



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**"PROGRAMA DE FORMACIÓN ENFERMERA PARA
LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE OBSTINACIÓN
TERAPÉUTICA"**

**"Nursing training program for reducing the risk
of therapeutic obstination"**

Autor

Fátima Gonzalo Hernández

Director/es

Sofía Pilar Pérez Calahorra

Facultad de Ciencias de la Salud
2023-2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVOS GENERALES.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1 ACTUALIZACIÓN Y BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	8
5. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA	9
5.1 POBLACIÓN DIANA Y LUGAR DE ACCIÓN	10
5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	11
6. DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	12
6.1 CAPTACIÓN E INSCRIPCIÓN.....	12
6.2 LUGAR DE ACCIÓN DE LAS SESIONES	12
6.3 DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	12
6.3.1 CARTA DESCRIPTIVA GENERAL DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN	13
6.4 PRESUPUESTO DETALLADO.....	23
7. EVALUACIÓN.....	24
8 CONCLUSIONES.....	26
9 BIBLIOGRAFÍA.....	27
10 ANEXOS	30
10.1 CARTEL INFORMATIVO.....	30
10.2 CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS AL PROGRAMA DE FORMACIÓN	31
10.3 ENCUESTA EVALUACIÓN CONOCIMIENTOS SESIÓN 1	32
10.4 TRÍPTICO	33
10.5 ENCUESTA DE VALORACIÓN DE EVALUACIÓN ENFERMERA	35
10.6 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	37
10.7 ENCUESTA DE EVALUACIÓN EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA	38

RESUMEN

Introducción

La instauración de medidas desproporcionadas en pacientes candidatos a medidas paliativas es la breve definición de la obstinación o encarnizamiento terapéutico. Identificar esta situación y evitar la persistencia de estas medidas deben ser prioridades en la labor sanitaria enfermera, considerando al enfermo en todo momento como un ser humano, buscando como objetivo su bienestar, máximo confort y manteniendo íntegra su dignidad. Para la formación de enfermeros en el fomento de limitación de terapias extraordinarias, capacitados en la valoración individualizada al paciente y respetando sus deseos se plantea el siguiente trabajo.

Objetivo

El principal objetivo es formar al personal enfermero a cerca de su rol en la reducción del riesgo de obstinación terapéutica.

Metodología

Como estrategia de búsqueda bibliográfica se han usado guías, protocolos y bases de datos científicas. Además, para completar el programa se ha elaborado el diagrama de Gantt y sesiones formativas. La población diana de dicho programa serán los profesionales de enfermería interesados y siempre se tendrán en cuenta las consideraciones éticas y legales pertinentes para el desarrollo del mismo.

Conclusión

Una adecuada enseñanza y actualización a los profesionales de enfermería ante el encarnizamiento terapéutico es necesaria para la mejora de la calidad asistencial y como consecuencia la considerable disminución del padecimiento en pacientes al final de la vida.

Palabras clave: “obstinación terapéutica”, “encarnizamiento terapéutico”, “enfermería”, “tratamiento fútil”, “comunicación terapéutica”, “final de la vida”.

ABSTRACT

Introduction

The establishment of disproportionate measures in patients who are candidates for palliative measures is the brief definition of therapeutic obstinacy or determination. Identifying this situation and avoiding the persistence of these measures should be priorities in nursing health work, considering the patient at all times as a human being, seeking their well-being, maximum comfort and keeping their dignity intact. For the training of nurses in promoting the limitation of extraordinary therapies, trained in individualized patient assessment and respecting their wishes, the following work is proposed.

Objective

The main objective is to train nursing staff about their role in reducing the risk of therapeutic obstinacy.

Methodology

Guides, protocols and scientific databases have been used as a bibliographic search strategy. In addition, to complete the program, the Gantt chart and training sessions have been prepared. The target population of said program will be interested nursing professionals and the relevant ethical and legal considerations will always be taken into account for its development.

Conclusion

Adequate teaching and updating of nursing professionals in the face of therapeutic rigor is necessary to improve the quality of care and, as a consequence, the considerable reduction of suffering in patients at the end of life.

Keywords: “therapeutic obstinacy”, “therapeutic determination”, “nursing”, “futile treatment”, “therapeutic communication”, “end of life”.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida humana la enfermedad y la muerte han cobrado un papel importante. Ésta segunda es la única certitud que el hombre tiene sobre la vida, por lo que, debe acontecer de manera natural. A pesar de ello, es un hecho difícil de asumir, por su complejidad de comprender (Del Río et al., 2007).

Retrocediendo en el tiempo, en las diferentes etapas históricas, el concepto del proceso de morir y la forma de afrontar el final de la vida han sufrido visiones radicales; basándose en diferentes enfoques teológicos. Un claro ejemplo lo visualizamos en la Grecia Clásica, con el término de “muerte doméstica”. Ésta era definida como un hecho lógico, razonable, en el que eran partícipes la persona y la familia. Hipócrates formuló como objetivos de la medicina: aliviar el sufrimiento de los enfermos, minimizar la agresividad de la enfermedad y rechazar hacer tratamientos cuando la medicina reconoce que ya no puede contribuir. Avanzando, la mentalidad social varía, y la muerte pasa a concebirse como un hecho privado, fundamentándose en el cristianismo y en el luto familiar. A partir del siglo XX, la ciencia comienza a enfrentarse a la religión, buscando curar aquellas enfermedades inevitables. Este avance tecnológico fomentado a partir de 1900 convierte las patologías en un reto a afrontar, visualizando el fallecimiento como un proceso contra el que luchar. Una de las principales transformaciones de las últimas décadas se ha dado precisamente en la conciencia e información sobre la propia muerte, dónde anteriormente el enfermo era el primer conocedor del final de su vida (Gala et al., 2002; Laguna, 2003; Del Río et al., 2007).

En las sociedades desarrolladas es difícil adoptar la idea del valor finito de la existencia, por lo que se ha sufrido una evolución desadaptativa, retrocediendo del progreso de las actitudes sanas de afrontamiento y aumentando las posturas fóbicas a la misma. Este cambio de visión ha llevado consigo unas consecuencias inmediatas, siendo prioritaria la deshumanización del proceso de morir. En pleno siglo XXI, la medicina dispone de medios con capacidad de retardar artificialmente la muerte, pero con la desventaja de que a menudo muchas ocasiones el paciente no reciba un beneficio certero. La realidad, se reduce al mantenimiento de la vida o prorrogarla la misma. Sin embargo, carece de sentido someterlo a una serie de tratamientos desmesurados para él o su familia que de ninguna manera le devolverán la salud (Gala et al., 2002; Hernando, 2007; De la Luz, 2017).

Esta acción desmedida, se muestra opuesta a la labor enfermera, a la dignidad de la persona, y al deber moral de aceptar la defunción y su curso natural. La controversia ética a la que nos sometemos como profesionales se debe al auge científico y tecnológico en las ciencias de la salud, que está permitiendo la transformación de los procesos de salud-enfermedad en el hombre, pero consigo lleva la creación de expectativas de prolongación de la vida en un paciente crítico o terminal (Betancourt, 2017).

Encontramos el término obstinación terapéutica, el cual se define como “la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo”. Esta noción, al igual que el negativamente denominado “encarnizamiento terapéutico” muestran la persistencia de aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias; las cuales pueden actuar en beneficio de algunos enfermos, sin embargo, pueden convertirse en acciones “fútiles” para otros. Estos dos escenarios opuestos nos muestran la importancia de evaluar cuidadosamente el balance entre costos y beneficios de los tratamientos y medicamentos administrados a cada paciente, recordando siempre la necesidad de utilizar únicamente lo indispensable, además de implementar las medidas paliativas correspondientes. (Gutiérrez, 2016).

Las causas más usuales de obstinación incluyen, los obstáculos en el reconocimiento del proceso de morir, el ambiente curativo, el déficit de formación o la elevada demanda del enfermo o la familia. El objetivo de curar reina en el ámbito sanitario actual, creyendo que la probabilidad de muerte es nula si la labor sanitaria ha sido correcta. En cambio, no iniciar un tratamiento, no se considera hoy en día sinónimo de retirarlo, a pesar de ser igual de ético y aceptable ambas situaciones. A raíz de ello ha aumentado la incidencia de situaciones en las cuales se brindan actividades que disminuyen el confort y aumentan la agonía de las personas (Alcaraz, 2022).

Por el contrario, como concepto antagónico a la obstinación terapéutica encontramos la “adecuación al esfuerzo terapéutico”. Éste se caracteriza por retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. Consiste en lograr la adaptación de las terapias a la situación clínica personal de cada paciente. La decisión de comenzar este proceso, así como la renuncia a la obstinación terapéutica es la aceptación del carácter finito de la vida. Significa a su vez la redefinir las necesidades y estrategias de cuidados para el enfermo. Se deben retirar aquellos procedimientos de los que ya no se espera mejorías en la

salud, incluyendo la quimioterapia, radioterapia, y la cirugía, al igual que medidas de sostén respiratorio, nutricional, cardiovascular, renal o hematológico que progresen el estado de deterioro de los pacientes (Betancourt, 2017).

Esta restricción del esfuerzo terapéutico se manifiesta estrechamente vinculada a la medicina paliativa, que no persigue simplemente garantizar cuidados básicos, sino más bien proporcionar cuidados de excelencia (Betancourt, 2017; Zurriarán, 2019).

Es en ese momento donde la Enfermería toma relevancia. Los aspectos fundamentales a tener en cuenta son; aliviar los síntomas físicos, paliando el dolor y la incomodidad, llevando a cabo tareas como aseo, movilización, hidratación, cura de heridas y estomas, entre otras, y apoyar a la familia en todo momento, incluyendo el proceso de luto. Brindar un soporte afectuoso al paciente y prevenir la sensación de desamparo son aspectos cruciales en el quehacer de la enfermería, además de constituir principios fundamentales para mitigar cualquier riesgo asociado (Zurriarán, 2019).

La enfermería y su labor de adecuación terapéutica deben ayudar al paciente a morir con dignidad, centrándose en la ausencia de sufrimiento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento final, el respeto a sus creencias y valores, además de su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Por otro lado, hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable (Zurriarán, 2019).

Una buena educación basada en los factores culturales, espirituales y emocionales en cada proceso paliativo es primordial para disminuir la probabilidad de encarnizamiento terapéutico. Evitar los tratamientos fútiles requieren de una valoración integral del enfermo y lograr un enfoque individualizado de la situación del propio paciente a través de las consultas necesarias, pero siempre con sentido humanista.

Sobre las bases de la enfermería y su papel en mantener íntegro el honor de los pacientes, la obstinación terapéutica recoge sus límites legales de la actuación sanitaria y se regula a través de diversas leyes y normativas. Sin olvidarnos que la jurisprudencia española también se ha

encargado de abordar casos relacionados con la obstinación terapéutica, ha establecido criterios y se ha promovido la toma de decisiones informadas.

A partir de la Ley de Autonomía del Paciente se establecen los derechos y deberes de los pacientes en relación con su salud, incluyendo el derecho a recibir información completa y comprensible sobre su estado, así como el derecho a rechazar tratamientos médicos que consideren inútiles y que no deseen recibir (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, 15 de noviembre, 2002).

Por otro lado, a partir de la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, también conocida como Ley de Muerte Digna, se garantizan los anteriormente nombrados cuidados paliativos y la limitación del esfuerzo terapéutico (Ley 1/2015 de 9 de Febrero, 4 marzo 2015; Gaudioso et al., 2023).

Asimismo, el Código Deontológico decreta los principios éticos que deben guiar la actuación de los profesionales, incluyendo el respeto a la autonomía del paciente, la beneficencia y la no maleficencia. La legislación de nuestro país también reconoce el principio de proporcionalidad terapéutica, que establece que los tratamientos deben ser proporcionales a los objetivos terapéuticos y los deseos del paciente. Esto implica que los sanitarios deben evaluar cuidadosamente si los tratamientos propuestos son realmente beneficiosos para el paciente y si están de acuerdo con sus deseos y valores. En situaciones en las que un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo, se espera que los profesionales de la salud actúen en el mejor interés del paciente, evitando la obstinación terapéutica y optando por atención paliativa que mejoren la calidad de vida del paciente en lugar de prolongar su sufrimiento innecesariamente (Hernando, 2007; Arimany-Manso et al., 2017).

En definitiva, la ética en España con respecto a la obstinación terapéutica se basa en los principios de respeto a la independencia del paciente, al equilibrio entre los tratamientos y la beneficencia de los mismos, buscando siempre proporcionar cuidados respetuosos con sus deseos.

2. JUSTIFICACIÓN

La implementación de este programa de formación toma valor debido a la presencia actual de la problemática de la obstinación terapéutica. Teniendo en cuenta esto, además es de extremada relevancia el aprendizaje y formación en enfermería por ser la profesión que efectúa numerosas terapéuticas prescritas, las cuales tenemos el deber como profesionales de discutirlas.

A pesar de que el tema a tratar se encuentra de manera cotidiana en numerosas áreas sanitarias, se ha estudiado que están muy presentes en unidades de cuidados críticos, donde las decisiones al tratamiento de los pacientes suelen ser tomadas por profesionales, y en innumerables ocasiones sin previa discusión con los pacientes y familiares (Carvalho et al., 2009).

La percepción de las terapias desproporcionadas y con ello la desencadenante obstinación terapéutica exige un gran conocimiento teórico de esta temática. La ausencia de educación en la misma permite que conductas distanásicas sean identificadas como normales y necesarias en los tratamientos de los pacientes. Sin olvidar, que esta desinformación refleja que a día de hoy todavía se sigue un modelo de cuidados mayoritariamente técnico, en el que la práctica se valora más que los cuidados humanistas. En nuestro país las cifras de aplicación de limitación del esfuerzo terapéutico tan solo se encuentran en el 10% de los pacientes ingresados en UCI (Carvalho et al., 2009; Bueno, 2013; Pérez et al., 2021).

El papel de la enfermería en pacientes al final de la vida es prioritario, ya que es la principal protagonista de sus cuidados, y de la asistencia a la familia. Los profesionales experimentan una angustia moral provocada por el conflicto que les supone tener que tomar una decisión ética, por lo que se convierte en imprescindible la práctica del afrontamiento de estas situaciones. Los propios enfermeros se perciben a sí mismos con escasa formación en bioética y habilidades (Pérez et al., 2021).

Enfermería adquiere un gran peso en la reducción del encarnizamiento terapéutico, debido al fuerte vínculo paciente-enfermero-familia, encargada de la función de la comunicación del proceso, y en la ayuda a la toma de decisiones. Una buena preparación en la habilidad comunicativa evita el sentimiento de abandono al paciente (Fructuoso et al., 2016).

La idea de crear e implementar este programa de formación surge a partir de todo lo nombrado anteriormente, pero sobre todo el bajo empoderamiento y el déficit de participación enfermera y en la toma de decisiones ante la limitación del esfuerzo terapéutico (Pérez et al., 2021).

A pesar de la necesidad de mejora en las unidades acerca de esta situación, nuestra profesión sí que cumple sus labores de no abandono del paciente, prioriza el acompañamiento familiar y la reducción del sufrimiento. Para ello las intervenciones que se llevan a cabo son; mantenimiento de la analgesia, sedación y alimentación, además de la prevención de complicaciones. Sin embargo, en muchas ocasiones se llevan a cabo actuaciones en las que no se tienen en cuenta el principio de autonomía del paciente, sin tener en cuenta apoyo emocional y espiritual (Pérez et al., 2021).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Elaborar y diseñar un programa de formación para reducir la obstinación terapéutica por parte de los profesionales de enfermería en centros sanitarios de la provincia de Zaragoza.

3.2 Objetivos específicos

- Enseñar estrategias o habilidades comunicativas al profesional enfermero con el objetivo de lograr un trato adecuado al paciente terminal y su entorno.
- Exponer los dilemas éticos presentes en el ámbito sanitario laboral ante situaciones que aumenta el riesgo de obstinación terapéutica/encarnizamiento terapéutico.
- Conocer los aspectos bioéticos presentes en la obstinación terapéutica.
- Realizar una revisión de la literatura científica sobre la obstinación terapéutica.

4. METODOLOGÍA

4.1 Actualización y búsqueda bibliográfica.

Para la elaboración de este programa de formación en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica. Se contrastó diferente información de ciertas sociedades científicas sobre la obstinación terapéutica, así como de estudios científicos en relación a tratamientos fútiles y el concepto de muerte.

En cuanto a la estrategia de búsqueda se llevó a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas como Pubmed, Scielo, Cuiden y Elsevier, incluyendo portales bibliográficos como Dialnet o la Biblioteca Nacional de Salud. Además, de la recopilación de artículos científicos se complementó la búsqueda con el programa de cuidados paliativos de Aragón, así como datos del ESAD (Equipo de soporte de atención domiciliaria) o SALUD (Servicio Aragonés de Salud). Posteriormente, para determinar y acotar el marco legal sanitario en situaciones de encarnizamiento terapéutico, se rigió acorde a las leyes vigentes y publicadas en Boletín Oficial Español.

Para las diferentes ecuaciones de búsqueda se usaron descriptores MESH/DESH en español e inglés, como “encarnizamiento terapéutico”, “obstinación terapéutica”, “humanización muerte”, “tratamiento fútil”, “cuidados finales de la vida”, “limitación del esfuerzo terapéutico”, “adecuación esfuerzo terapéutico”, y sus correspondientes traducciones al inglés. Para la combinación de estos términos, se utilizaron los conectores booleanos “AND”, “Y”, y “OR” u “O”, combinados con los términos “enfermería”, “cuidados críticos”, “ética”. En adición, para acotar la búsqueda se incluyeron artículos entre 2000-2024.

5. PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DEL PROGRAMA

A través del diseño de este programa de formación se pretende incrementar los conocimientos del personal de enfermería para evitar o reducir las situaciones de encarnizamiento terapéutico en las unidades hospitalarias, con el fin de mejorar la asistencia y los cuidados a los pacientes en estado terminal. Para lograr cumplir los objetivos, se ha desarrollado un programa de formación compuesto por un total de tres sesiones formativas.

El cronograma será realizado en cada sector, de manera que las sesiones se llevarán a cabo en el mes de septiembre en el Sector II y en el mes de octubre en el sector III, ambos en el año 2024. (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. *Diagrama de Gantt.*

SECTOR II		AÑO 2024								
MESES	SEMANAS	AGOSTO				SEPTIEMBRE				NOVIEMBRE
		1	2	3	4	5	6	7	8	12
ACTIVIDADES	Captación del personal	X	X	X	X					
	Sesión 1					X				
	Sesión 2						X			
	Sesión 3							X		
	Evaluación del programa								X	X
	Resultados									X

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. *Diagrama de Gantt.*

SECTOR III	AÑO 2024								
	MESES		SEPTIEMBRE			OCTUBRE			DICIEMBRE
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	12
	Captación del personal	X	X	X	X				
ACTIVIDADES	Sesión 1				X				
	Sesión 2					X			
	Sesión 3						X		
	Evaluación del programa.							X	X
	Resultados								X

Fuente: elaboración propia.

5.1 Población diana y lugar de acción

La población a la que va dirigido son los profesionales de enfermería que desempeñan sus funciones laborales en unidades de pacientes críticos. Si las solicitudes no se cubren, también se permitirá la asistencia de los profesionales de enfermería generalistas que deseen actualizar y/o recibir formación continuada sobre obstinación terapéutica. El programa se desarrollará en los hospitales de referencia del sector II y III de Zaragoza, el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y el Hospital Universitario Clínico Lozano Blesa (HCULB). Se ha decidido seleccionar ambos centros asistenciales debido a que ambos hospitales, incluido el Hospital Materno-Infantil acogen el mayor número de pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) de la comunidad autónoma de Aragón. Tomando datos del sistema Aragonés de Salud, Aragón cuenta con un total de 187 camas UCI, 153 de atención sanitaria pública. Del total de camas, 69 forman parte del HUMS, integrando pediatría y neonatología, mientras en HCULB cuenta con 34 camas. El número de profesionales enfermeros disponibles en estas unidades de atención especializada son de 130 en HCULB, y 125 en HUMS (Gobierno de Aragón, 2021).

5.2 Consideraciones éticas y legales

Las consideraciones éticas en el planteamiento de este programa de formación están basadas en una participación voluntaria y acorde a unas necesidades formativas, así como del interés propio, donde se pretenderá que ninguna persona se sienta incómoda o se vea dañada su moralidad como consecuencia del desarrollo, incluido su planteamiento inicial hasta la elaboración del informe final. Además, se pretende solicitar a la comisión de formación continuada del Servicio Aragonés de Salud, para que sea valorado e incluido en la oferta formativa del último trimestre de 2024.

A lo largo de las sesiones se comentarán diversos casos clínicos reales que a modo ejemplo permitan el mayor aprendizaje, por lo que a los titulares de la información se ha informado de la finalidad del programa y se solicita su consentimiento ante el uso de su información o datos sensibles, preservando en todo momento la protección de datos personales y el derecho a la intimidad mediante la confidencialidad.

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA

6.1 Captación e inscripción

Para la captación del personal de enfermería interesado, en primer lugar, se elaborará un cartel informativo (ANEXO 1) que se distribuirá por los centros hospitalarios, unidades de cuidados intensivos y críticos. Además, como a través del programa se pretende mejorar la asistencia y calidad de vida pacientes terminales, por lo que se ampliará la difusión a los trabajadores de Hospital San Juan de Dios, por sus tasas elevadas de pacientes con estas necesidades.

Aquellos interesados en participar podrán inscribirse a través de un código QR localizado en el cartel. En él deberán llenar sus datos personales, e-mail de trabajo, sector y servicio al pertenecen.

Asimismo, si el programa finalmente es aceptado por el Servicio Aragonés de Salud y pasa a formar parte de los cursos de formación continuada los profesionales interesados en recibir el curso también podrán inscribirse mediante esta vía, cuando el cupo de plazas lo permita, siendo de 30 plazas en cada sector.

6.2 Lugar de acción de las sesiones

Las sesiones se llevarán a cabo en el salón de actos del HUMS y HUCLB, ya que disponen de amplias salas de conferencias para sesiones formativas con capacidad suficiente para el cupo de profesionales establecido. Para ello, se solicitará autorización a las dos gerencias de cada uno de los centros.

6.3 Desarrollo y ejecución de las actividades

Cada una de las actividades tendrá como duración aproximada de una hora, y una vez por semana, durante tres semanas consecutivas. En concreto, será los miércoles de las 14:00h a 15:00 h. Una vez aprobado el programa de formación, esta primera edición se llevará a cabo los últimos meses de 2024.

El programa estará formado por tres sesiones cada una con un objetivo diferente, pero con la búsqueda de un objetivo conjunto de mejorar y actualizar la formación de los profesionales de

enfermería para reducir las intervenciones que conducen a la obstinación terapéutica de los pacientes. Todas las sesiones de formación se realizarán por duplicado, una vez en cada sector.

6.3.1. Carta descriptiva general del programa de formación.

PROGRAMA DE FORMACIÓN ENFERMERA PARA REDUCIR EL RIESGO DE OBSTINACIÓN TERAPEUTICA					
LUGAR	Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Lozano Blesa.	PARTICIPANTES	Profesionales de enfermería de la provincia de Zaragoza.		
TIEMPO	6 semanas. 3 semanas en cada sector.	Día: Miércoles	Duración: 1 hora (14:00-15:00)		
COSTES	289,50€	Nº ASISTENTES	60 (30 en cada sector)		
META PRINCIPAL		OBJETIVO PRINCIPAL			
Aumentar las estrategias que reduzcan el encarnizamiento/obstinación terapéutica, mejorando la asistencia y el confort de los pacientes y su entorno al final de la vida.		Elaborar y diseñar un programa de formación para reducir la obstinación terapéutica para los profesionales de enfermería en centros sanitarios de la provincia de Zaragoza.			
ENCUESTA DE VALORACION DE CONOCIMIENTOS Y ACTIVIDADES ENFERMERAS (ANEXO 2):					
Encuesta que será enviada por mail en el momento de la inscripción al programa y que deberá ser rellenada antes de la primera sesión presencial. A través de la misma valoraremos los conocimientos de los participantes acerca del tema a tratar y las actividades que llevan a cabo para limitar el esfuerzo terapéutico o para detectar una situación de tratamiento fútil. Una vez finalizado el programa se volverá a enviar y se evaluará la efectividad del programa según los resultados obtenidos.					

Fuente- elaboración propia.

SESIÓN 1- “Conocemos la obstinación terapéutica”

SESIÓN 1: CONOCEMOS LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

En esta primera sesión, el objetivo principal será aportar información y conocimientos básicos sobre el encarnizamiento terapéutico, los tratamientos fútiles, y sobre todo la legalidad a la que los profesionales sanitarios nos debemos regir. La duración aproximada será de una hora, aunque discernirá según el grado de colaboración e interés de los participantes.

MATERIALES:

- Ordenador.
- Power Point.
- Proyector.
- Folios cuestionario de conocimientos.

OBJETIVOS:

Aprender los aspectos bioéticos y legalidad acerca de la obstinación terapéutica.

DESARROLLO:

Al inicio de la sesión la enfermera que dirigirá la actividad se presentará y ofrecerá la posibilidad de interrumpir la actividad en cualquier momento para cualquier duda o aportación personal. Además, en las tres reuniones se comprobará la asistencia, con el objetivo de llevar un registro numérico de los participantes del programa y su puesto de trabajo que desempeñan en las unidades.

Para el desarrollo de la actividad se utilizará un soporte visual en Power Point, en la que se definirá brevemente la obstinación terapéutica, sus factores de riesgo, como se desarrolla en nuestro servicio sanitario y algunos ejemplos de la misma que las enfermeras organizadoras han percibido en nuestros hospitales.

Se tratarán los principios básicos, cuya finalidad será aumentar los conocimientos a aquellos profesionales que no tenían dicha formación y actualizar los mismos a aquellos que ya eran entendedores del contenido.

En este primer día se llevará a cabo casi toda la sesión una ponencia teórica, en la que además de estar impartida por las enfermeras organizadoras de la formación contará con la presencia de un enfermero especialista en la deontología del tema a abordar.

Lo que buscamos lograr a través de esta actividad es incidir en la continua formación ética y legal del personal de enfermería, ya que existen antecedentes que evidencian el

escaso conocimiento en estos aspectos, por lo que es indiscutible la aplicación de esta sesión.

Se basará en una introducción a los principios éticos relevantes que se relacionarán la sesión posterior que se realizará la semana siguiente. Los puntos más destacables se encontrarán en el contexto del fomento de la autonomía del paciente, la beneficencia, no maleficencia y la justicia distributiva. Se animará a los enfermeros a discutir cómo estos principios se aplican en situaciones específicas relacionadas con la obstinación terapéutica.

EVALUACIÓN:

Como indicador de evaluación de la primera sesión se realizará un simple test anónimo (ANEXO 3) que se contestará en los últimos 5 minutos de la hora. Valorará el aprendizaje de los nuevos conocimientos impartidos.

Fuente- elaboración propia.

Carta descriptiva sesión 1

Tema:	Conocer obstinación terapéutica.				
Dirigido a:	Profesionales de enfermería trabajadores en unidades de críticos, y todo profesional de enfermería interesado en su formación.				
Objetivo:	Lograr que los profesionales que asistan a la formación estén al corriente de los aspectos éticos y legales en el ámbito práctico				
Competencia instruccional:	Al final de la sesión los asistentes dominarán los derechos y deberes que presentan los pacientes en situaciones de encarnizamiento terapéutico y las situaciones y dilemas éticos que van a tener que afrontar y solventar en su práctica profesional.				
Hora de cada sesión	Ponentes	Sub-tema	Actividades didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía básica
14:00-14:10	Enfermeras organizadoras del programa.	Bienvenida y confirmación de asistencia.	La enfermera organizadora dará la bienvenida a el programa de formación.		
14:10-14:35	Enfermeras organizadoras del programa.	Apartado teórico	Exposición oral con breve introducción a lo que es la obstinación terapéutica. Actualización del tema.	Power Point.	
14:35-14:55	Enfermeras organizadoras del programa.	Ética y legalidad.	Se resumen las leyes a las que se rigen nuestras actuaciones sanitarias. Se realizará un pequeño debate entre participantes de la formación.	Power Point	Boletín Oficial del Estado.
14:55-15:00	Enfermeras organizadoras del programa.	Evaluación de la sesión.	Cuestionario final de la sesión sobre los conocimientos explicados.		

Fuente- elaboración propia

SESIÓN 2 “Actuación enfermera ante la obstinación terapéutica”

SESIÓN 2: ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

La segunda parte de este programa de formación se va a basar en el análisis de actuaciones enfermeras, con el objetivo de evaluar los puntos débiles de la asistencia sanitaria y actuaciones contrarias a la limitación del esfuerzo terapéutico.

MATERIALES:

- Power Point.
- Ordenador.
- Proyector.

OBJETIVOS:

Exponer los dilemas éticos presentes en la sanidad actual que fomentan y aumentan el riesgo de encarnizamiento terapéutico. Mejorar la formación en los cuidados al final de la vida.

DESARROLLO:

Como se ha descrito anteriormente, la meta de la formación se basa en lograr mejorar las actuaciones sanitarias ante situaciones complejas, con el fin de incrementar la calidad de vida de los pacientes y reducir el número de tratamientos fútiles al final de la vida. En esta sesión vamos contar con un nuevo ponente, en este caso un enfermero que forma parte del servicio de cuidados paliativos de Aragón.

Consideramos que formación en cuidados al final de la vida proporciona a los enfermeros una comprensión sólida de los principios y prácticas asociadas con la atención centrada en el paciente al final de la vida. Los enfermeros aprenden a trabajar en colaboración con los pacientes y sus familias para desarrollar planes de atención que reflejen sus necesidades y deseos únicos. En consecuencia, se evitan situaciones de obstinación terapéutica al desarrollar estas técnicas.

Para ello se plantea un sesión colaborativa con los asistentes, en la que se comenzará debatiendo en grupos de 10 personas aproximadamente cual es el principal problema enfermero cuando detecta una situación de obstinación terapéutica, y cuales creerían que podrían ser las soluciones. Posteriormente se hará una puesta en común. Se

presentarán diversos casos clínicos que involucren dilemas éticos relacionados con el final de la vida y la toma de decisiones. Se buscará identificar los valores en juego y debatir las opciones de tratamiento desde una perspectiva ética.

Tras ello, llevarán a cabo una serie de ejercicios simulacro donde los enfermeros practiquen cómo guiar a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones compartidas, dirigido por el enfermero especialista.

Alguno de los métodos que tratará será el alivio del sufrimiento, la cooperación multidisciplinar, el cuidado y acompañamiento, y sobre todo la evaluación multidimensional.

Al proporcionar talleres de toma de decisiones éticas y formación en cuidados paliativos, los enfermeros están mejor equipados para abordar la obstinación terapéutica y proporcionar una atención compasiva y centrada en el paciente al final de la vida.

EVALUACIÓN:

La evaluación de esta sesión se llevará a cabo al finalizar el programa, se pedirá llenar el mismo cuestionario de evaluación inicial a los profesionales de enfermería que se entregara y se recogerá en mano. Este será entregado tras terminar de la última clase de formación.

Para evaluar la efectividad del programa se comparará las respuestas del llenado antes de la formación con las del segundo, con el fin de verificar si los conocimientos aportados durante las dos primeras sesiones han sido de utilidad para los profesionales.

Fuente- elaboración propia.

Carta descriptiva sesión 2

Tema:	Actuación enfermera ante el riesgo de obstinación terapéutica.				
Dirigido a:	Profesionales de enfermería trabajadores en unidades de críticos, y todo profesional de enfermería interesado en su formación.				
Objetivo:	Mejorar la formación y el análisis de actuación enfermera ante tratamientos fútiles.				
Competencia instruccional:	Al final de la sesión los asistentes podrán abordar situaciones de encarnizamiento terapéutico proporcionando una atención centrada en el paciente al final de la vida.				
Hora de cada sesión	Ponentes	Sub-tema	Actividades didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía básica
14:00-14:05	Enfermeras del programa.	Bienvenida y confirmación de asistencia.	La enfermera organizadora dará la bienvenida a la segunda sesión.		Departamento de Salud y consumo de Aragón (2022). <i>Plan de cuidados de enfermería en pacientes que precisan cuidados paliativos.</i>
14:05-14:25	Enfermeras del programa y especialista en cuidados al final de la vida.		Debate y análisis de casos clínicos.	Power-Point.	
14:25-14:40	Especialista en cuidados al final de la vida.	Toma de decisiones compartidas.	Simulación de casos clínicos para mejora del afrontamiento enfermero antes situaciones difíciles ante el final de la vida.		
14:40-15:00	Especialista en cuidados al final de la vida.		Breve sesión de la importancia de los cuidados de confort al final de la vida.		

. Fuente- elaboración propia

SESIÓN 3 “Comunicación y habilidades en el acompañamiento”.

SESIÓN 3: COMUNICACIÓN Y HABILIDADES EN EL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR.

En la tercera sesión, se enseñarán habilidades comunicativas útiles para la asistencia y acompañamiento a familias y pacientes. A través de ellas buscamos concienciar al personal enfermero sobre el papel que desempeñamos en situaciones de controversia como es la obstinación terapéutica y como un hecho tan simple como desenvolvernos socialmente permite satisfacer las necesidades del paciente.

Además, se indicarán métodos utilizados que permiten un mejor afrontamiento de las situaciones al final de la vida en el paciente y entorno social y familiar.

MATERIALES:

- Tríptico.
- Ordenador.
- Power Point.
- Proyector.
- Folios para la encuesta de satisfacción.

OBJETIVOS:

Mejorar la habilidad comunicativa por parte del profesional sanitario, para crear una atención sanitaria más efectiva, empática y adaptada a las necesidades del paciente y su entorno.

DESARROLLO:

El inicio de la sesión comenzará con una explicación de las nuevas estrategias que se utilizan a día de hoy y que son cruciales para brindar una atención de calidad, establecer una relación de confianza y efectiva. Para lograr llegar a establecer un vínculo con el paciente es necesario el entrenamiento de las mismas.

Se instruirán acerca de aquellas frases que deberíamos evitar y cuales deberíamos utilizar para mostrar nuestro apoyo. Se mostrará y ayudará a desarrollar un vocabulario sencillo, para que la comunicación con el paciente sea comprensible con su nivel educativo, recordando evitar el uso de terminología médica. Esta primera parte de la

sesión nos apoyaremos de un Power Point, además de ofrecer un pequeño tríptico (ANEXO 4) con pequeños consejos sobre el tema a tratar.

Tras la corta parte teórica que se plantea se buscará hacer el taller de la manera más dinámica posible, para ello en grupos se llevarán a cabo una serie de ejercicios para la práctica de la comunicación no verbal, como contacto visual, gestos de apoyo o posturas. Además se plantearán numerosos supuestos, situaciones conflictivas o difíciles, donde también integraremos situaciones que se pueden dar en pacientes de otras culturas, de manera que nos permitan enfocarnos en la sensibilidad cultural y aceptar sus creencias. A través de los supuestos basados en casos reales buscaremos que los participantes fomenten la empatía, discutan los desafíos a los que se enfrentar y que sirvan de autoevaluación.

Al finalizar la sesión se buscará lograr un aprendizaje compartido, donde los asistentes podrán comentar algunas de las experiencias que como profesionales hayan vivido, cómo afrontaron la situación, si creyeron que disponían de buenas herramientas de actuación y afrontamiento, algún consejo que crean que es relevante y que no se haya tratado en la sesión.

EVALUACIÓN:

Encuesta de satisfacción a los asistentes (ANEXO 6), sobre los recursos empleados, la formación recibida y los conocimientos adquiridos.

Tras la finalización del programa, se llevará a cabo una recogida de información en pacientes y familiares en las unidades de cuidados intensivos sobre la percepción de la habilidad comunicativa a la hora de la relación con el personal enfermero y sobre todo a la hora de recibir información sobre la situación de salud. Esta puesta en conocimiento se obtendrá a través de una encuesta (ANEXO 5) que se proporcionará a los anteriormente nombrados tras la estancia en estas unidades, será totalmente anónima y voluntaria a través de un código QR.

Fuente- elaboración propia

Carta descriptiva sesión 3

Tema:	Comunicación y habilidades en el acompañamiento familiar.				
Dirigido a:	Profesionales de enfermería trabajadores en unidades de críticos, y todo profesional de enfermería interesado en su formación.				
Objetivo:	Enseñar e incrementar la calidad de la habilidad comunicativa de los profesionales sanitarios.				
Competencia instruccional:	Al final de la sesión los asistentes conocerán las diferentes estrategias efectivas para lograr un trato sanitario de calidad, buscando una comunicación informativa y efectiva, valorando la información que los pacientes y familiares conocen.				
Hora de cada sesión	Ponentes	Sub-tema	Actividades didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía básica
14:00-14:05	Enfermeras organizadoras.	Bienvenida.	La enfermera organizadora dará la bienvenida a la sesión.		Departamento de Salud y consumo de Aragón (2022). <i>Plan de cuidados de enfermería en pacientes que precisan cuidados paliativos.</i>
14:05-14:25	Enfermeras organizadoras del programa.	Apartado teórico.	Exposición oral con información detallada y contrastada sobre comunicación de información sensible a pacientes y familias.	Power-Point. Tríptico.	
14:25-14:40	Enfermeras organizadoras.	Actividades prácticas.	Planteamiento de supuestos prácticos, que deberán resolver en grupos.	Power-Point	
14:45-15:55	Enfermeras organizadoras del programa.	Experiencias personales de los asistentes. Ruegos y preguntas.	Debate entre los asistentes sobre sus prácticas en sus puestos de trabajo.		
14:55-15:00		Encuesta de satisfacción.			

Fuente- elaboración propia

6.4 Presupuesto detallado

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
<u>Lugar de reunión:</u> Se prestará en el salón de actos del Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario. (con sillas, ordenador y proyector)	<u>COSTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE IMPARTE EL PROGRAMA</u> 30 €/hora 3 sesiones de 1 hora 90€
Impresión de póster para promocionar el programa. 0,25/ impresión a color X 150 copias = 37,50€	
Tríptico informativo sesión 3 1,25 / tríptico X 60 copias = 75€	
Cuestionario de evaluación conocimientos 1ª sesión 0,15/ impresión en blanco y negro X 60 copias = 9€	<u>COSTE DE ENFERMEROS ESPECIALISTAS</u> 30€/hora 2 personas 60€
Cuestionario de evaluación 0,15/ impresión en blanco y negro X 60 copias = 9€	
Encuesta de satisfacción 0,15/ impresión en blanco y negro X 60 copias = 9 €	
TOTAL 139,50€	TOTAL 150€
TOTAL: 289,50€	

Fuente- elaboración propia.

7. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN RECURSOS MATERIALES:

Se valorará los recursos materiales disponibles: ordenador, salón de actos o sala donde impartir las sesiones (sillas suficientes, ordenador y proyector). Asimismo, se evaluará si los recursos económicos han sido suficientes.

Para evaluar estos recursos materiales, únicamente consistirá en evaluar si las instalaciones donde se llevaran a cabo las diferentes sesiones del programa, cuentan o no con estos recursos material. En el caso de que no estuvieran disponibles, se plantearía un cambio de ubicación.

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

Consistirá en evaluar la calidad del programa, y para ello, se tendrán en cuenta aspectos como el número de sesiones impartido, sus contenidos, la duración y los recursos disponibles. Para realizar la evaluación, se hará entrega de una encuesta de satisfacción (ANEXO 6) que los asistentes llenarán al finalizar la tercera sesión del programa.

Además, se valorará la participación y asistencia de profesionales de enfermería en el programa, comparando el número de plazas disponibles con el número real de personas asistentes. Para ello, se expresará en el % de participación ($nº$ de enfermeros que asisten a la formación/ $nº$ de plazas total) x 100. Para que el curso cumpla los estándares para llevarse a cabo deberá haber un mínimo de inscripciones del 75% del cupo total de participantes.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

Para evaluar los conocimientos adquiridos de los asistentes al programa de formación, se administrará un cuestionario de conocimientos que deberá ser completado al inicio del programa y al finalizar el mismo (ANEXO 2).

La efectividad del programa será evaluada tras la comparación de las respuestas de ambos cuestionarios, con el fin de verificar si los conocimientos aportados durante las dos primeras sesiones han sido de utilidad para los profesionales.

Con el propósito de poder valorar la efectividad del programa se ha determinado como indicador que al menos el 75% de los asistentes hayan conseguido una puntuación superior a un 70% en el segundo cuestionario de evaluación. Por otro lado, se espera que la puntuación a posteriori sea superior a la inicial.

Los resultados determinarán si el programa ha sido efectivo y los profesionales de enfermería aumentan sus conocimientos tras su participación.

A los seis meses de la finalización del programa de formación se llevará a cabo una evaluación a largo plazo. Para poder llevarla a cabo y si realmente los profesionales de enfermería han aplicado los conocimientos impartido en la reducción de la obstinación terapéutica se les enviará un cuestionario (ANEXO 7) a través del correo con el que se inscribieron. Se analizará el % de respuestas, expresándose en nº de encuestas respondidas/ nº de participantes en el programa de formación x 100. Además, buscaremos como resultado que al menos el 70% de los enfermeros hayan podido intervenir y reducir en situaciones de encarnizamiento terapéutico aplicando lo aprendido a través de las sesiones que se impartieron.

Fuente- elaboración propia.

8. CONCLUSIONES

La obstinación terapéutica está presente en los hospitales, supone un punto de inflexión en el personal sanitario, que durante décadas ha trabajado bajo el objetivo de curar como principal resultado en los pacientes. El exceso de tecnicismo y el uso excesivo de recursos que existe en los hospitales, en muchos casos vulnera los principios bioéticos como beneficencia, justicia y no maleficencia.

La toma de decisiones y la identificación de estas situaciones en gran medida presentes al final de la vida, es una función a la que está expuesta la enfermería. Asimismo, actuamos brindando cuidados, ofreciendo apoyo y acompañamiento, sin olvidar que somos agentes de información ante nuestros pacientes. Es por ello, la enfermera tiene la responsabilidad de formarse tanto con conocimientos como en habilidades propias para la profesión, con la mira de poseer una ética profesional, que permita reconocer y abordar el impacto emocional de la enfermedad al final de la vida en el conjunto familiar.

La formación dada a los profesionales de enfermería respecto al afrontamiento y manejo de esta situación en la actualidad es escasa. Por ello, se considera de gran importancia la implantación de dicho programa, con el fin de disminuir el sufrimiento, dolor, en pacientes al final de la vida.

9. BIBLIOGRAFÍA

Alcaraz, A. (2022). Distanacia, un dilema del personal médico. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 4(2), 108-111. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.108>

Aranda, B., Ferrando, M., Sanz, L., Alastrauey, M. (2021). Importancia de la comunicación enfermera en los cuidados al final de la vida: *Revista Sanitaria de Investigación*, 2 (3). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/importancia-de-la-comunicacion-enfermera-en-los-cuidados-al-final-de-la-vida/>

Arimany-Manso, J., Torralba, F., Gómez-Sancho, M., & Gómez-Durán, E. L. (2012). Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Medicina Clínica*, 149 (5), 217-222.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775317303603>

Betancourt Reyes, Gilberto Lázaro. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?. *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 975-986. Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012&lng=es&tlang=es

Bueno, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167-174. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>

Camargo, J. M., Tercero, M., López, M. P., Maeso, M. J., Fernandez-Infantes, S. P., Valverde, P. C., Rodríguez, A. L. G., Ortiz, J., & Díaz, M. P. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 104-114. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000964>

Carvalho, K. K. de ., & Lunardi, V. L.. (2009). Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 17(3), 308–313. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GqMtW8fF3DkQ5Q3ZhbQcBQv/abstract/?lang=es>

De la Luz Casas Martínez, M. (2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Bioethics Update*, 3(2), 137-151. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>

Del Río, M.I.; Palma, A. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007. Vol. 32 nº1. Pp. 16-22.

Departamento de Salud y consumo de Aragón (2022). *Plan de cuidados de enfermería en pacientes que precisan cuidados paliativos*. <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-cuidados-paliativos>

Fructuoso, O. V., De Pablo, B. R., Plaza, M. F., Milà, V. F., Fructuoso, O. V., & Estalella, G. M. (2016). Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital: *Revista de Enfermería Intensiva*, 27(4), 138-145.<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-perspectiva-profesionales-enfermeria-unidades-cuidados-S1130239916300372>

Gala León, F.J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J.M., Villaverde Gutiérrez, M^a. C., & Alba Sánchez, I.. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50. Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062002000400004&lng=es&tlang=es.

Gaudioso, M., Alonso, R., Martín, B., Burguete, G., Aznar, L., Villagrasa, C. (2023). Prevención del encarnizamiento terapéutico: enfermería en el final de la vida: *Revista Sanitaria de Investigación*, 4 (4). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/prevencion-del-encarnizamiento-terapeutico-enfermeria-en-el-final-de-la-vida/>

Gobierno de Aragón. (2021). *Sistema de Información de Atención Especializada*. <https://www.aragon.es/-/atencion-especializada>

Gutiérrez Samperio, César. (2016). ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?. *Cirujano general*, 38(3), 121-122. Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140500992016000300121&lng=es&tlang=es.

Hernando, P., Diestre, G., & Baigorri, F.. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 129-135. Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272007000600010&lng=es&tlang=es

Laguna Cruñales, I. La realidad de la muerte: *Revista Educare* 21. 01/10/2003; 1 (1).

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones En Materia de Información y Documentación Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.

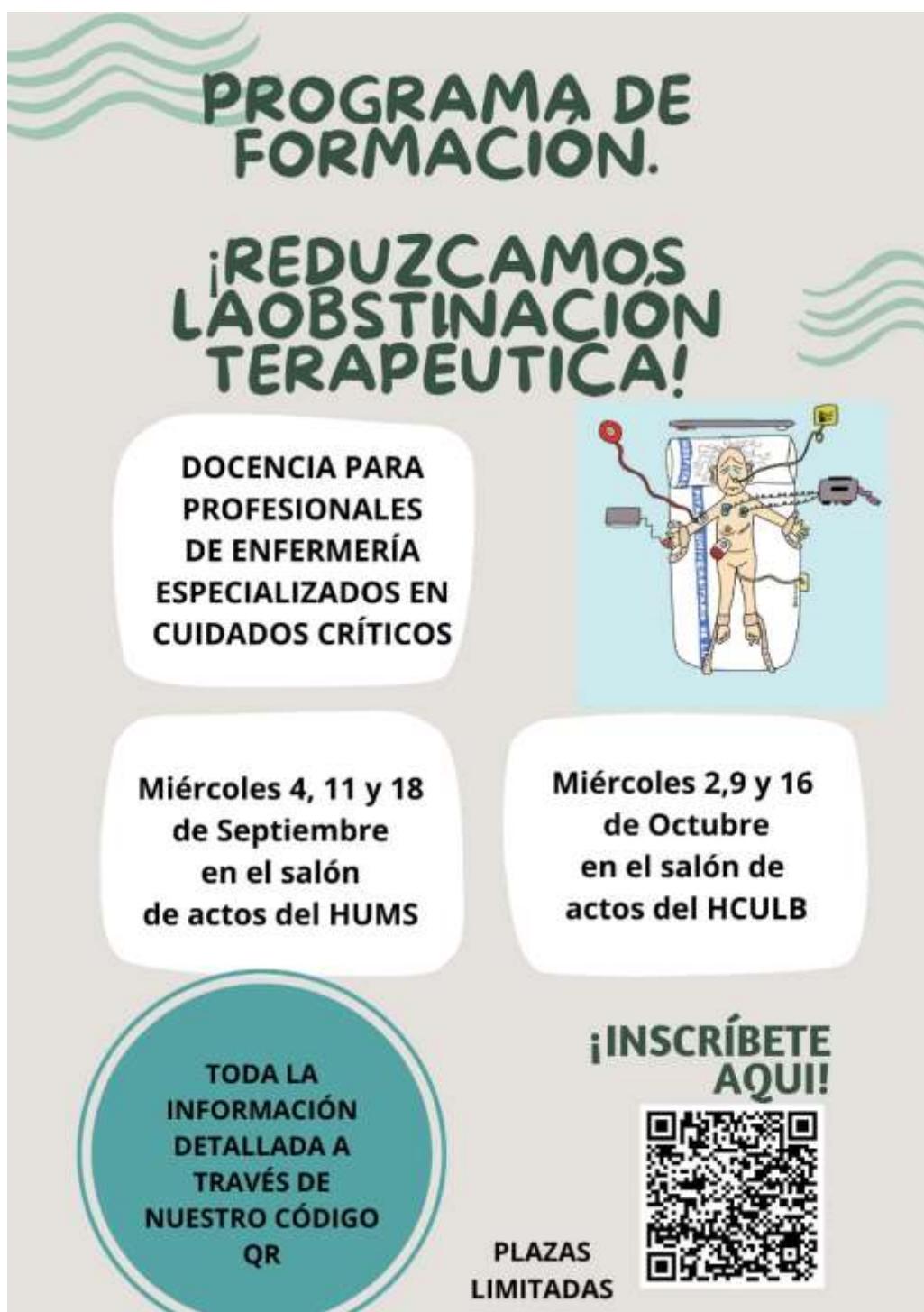
Ley 1/2015, de 9 de Febrero, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona Ante el Proceso Final de Su Vida. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2015. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2015/02/09/1>

Pérez Herrera, Alicia, & García Hernández, Alfonso Miguel. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. *Ene*, 15(2), 1173. Recuperado en 27 de abril de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2021000200009&lng=es&tlang=es.

Zurriarán, Roberto Germán. (2019). Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética*, 23(2), 180-193. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>

10. ANEXOS

Anexo 1- Cartel informativo



Fuente: elaboración propia a través de Canva.

Anexo 2- Cuestionario de conocimientos previos al programa de formación

CONOCIMIENTOS SOBRE LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

1. ¿Qué entiendes por el concepto de obstinación terapéutica?

2. ¿Consideras que en el servicio que trabajas se encuentra presente esa problemática?

3. ¿Cuáles consideras que son las posibles consecuencias negativas de la obstinación terapéutica para los pacientes y sus familias?

4. ¿Qué papel consideras que juega el equipo de enfermería en la prevención del encarnizamiento terapéutico?

5. Define LET (limitación del esfuerzo terapéutico). ¿Qué actividades enfermeras englobas en esta terminología?

6. ¿Cómo reaccionas al tener que implementar medidas terapéuticas que reconoces cómo fútiles?

7. ¿Consideras que dispones de habilidades para afrontar situaciones de encarnizamiento terapéutico?

8. ¿Qué estrategias enfermeras consideras que podrían ser utilizadas para reducir terapias desproporcionadas?

Fuente- elaboración propia.

Anexo 3- Encuesta de evaluación de conocimientos sesión 1

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SESIÓN 1

1. ¿Cuáles crees que son las causas principales de la obstinación terapéutica?

2. ¿Sobre qué principios éticos se debe regir la labor enfermera a la hora de prevenir el encarnizamiento terapéutico?

3. ¿Cómo los enfermeros/as pueden trabajar por la dignidad y el bienestar de los pacientes al enfrentarse a situaciones de encarnizamiento terapéutico?

4. ¿Qué consideraciones legales existen en nuestro país respecto al encarnizamiento terapéutico?

5. ¿Qué roles específicos pueden desempeñar los enfermeros/as en la prevención del encarnizamiento terapéutico y la promoción de prácticas de atención sanitaria éticas?

Fuente- elaboración propia.

Anexo 4- Tríptico

NUNCA.....

"TODO PASA POR ALGO"
"NO ENTIENDO TÚ DOLOR"
"TODO VA A IR MEJOR"

SIEMPRE.....

"SOMOS VUESTRO APOYO"
"OS ACOMPAÑAMOS EN TODO EL PROCESO"
SER DIRECTO, HONESTO Y RESPETUOSO

Las familias de los pacientes críticos manifiestan que lo que más necesitan es información.

Los enfermeros deben dar la información relacionada con los cuidados y los procedimientos que realizan al paciente, siendo una exigencia ética, profesional y legal.

Las habilidades de comunicación resultan básicas de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues son las que permiten la aplicación de los conocimientos técnicos a través de la relación con el paciente o usuario.

BIBLIOGRAFÍA

Povedano-Jiménez, M., Catalán-Matamoros, D., & Granados-Gámez, G. (2016). La comunicación de los profesionales sanitarios en Cuidados Paliativos: *Revista Sanitaria de Comunicación en Salud* 78-91.

Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., & Feliu Baute, P.. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*, (17).

Aranda, B., Ferrando, M., Sanz, L., Alastruey, M. (2021). Importancia de la comunicación enfermera en los cuidados al final de la vida: *Revista Sanitaria de Investigación*, 2 (3).

¡REDUZCAMOS LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA!

PROGRAMA DE FORMACIÓN ENFERMERA

SESIÓN 3

COMO MEJORAR NUESTRA COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES

"La enfermera despierta confianza y seguridad en el paciente."
-Florence Nightingale

Fuente: elaboración propia a través de Canva.

¿QUÉ TENEMOS QUE TENER SIEMPRE EN CUENTA?

TODO PACIENTE TIENE DERECHO A SER COMUNICADO DE MANERA ORAL Y ESCRITA DE SU ESTADO DE SALUD.

La comunicación no solo se da con las palabras. Las expresiones verbales y los silencios también son formas de comunicación.



La EMPATÍA es el elemento esencial para el ACOMPAÑAMIENTO en enfermería.

Una falta de comunicación, puede ocasionar un mal cuidado de la enfermedad, aumentando la gravedad física, emocional y psicológica del paciente

La comunicación es un aspecto fundamental en los pacientes y familias al final de la vida. SATISFACEN NECESIDADES EMOCIONALES.

- VERACIDAD
- CONFIDENCIALIDAD
- PRIVACIDAD
- DERECHO A LA INTIMIDAD



COMO ENFERMEROS DEBEMOS DESTACAR EN : la escucha activa/ feedback, respeto, autenticidad e inmediatez

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

- CERCIORARSE DE QUE SABE Y QUE NO EL PACIENTE
- INVERTIR EL TIEMPO NECESARIO EN LA COMUNICACIÓN
- LENGUAJE CLARO Y APROPIADO
- CLIMA DE CONFIANZA
- MIRAR A LOS OJOS
- TONO NORMAL, NO SUSURROS
- SABER ESCUCHAR
- CUIDAR EL LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL
- NO INVADIR EL ESPACIO FÍSICO
- PRESTAR ATENCIÓN A SU DOLOR Y QUEJAS.
- SONRISAS

ABORDAJE DE LA SITUACION

¿QUE DEBEMOS EVITAR?

- No hacer contacto visual.
- Interrumpir la escucha
- Mirar al reloj
- Terminología desconocida.
- Generalizar
- Falta de intimidad
- Silencios
- No respetar sus reacciones psicológicas a las malas noticias.



Fuente: elaboración propia a través de Canva.

Anexo 5- Encuesta de valoración de la comunicación enfermera

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA

Se trata de un cuestionario anónimo, se proporciona a pacientes y familiares tras la estancia en UCI, con el objetivo de valorar la calidad de la habilidad comunicativa enfermera en las unidades.

¡Gracias por participar en esta encuesta! Tus respuestas son valiosas para ayudarnos a mejorar la calidad de la atención que proporcionamos.

Información general *

Marca solo un óvalo.

Respondo esta encuesta como condición de paciente.

Respondo esta encuesta como condición de familiar.

1. ¿Con qué frecuencia has interactuado con enfermeros/as durante la estancia en el hospital?

Marca solo un óvalo.

Nunca

Raramente

A veces

Frecuentemente

Siempre

2. ¿Cómo calificarías la comunicación de los enfermeros/as en términos de claridad y comprensión? *

Marca solo un óvalo.

Excelente

Bueno

Regular

Pobre

Mala

3. ¿Sientes que los enfermeros/as te brindaron suficiente información sobre el estado y el plan de atención del paciente? *

Marca solo un óvalo.

Si, por completo.

En cierta medida

No la suficiente

En absoluto

4. ¿Hubo alguna situación en la que te sintieras insatisfecho con la comunicación de los enfermeros/as? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

5. ¿Te sentiste incluido/a en las discusiones sobre el plan de cuidados del paciente? *

Marca solo un óvalo.

- Si, por completo
- En cierta medida
- No mucho
- En absoluto

6. ¿Recibiste la oportunidad de hacer preguntas o expresar preocupaciones sobre la atención del paciente?

Marca solo un óvalo.

- Sí, en todo momento
- En la mayoría de ocasiones
- No mucho
- En absoluto

7. ¿Consideras que se han tenido en cuenta los deseos y opiniones de paciente/familia ? *

Marca solo un óvalo.

- Sí, siempre
- En la mayoría de ocasiones
- No mucho
- Nunca

8. ¿Qué aspectos específicos de la comunicación enfermera durante la estancia del paciente en el hospital fueron más útiles o apreciados por ti?

9. ¿Hay algún área en la que creas que los enfermeros/as podrían mejorar su comunicación con los pacientes y sus familias?

10. ¿Tienes alguna otra sugerencia o comentario sobre la comunicación enfermera que te gustaría compartir?

Anexo 6- Encuesta de satisfacción

Nombre y Apellidos *

Texto de respuesta corta

¿Cómo valorarías, en general, la calidad del curso que has realizado?

1 2 3 4 5

Poco satisfecho Muy satisfecho

¿Consideras que el temario y los materiales han sido comprensibles y adecuados?

1 2 3 4 5

Poco de acuerdo Muy de acuerdo

¿Le han sido de utilidad los conocimientos adquiridos tras las sesiones?

1 2 3 4 5

Poca utilidad Muy útil

¿Cómo valoras los ejercicios y dinámicas que has realizado durante las sesiones?

1 2 3 4 5

Poco satisfecho Muy satisfecho

¿El horario de las sesiones ha sido adecuado para su seguimiento?

1 2 3 4 5

Muy satisfecho Poco satisfecho

¿Cómo valoras los conocimientos y explicaciones de los ponentes?

1 2 3 4 5

Poco satisfecho Muy satisfecho

¿Ves adecuada la duración de las sesiones?

1 2 3 4 5

Poco adecuada Muy adecuada

¿Recomendarías este curso a otras personas? ¿en que grado lo recomendaría?



¿Opina que sería de utilidad ampliar estas sesiones a profesionales de otras unidades?



¿Cambiaria alguna dinámica o aspecto de las sesiones realizadas? ¿Cuál?

Texto de respuesta larga

¿Cree que seria conveniente añadir algún apartado? ¿Cómo cual?

Texto de respuesta larga

Fuente: elaboración propia a través de Google Forms.

ANEXO 7 – Encuesta de evaluación de la efectividad del programa

ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN TRAS 6 MESES

1. ¿Consideras que en su unidad ha cambiado el papel de la enfermera en relación con los cuidados al final de la vida?

2. ¿Cree que la asistencia a estas sesiones le ha hecho cerciorarse de este problema y de si se estaba dando lugar en su servicio?

3. ¿Ha mejorado la percepción de los familiares en relación con los cuidados que estos reciben?

4. ¿Ha conseguido poner en práctica de manera efectiva las habilidades comunicativas aprendidas durante estas sesiones?

5. ¿Cree que el número de tratamientos que implicaban obstinación terapéutica se ha reducido en estos 6 meses?

6. En un futuro ¿piensa que esta situación podría erradicarse por completo?

7. ¿Recomendarías este tipo de sesiones de terapia a otros profesionales de enfermería que enfrenten dilemas éticos similares relacionados con el encarnizamiento terapéutico?

8. ¿Te sientes más seguro/a y preparado/a para enfrentar situaciones éticamente complejas relacionadas con el encarnizamiento terapéutico en tu práctica profesional?

Fuente- elaboración propia.

