmente, todos con analgesia epidural. Además, encontramos un total de 34 pH de calota fetal que no seguían las indicaciones de la Guía Nice<sup>15</sup>, 32 llevaban la epidural y 2 no. Con estos datos realizamos una regresión de Poisson relacionando la variable dependiente de pH de calota fetal intraparto indicado correctamente junto con el resto de las variables explicativas y teniendo en cuenta la variable tiempo. No se encontraron diferencias significativas.

Prosiguiendo relacionamos la variable dependiente pH de calota fetal intraparto no justificado según la bibliografía actual con el resto de variables explicativas y teniendo en cuenta la variable tiempo. Se encontraron diferencias significativas con una  $p = 0.004$  con la analgesia epidural, es

decir, con la epidural hay más riesgo de pH de calota fetal que no está justificado (OR, 8.86; IC 95% 2.022-38.906), independientemente de la variable tiempo.

Del mismo modo se encontraron diferencias significativas entre la duración del parto en minutos con la presencia de más pH de calota fetal que no sigue los criterios de la Guía Nice<sup>15</sup> con una  $p < 0.001$  (OR, 1.00; IC 95% 1.002-1.005) e independientemente de la analgesia epidural.

Prosiguiendo se realizó una regresión logística por pasos hacia atrás por razón de verosimilitud encontrándose que hay mayor riesgo de parto quirúrgico cuando la mujer es nulípara (RR, 4.034; IC 95% 1.143-14.230), cuando el sexo del recién nacido es masculino (RR, 2.469; IC 95% 0.949-6.420) y cuánto mayor es la duración en minutos del parto (RR, 1.004; IC 95% 1.002-1.006).

Para relacionar el Apgar al minuto del recién nacido con el resto de variables se realizó una correlación de Pearson encontrando que a mayor duración de parto, menos Apgar del recién nacido con una  $p < 0.001$ . También a mayor peso del recién nacido, menos Apgar con  $p = 0.028$ . A continuación se realizó una regresión lineal hacia atrás encontrando diferencias significativas entre el Apgar al minuto y la duración del parto, con una  $p < 0.001$ ; así como entre el Apgar y el sexo del recién nacido con una  $p = 0.038$ ; peores cifras de Apgar en el sexo masculino y cuanto mayor era la duración del parto.

A continuación se relacionó a través de una t de Student, de una Chi cuadrado y de una regresión logística por pasos hacia atrás por razón de verosimilitud el valor del pH de cordón al nacimiento con el resto de variables sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de ellas.

Prosiguiendo se realizó una t de Student relacionando el ingreso neonatal con el resto de variables y se encontró que, a mayor duración de parto en minutos, mayor probabilidad de ingreso neonatal ( $p = 0.014$ ). A continuación realizamos una Chi cuadrado relacionando el ingreso neonatal con la finalización del parto, con la presencia de epidural y con el valor de pH de cordón al nacimiento, encontrando que con la epidural hay más ingresos neonatales ( $p = 0.009$ ).





## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Del análisis estadístico podemos extraer que existe relación estadísticamente significativa entre la analgesia epidural y el riesgo de pérdida de bienestar fetal intraparto, observándose que las mujeres que se administran la epidural tienen más tramos del RCTG/AFI no tranquilizadores y/o patológicos. Nuestros resultados siguen a los de Aguilar et al<sup>4</sup>, Korb et al<sup>5</sup> y Maureen et al<sup>6</sup> quienes afirman que hay alteraciones en el RCTG después de la administración de la epidural. En contraposición encontramos el estudio de Carvalho et al<sup>9</sup> quien asegura que no hay cambios en el RCTG tras su administración.

En nuestro estudio también evidenciamos que con la epidural hay más riesgo de tener un pH de calota fetal intraparto que no estaría justificado según la bibliografía actual. No hemos encontrado estudios publicados actualmente que relacionen ambas variables.

Sería interesante establecer futuras líneas de investigación con el fin de evidenciar las causas por las que la epidural altera el bienestar fetal con el fin de minimizarlas y/o paliarlas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. País Vasco: Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
2. Generalitat Valenciana. Memoria de Gestión. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, 2015.
3. Arias S, Montes C. Bupivacaína 0,25% peridural, en la analgesia de parto; efectos hemodinámicos en la madre y el feto. *AnFacMed. Lima.* 2006; 67(3):235-42.
4. Aguilar Romera M.T. Et al. Influencia de la analgesia epidural en la saturación arterial fetal de oxígeno durante el periodo de dilatación. *Clin Invest Gin Obst.* 2008; 35(5): 166-71.
5. Korb D, Bonnin M, Michel J, Oury JF, Sibony O. Analysis of fetal heart rate abnormalities occurring within one hour after laying of epidural analgesia. *JGynecolObstetBiolReprod.* 2013; 42(6): 564-9.
6. Maureen Cheng S.L. Bautista D. Leo S., Heng Alex Sia T. Factors affecting fetal bradycardia following combined spinal epidural for labor analgesia: a matched case-control study. *J Anesth.* 2013; 27: 169-74.
7. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and fetal acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2002; 109: 1344-53.
8. Bonnet MP, Bruyère M, Moufouki M, De la Dorie A, Benhamou D. L'anesthésie comme cause de souffrance foetale? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2007; 27: 694-8.
9. Carvalho B, Fuller AJ, Brummel C, Durbin M, Riley ET. Fetal oxygen saturation after combined spinal-epidural labor analgesia: a case series. *J Clin Anesth.* 2007; 19: 476-8.
10. Nozar M.F. et al. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. *Rev Med Urug.* 2008; 24: 94-101.
11. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database. SystRev;* 2017.
12. Fernández N, Avalos S, Orellana M, Martín M. Impacto de la anestesia epidural en la duración y tipo de parto, peso y Apgar del recién nacido. *Metas de Enferm.* 2015; 18(4): 6-10.
13. Herrera-Gómez A., García-Martínez O., Ramos-Torrecillas J., De Luna-Bertos E., Ruiz C., & Ocaña-Peinado F. M. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery* 2015, 31(6), 613-6.
14. Kent AL et al. Mortality and adverse neurologic outcomes are greater in preterm male infants. *Pediatrics.* 2012; 129(1): 124-31.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. England: NICE; 2014.

**TABLAS Y ANEXOS.**

**Tabla 1:** Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:
  - Comprensión idioma.
  - Mayoría de edad.
  - Gestación a término.
  - Feto único.
  - Situación longitudinal cefálica.
  - Periodo activo de parto.
  - Patrón cardiotocográfico tranquilizador antes de la inclusión en el estudio.
  - Ausencia de patología materna anterior a la gestación.
  - Ausencia de complicaciones obstétricas durante la gestación.
  - Utilización de fentanilo en la analgesia epidural.
  - Aceptación a participar voluntaria.
- Criterios de exclusión:
  - Inicio de parto no espontáneo.
  - Todos aquellos factores que contraindiquen los criterios de inclusión.

**Tabla 2:** Clasificación del RCTG según guía NICE

<u>CLASIFICACIÓN</u>	<u>FRECUENCIA CARDIACA (L/P)</u>	<u>VARIABILIDAD (L/M)</u>	<u>DESACELERACIONES</u>	<u>ACELERACIONES</u>
<b>CTG TRANQUILIZADOR</b>	110-160 l/m.	≥5.	Ninguna.	Presentes.
<b>CTG NO TRANQUILIZADOR</b> <i>(La combinación de varias observaciones no tranquilizadoras originan un CTG anormal)</i>	100-109l/m. 161-180 l/m.	<5 durante 40-90 minutos.	Deceleraciones variables típicas con más del 50% contracciones (unos 90 min). Deceleración prolongada única (hasta 3 minutos).	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro, por otra parte normal, tiene un significado incierto.
<b>CTG ANORMAL</b>	<100 l/m. >180 l/m.  Patrón sinusoidal ≥10 minutos.	<5 durante más de 90 minutos.	Deceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIPII), ambas durante más de 30 minutos. Deceleración prolongada única de >3 minutos.	
<b>CTG PRETERMINAL</b>	Ausencia total de variabilidad y reactividad con o sin deceleraciones o bradicardia.			



Tabla 3: Análisis descriptivo de las variables.

Variable	n (N=204) (%)	Datos faltantes
EDAD	32 ± 5.27 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
PARIDAD		14 (6.86 %)
<i>NULÍPARAS</i>	89 (46.8%)	14 (6.86 %)
<i>MULTÍPARAS</i>	101 (53.2%)	14 (6.86%)
EDAD GESTACIONAL	39.11 ± 1.77 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
FINALIZACIÓN DEL PARTO		14 (6.86 %)
<i>EUTÓCICO</i>	120 (63.16 %)	
<i>EUTÓCICO EN EL AGUA</i>	40 (21.05 %)	
<i>INSTRUMENTADO</i>	27 (14.21 %)	
<i>CST URGENTE</i>	3 (1.58 %)	
SEDACIÓN		14 (6.86 %)
<4 HORAS	14 (7.37 %)	
>4 HORAS	29 (15.26 %)	
NO SEDACIÓN	147 (77.37 %)	
AMNIORREXIS		14 (6.86 %)
<i>ESPONTÁNEA</i>	142 (74.74 %)	
<i>ARTIFICIAL</i>	48 (25.26 %)	
ANALGESIA EPIDURAL		14 (6.86 %)
<i>SI</i>	89 (46.84 %)	
<i>NO</i>	101 (53.16 %)	
HORAS BOLSA ROTA	6.46 ± 8.81 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
OXITOCINA		14 (6.86 %)
<i>SÍ</i>	66 (34.74 %)	
<i>NO</i>	124 (65.26 %)	
SEXO RN		14 (6.86 %)
<i>MUJER</i>	81 (42.63 %)	
<i>VARÓN</i>	109 (57.37 %)	
PESO RN	3364.11 ± 440.69 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
APGAR 1MIN	9.37 ± 0.94 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
APGAR 5MIN	9.93 ± 0.36 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
DESTINO		14 (6.86 %)
<i>MATERNIDAD</i>	187 (98.42 %)	
<i>NEONATOS</i>	3 (1.58 %)	
INGRESO NEONATO		14 (6.86 %)
<i>NO</i>	168 (88.4 %)	
<i>SI</i>	22 (11.6 %)	
MIN PARTO	252.15 ± 206.21 <sup>a</sup>	14 (6.86 %)
pH		14 (6.86 %)
<i>pH con epidural</i>	43	
<i>pH sin epidural</i>	2	
T <sup>a</sup>		14 (6.86%)
<i>Normal</i>	163 (85.8 %)	
<i>Febrícula (37-37.9°)</i>	25 (13.2 %)	
<i>Fiebre (&gt;38°)</i>	2 (1.1 %)	
VALOR pH NACIMIENTO		14 (6.86 %)
>7.25	113 (59.5 %)	
7.20-7.25	43 (22.6 %)	
<7.20	34 (17.9 %)	

# Características multidimensionales del cuidado paliativo y cuidados enfermeros eficaces para su abordaje

**Autores:** Francisco José Martínez Tomás.

framartom@gmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** El cuidado paliativo mejora la calidad de vida mediante la identificación, evaluación y tratamiento de problemas de orden físico, psicosocial y espiritual. Es una de las vertientes del cuidado enfermero que más se ha desarrollado durante las últimas décadas, por lo que es importante ahondar en su conocimiento, tanto para las enfermeras como para el resto de profesionales sanitarios, ya que una de sus principales características es la multi e interdisciplinariedad.

**Objetivo:** El objetivo principal es determinar los cuidados enfermeros más eficaces en el cuidado paliativo del paciente adulto.

**Metodología:** Los criterios de inclusión fueron artículos que incluían a sujetos de 18 años o más receptores de cuidados paliativos. Fueron excluidos artículos de baja calidad documental, resúmenes de conferencias y referencias que incluían a sujetos en edad pediátrica o adolescente. Se realizó una revisión de la literatura científica actual mediante una búsqueda en diferentes bases de datos: LILACS, SciELO, CUIDEN plus, EMBASE, PubMed, ENFISPO e IBECS.

**Resultados-discusión:** Se recuperaron un total de 107 artículos y tras la lectura crítica se seleccionaron 30 artículos para su inclusión en la revisión bibliográfica. Los cuidados enfermeros más eficaces fueron el manejo y el control de la sintomatología; la comunicación centrada en la escucha activa y la empatía; los cuidados culturalmente competentes; e intervenciones sobre la esfera espiritual como el counselling.

**Conclusiones:** Existen múltiples factores que condicionan la situación de las personas al final de sus vidas, y para cada uno de ellos existen

cuidados enfermeros eficaces. La valoración integral y la ejecución de éstos son esenciales para la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

**Palabras clave:** cuidados enfermeros, cuidados paliativos, factores multidimensionales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Palliative care improves quality of life through the identification, evaluation and treatment of physical, psychosocial and spiritual problems. It's one of the most developed aspects of care in recent decades, so it's important to deepen their knowledge, both for nurses and for other health professionals, as one of his main features are the multidisciplinary and interdisciplinarity.

**Aims:** The main purpose is to determinate the most efficient nursing care in adult palliative care.

**Methodology:** The inclusion criteria were articles that included people older than 18 years old who were receiving palliative care. They were excluded low documental quality articles, references that included subjects in pediatric or teenager age, and conference's abstracts. It was made a research of current scientific literature through a search in different databases: LILACS, SciELO, CUIDEN plus, EMBASE, PubMed, ENFISPO and IBECS.

**Outcomes-discussion:** They were recovered a total of 107 articles, and after the critical reading 30 articles were selected for their inclusion in the literature review. The most efficient nursing care were the management and control of symptoms; the communication focused on active listening and empathy; culturally competent care; and interventions on the spiritual field as counselling.

**Conclusions:** There are multiple factors that condition the situation of people at the end of their li-



ves, and for each of them there are efficient nursing care. The comprehensive assesment and enforcement of these are essential for improving the quality

of life and wellbeing of people we care.

**Keywords:** multidimensional agents, nursing care, palliative care.

## INTRODUCCIÓN

En España, actualmente, la tasa de mortalidad es una de las más bajas de la Unión Europea, lo que demuestra que es uno de los países con una elevada esperanza de vida y un mayor envejecimiento de la población, siendo este último elemento fundamental en la aparición de enfermedades crónicas, como el cáncer<sup>1</sup>. Cada año mueren en España más de 300.000 personas debido a una enfermedad crónica de pronóstico de vida limitado, con una evolución paulatina que genera una alta demanda de atención por las múltiples necesidades del enfermo y de la familia. Para responder a las necesidades que éstos tienen se requiere de una atención global a la persona y su entorno afectivo, que asegure un correcto manejo de las mismas<sup>2</sup>.

La atención a la cronicidad avanzada es uno de los retos del sistema sanitario público y el ámbito que reúne mayores esfuerzos de revisión e innovación. La disciplina que por excelencia se encarga de este tipo de pacientes son los cuidados paliativos<sup>2</sup>.

El cuidado paliativo mejora la calidad de vida y el bienestar de las personas y sus allegados. Previene y alivia el dolor mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas de orden físico, psicosocial, cultural y espiritual<sup>3</sup>. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), los fundamentos de esta vertiente del cuidado son: la atención integral, individualizada y continuada; la consideración del enfermo y su familia como núcleo de los cuidados; la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo; la incorporación de una actitud activa y rehabilitadora; y la creación de una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación<sup>4</sup>.

El cuidado paliativo y la filosofía holista del cuidado comparten un mismo origen y se interrelacionan entre sí. El holismo en el cuidado de la salud es una filosofía que viene directamente desde Florence Nightingale, quien fomentó el cuidado basado en la unidad, en el bienestar y en la interrelación entre los seres humanos,

sus acciones y el entorno<sup>3</sup>. Entre los principales avances que han contribuido a su desarrollo cabe destacar que Cicely Saunders, a finales de la década de los 70 promovió el movimiento Hospice, una filosofía de cuidado de la persona que está muriendo<sup>5</sup>, y que Ruland y Moore, en 1998 postularon la Teoría del Final de la Vida, dirigida al alivio del sufrimiento y el mantenimiento de la dignidad<sup>6</sup>. La valoración holística es importante en el cuidado paliativo porque es la base de todo cuidado, permite comprender las experiencias y percepciones del paciente, guía la identificación de problemas y la toma de decisiones terapéuticas, posibilita priorizar las necesidades del paciente y da referencias para la evaluación de las intervenciones<sup>3</sup>.

Por tanto, la elección de este tema viene justificada por el aumento de la tasa de enfermedades crónicas, por el auge del cuidado paliativo como una de las vertientes del cuidado enfermero, y por el aumento del campo de conocimiento de las enfermeras, que somos el principal baluarte para el bienestar y la calidad de vida de las personas.

## OBJETIVOS

El objetivo general es determinar los cuidados enfermeros más eficaces en el cuidado paliativo del paciente adulto. Los objetivos específicos son describir factores físicos, psicológicos, socioculturales y espirituales determinantes en el cuidado paliativo y cuidados enfermeros para cada una de estas dimensiones.

## METODOLOGÍA

### 1. Criterios de selección

La selección de artículos se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Sujetos mayores de 18 años receptores de cuidados paliativos.

Los artículos se descartaron en función de estos criterios de exclusión:

- Baja calidad documental.
- Resúmenes de conferencias.
- Sujetos en edad pediátrica o adolescente.

## 2. Estrategia de búsqueda

Para conformar la estrategia de búsqueda se seleccionaron diferentes palabras clave que fueron traducidas a lenguaje documental mediante descriptores MESH, como palliative care o cultural care, y DECS, como cuidado paliativo o espiritualidad; y En estos ejemplos de ecuaciones de búsqueda podemos ver cómo se combinaron los descriptores y como los filtros limitaron la búsqueda.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron descriptores de dos tesauros: Medical Subject Heading (MeSH), para bases de datos en inglés (como palliative care o cultural care), y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para bases de datos en castellano (como cuidado paliativo o espiritualidad), y se interrelacionaron por medio de operadores booleanos, como AND y OR. Se lanzó la estrategia en diferentes bases de datos, como EMBASE, Lilacs o PubMed; y se filtraron los resultados por idioma (español, inglés y portugués) y por fecha de publicación (entre 2011 y 2016, ambos inclusive).

## RESULTADOS-DISCUSIÓN

### 1. Número de registros obtenidos y seleccionados

Tras lanzar la búsqueda se recuperaron un total de 107 artículos en base a los criterios de inclusión, mediante la lectura del título y el resumen. Se realizó un segundo análisis exhaustivo, a través de lectura crítica y parrillas de evaluación CASPe, y se seleccionaron 30 artículos para su inclusión en la revisión bibliográfica. Además de los artículos anteriores, se consultaron una Guía de Práctica Clínica y un libro.

La figura I expone el diagrama de flujo que se siguió en el proceso de búsqueda y selección de información:

Por último, la figura II muestra los diferentes tipos de estudio que fueron utilizados en la redacción de esta revisión bibliográfica:

### 2. Principales resultados e interpretación

#### a) Factores biológicos

Los síntomas físicos más habituales presentados por las personas receptoras de cuidados paliativos son el dolor, la disnea, las náuseas y los vómitos, el estreñimiento, la anorexia y el insomnio. Las diferencias en la prevalencia de éstos entre los distintos estudios podrían estar sujetas

a las características de los diferentes instrumentos utilizados en el proceso de valoración de la sintomatología<sup>7,8</sup>. A pesar de estas diferencias, los hallazgos son congruentes con lo mencionado en otra fuente, que indica que los síntomas más frecuentes en el cuidado paliativo son el dolor, los síntomas gastrointestinales y la disnea<sup>3</sup>.

#### b) Cuidados enfermeros en la dimensión biológica

Los cuidados enfermeros dirigidos al control de los síntomas más eficaces en el cuidado paliativo son: facilitar unas condiciones ambientales adecuadas, administrar el tratamiento farmacológico, proporcionar una postura idónea, gestionar la dieta en función de los síntomas digestivos, controlar el patrón respiratorio, favorecer el descanso y utilizar terapias alternativas<sup>9</sup>. Una de estas terapias, basada en el uso de hierbas chinas medicinales, ayuda a reducir el dolor y el estreñimiento en las personas, lo que se corresponde con lo indicado en otras revisiones sistemáticas, que demuestran su efectividad como coadyuvante en la mejora de la calidad de vida y en la reducción del dolor<sup>10</sup>.

En cuanto al manejo de la disnea, los tratamientos no farmacológico más útiles son el uso del ventilador de mano, la integración de estrategias de autocuidado y técnicas cognitivo-conductuales, y la rehabilitación pulmonar<sup>11</sup>. La respiración consciente también produce mejoras en diferentes parámetros físicos de las personas, constituyéndose como una terapia rápida, sencilla de administrar y efectiva para reducir la disnea en el cuidado paliativo<sup>12</sup>.

Por último, los cuidados basados en la movilización y los cambios posturales resultan efectivos en la reducción del dolor y en la mejora de la movilidad, del bienestar y de la calidad de vida. Esto es congruente con otras investigaciones que apoyan el uso de estas intervenciones para el manejo de la sintomatología y la mejora de la capacidad funcional de las personas<sup>13</sup>.

#### c) Factores psicológicos

Según un estudio cuasiexperimental, los factores psicológicos más habituales en personas con enfermedad avanzada receptoras de cuidados paliativos son la tristeza, el malestar emocional, la depresión, la ansiedad y otros motivos, como la dificultad para la comunicación o el sufrimien-





to existencial 2,8. Otros problemas de frecuente aparición son: el proceso de adaptación al tratamiento y pronóstico, el impacto ante el diagnóstico y el pronóstico y el duelo normal<sup>14</sup>.

#### **d) Cuidados enfermeros en la dimensión psicológica**

Los cuidados sobre la dimensión psicológica más utilizados son: la psicoeducación, la expresión y regulación emocional, la validación emocional, la contención emocional y la solución de problemas. Esto se corresponde con lo que autores especializados en el campo indican: las necesidades del paciente receptor de cuidados paliativos son primordialmente de tipo emocional, de información y de comunicación, por lo que las intervenciones deben fundarse en la empatía y la escucha activa, en la información sobre lo que aguarda respecto a la enfermedad y en ofrecer las condiciones óptimas para la expresión de emociones, ya que se ha demostrado que este tipo de acciones promueven el bienestar<sup>14</sup>. Además, la intervención psicosocial produce mejoras significativas en parámetros como la ansiedad, el malestar emocional, el sentido de la vida y los sentimientos de paz y perdón. Este efecto positivo sugiere que la actuación es eficaz en el contexto de la atención a personas con enfermedad avanzada, lo que muestra concordancia con otros estudios donde el cuidado psicosocial se revela eficiente en todos los parámetros anteriores y en el sufrimiento<sup>2</sup>.

En cuanto a las terapias alternativas, cabe destacar la terapia musical, considerada útil por la mayoría de los pacientes para la mejora del bienestar psicológico. Las intervenciones más eficaces son: la conversación terapéutica, la escucha de música relajante, tocar un instrumento y la imaginación guiada a través de la música<sup>15</sup>. Según la literatura científica, esta terapia sugiere efectos de pequeños a moderados en la calidad de vida, el dolor y el bienestar emocional y espiritual; y facilita la comunicación, lo que coincide con los resultados obtenidos. Sin embargo, el estudio del efecto de la estimulación vibroacústica contradice estos hallazgos, pues no muestra mejoras en el nivel de relajación, de bienestar y de dolor, lo que podría relacionarse con el tamaño de la muestra, fruto de unos criterios de selección demasiado estrictos<sup>16</sup>.

#### **e) Factores socioculturales**

Las principales diferencias culturales en la cultura musulmana son la comunicación, el rol de la familia, la importancia de la religión y la visión social de los cuidados paliativos<sup>17</sup>. Estos resultados encajan con la literatura científica, que describe a la familia como fundamental para la cultura árabe; recomienda usar eufemismos a la hora de comunicarse con la familia; y resalta la importancia de la religión, tanto en la vida como en la muerte<sup>18</sup>. Para la cultura europea, los cuatro temas más significativos en el cuidado paliativo son el entorno, los cuidadores, la comunicación y las decisiones terapéuticas. El contexto cultural en que el final de la vida se desarrolla apenas ha sido estudiado, por lo que no es posible comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios<sup>19</sup>.

Los valores clave de la cultura latina más importantes son el familismo, el personalismo, el respeto, la confianza y la dignidad<sup>20</sup>, lo que se ajusta a la bibliografía existente, que determina que los pacientes no desean morir en un asilo, puesto que consideran que el cuidado de las personas enfermas es una responsabilidad de la familia; y que tampoco quieren recibir información concreta acerca del diagnóstico fatal, ya que piensan que podría acelerar la enfermedad<sup>21</sup>. Las categorías emergentes en torno al estudio de la cultura gitana son la salud/enfermedad, la relación con el sistema sanitario, el acompañamiento al enfermo y la familia, los cuidados paliativos y la muerte y el luto. Estos datos no pueden contrastarse debido a la falta de estudios en relación con esta cultura<sup>22</sup>.

Tanto en la cultura musulmana como en la europea, la latina y la gitana, la familia es uno de los factores de mayor importancia. Sin embargo, en la cultura europea los familiares no suelen actuar como cuidadores, sino como defensores de los derechos de la persona en el final de la vida; al contrario que en el resto, donde los familiares ejercen de cuidadores e incluso toman las decisiones respecto al tratamiento y los cuidados<sup>17,19,20,22</sup>. En la bibliografía también es posible encontrar información en torno a otras culturas, como la indochina y la afroamericana, donde la familia es un aspecto central del cuidado<sup>21</sup>. Respecto a la comunicación, también existen controversias: la cultura europea y latina prefieren esti-

los de comunicación suavizados y no conflictivos; en cambio, la cultura musulmana se inclina por no revelar el diagnóstico a la persona afectada<sup>17,19,20,22</sup>. Estas diferencias también son notables en las culturas indochina y afroamericana, en las que existe reticencia a discutir acerca del diagnóstico y el pronóstico<sup>21</sup>.

Por otra parte, el mayor número de muertes en el hospital puede deberse a la limitación de la provisión de instalaciones para el cuidado al final de la vida, como en Corea del Sur, o a una política de cuidados paliativos mal integrada, como en Francia y Canadá. Por otra parte, la mayor tasa de muertes en el entorno doméstico puede estar relacionada con los valores culturales, ya que en países como España, Italia y México los familiares suelen cuidar de las personas enfermas, y con la falta de disponibilidad o el alto coste de otro tipo de servicios de cuidados de la salud<sup>23</sup>. En referencia a la ausencia de diferencias en la tasa de muertes en el hospital entre una zona urbana y una rural, puede vincularse con que una parte importante de ambas poblaciones estaba enrolada en un programa de cuidados paliativos que resultó ser predictor de la disminución de la probabilidad de morir en el hospital<sup>24</sup>; ya que en las zonas menos urbanizadas la tasa de muertes en el hogar es mayor que en los núcleos urbanos<sup>19</sup>.

#### **f) Cuidados enfermeros en la dimensión socio-cultural**

En referencia a los cuidados dirigidos a la esfera sociocultural, es importante entender las necesidades y los deseos del paciente respecto al cuidado al final de la vida, identificar las necesidades culturales, lingüísticas y espirituales de las personas que reciben el cuidado y sus familias, incluyendo rituales y prácticas relacionadas con la enfermedad, la muerte y el proceso de morir, comprobar el nivel de confort individual y familiar, determinar los deseos del paciente sobre el rol de la familia en la toma de decisiones acerca del cuidado y el tratamiento, negociar estrategias culturalmente apropiadas con el equipo de cuidados paliativos, asegurar apoyo emocional y espiritual culturalmente apropiado para el paciente y sus allegados, recurrir a comunidades basadas en la fe y en la cultura donde sea necesario, y considerar la asociación cultural de síntomas como el dolor, la disnea y la angustia existencial

<sup>25</sup>. Éstas encajan con los principios del cuidado culturalmente sensitivo, que son: conocer valores culturales y actitudes, tratar con diferentes estilos de comunicación, preguntar al paciente por sus preferencias en el cuidado, reconocer diferencias culturales, conocer la comunidad y los recursos existentes, crear un ambiente físico cordial culturalmente, determinar la aceptabilidad del paciente de ser examinado por una enfermera de distinto género, valorar las propias creencias y usar consejeros de diferentes etnias o religiones<sup>21</sup>. En relación con este último principio, el hecho de incluir a un agente de salud, conocedor del idioma y los valores culturales de los pacientes, es eficaz para motivar la participación de los pacientes en un programa de cuidados avanzados<sup>26</sup>. La unión de esta figura con la enfermera se ha reconocido como importante en la provisión del cuidado a comunidades en situación de vulnerabilidad<sup>25</sup>.

Con respecto a los cuidados socioculturales dirigidos a facilitar la elección del lugar del fallecimiento, el programa Saiatu contribuye a motivar que las personas elijan el entorno en que quieren fallecer. A pesar de esto, el hecho de que sea un estudio descriptivo no permite evidenciar que Saiatu propicie la muerte en el domicilio, aunque sí muestra factores asociados<sup>8</sup>. En esta línea, cabe decir que la provisión de cuidados al final de la vida en el hogar acrecenta las posibilidades de morir en el hogar. Estos resultados son evidencia de alta calidad<sup>27</sup>.

#### **g) Factores espirituales**

Cabe decir que las necesidades espirituales más prevalentes son ser reconocido como una persona hasta el final de la vida, conocer la verdad acerca de la enfermedad, tener fe en un ser supremo y recibir el apoyo de un guía espiritual. Llama la atención el hecho de que en el estudio de Morriilo y colaboradores tener fe en un ser supremo sea la necesidad más importante para los pacientes y en cambio, en el estudio de Vilalta y colaboradores la expresión religiosa se encuentre entre las menos trascendentales. Esto podría deberse a que los cuestionarios utilizados para la recogida de datos contemplan diferentes variables<sup>28,29</sup>.

#### **h) Cuidados enfermeros en la dimensión espiritual**

Los cuidados espirituales más eficaces, son: facilitar el recuerdo de acontecimientos vitales rele-



vantes y momentos felices, identificar asuntos pendientes de resolución, fomentar la reconciliación y el perdón, designar valores personales, promover terapia ocupacional y distracción, leer conjuntamente o proveer lecturas terapéuticas (cuentos, narraciones, fábulas, poesía), realizar risoterapia, arteterapia e ikebana, utilizar estrategias comunicativas de counselling, sugerir música, impulsar la escritura de diarios, cartas de despedida o testamentos, e introducir técnicas complementarias, como relajación, masaje, yoga, reiki, taichí, mindfulness, meditación, etc<sup>30</sup>. Son congruentes con la bibliografía, que manifiesta que los cuidados enfermeros contemplan una serie de objetivos y actividades enfocadas a la salud espiritual, la esperanza y el bienestar, y a obtener la satisfacción de las necesidades espirituales<sup>31</sup>. Las bases de la atención espiritual son la promoción de la aceptación de la realidad, el fortalecimiento de la esperanza, la asunción de una actitud compasiva y una comunicación abierta y sincera<sup>30</sup>.

Cabe mencionar también los resultados de otro tipo de cuidados: la meditación basada en el diálogo Zen contribuye a aumentar el bienestar espiritual<sup>32</sup>; el counselling mejora la espiritualidad de las personas, lo que se corresponde con otros trabajos que muestran su eficacia en la calidad de vida y sobre la dimensión espiritual<sup>33</sup>, así como su gran importancia como estrategia de ayuda en la resolución de problemas<sup>1</sup>; y la oración sirve como forma de apoyo espiritual a la mayoría de pacientes que la practican<sup>34</sup>.

## CONCLUSIONES

El cuidado paliativo viene determinado por las dimensiones física, psicológica, sociocultural y espiritual del ser humano. Las personas receptoras de cuidados paliativos presentan múltiples síntomas de carácter físico y psicológico, como el dolor, la disnea, las náuseas, el malestar, la ansiedad y la depresión. Los factores socioculturales clave en estas personas varían en función de su procedencia, y son el núcleo familiar, la comunicación con la enfermera, la religión y el lugar del fallecimiento. En cuanto a la espiritualidad, el reconocimiento como ser humano digno, el conocimiento de información respecto al pronóstico de vida, la fe en un ser supremo o en Dios y el apoyo de un guía espiritual son aspectos clave en el final de la vida.

En base a estos determinantes se desarrollan una serie de cuidados enfermeros, de eficacia comprobada: el manejo y el control de los síntomas físicos a través de terapias farmacológicas y no farmacológicas; la utilización de técnicas de comunicación basadas en la escucha activa y la empatía junto con actividades de cuidado alternativas, como la musicoterapia; la atención de las necesidades culturales y la adaptación de las intervenciones enfermeras al contexto cultural en que se desarrolla el cuidado paliativo, favoreciendo el deseo de las personas de morir en su hogar y rodeados de sus familiares; y la promoción del bienestar espiritual mediante cuidados centrados en la expresión de preocupaciones, en el fortalecimiento de la esperanza y en la participación de las personas en ejercicios experienciales sobre sus vidas.

Por último, la valoración y la ejecución, dentro del proceso de cuidados enfermeros, deben ser integrales e integradas puesto que muchas de las intervenciones enfermeras son eficaces para diferentes dimensiones de la persona. De esta forma, el cuidado esencial se convierte en un componente sinérgico que potencia el bienestar y la calidad de vida, a todos los niveles, de las personas a las que cuidamos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz S, Serrano M, et al. Acompañar al paciente oncológico en la etapa final de la vida. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2014 [citado el 7 de Marzo de 2016];17(8):pp.69-86. Disponible desde: [https://www.researchgate.net/publication/281036531\\_Acompañar\\_al\\_paciente\\_oncológico\\_en\\_la\\_etapa\\_final\\_de\\_la\\_vida](https://www.researchgate.net/publication/281036531_Acompañar_al_paciente_oncológico_en_la_etapa_final_de_la_vida)
2. Mateo D, Gómez-Batiste X, et al. Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología* [Internet]. 2013 [citado el 9 de marzo de 2016];10(2-3):pp.299-316. Disponible desde: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/43451/41100>
3. Rosser M, Walsh H. *Fundamentals of Palliative Care for Students Nurses*. 1ª ed. Somerset, GB: Wiley-Blackwell; c2014.
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de cuidados paliativos* [Internet]. Madrid: SECPAL; 1995. [citado el 7 de marzo de 2016]. Disponible desde: <http://www.secpal.com/%5C%5Cdocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
5. De Oliveira N, Goudinho M. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. O

- Mundo da Saúde [Internet]. 2013 [citado el 7 de marzo de 2016];37(4):pp.450-457. Disponible desde: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155558/A10.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A10.pdf)
6. Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook* [Internet]. 1998 [citado el 7 de marzo de 2016];46(4):pp.169-175. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655498900690>
  7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; c2008.
  8. Millas J, Hasson N, et al. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco: Experiencia Saiatu. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2016];22(1):pp.3-11. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13000840>
  9. Delgado D, Juárez R, et al. Actuación de enfermería ante el cuidado físico en el paciente terminal. *Rev Enferm* [Internet]. 2014 [citado el 8 de marzo de 2016];37(11):pp.738-741. Disponible desde: [https://www.researchgate.net/publication/268217049\\_Actuacion\\_de\\_enfermeria\\_ante\\_el\\_cuidado\\_fisico\\_en\\_el\\_paciente\\_terminal](https://www.researchgate.net/publication/268217049_Actuacion_de_enfermeria_ante_el_cuidado_fisico_en_el_paciente_terminal)
  10. Chung VCH, Wu X, et al. Chinese herbal medicine for symptom management in cancer palliative care. *Medicine* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2016];95(7):pp.1-10. Disponible desde: [http://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/02150/Chinese\\_Herbal\\_Medicine\\_for\\_Symptom\\_Management\\_in.35.aspx](http://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/02150/Chinese_Herbal_Medicine_for_Symptom_Management_in.35.aspx)
  11. Chin C, Booth S. Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2016];0:pp.1-8. Disponible desde: <http://pmj.bmj.com/content/early/2016/04/06/postgrad-medj-2015-133578.abstract>
  12. Ng C, Lai K, et al. The effect of 5 minutes of mindful breathing to the perception of distress and physiological responses in palliative care cancer patients: a randomized controlled study. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2016]. Disponible desde: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0046>
  13. Putt K, Faville K, et al. Role of physical therapy intervention in patients with life-threatening illnesses: a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2015 [citado el 14 de abril de 2016]. Disponible desde: <http://ajh.sagepub.com/content/early/2015/12/30/1049909115623246.long>
  14. Ascencio-Huertas L, Rangel-Domínguez NE, et al. Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. *Psicooncología* [Internet]. 2013 [citado el 9 de marzo de 2016];10(2-3):pp.393-406. Disponible desde: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43457/41106>
  15. Kordovan S, Preissler P, et al. Prospective study on music therapy in terminally ill cancer patients during specialized inpatient palliative care. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2016];19(4):pp.394-399. Disponible desde: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2015.0384>
  16. Warth M, Kessler J, et al. Effects of vibroacoustic stimulation in music therapy for palliative care patients: a feasibility study. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2015 [citado el 14 de abril de 2016];15(436). Disponible desde: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681146/pdf/12906\\_2015\\_Article\\_933.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681146/pdf/12906_2015_Article_933.pdf)
  17. Al-Awamer A, Downar, J. Developing a palliative care service model for Muslim Middle Eastern countries. *Support Care Cancer* [Internet]. 2014 [citado el 11 de marzo de 2016];22(12):3553-3562. Disponible desde: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-014-2347-4>
  18. Young JS. Online resources for culturally and linguistically appropriate services in home healthcare and hospice, part 3. *Home Healthc Nurse* [Internet]. 2013 [citado el 11 de marzo de 2016];31(1):18-26. Disponible desde: [http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1482028&an=00004045-201301000-00004&journal\\_ID=2695880&issue\\_ID=1481974](http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1482028&an=00004045-201301000-00004&journal_ID=2695880&issue_ID=1481974)
  19. Andrew EV, Cohen J, et al. Social-cultural factors in end-of-life care in Belgium: A scoping of the research literature. *Palliat Med* [Internet]. 2011 [citado el 11 de marzo de 2016];27(2):131-143. Disponible desde <http://pmj.sagepub.com/content/27/2/131.long>
  20. Adames HY, Chávez-Dueñas NY, et al. Integration of Latino/a cultural values into palliative health care: a culture centered model. *Palliat Support Care* [Internet]. 2014 [citado el 11 de marzo de 2016];12(2):149-157. Disponible desde: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9205663&fileId=S147895151300028X>
  21. Witt D, Free D. Culture and Spirituality as domains of quality palliative care. En: Matzo M, Witt D. *Palliative Care Nursing*. New York, US: Springer Publishing Company; 2014. p. 91-127.
  22. Badía MA, Marcos C, et al. Los cuidados paliativos y la muerte en los gitanos. *Cul Cuid* [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2016];19(43):106-115. Disponible desde: [https://www.researchgate.net/publication/291953551\\_los\\_cuidados\\_paliativos\\_y\\_la\\_muerte\\_en\\_los\\_gitanos](https://www.researchgate.net/publication/291953551_los_cuidados_paliativos_y_la_muerte_en_los_gitanos)
  23. Moens K, Houttekier D, et al. Place of death of people



living with Parkinson's disease: a population-level study in 11 countries. BMC Palliat Care [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2016];14(28):1-9. Disponible desde: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-015-0021-3>

24. Lavergne MR, Lethbridge L, et al. Examining palliative care program use and place of death in rural and urban contexts: a Canadian population-based study using linked data. Rural Remote Health [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2016];15(3134):1-13. Disponible desde: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_3134.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_3134.pdf)

25. Davidson PM, Phillips JL, et al. Providing palliative care for cardiovascular disease from a perspective of sociocultural diversity: a global view. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2016 [citado el 11 de marzo de 2016];10(1):11-17. Disponible desde: <http://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/pages/articleviewer.aspx?year=2016&issue=03000&article=00007&type=abstract>

26. Fischer SM, Cervantes L, et al. Apoyo con cariño: a pilot randomized controlled trial of a patient navigator intervention to improve palliative care outcomes for latinos with serious illness. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2016];49(4):657-675. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414004631>

27. Shepperd S, Gonçalves-Bradley SE, et al. Hospital at home: home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [citado el 14 de abril de 2016];2:1-41. Disponible desde: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/full>

28. Morillo M, Arroyo A, et al. Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. Rev Ética de los Cuidados [Internet]. 2013 [citado el 12 de marzo de 2016];6(11):1-7. Disponible desde: <http://www.indexf.com/eticuidado/n11/et8039r.php>

29. Vilalta A, Valls J, et al. Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. J Palliat Med [Internet]. 2014 [citado el 12 de marzo de 2016];17(5):592-599. Disponible desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012638/pdf/jpm.2013.0569.pdf>

30. Tosao C. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. FMC [Internet]. 2012 [citado el 12 de marzo de 2016];19(6):331-338. Disponible desde: [http://www.opimec.org/media/courses/atencion-integrada-a-pacientes-con-enfermedades-cronicas/recursos/unidad6/Saber\\_mas\\_valoracion\\_integral\\_espiritualidad.pdf](http://www.opimec.org/media/courses/atencion-integrada-a-pacientes-con-enfermedades-cronicas/recursos/unidad6/Saber_mas_valoracion_integral_espiritualidad.pdf)

31. Sierra M, Getino M. La atención espiritual al final de la vida en los domicilios. Rev Enferm. 2013;36(9):596-601.

32. Johnson M. A randomized study of a novel Zen dialogue

method for producing spiritual and well-being enhancement: Implications for end-of-life care. J Holist Nurse [Internet]. 2011 [citado el 12 de marzo de 2016];29(3):201-210. Disponible desde: <http://jhn.sagepub.com/content/29/3/201.long>

33. Rudilla D, Oliver, A, et al. Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobre la intervención con counselling. Psychosocial Intervention [Internet]. 2015 [citado el 12 de marzo de 2016];24(2):79-82. Disponible desde: <http://psychosocial-intervention.elsevier.es/es/espiritualidad-atencion-paliativa-evidencias-sobre/articulo/S1132055915000198/>

34. Balboni MJ, Babar A, et al. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2011 [citado el 9 de marzo de 2016];41(5):836-847. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392410010225>

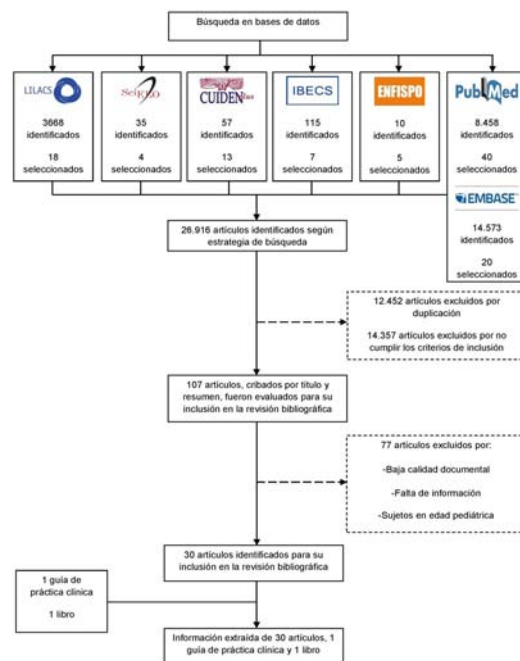


Figura I. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

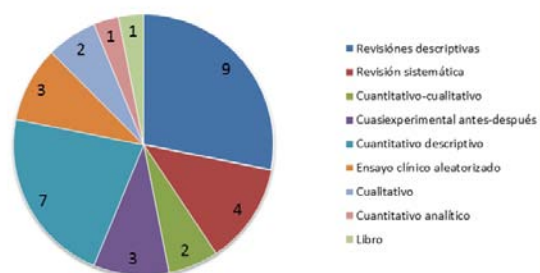


Figura II. Tipos de estudio. Fuente: elaboración propia



# Intervención de la enfermera especialista en salud mental como enlace con atención primaria para personas con trastorno adaptativo

**Autores:** Vanesa Escudero Campillo, Ana Mansilla Belmonte, Gustavo Adolfo Meneses del Castillo  
Departamento Salud Mental del Hospital Marina Baixa-Villajoyosa (Alicante)

vanesaescudero campillo@yahoo.es

## RESUMEN

**Introducción y Objetivos:** el curso epidemiológico de la salud junto con el giro manifiesto en los roles sociales experimentados a partir de mitad del siglo XX, han intervenido en la aparición de patologías mentales relacionadas con el sufrimiento y malestar emocional. Estos Trastornos Mentales Comunes y en concreto el Trastorno Adaptativo (TA), generan un gran impacto en la presión asistencial de los Centros de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental, además de influir en el aumento de prescripción de psicofármacos. El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa de intervención de la enfermera especialista en salud mental (EESM) como enlace con Atención Primaria, para las personas con TA.

**Metodología:** se propone un estudio tipo ensayo clínico aleatorizado simple ciego con una población diagnosticada de TA del Centro de Salud de Foietes – Benidorm durante un periodo de 8 meses. El programa para grupo intervención consta de 8 sesiones donde la EESM desarrolla las actividades enfermeras seleccionadas para el trabajo. La recogida de datos se realiza en hoja valoración variables diseñada para este estudio.

**Resultados:** los resultados obtenidos evaluarán la intervención propuesta. Limitaciones: la mayor limitación ha sido la falta de evidencia de intervenciones de EESM en el abordaje de personas con TA.

**Palabras clave:** Trastorno Mental Común, Trastorno Adaptativo, Enfermería Especialista salud mental (de enlace), Atención Primaria, Afrontamiento Problemas.

## ABSTRACT

**Introduction and Goals:** *The epidemiological course of health together with the obvious shift in social roles experienced since the middle of the twentieth century, have intervened in the appearance of mental pathologies related to suffering and emotional distress. These Common Mental Disorders, specifically Adaptive Disorder (AD), have a great impact on the care pressure of the Primary Care Centers and Mental Health Units, as well as influencing the increase in prescription of psychotropic drugs. The goal of the present study is evaluate the effectiveness of a mental health nurse (MHN) intervention program as a link to Primary Care for people with AT.*

**Methodology:** *a simple blinded randomized clinical trial was proposed with a population diagnosed of AD at Foietes - Benidorm Health Center during a period of 8 months. The program for intervention group consists of 8 sessions where the MHN develops the activities nurses selected for the work. The data collection was done on sheet titration variables designed for this study.*

**Results:** *the results obtained will evaluate the proposed intervention. Limitations: The greatest limitation has been the lack of evidence of MHN interventions in the approach of people with AD.*

**Keywords:** *Common Mental Disorder, Adaptive Disorder, Mental Health Nurse (link), Primary Care, Coping Problems.*





## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Antecedentes y estado actual del tema

#### 1.1.1. CONCEPTO DE SALUD

Como ya sabemos la definición de salud ha sufrido varias modificaciones a lo largo de la historia...se partió de un concepto primario de salud, donde el individuo sano era aquel que demostraba la ausencia de enfermedad, a la actual definición de la OMS donde se refiere a ella como<sup>(1)</sup>:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Este giro conceptual se debe al cambio epidemiológico del curso de las enfermedades; pasamos de intervenciones sanitarias dirigidas a controlar las enfermedades infecto-contagiosas, como la viruela o el sarampión, a actuaciones orientadas hacia la prevención de enfermedades crónicas, como por ejemplo: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias o neurodegenerativas<sup>(2)</sup>.

Respecto a la Salud Mental, la Organización Panamericana de la Salud (OPANS) y la OMS la definen como: “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”<sup>(2,3)</sup>.

Todo esto, nos indica la relevancia que la salud mental puede tener en el óptimo desarrollo socio-económico de los países y sus comunidades. De manera que las instancias sanitarias señalan la necesidad de potenciar la salud mental en los países, no sólo como un bien para la salud pública, si no como medio para mejorar el desarrollo de las personas y las economías<sup>(4)</sup>.

#### 1.1.2. ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y SALUD MENTAL

Respecto al inicio de la relación entre los servicios de AP y Salud Mental, recordar, por un lado que en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978) se establece al Centro de Atención Primaria (AP) como el primer escalón de acceso de las personas al Sistema Sanitario de Salud<sup>(5)</sup>.

Y por el otro, en España, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, aparecen diferencias en la asistencia sanitaria de nuestro país. En concreto, respecto a la Salud Mental, se ordenan

las siguientes actuaciones, entre otras<sup>(6)</sup>:

- Plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental, en el Sistema Sanitario General.
- Total equiparación del enfermo mental a las demás personas.
- La atención a la salud mental de las personas, se realizará en el ámbito comunitario, reforzando el ambiente ambulatorio.
- La hospitalización de los pacientes que así lo requieran, se harán en las unidades psiquiátricas de los Hospitales Generales.

Estas reformas sanitarias, proponen integrar la Salud Mental en la Atención Primaria, en el denominado Modelo Comunitario de Salud Mental, marcando, entre otros, los siguientes principios básicos<sup>(7)</sup>:

- Facilitar la autonomía de las personas con enfermedad mental.
- Reducir el estigma que acompaña a las personas con salud mental.
- Procurar la continuidad de los cuidados, tanto trasversal como longitudinalmente, de las personas con enfermedad mental
- Accesibilidad a los servicios.

Todos estos cambios asistenciales en la Salud Mental, han supuesto mejoras en la atención sanitaria pero, paradójicamente, también han provocado un aumento en la demanda asistencial por enfermedades mentales y un incremento en la prescripción de psicofármacos, tanto en centros de AP como en las Unidades de Salud Mental (USM).

Respecto a la presión asistencial, en el Eurobarómetro de 2010, se desprende que en la primera década del presente siglo la demanda asistencial de los servicios de salud mental, se ha incrementado del 10% al 15%. Y un estudio realizado a médicos de AP, indica que los motivos de asistencia relacionados directamente con patología mental en las consultas diarias de AP alcanzan una media de un 16.1%<sup>(8,9)</sup>.

En cuanto al incremento en la prescripción de psicofármacos en nuestro entorno, mencionar que un informe realizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), se indica que el consumo de antidepresivos en España ha pasado de 26,5 dosis diarias definidas por mil habitantes y día (DHD) en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013, representando un incremento de 200% (10,11).

### 1.1.3. TRASTORNO MENTAL COMÚN Y MALESTAR EMOCIONAL

A partir de finales del S.XIX y el S.XX se produjo un cambio radical en las sociedades y los individuos. Se pasó de comunidades organizadas por gremios o castas, donde las personas tenían muy bien definidas su identidad y sus actividades a desarrollar; y contaban con firmes redes de apoyo comunitario, a estructuras sociales donde poco a poco, los roles o funciones a realizar ya no se muestran tan bien definidos ni delimitados, produciendo entonces una diversificación en las identidades personales y cambios en las redes de apoyo sociales y familiares. Se requiere entonces una adaptación a la nueva sociedad, apareciendo trastornos mentales derivados del sufrimiento emocional cotidiano tales como: ansiedad, depresión, trastornos adaptativos <sup>(12)</sup>.

Estos Trastornos Mentales Comunes (TMC), aparecen en las consultas de atención primaria y especializada, así como en la urgencia hospitalaria como una combinación de síntomas ansiosos, depresivos menores, cuadros somáticos, a menudo persistentes y de difícil encuadre en las clasificaciones al uso <sup>(12,13)</sup>.

Además tampoco queda bien establecido, quién o quienes son los responsables en la asistencia de estas personas durante el trascurso de su enfermedad, ya que, por un lado los profesionales de AP refieren que no tienen recursos ni tiempo suficientes para su correcto abordaje y por el otro, desde las consultas de salud mental, en principio diseñadas para la atención de personas con Trastorno Mental Grave (TMG), consideran a los Trastornos Adaptativos como "patologías menores" por lo que su asistencia se ve demorada <sup>(14)</sup>.

Esto nos hace reflexionar, acerca de la necesidad de fomentar la relación multidisciplinar, entre los equipos de AP y de Salud Mental, y de cómo la Enfermera Especialista en Salud Mental puede favorecer dicha interacción, para así dar cobertura asistencial a las necesidades que las personas con malestar emocional demandan a los distintos servicios sanitarios.

### 1.1.3. ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL COMO ENLACE CON AP.

El ámbito de actuación y las competencias de la Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) quedan muy bien definidos en el pro-

grama formativo de dicha especialidad según Orden Ministerial, donde se indica, entre otros puntos, que <sup>(15)</sup>:

1. El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria, como la atención a la comunidad a través de los centros de salud mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, residencias, centros de acogida...) y/o centros destinados a realizar actividades rehabilitadoras relacionadas con la salud mental.

2. Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos.

3. Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.

4. Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan, cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre.

Para desarrollar y poner en práctica estas competencias, la EESM como figura de enlace entre los equipos de AP y Salud Mental, tiene a su disposición varios modelos de colaboración de distinta complejidad: desde los más simples como es la Atención Escalonada, donde la asistencia a las personas con trastorno mental depende de su gravedad y evolución siguiendo los criterios de las Guías de Práctica Clínica (GPC); un modelo de complejidad media es el de Gestión de Casos-Pacientes y como ejemplos de modelos más complejos, podemos hablar de los Programas de mejora de la Calidad o Quality Improvement Collaboratives (QIC) y del Modelo de Atención a la Cronicidad o Chronic Care Model (CCM), donde se combinan a su vez diversas actividades: desde la formación a profesionales siguiendo las GPC, o la gestión de casos, hasta la promoción de la autogestión e información de la enfermedad a las personas con trastorno mental <sup>(16,17)</sup>.

Así, en el presente trabajo proponemos que la EESM actúe como enlace entre los dos niveles, de manera que sea el profesional de referencia en el plan de intervención para las personas con Trastorno Adaptativo, combinando distintas técnicas de colaboración.



## 1.1.4. TRASTORNOS ADAPTATIVOS (TA)

En el transcurso de la vida, es habitual que las personas se enfrenten a situaciones estresantes y difíciles: conflictos laborales, problemas económicos, separaciones conyugales, etc. Normalmente los individuos afrontan y resuelven estas circunstancias de manera más o menos satisfactoria, pero en ocasiones, generan un alto grado de malestar y sufrimiento emocional, provocando la pérdida de funcionalidad y desarrollo en sus ámbitos familiares, laborales o sociales. Estas reacciones desadaptadas ante los cambios, amenazas o pérdidas cotidianas, son la base de los Trastornos Adaptativos <sup>(18,19)</sup>.

Los criterios diagnósticos del actual DSM-5 se reflejan en la Tabla 1: Criterios Diagnósticos TA <sup>(20)</sup>.

Su prevalencia en las consultas de Atención Primaria y las consultas de Salud Mental oscilan entre el 11% y el 35% <sup>(21,22)</sup>.

Además hay autores que señalan que los TA son al menos tres veces más frecuentes que la depresión mayor en pacientes con una enfermedad física aguda y pese a ser considerados como una categoría menor, se relacionan con una elevada incidencia de intentos de suicidio y de suicidios consumados (entre 25%-60% dependiendo de la edad). Advierten, además que se tratan de intentos más impulsivos, sin planificar y sin señales previas de alteraciones emocionales o conductuales, por lo que se hace más difícil su prevención <sup>(23,24,25)</sup>.

En el Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos de Baños, se explica el modelo de instauración y mantenimiento de este trastorno. Comienza con la magnificación del acontecimiento vivido como muy amenazante, seguido de la incapacidad percibida en el afrontamiento del mismo, lo que provoca una sintomatología clínica negativa acompañada de aparición de conductas disfuncionales que exacerban los sentimientos de ineficacia personal, retroalimentando así el malestar emocional <sup>(26)</sup>.

## 1.1.5. MARCO TEÓRICO INTERVENCIÓN

El modelo de intervención enfermera que proponemos está basado en:

*A. Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau.*

H. Peplau es considerada madre de la enfermería psiquiátrica. En su teoría describe la rela-

ción enfermera-paciente como un proceso interpersonal terapéutico.

Esta relación consta de cuatro fases<sup>(27,28)</sup>: Orientación. Identificación. Explotación. Resolución.

Peplau además, describe seis roles que la enfermera adopta durante el desarrollo de la relación terapéutica, para así adaptarse a las circunstancias de la persona que va a recibir los cuidados. Estos roles son <sup>(27,28)</sup>: Rol del extraño. Rol de suministradora de recursos. Rol docente. Rol de liderazgo. Rol de sustituto. Rol de asesoramiento.

En esta propuesta de intervención, tomaremos como eje principal el establecimiento de una buena relación terapéutica con la persona que sufre TA, de manera que desde la primera fase de identificación hasta la de resolución, y adquiriendo el rol de enfermera que corresponda según las necesidades de la persona, consigamos que ésta sea capaz de disminuir su malestar emocional y recuperar su funcionalidad bio-psico-social.

*B. Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos. Aprendizaje a partir de los problemas.*

En el Modelo Cognitivo de los Trastornos Adaptativos. Aprendiendo de los problemas desarrollado por el grupo de Baños proponen un modelo de intervención. Parten de la idea de aprovechar los problemas de la vida como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal <sup>(29)</sup>.

La EESM, tendrá en cuenta este modelo a la hora de planificar y elegir las actividades a realizar con la persona con TA. Las intervenciones irán dirigidas, tanto a disminuir la intensidad del malestar emocional como a ayudar a la persona a poner de manifiesto sus recursos y habilidades personales para superar y resolver los problemas, de manera que salga reforzada en la percepción de su valía personal.

*C. Modelo Manejo Malestar Emocional en AP.*

Sus autores proponen un modelo práctico de intervención psicoterapéutica. Describe tres fases de intervención <sup>(12)</sup>:

1. Clarificación.- dilucidar de acuerdo con la persona, la existencia de una relación entre sensaciones corporales, emociones y problemas de la vida diaria..

2. El acuerdo terapéutico.- especificar las acciones y responsabilidades de cada uno en un

marco de esfuerzo y colaboración mutuos.

3. Plan de acción.- supone la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción para el abordaje y la resolución del problema o adaptación al factor estresante, así como la prevención de recaídas.

La EESM adaptará su modelo de intervención a estas fases, para así distribuir las sesiones de abordaje individual siguiendo este patrón de etapas. Además utilizará intervenciones y actividades reflejadas en la Clasificación Internacional de Intervenciones o Nursing International Interventions (NIC)(42).

#### 1.1.6. JUSTIFICACIÓN

Existe un aumento de la presión asistencial en los centros de AP y USM así como un elevado consumo de psicofármacos en personas TA, las cuales además, se muestran incapaces de desarrollar sus funciones en la sociedad, provocando todo esto un importante impacto socio-económico en el desarrollo de las comunidades.

Existe una relación entre las personas con TA y los intentos de suicidio o suicidios consumados.

La propuesta de intervención por parte de la EESM como enlace en AP para los TA, está basado tanto en teorías enfermeras como en técnicas de psicoterapia, y que concuerdan con intervenciones y actividades enfermeras recogidas en la NIC.

Por todo lo anterior, creemos justificada la elaboración de este trabajo.

## 2. OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de un programa de intervención por parte de la enfermera especialista en salud mental como enlace con Atención Primaria, destinado a mejorar el malestar emocional de las personas con Trastorno adaptativo.

Determinar los cambios en la persona con Trastorno Adaptativo en la movilización de los recursos para afrontar sus problemas.

Medir si se reduce la presión asistencial en las unidades de salud mental y en los servicios de urgencias de Atención Primaria y del Hospital, derivadas del Trastorno Adaptativo.

Establecer si se produce una disminución en el número de tomas de psicofármacos de rescate en las personas que sufren Trastorno Adaptativo.

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo y Población estudio

Se trata de un estudio tipo ensayo clínico aleatorizado con enmascaramiento simple ciego de los sujetos que participan en el programa.

Criterios Inclusión: personas adultas (18-65 años) de ambos sexos y diagnosticados de TA por primera vez.

Criterios de exclusión: Comorbilidad con otros trastornos mentales. Consumo Tóxicos. Personas con discapacidad intelectual. Personas con desconocimiento de lengua castellana. Falta injustificada a dos o más sesiones consecutivas del programa de intervención.

### 3.2. Variables

Variable Independiente: Aprovechamiento de la intervención de la enfermera especialista en salud mental.

Variables dependientes: son 5 en total y quedan reflejadas en la tabla 2: Hoja Medición Variables que ha sido diseñada para la recogida de datos de este estudio, la cual se llevará a cabo en las sesiones 1, 3 y 8 para el Grupo Intervención y en la sesión 1 y tras el alta de los sujetos del Grupo Control,

### 3.3. Modelo de Intervención

Consta de 3 fases:

#### 3.3.1. Fase Preparación

El equipo de Salud Mental (ESM) compuesto por: Psiquiatra, Psicólogo y EESM, elaborará el programa de intervención para personas con TA, según evidencia científica y adaptando las actividades a realizar por la EESM a su metodología.

Se solicitarán los permisos pertinentes a las instancias y comité científico del Hospital.

Una vez obtenidos los permisos, el ESM realizará una reunión informativa con los médicos del centro de AP donde se desarrollarán los siguientes puntos:

1. Explicar la programación y ejecución del programa de intervención.

2. Solicitar la colaboración en el programa a los médicos de AP y valorar las modificaciones que estimen oportunas aportar.

3. Informar acerca de los criterios de inclusión y exclusión de los sujetos.

4. Formar sobre los criterios diagnósticos del Trastorno Adaptativo del DSM-5.



5. Informar acerca de que será la EESM el profesional que ejercerá de enlace entre los dos niveles a modo de Gestora de Casos (NIC Gestión Casos).

### 3.3.2. Fase de reclutamiento y aleatorización.

Durante dos meses la EESM entrevistará a todas las personas derivadas por los médicos de AP con TA y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión enumerados anteriormente. En esta sesión, la EESM aporta la información relativa al estudio a todos los sujetos candidatos y tras aceptación de su participación en el mismo, se procede a obtener la firma del consentimiento informado por escrito.

Tras obtener los sujetos totales para el estudio, se realiza asignación aleatoria a los dos grupos (control e intervención) a través de un muestreo probabilístico aleatorio, generado por un programa informático.

### 3.3.3. Fase Aplicación Programa

Sujetos Grupo Control: derivados a su Unidad de Salud Mental (USM). Sesión acogida por parte de la EESM y posterior seguimiento por los psicólogos de la unidad. Frecuencia de seguimiento mensual y el número de consultas es de 4-6 sesiones.

Sujetos Grupo Intervención: Aplicación del programa de actividades por la EESM con la revisión quincenal del resto del equipo de salud mental (Psiquiatra y/o Psicólogo). Consiste en un total de 8 sesiones individuales. Las dos primeras quincenales y el resto mensuales.

Las sesiones del programa de intervención se distribuyen en tres fases y las NIC seleccionadas para su desarrollo son:

**FASE 1: CLARIFICACIÓN.** Sesión 1 Acogida (45 min). Establecer base relación terapéutica. Clarificar motivo consulta y enseñanza técnica relajación.

NIC seleccionadas: Escucha Activa y Apoyo Emocional

**FASE 2: ACUERDO TERAPÉUTICO.** Sesión 2 Acuerdo (45 min). Establecer Objetivos a conseguir. Tareas a realizar por parte del sujeto. Concretar límites acuerdo (puntualidad, faltas injustificadas, etc)

NIC seleccionadas : Establecimiento de Objetivos Comunes y Acuerdo con el paciente.

**FASE 3. PLAN DE ACCIÓN. APRENDIZAJE PROBLEMAS** Sesiones 3-8 (30 min). Motivación. Generación Soluciones. Aplicación de las soluciones planteadas. Evaluación consecución objetivos. Prevención recaídas.

NIC seleccionadas: Mejorar el Afrontamiento

En estas sesiones, la EESM aplicará las intervenciones seleccionadas pero es importante destacar que se pueden utilizar cualquiera de ellas en cualquier sesión, si así lo considera oportuno para beneficio del sujeto.

## 4. RESULTADOS ESPERADOS

Las diferencias estadísticas obtenidas demostrarán la eficacia del programa y se reflejará en:

El nivel de malestar emocional de las personas con TA mejorará tras la aplicación del programa de intervención.

Las personas con TA serán capaces de movilizar sus recursos para afrontar sus problemas y mejorar su malestar emocional.

Reducción de la presión asistencial y del consumo de psicofármacos derivados del TA en AP y USM.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Plan Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
3. Asamblea OMS 2016. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R11-sp.pdf)
4. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
5. Conferencia Internacional Alma-Ata. Alma-Ata 1978. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)
6. Ley general de sanidad. Madrid 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental. Madrid 2007. Disponible en: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/RESIDENCIA/TFR/ESTRATEGIA%20%20SNS%20SALUD%20MENTAL%202007.pdf>
8. TNS Opinion & Social. Mental Health. Special Eurobarome-

- ter 345/73.2. Survey requested by the Directorate General Health and Consumers (DG SANCO) and coordinated by the Directorate General for Communication (DG COMM). 2010. Disponible en: <https://consuludmental.org/publicaciones/EurobarometerMentalHealth2010.pdf>
9. Confederación Salud Mental España. Resumen Eurobarómetro 2010. Disponible en: <https://consuludmental.org/centro-documentacion/eurobarometer-mental-health-2010-3486/>
  10. Agencia Española Medicamentos y Productos Sanitarios. Observatorio del Consumo de medicamentos de la AEMPS. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 1992-2006. Madrid 2007. Disponible en: <http://www.aemps.es/profHumana/observatorio/docs/ansioliticos-hipnoticos.pdf>
  11. Agencia Española Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14012015. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Madrid 2015. Disponible en : <file:///C:/Users/Casa/Desktop/RESIDENCIA/TFR/antidepresivos-2000-2013.pdf>
  12. Salazar J, Sempere E. Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en Atención Primaria. Valencia 2012.
  13. Castello M, Fernández MJ, García J, Mazo Mv, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària. 2016.
  14. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación. Madrid 2009.
  15. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. BOE núm. 123, pp 51802-51822. Madrid 2011. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081)
  16. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzarán J et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2014 ; 88(1): 113-133. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100008)
  17. Andrés S, Bruno C, Corrales G, Crespo FL, Cruz T, Margarit M et al. Modelo Mar Menor. Trabajando desde la subjetividad en colaboración entre Atención Primaria y Salud mental. Murcia 2015.
  18. Perez-Saler P. Trastornos Adaptativos y reacciones de estrés. Ed. Manual de Psiquiatría. 2008. Disponible en: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/RESIDENCIA/TFR/trastornos-adaptativos-y-reacciones-de-estres.pdf>
  19. Ferrero T, Fontanela E, Gómez S, González M, Pérez L. guía Clínica Trastornos Adaptativos. Última actualización 11-11-2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-adaptativos/#1436>
  20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington VA 2014.
  21. Bermúdez E, Del Valle P. Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. Norte de salud mental 2016; 54(13). Disponible en: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/RESIDENCIA/TFR/EstudioDescriptivoDeLosTrastornosAdaptativosEnLasC-5401175.pdf>
  22. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. J Affect Disord (1999) 55: 55-61.
  23. Zimmerman M, Martínez JM, Dalrymple K, Morgan KL, Lipschitz JM, Martínez et al. Is the distinction between adjustment disorders with depressed mood and adjustment disorders with anxious and depressed mood valid?. J Clin Psychiatry 2013; 74 (5): 470-476.
  24. Casey P, Bailey S Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011; 10:11-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048515/>
  25. Poliakova I, Knobler HY, Ambrumova A Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. J Affect Disord 1998; 47: 159-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9476756>
  26. Botella C, Baños RM, Guillén V. Una propuesta de tratamiento para los Trastornos Adaptativos: Creciendo en la adversidad. Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia 2008. 129-154.
  27. Allgood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
  28. Mastrapa YE, Gibert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016; 32(4).Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
  29. Baños R, Botella C, García A, Gullén V, Jorquera M, Quero S. Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. Apuntes de psicología. 2008[citado ]; 26 (2): 303-316. Disponible en: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/RESIDENCIA/TFR/263-526-1-SM.pdf>
  30. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Elsevier; Barcelona. 2013.





**CRITERIOS CARACTERÍSTICAS**

<b>A</b>	Síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
<b>B</b>	Deben tratarse de síntomas o conductas significativos, cumpliendo una o las dos características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, valorando entorno y ámbito cultural.</li> <li>2. Deterioro funcional significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes.</li> </ol>
<b>C</b>	La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
<b>D</b>	Los síntomas no corresponden con el duelo normal
<b>E</b>	Los síntomas no se mantienen durante más de seis meses, tras desaparecer el factor estresante o sus consecuencias.

Tabla 1: Criterios Diagnósticos TA. Fuente: elaboración propia

	Variables /Sesiones	S- 1	S- 4	S- 8
V 1 *	BIENESTAR FÍSICO			
	BIENESTAR PSICOLÓGICO			
	CONTROL SÍNTOMAS			
	APOYO SOCIAL FAMILIA			
	APOYO SOCIAL AMIGOS			
V 2 **	IDENTIF. PATRONES EFICACES			
	ACEPTACIÓN SITUACIÓN			
	MODIFICA ESTILO VIDA (reducc. estrés)			
	ADAPTA CAMBIOS DESARROLLO			
V 3	UTILIZA ESTRAT. SUPERACIÓN EFECTIVAS			
	NÚMERO VISITAS AP ( POR SÍNTOMAS TA)			
V 4	NÚMERO VISITAS URG AP Y HOSPITAL ( POR SÍNTOMAS TA)			
V 5	NÚMERO TOMAS MEDICACIÓN RESCATE			

Tabla 2: Hoja Medición Variables. Fuente: elaboración propia

V1\* Escala Likert: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido; 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido; 5 No comprometido

V2\*\* Escala Likert: 1 Nunca demostrado; 2 Raramente demostrado; 3 A veces demostrado; 4 Frecuentemente demostrado; 5 Siempre demostrado

# Limitación de tratamientos de soporte vital

**Autor:** José Ramón Soriano Mirón

Enfermero, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Alicante

joseramonsoriano@yahoo.es

## RESUMEN

Desde estas unidades de pacientes críticos se ha dedicado mucho esfuerzo, imaginación y creatividad en el desarrollo de medidas o terapias de soporte vital (TSV) que permiten dar más tiempo a la curación, prolongan la vida pero no curan directamente la enfermedad, pero puede ocurrir que en determinadas circunstancias lo que sería un beneficio potencial de la ciencia y de la técnica se transforme, en un paciente con patología irreversible, en un alargamiento injustificado del dolor y el sufrimiento.

**Objetivos:** Ofrecer una guía que sirva de hoja de ruta, que nos señale el camino para poder ayudar al paciente crítico y a su familia en la etapa final de la vida, así como dar a conocer el protocolo de LTSV del Hospital General Universitario de Alicante.

**Método:** Revisión bibliográfica no sistemática en las bases de datos PubMed y Cinahl. La búsqueda se limitó a los artículos publicados en los últimos 10 años y dirigidos a adultos. Una vez seleccionados los artículos, se revisaron las listas de referencias de aquellos estudios que abordaban el tema en cuestión para localizar otros artículos citados que pudieran ser de relevancia.

**Resultados:** Se seleccionaron 25 artículos, además de las recomendaciones de la SEMICYUC sobre Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) y el protocolo ya elaborado en 2013 en el hospital de Alicante sobre LTSV. Después del análisis de las publicaciones se identifica el establecimiento de protocolo de LTSV hace necesario el acuerdo de los distintos profesionales que tienen atención directa al paciente y que se llegue a un consenso, siempre dentro de un marco legal de actuación. Diferentes publicaciones recomiendan un trabajo mul-

tidisciplinar en esta etapa y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones en el final de la vida.

**Palabras clave:** "intensive care unit", "palliative care", "ethics", "inappropriate therapies"

**¿Qué contribución tiene este trabajo a la enfermería?** Las enfermeras y enfermeros que tenemos la más alta responsabilidad en la prestación de cuidados al paciente crítico en su fase final de la vida, sin embargo, en la revisión bibliográfica llevada a cabo se ha evidenciado una limitada participación en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar en esta fase de la vida. A pesar de estos datos, diversos estudios recomiendan un trabajo multidisciplinar en esta etapa y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones durante la etapa final de la vida.

Este cambio propuesto es fundamental para mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y para clarificar los objetivos comunes en la atención prestada y, de este modo, mejorar el cuidado al paciente. Además, esta mejora en la comunicación hará que un consenso entre los distintos miembros se traslade a la familia como una decisión de equipo con una base científica y organizada.

Evidentemente esto ayudará a la familia a poder asimilar la situación de su ser querido sin que le genere dudas, y en caso de ser así, nos será más fácil acercarnos a ellos para ayudarlos en esta etapa.



## INTRODUCCIÓN

La muerte es común en la unidad de cuidados intensivos (UCI), según el informe ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia e Infección Nosocomial) de 2015 se situó en 9,27% de los pacientes ingresados en UCI<sup>1</sup>, se trata de un dato a nivel nacional que engloba a UCIs de diferentes características, a pesar de la alta prevalencia, la prestación de la atención adecuada al final de la vida en este contexto sigue siendo deficiente, ya que la muerte en el ámbito hospitalario y desde el punto de vista de la ciencia parece percibirse más como el resultado de un fracaso técnico que como un fenómeno natural del ser humano<sup>2</sup>.

La medicina intensiva ha dedicado mucho esfuerzo, imaginación y creatividad en el desarrollo de medidas de soporte vital, máquinas y estrategias altamente sofisticadas, que permiten dar más tiempo a la curación. Las terapias de soporte vital (TSV) prolongan la vida pero no curan directamente la enfermedad, son capaces de sustituir órganos vitales temporalmente y nos proporcionan un valioso tiempo para que se produzca la ansiada curación del paciente. De esta manera puede ocurrir que en determinadas circunstancias lo que sería un beneficio potencial de la ciencia y de la técnica se transforme, en un paciente con patología irreversible, en un alargamiento injustificado del dolor y el sufrimiento<sup>3</sup>.

En el ámbito hospitalario, este escenario tecnológico ha influenciado y modificado la atención proporcionada a nuestros pacientes, más aún en los servicios de pacientes críticos, en donde se han planteado nuevas perspectivas clínicas y se ha producido una creciente complejidad en el manejo terapéutico y en la toma de decisiones. Varios elementos han influenciado en estos cambios. Por una parte, las posibilidades tecnológicas han mejorado la capacidad de diagnóstico y de tratamiento; por otra parte hay una mayor evidencia científica que puede guiar al profesional sanitario en la determinación del pronóstico y en la puesta en marcha de las terapias curativas más apropiadas en cada caso; por último se han generado nuevas estrategias terapéuticas de alta especialización que aumentan la calidad de la atención prestada al paciente crítico.

Antes de proseguir deberíamos aclarar 2 conceptos relacionados con la muerte:

El encarnizamiento terapéutico (distanasia) es el

empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. El encarnizamiento terapéutico aparece como consecuencia de la aplicación de tratamientos de soporte vital que prolongan la agonía y retrasan la llegada inevitable de la muerte.

La muerte digna (ortotanasia) es el concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se encuentra en un estado de salud terminal, de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean quirúrgicos invasivos, o de técnicas de soporte vital, por resultar los mismos extraordinarios y desproporcionados en relación a la perspectiva de mejora y por generar al paciente aún más dolor y padecimiento.

Cabe destacar que la muerte digna se diferencia de la eutanasia en que de ninguna manera propone de modo deliberado el adelantamiento del deceso del paciente en cuestión<sup>4</sup>.

Los cuidados paliativos<sup>5</sup> tienen una filosofía de aportar bienestar y confort al paciente, integrar a la familia en el plan de cuidados y, sobre todo, garantizar una muerte digna. A los profesionales que nos dedicamos al cuidado del paciente crítico, nos ofrece una manera de acercarnos al paciente crítico en fase terminal, desde un punto de vista global.

## MÉTODO

Revisión bibliográfica no sistemática en las bases de datos PubMed y Cinahl. Para ello se emplearon palabras clave: "intensive care unit", "palliative care", "ethics", "inappropriate therapies" con los booleanos "AND", "OR" y "NOT". La búsqueda se limitó a los artículos publicados en los últimos 10 años y dirigidos a adultos. Una vez seleccionados los artículos, se revisaron las listas de referencias de aquellos estudios que abordaban el tema en cuestión para localizar otros artículos citados que pudieran ser de relevancia.

También se realizó una búsqueda en UpToDate y se utilizaron guías de recomendación del grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC, así como el protocolo de Limitación de Tratamientos de Soporte vital (LTSV) del Hospital General Universitario de Alicante elaborado en noviembre de 2013.

**RESULTADOS**

De la estrategia de búsqueda se obtuvieron 870 artículos, tras la lectura de los títulos y resúmenes fueron seleccionados 23 por considerar que abordaban el tema a tratar, además de las recomendaciones del grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC sobre LTSV y del protocolo de LTSV del Hospital General Universitario de Alicante.

Tras el análisis de las publicaciones se evidencia que la LTSV es muy frecuente en las unidades de críticos, a la mayor parte de los pacientes que fallecen en estas unidades se les ha practicado algún tipo de LTSV<sup>7,8</sup>, de ahí la necesidad de protocolizar su puesta en práctica. Un protocolo de LTSV hará necesario el acuerdo de los distintos profesionales sanitarios ofrecen atención directa al paciente y los orientará hacia un consenso, que se dará siempre dentro de un marco legal de actuación. Diferentes publicaciones recomiendan un trabajo multidisciplinar en esta etapa y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones durante la etapa final de la vida<sup>6,9-11</sup>.

Los pacientes críticos en su etapa final de la vida demandan de nosotros la misma actitud de respeto y dedicación que cualquier otro paciente crítico. La única diferencia es que los tratamientos avanzados de soporte vital no mejoran su expectativa de vida. Nuestro objetivo será de darles apoyo y dedicación, intentar mejorar su situación y aliviar su dolor y sufrimiento. Debemos entender que no es un fracaso del sistema, un fracaso sería el no ayudarles<sup>4</sup>. Un protocolo de LTSV sitúa nuestro trabajo dentro de un contexto de atención integral al paciente crítico y le da un sentido a nuestra actuación en las unidades de críticos, secundariamente nos ayudará a eliminar los sentimientos de rechazo hacia la muerte.

Durante este periodo, los pacientes críticos pueden generar o agravar los problemas de comunicación, estos problemas siempre existen, pero la actuación con pacientes con mal pronóstico o poco recuperables, los agrava. Pueden haber problemas de comunicación entre el personal sanitario. Un protocolo de LTSV hará necesario que los profesionales sanitarios de diferentes estamentos o especialidad, nos pongamos de acuerdo para tomar decisiones y que este consenso se lleve a cabo en una sesión clínica<sup>6,9-13</sup>. Dicho consenso se debe plasmar en un documento, posteriormente se comunicará a la familia para que dé su acuerdo<sup>4</sup>.

A pesar de la responsabilidad de las enfermeras en la prestación de cuidados al paciente crítico en su fase final de la vida, se ha evidenciado una limitada participación de ésta en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar en esta fase de la vida. De esta forma se plantea como necesario incluir a la enfermera en las discusiones del equipo.

Los familiares viven con angustia y horror la pérdida de ese ser querido y son habituales otros problemas como las relaciones de dependencia por problemas económicos, de dependencia psicológica o graves conflictos sociales y legales que aún dificultan más la comunicación. Queremos destacar que los familiares de los pacientes críticos valoran la comunicación con los profesionales sanitarios como una de las facetas más importantes de la asistencia, y la consideran del mismo o mayor nivel que otras habilidades clínicas.

Reconocidos estudiosos de la comunicación en la UCI aconsejan estructurar previamente los encuentros informativos con la familia del paciente sobre el tratamiento al final de la vida<sup>15,16</sup>. Un protocolo de LTSV exige una mejora en la comunicación con la familia y el desarrollo de importantes aptitudes de comunicación.

Un enfermo no recuperable al que se le prolonga artificialmente la vida pero cuya enfermedad no tiene cura hace que lo sometamos a una posible situación de encarnizamiento terapéutico, a una verdadera tortura que aumenta su dolor y sufrimiento (y el de la familia y allegados), una tarea infinita, pesada e inútil. Un protocolo de LTSV pretende cortar este trabajo doloroso e inútil con los principios de bioética de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia. Nos obligará a un análisis minucioso de la situación clínica del enfermo, que se llegue por consenso, con acuerdo de la familia y quede explícito en un documento para que no haya malentendidos y que permita la investigación y reevaluación<sup>4</sup>.

Los motivos de llevar a cabo una LTSV deberían ser en primer lugar por decisión del paciente, es decir, por el derecho de autonomía. Lo ideal es que estuviese plasmado en un documento de voluntades anticipadas en el que la persona se manifieste anticipadamente sobre el cuidado y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo, para que esa voluntad se cumpla en el momento en que determinadas situaciones



clínicas le impidan expresar su voluntad personalmente<sup>18</sup>.

En segundo motivo para llevar a cabo LTSV se produce cuando las terapias de soporte vital no son útiles. Por la futilidad<sup>19,20</sup> (inutilidad) del tratamiento de soporte vital. Un tratamiento fútil es aquel que no sólo no sirve para curar, es inútil, sino que también implementa el dolor y el sufrimiento del paciente y el gasto de la comunidad. El no iniciar o retirar tratamientos fútiles, inútiles se basa en los principios de bioética<sup>21</sup> de justicia distributiva, no está justificado un gasto inútil, y en el principio de bioética de no maleficencia (“*primun non nocere*”) de no hacer daño al enfermo con una terapia que no le aporta ningún beneficio.

Quizás la mayor dificultad esté en cómo saber si un tratamiento es inútil o fútil, antes de decidir si el paciente debe ser incluido dentro del protocolo de LTSV, debemos dar los pasos previos, es decir, seguir un método científico, saber los objetivos de nuestro paciente en cuanto a posibilidades de curación, al mantenimiento o mejora de su calidad de vida y pronóstico a corto, medio o largo plazo. Sean cuales sean los objetivos del paciente siempre tendremos como objetivo final curar o dar tiempo a la curación, mantener o mejorar la calidad de vida y siempre mitigar el dolor y sufrimiento<sup>3</sup>. Hay situaciones en las que curar o dar tiempo a la curación con las terapias de soporte vital es poco probable, en estas circunstancias nos debemos plantear la posibilidad de limitar los tratamientos de soporte vital. Para llegar a esta conclusión, que las TSV no añaden nada bueno, de que los tratamientos de soporte vital no son útiles y que sólo aumentarían el dolor y el sufrimiento tenemos que recurrir a la mejor evidencia clínica disponible<sup>22-24</sup>.

Nos apoyaremos en sólidos argumentos científicos y para ello también nos sirve las escalas de gravedad generales como el APACHE II, el SAPS, el SOFA y otros más específicos según sea nuestro paciente. Además nos apoyaremos en la calidad de vida previa, utilizando escalas de valoración tales como la escala de Barthel, AVD, índice de Katz y la escala de PAECC, esta última está validada para pacientes críticos, por lo que se recomienda su uso como encuesta predeterminada.

Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente antes de llevar a cabo una LTSV deberemos analizar minuciosamente 2 aspectos:

1. Situación científico-clínica acerca de la utilidad de la terapia de soporte vital. Valorar la utilidad de la misma.

2. Creencias del paciente y su familia acerca de los tratamientos de soporte vital. Nos podemos mover desde TSV a toda costa porque la no muerte es el único objetivo, a creencias en una muerte digna y en ella no se contemplan las TSV en determinadas circunstancias.

Una vez tenemos toda la situación analizada debemos decidir el tipo de limitación que vamos a llevar a la práctica, y podrán ser los siguientes:

- No RCP. Es la técnica de soporte vital que más se limita en los hospitales.
- No iniciar otras técnicas de soporte vital, por ejemplo: no intubación, no ventilación mecánica invasiva, no terapias de reemplazo renal, no alimentación artificial, etc.
- Mantener el tratamiento actual, sin iniciar nuevos tratamientos, ni aumentar el actual, salvo en el apartado de tratamientos paliativos.
- Retirar tratamientos de soporte vital que se estén utilizando, como la ventilación mecánica o incluso la extubación.

Hasta ahora se han descrito los fundamentos teóricos, ahora describiremos la forma de llevarlos a la práctica:

El procedimiento de LTSV debe ser consensuado entre los profesionales sanitarios que atienden al paciente y acordado con sus familiares. Consenso y acuerdo son las dos palabras clave<sup>4</sup>.

Se debe llevar a cabo en deliberación abierta en la sesión clínica con la participación del personal médico y de enfermería en atención directa al paciente, una vez se haya alcanzado el consenso se abrirá un documento que recoja el planteamiento y desarrollo de la sesión en la que se propone la limitación de tratamientos de soporte vital (anexo 1).

Se registrará la declaración expresa del paciente o familiares si la hubo. Se consignará el tipo de LTSV.

Este documento se trasladará a los familiares. La información a la familia es especialmente delicada. Nuestra actitud debe ser de empatía, asertividad, congruencia, veracidad, escucha activa, explicación de los hechos que conducen a la decisión con términos sencillos y claros, debemos mostrar todo nuestro apoyo emocional y se le dedicará todo el tiempo que sea necesario

hasta asegurarnos que comprenden todo lo explicado. Con el resultado de la entrevista con la familia se rellena el documento del planteamiento de LTSV.

Si la familia no acepta la propuesta de LTSV lo mejor es continuar y aplazar la decisión de LTSV, manteniendo el tratamiento salvo contraindicación e investigar si hubiera un problema de comunicación, para retomar la propuesta posteriormente.

El segundo documento que se genera (anexo 2) es el que se adjunta a la hoja de tratamiento. Recoge las voluntades anticipadas si las hubiera y el tipo de LTSV que se va a llevar a cabo. En el reverso se recoge la revocación de la orden anterior en el caso de haber habido un cambio que lo justifique, un resumen de las recomendaciones y al final un apartado para comentarios si los hubiera.

El lugar adecuado para llevar a cabo la LTSV puede ser tanto la UCI como la planta, dicho lugar dependerá del tipo de LTSV y se acordará con la familia. En caso de traslado a otro servicio se anotará en el informe la decisión y se comunicará al personal médico y de enfermería de la planta.

Deberemos tener siempre presentes una serie de recomendaciones que se adjuntan al tratamiento y que se resumen a continuación:

- Procurar el alivio del dolor y la comodidad del paciente empleando analgesia y sedación adecuada: el objetivo es el bienestar del paciente, en estos casos no existe límite de dosis.
- Reconsiderar el tratamiento farmacológico previo a la decisión de limitación, manteniendo la sedo-analgésia como terapia fundamental.
- Flexibilizar el horario de visitas, para facilitar que los familiares o allegados puedan acompañar al paciente.
- Generar un ambiente apropiado, procurando silencio, suspender todas las alarmas posibles y retirar toda monitorización que pueda suponer incomodidad al paciente.
- Disminuir o anular analíticas, pruebas diagnósticas que estén en curso.

## CONCLUSIÓN

Un protocolo de LTSV nos va a ayudar en el manejo de los problemas del paciente crítico en su etapa final de la vida. La LTSV se plantea por decisión del paciente en primer lugar y luego por futilidad terapéutica.

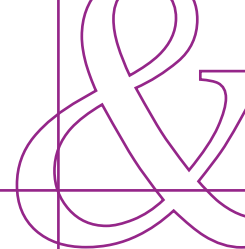
La calidad del procedimiento de LTSV se basa en: el consenso acerca del pronóstico, el apoyo en argumentos científicos, el apoyo en la ética y la correcta praxis clínica, apoyo en los principios de la bioética (justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia). El respeto por el marco legal, registro del procedimiento y su posterior análisis y reevaluación<sup>4</sup>.

Se debe aumentar la participación de las enfermeras involucradas en los cuidados del final de la vida en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar en esta fase de la vida. Esto ayudará a mejorar la comunicación entre los miembros del equipo para clarificar los objetivos comunes y, de esta forma, mejorar el cuidado al paciente y a la familia<sup>6,9-13</sup>.

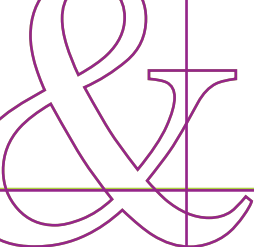
## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Estudio nacional de vigilancia e infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. ENVIN HELICS. Informe 2015 [consultado 12 Abr 2017]. Disponible en <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202015.pdf>
2. Renea L, Callister LC, Kirchoff KT. Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Am J Crit Care*. 2006; 15:38-45.
3. Gómez Rubí JA. La tecnología y el final de la vida. Desarrollo histórico de la medicina crítica. En: *Ética en Medicina Crítica*. Madrid: Ed Triacastella; 2002. P.21-50
4. Gutiérrez Poley, J. Protocolo de limitación de tratamientos de soporte vital. Hospital General y Universitario de Alicante; 2013.
5. Loncán P, Gilbert A, Fernández C, Valerín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(Supl 3):113-28.
6. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I, Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.
7. Prendergast T, Claessens M, Luce J. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158:1163-7.
8. Cabré L, Mancebo J, Solsona J, Saura P, Gich I, Blanch L, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure
9. Fernández R, Baigorri F, Artigas A. Limitación del Esfuerzo te





- rapéutico en Cuidados Intensivos ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. *Med Intensiva*. 2005;29:338-41.
10. Scherer Y, Jezewski M, Graves B, Wu Y, Bu X. Advanced directives an end-of-life decisions making survey of critical care nurses' knowledge, attitude and experience. *Crit Care Nurse*. 2006;26:30-40.
  11. Ho K, English S, Bell J. The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions. A nationwide survey. *Intensive Care Med*. 2005;13:143-9.
  12. Jensen H, Ammentorp J, Erlandsen M, Ording H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: An analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2011;37:696-705.
  13. Egerold I, Christensen D. Analysis of patient diaries in Danish ICUs: A narrative approach. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25:268-77.
  14. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995;274:1591-8.
  15. Curtis JR. Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. 2004;20:363-80.
  16. Lautrette A, Ciroldi M, Ksibi H, Azoulay E. End-of-life family conferences: rooted in the evidence. *Crit Care Med*. 2006;34 (11 Suppl):S364-72.
  17. Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med*. 2005;31:927-33.
  18. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274(15-11-2002).
  19. Mendoza Del Solar G. El concepto de futilidad en la práctica médica. *Rev Soc Med Interna*. 2008;21:26-35.
  20. Iceta M. El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica (tesis doctoral). Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, 1995.
  21. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
  22. Saralegui I, Poveda Y, Martín A, Balliscueta G, Martínez S, Pérez C, et al. Life-sustaining-treatment limitation in ICU, a well established and improved practice with critical patients. *Intensive Care Med*. 2009;35(Suppl 1):S262.
  23. Iribarren-Diarasari S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva: Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*. 2007;31:68-72.
  24. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med*. 2010;36:765-72.
  25. Goold SD, Williams B, Arnold R. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *JAMA*. 2000;283:909-14.



ANEXO 1

HOSPITAL GENERAL Y  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE  
  
UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN

**PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV) EN SESIÓN CLÍNICA**

Fecha de ingreso en la Unidad:...../...../.....

Motivo de ingreso en la Unidad:.....

Edad.....Sexo.....

**TOMA DE DECISIÓN**

**Decisión en Sesión Clínica:**

- Fecha: ...../...../.....
- Médicos asistentes:.....
- Enfermería asistente:.....
- Consenso: Sí  No
- Posponer decisión: Sí  Motivo..... No

**Motivo de la LTSV:**

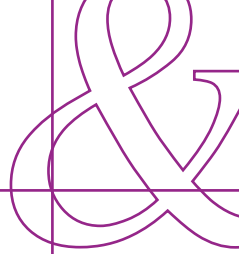
**-Futilidad terapéutica:** Sí  No .

Especificar: .....  
.....  
.....  
.....

**-Autonomía:**

- Declaración por escrito del paciente (documento voluntades anticipadas, testamento vital): Sí  No . Representante legal: .....

- Declaración verbal del paciente a familiares: Sí  No . Familiar y Parentesco: .....



**Información a Familiares:**

- Fecha: ...../...../.....

- Filiación de familiares (y parentesco)/ o representante legal asistentes:.....

.....  
.....

Acuerdo: Sí  No  Motivos: .....

.....  
.....

**Consulta con el Comité Asistencial de Ética:**

Sí  No  Motivos: .....

.....  
.....

**Tipo de LTSV:**

- No RCP.

- No Iniciar Terapias de Soporte Vital.  Especificar:.....

.....

- Mantener tratamiento actual sin aumentar ni iniciar otros salvo paliativos.

- Retirar tratamientos de soporte vital.  Especificar:.....

.....

**RESULTADO**

-Exitus en la unidad:

-Exitus en el hospital:

-No conocido:

-Otros (especificar):

Alicante, a..... de..... de.....

Firma (Médico responsable del paciente o de la unidad). Dr.....

ANEXO 2

HOSPITAL GENERAL Y  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE  
  
SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

**Órdenes de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital**

El paciente tiene redactado un documento de Voluntades Anticipadas  Sí  No

En caso de paro cardiorrespiratorio **NO iniciar medidas de RCP**

Dr. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Otras **Limitaciones de Tratamiento**

No intubación

No nutrición artificial

No Depuración extracorpórea

No Cirugía

No transfusión

No fármacos vasoactivos

Dr. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Mantener** el tratamiento iniciado, **sin aumentarlo ni iniciar nuevo tratamiento**

Dr. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Retirada** de Tratamientos de Soporte Vital

Depuración extracorpórea

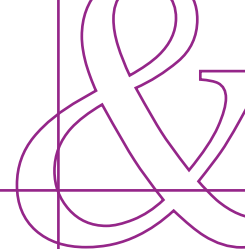
Ventilación Mecánica

Fármacos vasoactivos

Dr. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Rescisión de las Órdenes anteriores**

Dr. \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Recomendaciones

- El fundamento de las decisiones de retirar o no iniciar tratamientos de soporte vital (argumentos médicos y voluntad del paciente o sus representantes) debe constar en la evolución clínica.
- Se recomienda adoptar la decisión en sesión clínica, con el consenso del personal médico y enfermería, teniendo en cuenta el papel relevante del médico responsable del paciente.
- Informar a los familiares de los motivos por los que se plantea la limitación de tratamientos, tratando de llegar a un acuerdo con ellos.
  - Hablado con \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_
- Procurar el alivio del dolor y la comodidad del paciente, empleando la analgesia y sedación adecuada: el objetivo es el bienestar del enfermo; en estos casos no existe límite de dosis.
- Reconsiderar el tratamiento farmacológico previo a la decisión de limitación, manteniendo la sedo-analgésia como terapia fundamental.
- Flexibilizar el horario de visitas, si fuera posible, para facilitar que los familiares o allegados puedan acompañar al paciente.
- Ambiente apropiado: procurar silencio, suspender todas las alarmas posibles y retirar aquella monitorización que suponga incomodidad para el paciente.
- Disminuir o anular las analíticas, pruebas radiológicas, etc.
- Se aconseja mantener este formulario en la sección de órdenes médicas. Si se han de rescindir una o más de las ordenes de limitación del soporte vital, tachar lo anterior, fechar y rubricar el espacio de rescisión. Entonces iniciar un nuevo formulario actualizado si es necesario.
- Reevaluar las órdenes de limitación si existe alguna variación en el diagnóstico y/o pronóstico.
- En caso de alta:
  - A otro servicio del hospital: anotar en el informe y comunicar al médico responsable a partir de ese momento del plan de cuidados y tratamientos.
  - A otro centro hospitalario: las órdenes se consideran automáticamente rescindidas. Será el nuevo equipo responsable el que decida si estas órdenes deben modificarse.
- Comentarios.-

## CERVICOBRAQUIALGIAS DE ORIGEN ODONTOLÓGICO.

*Dolores de cuello y brazo a causa de los dientes.*

J.A. Martínez Cabezas; A. Martínez Vanaclocha; F. Verdú López

[www.bibliotecadigitalcecova.es](http://www.bibliotecadigitalcecova.es)

La experiencia, a través de más de 200 casos documentados en los últimos diez años de seguimiento y las que actualmente se siguen descubriendo en la consulta diaria, permiten relacionar la patología de las afectaciones odontológicas, minusvaloradas la mayoría de ellas, con las cervicobraquialgias y su mecanismo de acción; sin olvidar otras perturbaciones observadas en diferentes territorios orgánicos.

Para una mejor comprensión de la hipótesis que vamos a desarrollar, y que al final se expondrá como resumen, se deben repasar algunos conocimientos, de forma que nos ayuden a recordar ciertos principios, sin grandes esfuerzos.



## ENVEJECIMIENTO, CONOCIMIENTO DEL CUIDADO ENFERMERO.

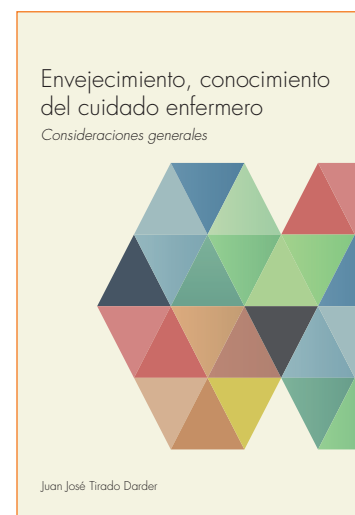
*Consideraciones generales.*

Juan José Tirado Darder

[www.bibliotecadigitalcecova.es](http://www.bibliotecadigitalcecova.es)

Hoy en día, dada nuestra apetencia por cuadrarlo todo, podemos clasificar distintos tipos de edades. Gracias a las mejoras sociales y los avances tecnológicos sobre la longevidad, dicha clasificación resulta ser:

- Edad aparente: la que se nos atribuye según nuestro aspecto
- Edad psicológica: la autopercebida
- Edad emocional: propuesta por el filósofo Guido Mizrahi, se mide por la calidad de las relaciones que mantenemos con el prójimo
- Edad biológica: correspondiente al estado físico y de salud
- Edad espiritual: la más oculta y secreta; es una gradual toma de conciencia de la espiritualidad personal
- Edad social: determinada por la capacidad de contribución al trabajo y al grupo
- Edad cronológica: la que consta en nuestro DNI







A series of horizontal lines for writing, starting with a thin green line at the top and followed by numerous thin brown lines.

proyecto ACAIC



Biblioteca Digital Cecova

BIENVENIDOS!

La Biblioteca Digital del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, es un espacio virtual en el que acceder a la producción editorial de la entidad, una útil herramienta para los profesionales de Enfermería.

Novedades

**Nuevo Boletín CECOVA**  
Ya disponibles el nuevo boletín de CECOVA N.º/2013

más

Newsletter info@bibliotecadigitalcecova.com Versión HTML



- Boletines CECOVA
- Boletines CECOVA on-line
- Revista interactiva CECOVA TV
- Periódico Enfermería Profesión
- Revista Investigación y Cuidados
- Revista Cultura de los Cuidados
- Libros CECOVA
- Manuales CECOVA
- Informes profesionales
- Miscelánea
- Newsletter