

**Aspectos Éticos que Median el Cuidado de enfermería (intervenciones) en la
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos**

**Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

Giovana Zuluaga

Asesor:

Dra. Jasmín Viviana Cacante Caballero

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Departamento de posgrado

Medellín

2018

**Aspectos Éticos que Median el Cuidado de enfermería (intervenciones) en la
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos**

**Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

Giovana Zuluaga

Asesor:

Dra. Jasmín Viviana Cacante Caballero

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Departamento de posgrado

Medellín

2018

AGRADECIMIENTOS

Nunca serán suficientes las palabras de aprecio y cariño que pueda ofrecer a todos los que han propiciado la construcción de mí saber.

Agradezco ante todo a Dios por concederme tan maravillosas y diversas oportunidades de haber conocido personas que dejaron su huella en mi entendimiento.

A mis padres, Leonor y Hernán, a mis hermanas Sonia, Viviana, Catalina y a mis sobrinas porque siempre tuvieron la palabra correcta en el instante correcto y han sabido esperar cuando por premura del estudio, mi tiempo para compartir con ellos ha sido tan limitado.

A la Profesora Jasmín Cacante, quien ha estado siempre pendiente, orientándome, sin presionarme y siempre dispuesta a ayudarme a sacar adelante este proyecto.

A todas las personas que de alguna forma aportaron un granito de arena a la consecución de esta meta en mi vida, muchas gracias por su apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	7
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación.....	15
1.3.Objetivos.....	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Metodología.....	19
2. Presentación descriptiva de la temática.....	22
3. Análisis interpretativo de los datos.....	27
3.1. Políticas públicas en salud.....	27
3.1.1. Ley 50 de 1990.....	29
3.1.2. Ley 100 de 1993.....	30
3.1.3. Componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad.....	30
3.1.4. Características para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud.....	32
3.1.5. Discusión.....	33
3.2. Calidad del cuidado.....	36
3.2.1. Indicadores de calidad.....	38
3.2.2. Seguridad del paciente.....	39

3.2.3. Eventos adversos.....	41
3.2.4. Discusión.....	45
3.3. Ética del cuidado.....	47
3.3.1. Formación en ética.....	50
3.3.2. Toma de decisiones.....	54
3.3.3. Intervenciones de enfermería.....	58
3.3.4. Dignidad del paciente.....	60
3.3.5. Discusión.....	64
4. Conclusiones.....	68
5. Recomendaciones.....	70
6. Criterios de Rigor	72
6.1. Credibilidad	72
6.2. Confirmación o Confirmabilidad	72
6.3. Transferibilidad o aplicabilidad	73
6.4. Representatividad	73
6.5. Relevancia	74
6.6. Reflexibilidad	74
6.7. Difusión.....	74
7. Consideraciones Éticas	75
8. Bibliografía	76

1. INTRODUCCIÓN

“La unidad de cuidados intensivos nace cuando se establece que los pacientes graves están mejor cuidados cuando se agrupan en un área hospitalaria dedicada, diseñada para la atención del paciente críticamente enfermo con alto riesgo de mortalidad, y que requiere monitorización e intervención dirigida y permanente, con el fin de modificar los desenlaces mediante la aplicación de estrategias terapéuticas con objetivos dirigidos y que han demostrado, en la literatura científica, ser más eficaces”. Suhonen, R., Stolt M., Katajisto J., y Leino-Kilpi, H. (2015).

Es un compromiso de los profesionales de enfermería fortalecer el desarrollo disciplinar incrementando el marco para identificar las necesidades de los pacientes y poder proporcionar un plan de cuidados en un ambiente de seguridad y calidad, donde se puedan minimizar los eventos adversos y al mismo tiempo los usuarios puedan tener una estancia hospitalaria más tranquila y por ende sus familias estén satisfechas y confiadas en el cuidado que se les está brindando.

En la actualidad se puede ver una creciente necesidad de prestar cuidados más especializados y tecnificados, es así como se han ampliado los servicios para aquellos pacientes en estado crítico de salud, con el fin de hacer frente a la enfermedad y preservar la vida; “el número de camas de UCI en Colombia era de 0,03 por 1.000 habitantes en 2007. El número de camas declaradas en Colombia por departamentos, se concentra en las grandes ciudades, con la siguiente distribución: 4.272 adultos, 761 pediátricas y 1.891 neonatales; e intermedios: 2.291 adultos, 465 pediátricas y 2.232 neonatales. Suhonen et al. (2015).

En las unidades de cuidado intensivo lo fundamental del accionar profesional para el desarrollo de procesos destinados a crear condiciones de atención seguras es la toma de decisiones; como la describen Villarreal, E., Lozano, W., Mendoza, S.,

Montenegro, N., y Olarte, A. (2014), la mejor alternativa, la prontitud, precisión y celeridad con la que se decida dependen en gran medida del arsenal de conocimientos, habilidades y la madurez que posea el profesional. En este sentido, los profesionales en Enfermería cumplen un papel fundamental en lo concerniente al proceso de toma de decisiones con respecto a las vivencias que tiene el paciente desde su ingreso hasta la resolución de su problema; por tanto Enfermería, siempre debe velar por el bienestar de los pacientes, evitando los frecuentes eventos adversos.

El enfermero es el profesional que permanece a la cabecera del paciente minuto a minuto, hora tras hora y puede identificar en primera instancia las amenazas y riesgos que tienen los usuarios. Está en la capacidad y en la obligación de realizar diferentes intervenciones, siempre buscando el beneficio del paciente; se entiende por intervención “cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. Incluye intervenciones, tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica (ej: manejo acido-base), como la psicosocial (ej: disminución de la ansiedad).” Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (Ed.). (2009).

El ser humano tiene la gran necesidad del cuidado, al atravesar por diferentes situaciones como lo es un proceso de enfermedad; allí la persona se encuentra en mayor estado de vulnerabilidad y más aún cuando se habla de un ser humano que se encuentra en estado crítico de salud donde sus funciones vitales están alteradas y se encuentra en riesgo su vida; se hace indispensable personas que cuiden de ellas, no solo con conocimientos claros y técnicas adecuadas, sino también con formación en ética y valores; donde se tenga siempre presente los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, respeto y autonomía.

La asistencia sanitaria tiene una base ética sólida a nivel mundial y profesional; se considera una competencia clave en los profesionales de la salud; Stolt, M., Leino,

H., Ruokonen, M., Repo, H, y Suhonen, R. (2017), mencionan que “hay una necesidad de mejorar y aumentar la conciencia de la ética en los sistemas complejos. Es posible afectar la ética de las prácticas a través de profesionales y estudiantes. Pero los problemas éticos surgen en la gestión y la gobernanza de las organizaciones y los sistemas de salud. La investigación ha puesto de relieve una mayor tasa de desgaste cuando los profesionales perciben que sus normas o valores éticos no son compartidos por las organizaciones sanitarias”

Es necesario reorientar la praxis en las unidades de cuidado intensivo; basar el cuidado no solo en la parte instrumental del hacer, sino también impregnar el cuidado de toda la parte humana, dado la gran responsabilidad con las personas y familias que dependen de los cuidados. Desde la academia también se vislumbra el interés por realizar énfasis en esta área, dado que en los currículos de los profesionales de la salud este tema cobra un importante significado a la hora de formar profesionales íntegros.

A lo largo de la monografía se abordan las siguientes categorías y subcategorías que dan cuenta de la revisión y profundización en el tema: Aspectos éticos que median las intervenciones de enfermería en las unidades de cuidado intensivo:

1. Políticas públicas en salud; se subdivide en las subcategorías: ley 50, ley 100, sistema obligatorio de garantía de la calidad, componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, Características para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud; en esta parte se explica cómo las políticas públicas son un factor determinante en la prestación de servicios de salud de calidad y como estas políticas públicas en salud pueden afectar de forma negativa el cuidado humanizado y centrado en el paciente.
2. Calidad del cuidado; con las siguientes subcategorías: seguridad del paciente, indicadores de calidad, eventos adversos; en esta parte se visualiza el trabajo que

se hace en salud para mejorar la atención, que se pueda brindar un cuidado seguro, confiable, y además minimizar el riesgo en la prestación de los servicios.

3. Ética del cuidado; a su vez se divide en las subcategorías intervenciones de enfermería, formación en enfermería, toma de decisiones y dignidad del paciente; esta parte del trabajo nos muestra como la bioética permite que los profesionales del área de la salud actúen en beneficio del paciente y su familia, poniéndose en el lugar del otro, buscando siempre hacer el bien. Conservar los principios éticos al realizar las labores diarias desarrolla en los individuos competencias morales.

Luego de realizar todo esta profundización bibliográfica, se puede concluir lo siguiente; como primer hallazgo se encuentra que no es posible fragmentar los principios éticos (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), es decir, no pueden ser tenidos en cuenta por separado. Como segundo hallazgo tenemos, que favorecer la calidad de vida de la población, encierra cuestiones del desarrollo del bienestar, es con las políticas públicas en salud que se puede impactar sobre el bienestar de las personas. En Colombia las políticas públicas en salud se han orientado de una forma que no favorece este desarrollo. Como tercer hallazgo, el brindar calidad en el cuidado, es un acto donde confluyen varios aspectos, como lo es la cultura para la seguridad del paciente, el seguimiento a los indicadores de calidad y el minimizar el riesgo asociado a la atención en salud. Como cuarto hallazgo está, alcanzar un cuidado humanizado en salud con especial énfasis en las unidades de cuidado intensivo, requiere que las políticas públicas en salud beneficien a la población en general, seguidamente cumplir estándares de calidad en el cuidado (cultura de seguridad del paciente, seguimiento a los indicadores de calidad, prevención y minimización del riesgo), también, que los profesionales de la salud retomen toda la parte de la formación en bioética.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el sistema de salud se ve enfrentado a un panorama que cada vez se hace más complicado y ha sido necesario incrementar la complejidad de los servicios sanitarios, para poder responder de manera oportuna a las necesidades de la población; lo anterior pone en contexto del gran reto y compromiso de los profesionales de la salud de estar muy bien cualificados en la parte técnica, como en la parte humana; para prestar nuestro servicio a la comunidad.

Enfermería como el principal actor al proporcionar cuidados es definida, según Wojnar, D. (2015); como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por (el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales).

La creciente complejidad de los servicios de salud puede favorecer la proliferación de errores y eventos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer barreras para minimizarlos o evitarlos; es así como se hace necesario concientizar a los trabajadores de la salud de la importancia de brindar una atención más segura; crear la cultura de seguridad, alertar a la población en general, acerca de la calidad del cuidado que los pacientes reciben en los hospitales.

La Organización Mundial de la Salud. (2008), “estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada

10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados”.

En la atención sanitaria hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud; es por esto que los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. “La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria”. La Organización Mundial de la Salud. (2008).

Las especiales condiciones funcionales y laborales de la Medicina Intensiva suelen inducir intervenciones mayoritariamente reactivas a situaciones críticas, que deben ser resueltas con rapidez facilitando, en ocasiones, eventos adversos e incluso errores; como lo revela el estudio realizado por Moreno, E., Villegas, J., Prieto, F., y Nieto, J. (2011), donde el 47% de las actividades en UCI son planificadas y el 33% reactivas, alcanzando entre la Enfermería el 92% de las primeras pero tan solo el 2% de las segundas. Investigaciones sobre la naturaleza y causas del error humano en las UCI definido como la desviación de la conducta estándar han comprobado una media de 178 actuaciones profesionales por día y paciente, con 1,7 errores relacionados.

El hecho que estos eventos adversos se presenten en las instituciones de salud, genera grandes pérdidas a nivel económico; así lo señala La Organización Mundial de la Salud. (2008), donde describe que “la carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización,

infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.”

Los párrafos anteriores ilustran claramente como situaciones que se viven a diario al interior de las unidades de cuidado intensivo afectan directamente la ética del cuidado, teniendo presente que los principios éticos pretenden siempre beneficiar al ser humano. El cuidado abordado desde la calidad, hace especial referencia al cuidado humanizado y para que tenga esta connotación es necesario abordar todo lo que concierne a la bioética.

Todo inicia con la toma de decisiones, como lo argumenta Cometto, M., y Filippini, O. (2011), las decisiones afectan la vida humana, tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de las familias, de las comunidades y el equipo de salud. Las decisiones deberán ser tomadas por todos los implicados, asesorados por expertos en el ámbito ético, si fuera necesario (como en el caso de los comités de ética hospitalarios), y respaldados por los códigos deontológicos de las diferentes profesiones de la salud.

El personal de Enfermería junto con los médicos y la tecnología, son figuras importantes en el cuidado brindado en las Unidades críticas, porque constituyen el capital intelectual de estas organizaciones y son los determinantes de su gestión y resultados, caracterizando un área hospitalaria específica y muy diferenciada del resto; realizar una planeación de calidad en el cuidado con un enfoque siempre en minimizar los riesgos; trae consigo un incalculable beneficio para los pacientes, los profesionales y las instituciones de salud. “La dedicación de las enfermeras a la seguridad de los pacientes, al control de riesgos, eventos adversos y errores en la atención es directamente proporcional a la calidad del cuidado.” Malvárez, S., y Rodrigues, J. (2011).

Es de gran utilidad realizar una revisión de los aspectos éticos que median las intervenciones de enfermería llevadas a cabo en la unidad de cuidados intensivos, porque es una necesidad sentida por los profesionales, pero que aún ha sido poco estudiada para poder ser socializada, intervenida e introyectada en cada una de las actividades del cuidado.

Stolt, M. et al. (2017) expone que “hay una necesidad de mejorar y aumentar la conciencia de la ética en los sistemas complejos. Resaltar la salud basada en valores y sensibilidad ética de los profesionales, como el coraje moral y el empoderamiento. Más importante aún, los resultados relacionados con el paciente y los resultados de la organización pueden ser mejorados por la ética.

Es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación ¿cuáles son los aspectos éticos que deben ser tenidos en cuenta por el profesional de enfermería, al realizar cualquier tipo de intervención a los pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto?

1.2. JUSTIFICACIÓN

En las unidades de cuidado intensivo diariamente los profesionales de enfermería realizan múltiples intervenciones a los pacientes y sus familias; donde muchas veces los aspectos éticos que median estas intervenciones no son tenidos en cuenta dado que se priorizan otras necesidades. Cometto et al. (2011) dice, la ética de la enfermería ha de ser observada como una ética social interpersonal que regula la conciencia profesional, teniendo como objetivo principal la defensa de los derechos de los pacientes.

En la parte social se tiene el compromiso de reincorporar a las personas que en determinada etapa de sus vidas atraviesan un proceso de salud – enfermedad; pero que lo puedan hacer sin secuelas, ni patologías adicionales, que la calidad de vida de los usuarios no se afecte. Es mandatorio concientizar a los trabajadores de la salud, partiendo desde los entes gubernamentales, de la importancia de brindar una atención más segura; crear la cultura de seguridad del paciente, alertar a la población en general, acerca de la calidad del cuidado que los pacientes reciben en los hospitales; muchos estudios ilustran el panorama frente a los eventos adversos.

El estudio realizado por Moreno et al. (2011), revela que las enfermeras realizan muchas intervenciones a los pacientes (84%) y que los médicos (4,7%), ambos grupos contribuyen de forma similar a la generación de eventos adversos (55 y 45%, respectivamente), observándose más errores por hora en la mañana y tarde (68,4-72,7%) que durante la noche (27,3-31,6%). El riesgo creciente de efectos adversos se asocia a los propios procesos asistenciales, por la combinación del uso de tecnologías complejas con la interacción de profesionales no siempre coordinados.

Desde lo familiar; los seres humanos que dependen de cuidados proporcionados por otros, no solo son pacientes, cada uno de ellos son un mundo, tienen seres queridos que anhelan su recuperación, esperan ver su familiar nuevamente retomando sus vidas, sus roles, por ello es imprescindible un cuidado con la perspectiva ética, tener presente todos los principios y valores; las familias necesitan ser tenidas en cuenta en el manejo y evolución de los pacientes, así las familias serán más proactivas, funcionales y que participarán en todos los procesos que vivencian los pacientes.

Desde lo político la profesión de enfermería está amparada y regida por el cumplimiento de dos leyes; la ley 911 de 2004, allí se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y también se establece el régimen disciplinario correspondiente. La ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Allí se encuentra estipulado de forma legal los lineamientos de la profesión de enfermería y las sanciones por el incumplimiento de ellos.

Retomando la ley 911 en el capítulo I, art. 1° se argumenta, una postura ética como lo es: El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. (2004).

En la ley 266 en el capítulo I, art. 2° el cual nos habla sobre los principios de la práctica profesional es importante resaltar el principio de integralidad, el cual orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual; y el principio de calidad, nos habla del cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se

refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio. República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. (1966).

Partiendo de estos principios y valores que rigen a la enfermería, se puede decir que enfermería cuida siempre, procurando no causar daño; como lo señalan Ayuso, D., y Fontán, G. (2015), la calidad de la asistencia sanitaria se define como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, sigue los principios de la justicia y está centrada en el enfermo. La monitorización de indicadores de calidad en las unidades de cuidados críticos es prioritaria para garantizar una asistencia segura y correcta, detectando áreas de mejora de forma continua, con el objetivo de minimizar las complicaciones asociadas a la asistencia.

A pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, relativamente pocos investigadores han examinado el concepto “Aspectos Éticos que Median el Cuidado de enfermería (intervenciones) en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos” con el fin de aportar y crear la cultura de brindar un cuidado reflexivo donde se tenga en cuenta los principios éticos.

Se hace necesario realizar una revisión sistemática, y elaborar esta monografía, para tener claridad sobre quienes se han interesado en el tema y argumentar desde las bases que sostienen la profesión acerca del papel tan importante que tiene el profesional en el cuidado de los pacientes. Permear las actividades que se realizan en la UCI con los principios éticos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), permite al enfermero brindar unos cuidados humanizados.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Conocer los aspectos éticos que deben ser tenidos en cuenta por el profesional de enfermería, al realizar cualquier tipo de intervención a los pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto.

1.3.2. Objetivos Específicos:

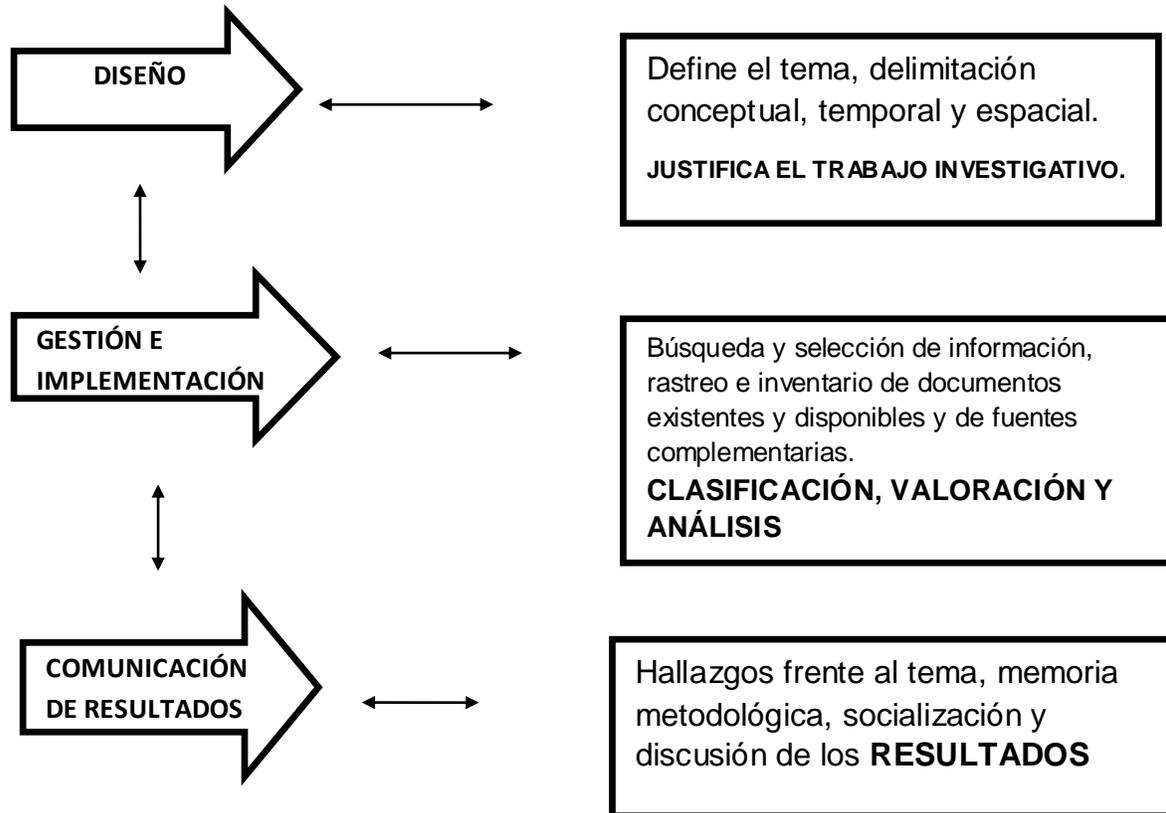
2. Describir las intervenciones de enfermería que con más frecuencia se realizan en las unidades de cuidado intensivo.
3. Identificar los aspectos éticos que se tienen en cuenta al realizar las intervenciones de cuidado al paciente crítico.
4. Reflexionar sobre los aspectos éticos que no son tenidos en cuenta por diferentes causas y que afectan el cuidado de enfermería a los pacientes en las unidades de cuidado intensivo.

1.4. METODOLOGÍA

La presente monografía se elabora mediante una revisión documental, en el tema: “Aspectos éticos que median el cuidado de enfermería (intervenciones) en las unidades de cuidados intensivos adultos”; la revisión documental permite conocer diversas fuentes bibliográficas actualizadas, las cuales le ofrecen al investigador claridad respecto al tema de investigación, y así definirlo mejor, afinarlo, orientarlo, y permitir que sea un aporte para la profesión.

La estrategia de investigación documental se realizó como lo describe Galeano, M (2004), abordando:

Gráfica No1 Metodología de la investigación.



Para dar cuenta de la metodología, se realizó una búsqueda exhaustiva del material bibliográfico contenido en las diversas bases de datos como son Clinical key, Ebscohost, Ovid, ScienceDirect, Scielo, Google academico, PubMed, lilacs. Los criterios de búsqueda de información se limitaron de la siguiente manera: inicialmente a un periodo de tiempo entre los años 2000 – 2017; seguidamente se limitó a través de palabras claves incluidas dentro del título del tema, dando como resultado los siguientes descriptores ethics nursing, intervention, critical care; luego se limitó en cuanto al idioma, se seleccionaron artículos en inglés, español y portugués y finalmente se eligieron todos los artículos relacionados con el tema

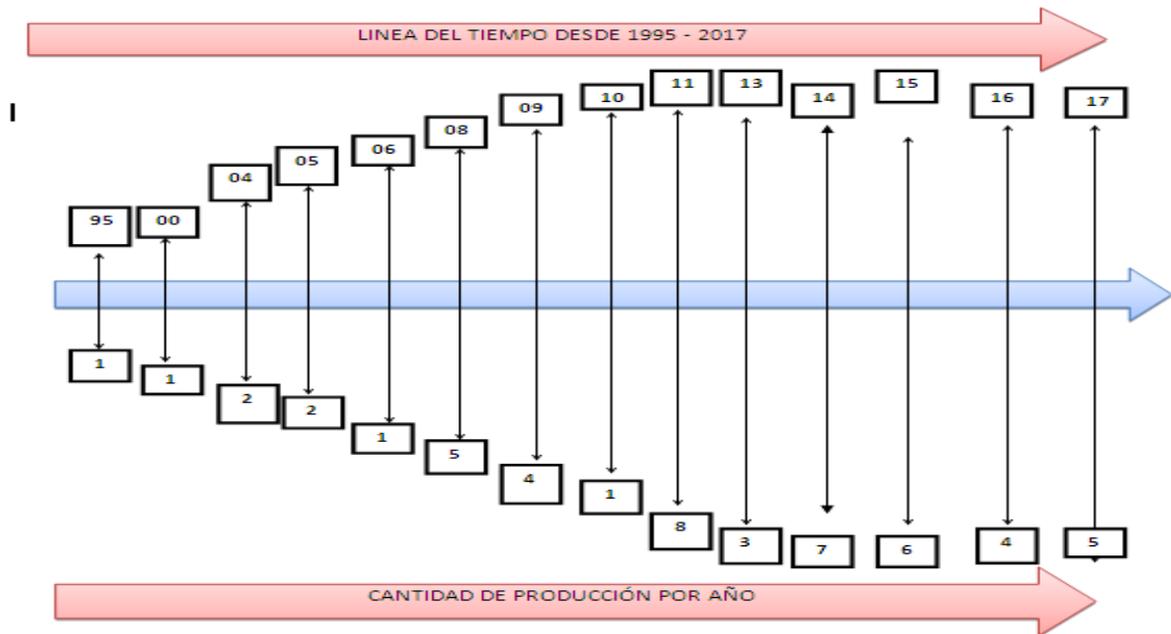
de investigación y se almacenaron en una carpeta, dando un código numérico a cada artículo para facilitar el acceso, lectura y análisis.

Posterior a los pasos mencionados se realizó la lectura crítica y análisis de los artículos, luego se reclasificaron, quedando solo los artículos que aportaban a la temática de interés, seguidamente se construyó una matriz de análisis, que facilitó la triangulación de los aspectos analizados, permitiendo sacar las categorías y subcategorías que se abordan en la monografía. Finalmente se discute cada categoría abordada, para dar lugar a unas conclusiones y recomendaciones.

2. PRESENTACIÓN DESCRIPTIVA DE LA TEMÁTICA

En la revisión documental, como lo define Galeano (2004) “estado del conocimiento, en el cual se recupera sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado sobre un tema”; nos aproxima a material bibliográfico actualizado y a realizar un análisis crítico de este.

En la presente monografía se revisó la producción entre los años 2000 al 2017, también se realizó la revisión de algunos capítulos de un libro que corresponde al año 1995 que a pesar de la antigüedad fue pertinente para afianzar conceptos, estos hallazgos se muestran en la siguiente gráfica:



Gráfica No 2 Línea del tiempo

Se evidencia que en los años donde predomina más producción de investigaciones fue los años 2011, 2014 y 2015 respectivamente.

La estrategia de búsqueda se hizo por medio de las bases de datos de Clinical key, Ebscohost, Ovid, ScienceDirect, Scielo, Google academico, PubMed, lilacs; también se revisaron varios libros de la biblioteca de la facultad de enfermería, acerca de políticas de seguridad del paciente, ética del cuidado, modelos y teorías de enfermería, políticas públicas en salud; en detalle el número total de artículos encontrados en cada una de las bases de datos se especifica de la siguiente manera, en la base de datos Clinical key se encontraron 4 artículos relacionados con el tema, en Ebsco host 5 artículos, en Ovid se encontraron 4 artículos, en PubMed se encontraron 11 artículos, en ScienceDirect 1 artículo, en Scielo 2 artículos, en Google académico 4 artículos, y en Lilacs 4 artículos.

Para la búsqueda de información en las bases de datos se utilizaron los siguientes descriptores: ethics nursing, intervention, critical care. Se revisaron artículos en los idiomas inglés, portugués y español; entre los enfoques del material revisado se encuentran investigación, revisiones sistemáticas, teorías, estados del arte, estudios de caso, talleres de intervención. De los países que más se destacan en abordar el tema de interés están; España con un número considerable de investigaciones en total diez, Brasil con cinco, Finlandia con cuatro, Irán y Estados Unidos con tres en forma respectiva, Suiza con dos, otros países con menor cantidad de investigaciones solo con una por cada país entre los cuales están Colombia, México, Argentina, Chile, Perú, Washington, Cuba, Bélgica, Turquía, Suecia, Irlanda, Canadá y Corea.

Todos los artículos fueron organizados y almacenados en una carpeta y se les designó un código numérico, inicialmente se obtuvo un total de cien estudios que

trataban acerca de la temática a revisar, luego se realizó una lectura crítica para reclasificar aquellos artículos que no tenían una relación directa con el tema de investigación y evitar desvíos del tema de interés, de los cuales se dejaron sesenta.

De los sesenta artículos seleccionados solo se elaboraron un total de cincuenta fichas bibliográficas que permitió sintetizar las ideas centrales (Anexo 1), además facilitó el acceso rápido a la información; seguidamente se consignó la información en una matriz de análisis (Anexo 2), lo que permitió la sistematización de toda la información recolectada a lo largo de la revisión bibliográfica para su posterior análisis; también se asignó una clasificación al material revisado por categorías y subcategorías, lo que finalmente permitió clasificar por capítulos toda la revisión.

Entre las categorías tratadas en la monografía están:

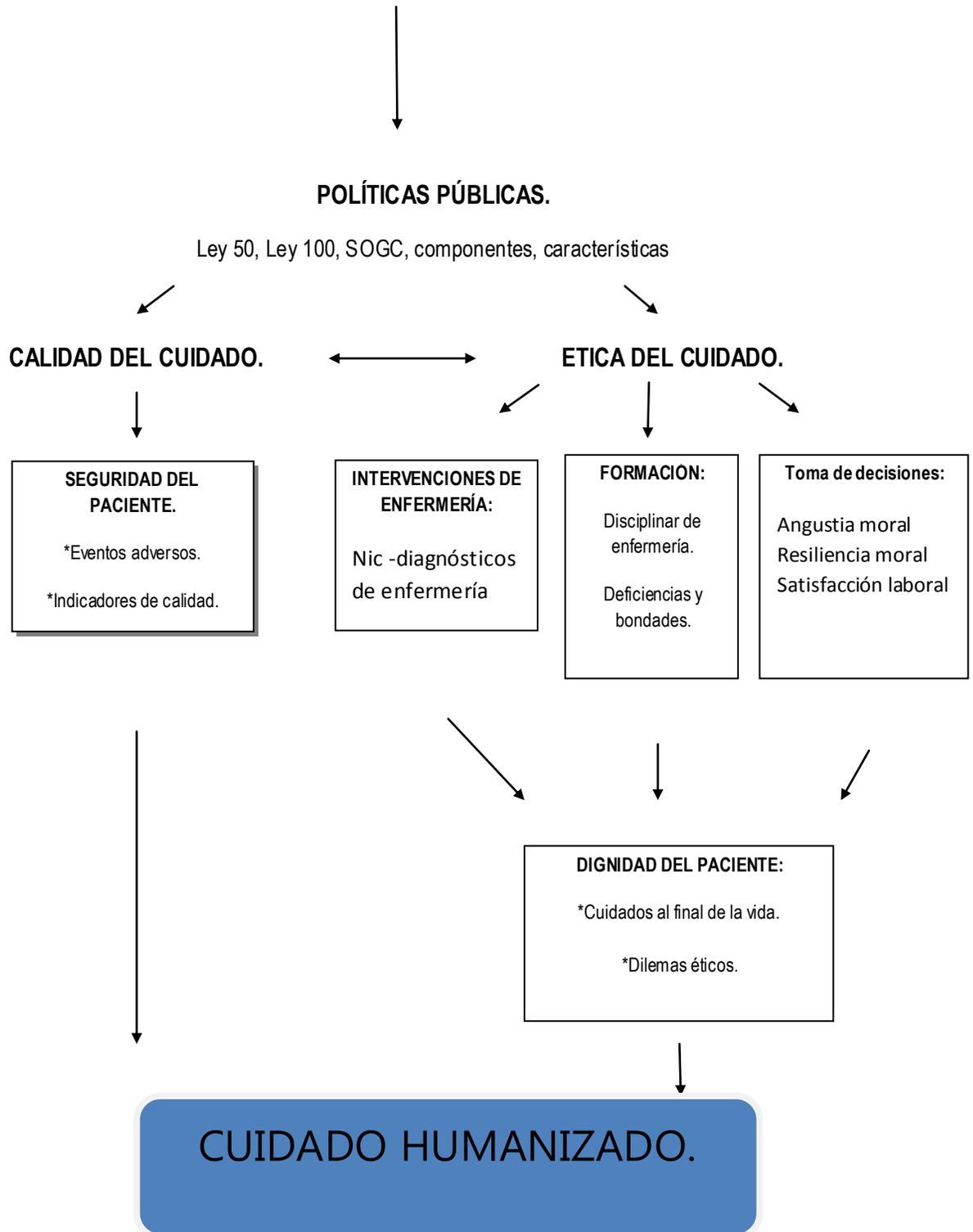
1. Políticas públicas, con las subcategorías ley 50, ley 100, componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, características para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Entre los autores que se destacan en esta categoría, están Franco A, Echeverry M y el Instituto de estudios del ministerio público.
2. Calidad del cuidado, con las subcategorías seguridad del paciente, indicadores de calidad, eventos adversos. Los autores destacados en esta categoría Villarreal E, et al, Delgado M, et al, Malvares S, Malhi Cho, Capella D, Organización mundial de la salud, Mira J, et al, Ayllón N, et al, Jimenez A, et al, Villarroel X, et al, entre otros.
3. Ética del cuidado, se abordan subcategorías como, intervenciones de enfermería, formación en enfermería, toma de decisiones, dignidad del paciente. Los autores de esta categoría Hans J, Stolt M, et al, Fassier T, et al, Bulechek G, et al, Wojnar D, Ayuso D, et al, Gonzales J, Torres C, et al, Alvarado A, entre otros.

Con la estrategia de revisión documental se reconocen los aportes de otras disciplinas o campos del conocimiento que permiten tener una visión amplia en lo concerniente al tema; disciplinas como la Psicología donde se aborda la interrelación con los otros, las respuestas y reacciones de los seres humanos ante determinadas situaciones; desde la ética y bioética se toman en cuenta los principios al actuar con y por los otros, para conservar la dignidad del ser humano; desde las políticas públicas que dicta normas en todo lo concerniente a la calidad de la atención y manejo del entorno; desde la medicina que es una de las profesiones junto con enfermería que están al cuidado permanente de los pacientes, especialmente en el área de críticos. Estas disciplinas se han aproximado al tema debido al impacto que genera en el trato humanizado del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Entre los resultados de la revisión bibliográfica se evidenciaron los principales problemas que vulneran la atención humanizada de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo, en algunas ocasiones se encontraron factores que favorecen el cuidado humanizado y en otros casos se encontraron factores que por el contrario lo entorpecen.

Gráfica No 3 Diagrama de las categorías y subcategorías abordadas

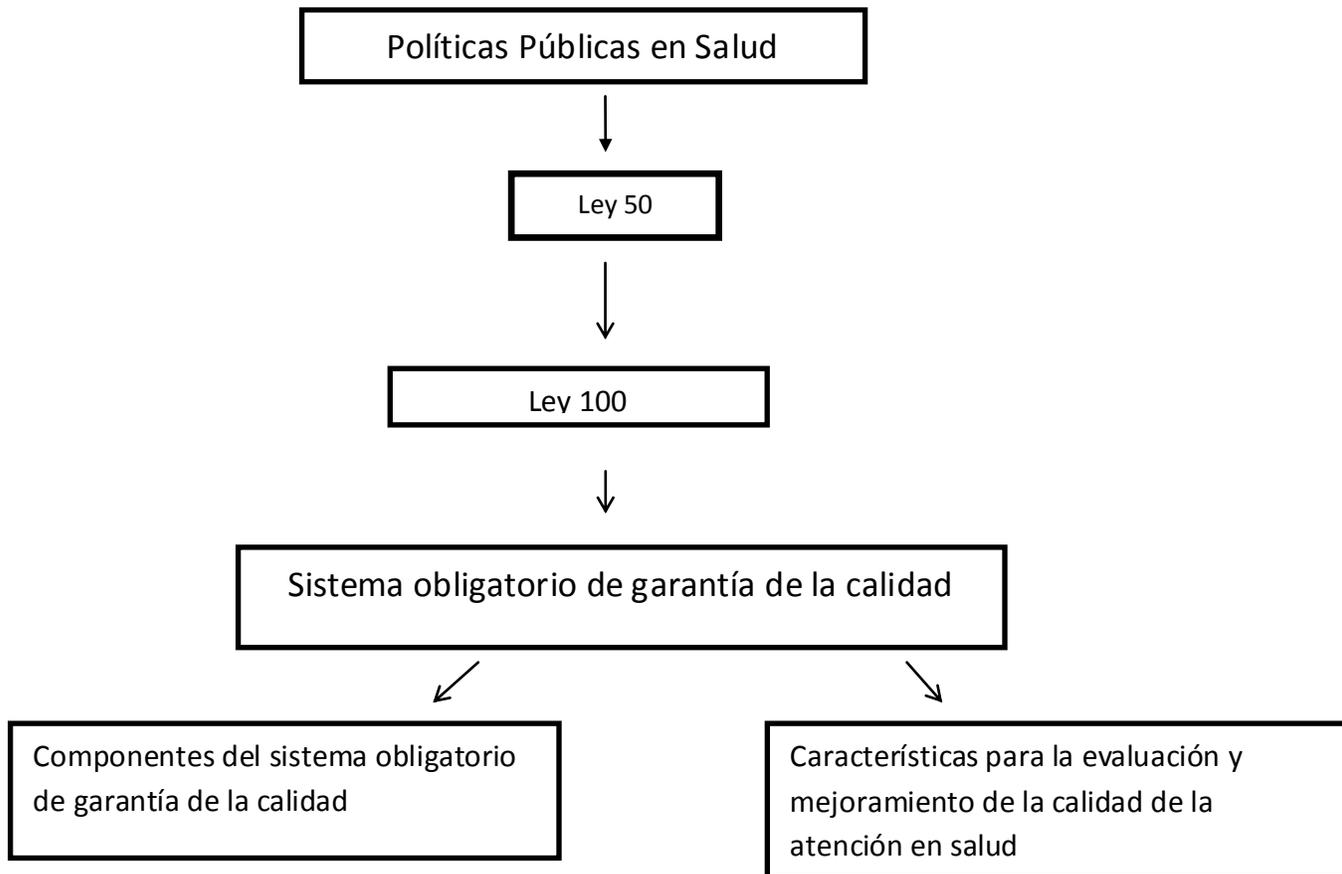
ASPECTOS ÉTICOS QUE MEDIAN EN CUIDADO DE ENFERMERÍA (INTERVENCIONES) EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.



3. ANALISIS INTERPRETATIVO DE LOS DATOS

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Gráfica No 4 categoría políticas públicas en salud



Las políticas públicas en salud se relacionan con la toma de decisiones, con el deber hacer del gobierno para la promoción de la salud, como lo menciona Franco, A. (2010); “las políticas públicas se entienden como la toma de decisiones comunes para un grupo, por medio del uso del poder, bien como búsqueda de respuestas a problemas comunes o como un acto de imposición de la voluntad de unos actores sobre otros”.

Son reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, expresan los objetivos de bienestar colectivo y permiten entender hacia dónde se quiere orientar el desarrollo y cómo hacerlo, evidenciando lo que se pretende conseguir con la intervención pública y cómo se distribuyen las responsabilidades y recursos entre los actores sociales. Las políticas públicas no son solo documentos con listados de actividades y asignaciones presupuestales, su papel va más allá; son la materialización de la acción del Estado, el puente visible entre el gobierno y la ciudadanía.

El desarrollo de los países se ve reflejado en las políticas públicas en salud, es este un factor fundamental a la hora de mirar la calidad de vida; la calidad de vida encierra varias cuestiones del desarrollo del bienestar, en este escrito se hace hincapié en el acceso a la salud como un determinante para la calidad de vida; según Molina, G., Muñoz, I., y Ramirez, A. (Ed.) (2011) “en un mundo con tendencia a la globalización de la economía, del comercio y de las comunicaciones, aún estamos lejos de universalizar derechos como el de la salud, de tal suerte que la garantía de respeto a la dignidad humana, el acceso a la vivienda, al empleo, la educación y la salud para toda la población sin ninguna discriminación, representan un reto para los estados”.

Nuestro país con la constitución política adoptó el estado social de derecho donde la salud hace parte de los derechos fundamentales de cada persona, se debe garantizar el acceso a la salud y a todos los servicios que la persona requiera para conservarla, lo anterior visto desde la utopía, porque cada vez estamos más lejos de ver el cumplimiento de esta anhelada condición. También se afectó el derecho a un trabajo digno, porque en el afán de solucionar la crisis del país, se creó la ley 50 de flexibilización laboral, donde se pretende beneficiar a los empresarios (empleadores) y los empleados sufren consecuencias que afectan la estabilidad de las personas al interior de las empresas.

3.1.1 Ley 50 de 1990:

La Ley 50 de 1990 constituyó el primer paso en la flexibilización al mercado laboral en Colombia, la cual estuvo orientada a facilitar la creación de nuevos empleos porque hizo menos costosa la contratación y los despidos de los trabajadores. Se propiciaron los contratos temporales y el despido de quienes llevaban más de diez años en las organizaciones, además se estipuló la forma de los contratos integrales y se eliminaron los sobrecostos.

Se han generado formas de contratación que hacen parte de la flexibilidad laboral, entre ellas están los contratos por misión de las empresas temporales, los trabajos que realizan los asociados a las cooperativas de trabajo asociado, los contratos a término fijo y los contratos de prestación de servicios profesionales. Las personas son afectadas por la inestabilidad laboral, la discontinuidad en la seguridad social y por los limitados ingresos económicos.

La globalización ha traído la flexibilidad laboral y con ella la pérdida de estabilidad laboral, y para muchos, la calidad del empleo. Este cambio en las relaciones contractuales ha traído unas formas de interacción que inciden en la vida diaria de las personas, en su concepción del trabajo y en su búsqueda agobiante de construir un proyecto de vida respaldado en los ingresos que permite el trabajo, cuando lo permite. Dejan al trabajador en una situación frágil como: la duración limitada del contrato temporal, los salarios que con frecuencia son inferiores y la ausencia de participación en beneficios no salariales, las mayores dificultades en la defensa de los derechos del trabajador y en ocasiones indefensión, las peores condiciones de trabajo, y la probabilidad mayor de prácticas contractuales ilegales o abusivas por parte de las empresas.

El trabajo es una parte importante de la vida de las personas y reducirla solo a la expresión de la urgencia por la sobrevivencia, es un retroceso en el avance de la racionalidad humana y de su proceso mismo de humanización.

3.1.2 Ley 100 de 1993:

Posteriormente con la ley 100 se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) el cual fue pensado para proveer servicios de salud de igual calidad para todos los colombianos, independientemente de la capacidad de pago, se quería alcanzar una gran cobertura de la población, aunque se logró grandes avances, no alcanzó a ser universal.

Se produjo una marcada disparidad, segmentación y fragmentación en el acceso a la salud y a los tratamientos; grupo gestión y políticas de salud. (2013). Dice en la relatoría para el seminario sobre derecho a la salud, acción colectiva y justicia sanitaria, que “se configura el derecho a la salud segmentado en el que se accede a los servicios en salud de manera diferencial según el estrato social de la persona y su capacidad adquisitiva, consolidando el esquema de un subsistema de salud público para población pobre, uno de seguridad social para la población trabajadora, y un subsistema privado de alta complejidad y tecnología para la población con mayor capacidad económica. Se logra entonces si una mayor cobertura pero con grandes diferencias en la atención”.

3.1.3 Componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad:

El sistema general de seguridad social en salud establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad, como lo menciona Molina et al. (2011) este consta de cuatro componentes:

- **Sistema único de habilitación:** conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y se

controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema , las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada.

- **Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC):** mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación. Lo anterior implica, realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; la adopción, por parte de las instituciones, de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.
- **El sistema único de acreditación:** determinado como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de los actores del SGSSS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Su misión es, mejorar la gestión por la calidad de las organizaciones de salud, mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa. Su visión es, ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud. Sus principios son gradualidad, eficiencia y confidencialidad.

- **El sistema de información para la calidad:** es transversal a los demás componentes y se convierte en el eje articulador del sistema de calidad, tiene como objetivos, el estimular la competencia por la calidad entre los agentes del sector y permitir orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los actores institucionales.

3.1.4 Características para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud:

La evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud deben tener las siguientes características:

Accesibilidad: posibilidad del usuario de utilizar los servicios de salud.

Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías; para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Lo que se pretendía era el aseguramiento de toda la población y un estado social de derecho para dar prioridad al bienestar de los colombianos, pero se ve en una posición dominante las entidades prestadoras de salud (EPS) las cuales

intervienen la mayoría de las veces, no para bienestar de los usuarios, sino, para contener costos, dilatar las autorizaciones para la atención, lo que afecta de manera negativa la oportunidad y continuidad la atención. Como lo manifiesta, Grupo gestión y políticas de salud. (2013); “un modelo de desarrollo no es una concepción estrictamente económica; por el contrario, es un campo de disputa donde convergen procesos y visiones antagónicas del estado, de la sociedad, de la política, de la salud, etc.; entre los cuales el componente ideológico del modelo juega un papel clave para su legitimación entre la población”.

Se observa un modelo contradictorio, porque se centralizan los recursos y solo algunos pueden acceder a ellos, lo que genera conflicto social y más pobreza, donde quien tiene más, recibe más y quien tiene menos, recibe menos.

En el 2010 se presenta la llamada emergencia social donde el gobierno nacional trató de reformar el sistema de salud justificando su colapso financiero por la demanda de servicios no POS, demostrando un agotamiento de los recursos, los decretos pretendían instaurar un modelo de mercado a favor de las EPS, limitar los derechos de los pacientes, aumentar las dificultades administrativas y económicas para el acceso a los servicios de salud, y asegurar el pago de los servicios no POS por parte de cada persona por medio de sus ahorros o cesantías.

3.1.5 Discusión:

Se observa un panorama diferente al que inicialmente se pretende con las políticas públicas, donde en teoría el pueblo o la población son los actores principales para ser beneficiados, donde el estado y el gobierno son los responsables de distribuir los recursos de forma equitativa, asegurando el bienestar de los colombianos.

Se evidencia con la flexibilización laboral que en lugar de incrementar las posibilidades de empleo en la población, se genera la precarización del mismo; las

personas cada vez tienen más labores, menos tiempo para realizarlas y menos garantías laborales. No se beneficia al pueblo, sino a los grandes empresarios, con ello afectando cada vez más la calidad de vida y la posibilidad de cumplir los proyectos de vida.

Los empleados de la salud sufren también estas adversidades, las contrataciones son precarias y las condiciones laborales influyen en la prestación de servicios en salud con calidad; estos servicios de salud son prestados a los usuarios bajo condiciones que no son favorables; han reducido los tiempos de atención a los usuarios, las personas no se pueden atender de una forma integral, teniendo en cuenta todo su entorno; se debe limitar la atención a lo básico, con los menores costos posibles, esta situación afecta la salud de las personas, incrementa el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención, y la humanización de los servicios de salud se convierte en una meta cada vez más difícil de lograr.

Se identifica un cambio completo en el sistema de salud en Colombia caracterizado por una distorsión en lo que podríamos llamar premisas; la noción de planificación de los servicios, se modifica hacia una gerencia de los mismos, por lo cual los servicios en salud son organizados sobre esquemas gerenciales y de eficiencia, no sobre las dinámicas y necesidades territoriales; la noción de administración, cambia a economía de la salud, las necesidades en salud son desplazadas por intervenciones costo-efectivas; el valor de universalidad cambia a aseguramiento, adquisición de seguros de salud como el POS y focalización de subsidios estatales únicamente en los sectores más pobres.

Se evidencia que la concepción de justicia distributiva cambia a la noción de distribución de recursos de corte utilitarista, dando lugar a paquetes de beneficios evaluados y actualizados según costo-beneficio; una financiación de la salud que pasa de ser responsabilidad estatal, para convertirse en financiación asumida por los usuarios, derecho a la salud pero a través de la capacidad de pago; se pasa de una perspectiva colectiva al aseguramiento individual.

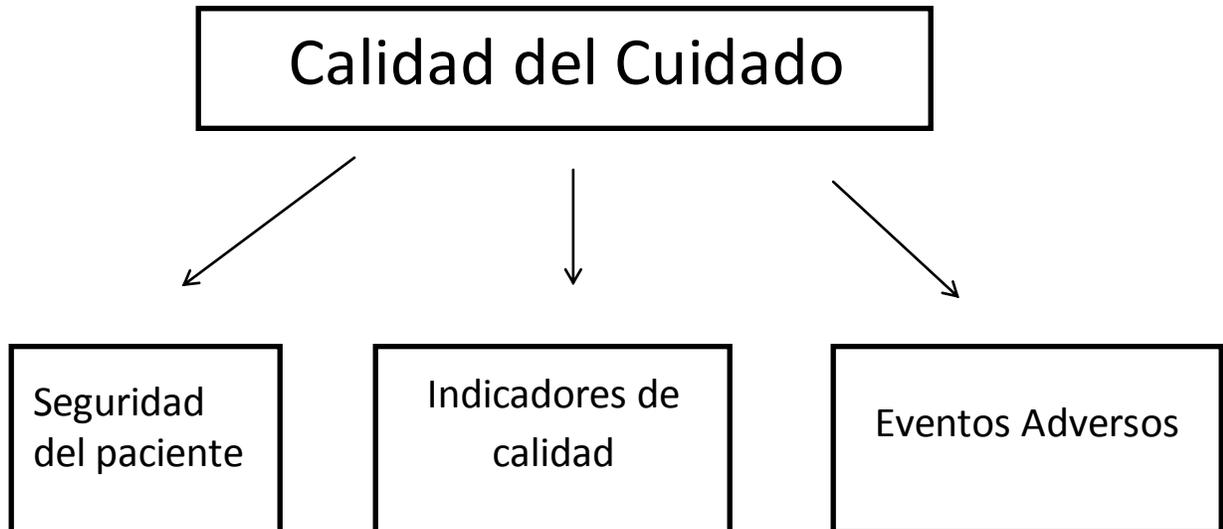
Se han realizado esfuerzos para lograr una calidad de la atención en salud, principalmente se parte de que la atención debe girar alrededor del usuario y se dimensionan tres ejes conceptuales: calidad relacional, donde la atención es centrada en valores humanos, la humanización es la base del servicio; calidad técnico-científica, donde se exige agotar todas las posibilidades terapéuticas en función del paciente; adecuación institucional, contar con una planta física apropiada para la atención.

Como lo expone Molina et al. (2011), “Pese al empeño de los entes de dirección por establecer un marco normativo de garantía de la calidad para la atención en salud, hay situaciones de orden sistémica del SGSSS que afectan la efectividad de la atención sanitaria y no permite alcanzar sus propósitos, en los servicios de salud se incurre en costos superiores a los necesarios por la intermediación y las auditorías, y no se ha logrado satisfacer las necesidades de los usuarios en condiciones de calidad”.

Los profesionales de la salud están en la responsabilidad de evaluar el entorno en el cual se desarrollan hoy en día los servicios, todos los factores que están afectando la prestación de servicios de calidad; estos factores no deben ser invisibilizados, sino por el contrario deben ser estudiados, debatidos y en lo posible intervenidos, buscando mejorar la atención y el cuidado, especialmente en áreas críticas, donde los pacientes están en un mayor grado de vulnerabilidad y el hecho que se niegue o no se pueda realizar determinado procedimiento, solo por dificultades en el sistema de salud, es algo que debe incentivar y promover en el gremio la conciencia de que se deben buscar soluciones a la situación actual del país en el tema de salud.

3.2 CALIDAD DEL CUIDADO

Gráfica No 5 categoría calidad del cuidado



La calidad del cuidado es uno de los mayores logros que se pretenden en la salud, con ello se enmarcan un sin número de esfuerzos y acciones, no solo a nivel individual, sino también colectivo, donde se requiere dedicación de todos: país, instituciones, grupo interdisciplinario de salud y por supuesto que cada individuo adquiera el compromiso de lograr estándares de calidad. Como lo mencionan Ayuso, D., y Fontan, G. (2015), la calidad de la asistencia sanitaria se define como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, sigue los principios de la justicia y está centrada en el enfermo.

Prestar un cuidado centrado en el paciente es lo que garantiza brindar un cuidado integral, se piensa en la persona que está en un grado de mayor vulnerabilidad, para ayudarlo a salir de ese proceso de enfermedad con prontitud, pero también de la forma más segura posible.

González, J. (2015), menciona que la atención que prestan las enfermeras en las unidades de cuidado intensivo debe ser de la mayor calidad posible. En esta perspectiva la calidad tiene dos dimensiones: la calidad técnica y la calidad interpersonal; la calidad técnica persigue lograr los mayores beneficios para el paciente, y evitar riesgos en la atención sanitaria, la calidad interpersonal busca respetar al paciente como ser humano integral y lograr su satisfacción plena.

Para aplicar los conceptos de calidad a las labores del quehacer diario, es fundamental tener en cuenta varios aspectos como son: hacer bien lo que se debe hacer, para ello es necesario tener una serie de conocimientos y calidad técnica; el aspecto que sigue es respetar la individualidad y la dignidad humana a través de las relaciones del personal y su calidad humana, otro aspecto es prestar cuidados y atención con un apropiado consumo de recursos, dado que la eficiencia es necesaria en el entorno de calidad.

Malvárez, S., y Rodrigues, J. (2011); definen el control de calidad; como todos los mecanismos, acciones y herramientas que utilizamos para detectar la presencia de errores; el aseguramiento o garantía de la calidad se define como el esfuerzo total para plantear, organizar, dirigir y controlar la calidad en un sistema con el objetivo de dar al cliente productos con la calidad adecuada, asegurar que la calidad sea lo que debe ser.

Uno de los principios básicos de la calidad es la prevención y la mejora continua. Esto significa que la calidad es un proceso dinámico y un proyecto interminable, cuyo objetivo es detectar disfunciones tan rápido como sea posible para evitar que sucedan eventos adversos o una vez que se presenten, implementar planes de mejora que garanticen que se disminuya su ocurrencia.

3.2.1 Indicadores de Calidad:

En las unidades de cuidados críticos es prioritaria la monitorización de indicadores de calidad para garantizar una asistencia segura y correcta, detectando áreas de mejora de forma continua, con el objetivo de minimizar las complicaciones asociadas a la asistencia y los cuidados.

La monitorización de los indicadores de calidad del paciente crítico permite evaluar el cumplimiento del indicador, comparar los resultados con los estándares establecidos, y en el caso de detectar problemas, analizar sus causas y poner en marcha estrategias de corrección, con la finalidad de cerrar el ciclo completo del sistema de monitorización. También es una forma al interior de las instituciones de incrementar la calidad, fijando cada vez metas más estrechas para cumplir y así lograr estándares de calidad más superiores; el servicio calificado con estándares de calidad altos, proporciona en el medio credibilidad a las instituciones y el personal que en ellas labora es percibido como un recurso invaluable.

Ayuso et al. (2015), expone como La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMIYUC) ha liderado de forma multidisciplinar el desarrollo de políticas de calidad y seguridad del paciente grave, elaboro los indicadores de calidad del enfermo crítico, de los cuales se eligieron por consenso un total de 20, que fueron considerados como más relevantes o básicos para la especialidad, entre los indicadores más relevantes relacionados con los cuidados de enfermería son:

1. La monitorización de las retiradas accidentales de dispositivos, este es considerado un indicador clave para conocer la calidad de cuidados que se proporciona por parte de los profesionales de enfermería.
2. Caídas del paciente en UCI, en esta área todo paciente tiene riesgo de caídas, una caída puede suponer una complicación muy grave, por tanto un adecuado control, vigilancia y prevención es clave.

3. Úlceras por presión, se debe realizar una valoración del riesgo, luego protocolizar y estandarizar las medidas de prevención, con el objetivo de minimizar el efecto de la presión como causa de úlceras por presión, las lesiones asociadas a la humedad no son una consecuencia inevitable de la incontinencia, sino que pueden ser prevenibles siendo reflejo de la calidad de los cuidados.

4. Monitorización del dolor, en la actualidad se considera un parámetro de calidad indiscutible el hecho de que nuestros pacientes no sufran dolor, es necesario establecer un procedimiento de monitorización del dolor que incluya la evaluación y su tratamiento en el paciente crítico.

5. Infección nosocomial, es uno de los problemas más costosos, además potencialmente prevenible, a los que se enfrentan los pacientes, el personal de salud y las instituciones sanitarias.

6. Monitorización y control de efectos adversos, los errores y los acontecimientos adversos, son frecuentes en los servicios de medicina intensiva.

La monitorización de indicadores relacionados con la seguridad del enfermo facilita el reconocimiento y permite identificar muchas de las condiciones latentes y acontecimientos adversos.

3.2.2 Seguridad del paciente:

La seguridad es un estado donde los riesgos y las condiciones existentes que conducen al daño físico, psicológico o material son controlados o erradicados, con el fin de preservar la salud y el bienestar de las personas. Ayuso et al. (2015), definen la seguridad del paciente en sentido estricto, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud. Es la prestación de asistencia sanitaria libre de riesgos y peligros evitables.

Para tener una atención en salud más segura es necesario un aprendizaje continuo sobre cómo interactúan los diferentes componentes del sistema, conocer y vivenciar el impacto real que genera poner en práctica aquellas estrategias que han evidenciado su efectividad para reducir la incidencia de errores, aumentar la posibilidad de detectar fallas cuando estas ocurren y palear sus consecuencias.

Malvárez, S., y Rodrigues, J. (2011) nos presentan la definición de la OMS donde la seguridad de los pacientes es la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, el ministerio de sanidad y política Social y la Secretaría General técnica (2008), resaltan estudios que ponen de manifiesto la relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la seguridad del paciente. Estudios llevados a cabo en diferentes países que sugieren que una provisión adecuada de personal de enfermería y un apoyo organizacional a las enfermeros/as son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente; entre los resultados más relevantes de estos estudios se encuentra que en los hospitales con altos ratios paciente - enfermera(o), los pacientes quirúrgicos presentaron tasas más altas de mortalidad ajustada por riesgo mensual, y mayores tasas de mortalidad por complicaciones.

Contar con profesionales mejor formados produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte. Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería, dado que los estudios establecen la importancia de la organización de los servicios de prestación de cuidados en los resultados de los pacientes.

Malvárez et al. (2011), enuncian que el paciente es el receptor de los cuidados de salud, y que la seguridad requiere situarse como un tema transversal a la acción de cuidar, a la construcción teórico-práctica de la enfermería, al diseño e implementación de planes de estudio en la formación básica y de postgrado, a la educación permanente en servicio y a la gestión de servicios de enfermería con el objeto de avanzar hacia el cuidado seguro.

En 2011 la Organización Mundial de la Salud difundió una serie de recomendaciones para que los planes de estudios de las disciplinas sanitarias facilitaran a los estudiantes la adquisición de competencias en materia de seguridad del paciente, diferentes países han tomado la iniciativa sobre cómo enfocar la formación universitaria en seguridad del paciente y cómo evaluarla. En la mayoría de los casos esta formación se ha realizado mediante seminarios en los últimos años de los estudios.

3.2.3 Eventos Adversos (EA):

El objetivo principal de la asistencia es hacer el bien al paciente; sin embargo, el avance científico y tecnológico ha traído consigo una creciente complejidad de los sistemas sanitarios que puede favorecer la proliferación de errores y eventos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

Es importante que el personal de la salud tenga presente la diferencia entre incidente y evento adverso:

Como lo define Capella, D., Bloomfield, A., Donalson, S., y Ramon, S. (2011), se trata de un incidente cuando un evento o circunstancia ha podido ocasionar un daño innecesario al paciente, pero el daño no se materializa, y se habla de incidente relacionado con la seguridad del paciente. Si el incidente produce daño al paciente, hablamos de un evento adverso, en este caso se produce lesión,

daño, incapacidad o muerte relacionada con el proceso asistencial, es un suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas, perdurables o no, para el paciente o la propia institución y que es consecuencia de la atención sanitaria.

Los eventos adversos son por lo general inevitables, es decir, no se pueden prevenir o evitar de acuerdo con el conocimiento y los recursos disponibles. En el caso de aquellos que se pueden prevenir y para los que se puede estar preparado, pero ocurren, se habla de eventos evitables o prevenibles, se deben a un error o fallo en el sistema. Es por esto que se debe conocer y aprender de los errores y fallos, con el fin de enfocarse en la seguridad clínica, dimensión esencial de la calidad asistencial.

Hay formas diferentes de abordar los eventos adversos en las instituciones; Capella et al. (2011), muestra que existen dos modelos para explicar los errores o fallos sobre el paciente y abordar las actuaciones dirigidas a reducir los riesgos asistenciales; uno es el que se centra en las personas y considera que son las personas la causa de que exista un incidente; el otro es el modelo centrado en el sistema, donde el problema radica en la deficiencia del sistema, como está conformado, la adherencia a los protocolos institucionales, entre otros.

El principio que rige este modelo es el de no hacer daño, Lo más importante cuando surge un problema no es quién, sino qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y cómo se podría haber evitado. El conocimiento de los eventos adversos y de los factores que contribuyen a su aparición, son el cimiento de la seguridad del paciente y del trabajo hacia la construcción de la cultura de seguridad, las mejores instituciones de salud no son en las que no se presentan errores, por el contrario son aquellas que detectan los errores y hacen algo para solucionarlos, y están dispuestos a evaluar su práctica, porque están preocupados por la mejora continua.

Jiménez, A., Muiño, A., Quintás, A., Pinilla, B., Durán, M., y Rodríguez, M.(2008), resaltan que es necesario reconocer la existencia de los riesgos en la atención en salud, identificarlos, analizarlos en función de su frecuencia, de su gravedad y de sus causas, con el fin último de establecer mecanismos de control y seguimiento.

Se encuentra un escollo importantísimo, que probablemente guarde relación con los cambios culturales acaecidos en las sociedades, hemos pasado de considerar los eventos adversos como el mal menor del avance científico, a una criminalización de los errores médicos; esto ha creado, a su vez, un ambiente desfavorable en cuanto a la gestión de riesgos en el mundo sanitario, siendo justamente la creación de una cultura positiva en materia de seguridad el paso inicial para la minimización de los riesgos.

Villarreal, E., Lozano, W., Mendoza, S., Montenegro, N., y Olarte, A. (2014), hablan acerca de la problemática emergente de los eventos adversos, como constituyen un problema de salud pública por la mortalidad que causa, el incremento de discapacidades y de los altos costos que representa para los usuarios del actual sistema de salud.

La ocurrencia de eventos adversos pone en peligro la vida de los seres humanos, debido a que empeoran su condición, produce sobre costo y al profesional le genera sobrecarga laboral y afectiva; si existe una cultura positiva en cuanto a seguridad de los pacientes ésta se convertirá en un factor protector, tanto para los pacientes, como para el equipo interdisciplinario, disminuyendo los niveles de ansiedad y de estrés en todo el equipo de salud.

Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Cavallo, E., Zarate, R., Vargas, R., y De las Salas, R. (2016), señalan que en las unidades de cuidado intensivo se deben identificar los eventos adversos y los factores que con mayor frecuencia desencadenan su aparición, para así poder establecer planes de mejoramiento que aporten al cuidado de la salud. Estos factores desencadenantes se clasifican en: intrínsecos (relacionados directamente con el paciente), extrínsecos

(relacionados con el tratamiento y el cuidado intrahospitalario, según el manejo terapéutico y uso de dispositivos) y, del sistema institucional (constituidos por el recurso humano, nivel de formación y capacitación, determinados por errores en los procesos, el equipo de trabajo, los equipamientos y los lineamientos institucionales).

Existen diferentes formas de analizar los eventos adversos que ocurren al interior de las instituciones; entre ellos se encuentran:

1. Causa – raíz: Es una metodología de análisis basada en los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error. Parte del principio de que todo evento adverso se origina en una causa raíz que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis. Su práctica se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas raíz, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato y al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimice.

2. Método de ancla: Analiza y clasifica (ANCLA) los eventos adversos que pueden tener origen en cualquier nivel de la organización. En su implementación, considera dos fases; una de aproximación inicial, en la cual se clasifica el evento y se obtiene información y una segunda, en la cual se investiga el evento (aplicación del método), se documenta y se hace un reporte final.

3. Protocolo de Londres: Mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal), para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

3.2.4 Discusión

Los pacientes al ingresar al hospital están expuestas a demasiados riesgos, es por ello que a nivel mundial la calidad del cuidado es una meta que se han trazado las instituciones de salud y para lograrla es necesario no solo querer, sino que también es necesario invertir tiempo y recursos, en infraestructura, dotación de los servicios y capacitar el recurso humano. Cuando en las instituciones se crea la cultura de seguridad es necesario que sea a todo nivel, que cada integrante del sector salud también trabaje en ello, es un logro que se da paso a paso, se construye con el compromiso de todos; es prioritario resaltar la importancia del recurso humano para el cuidado de los pacientes, siendo el recurso humano uno de los principales actores de la creación de un sistema de salud seguro, mediante el entendimiento y compromiso de llevar a la práctica todo lo concerniente a la cultura de seguridad.

Los indicadores de calidad son una estrategia que dan cuenta del servicio prestado y ayuda a las instituciones a estar vigilantes sobre los fallos que se están cometiendo, para realizar intervenciones reales y planes de mejora que contribuyan a prestar un cuidado seguro, y que los riesgos o peligros a los que están expuestos los pacientes no se materialicen en eventos adversos. Cuando surge un problema en la calidad del servicio prestado, es necesario abordarlo de una manera holística, realizar su análisis con algunos de los métodos que permiten tener una visión amplia de los sucesos, para poder establecer mejoras ajustadas a la realidad de cada institución de salud.

La Organización Mundial de la Salud (2008), en la investigación realizada en seguridad del paciente nos indica que es principalmente investigación orientada a la acción. Dice que si los resultados de la investigación no se utilizan para mejorar la asistencia en beneficio de los pacientes, aquella tiene muy poca utilidad.

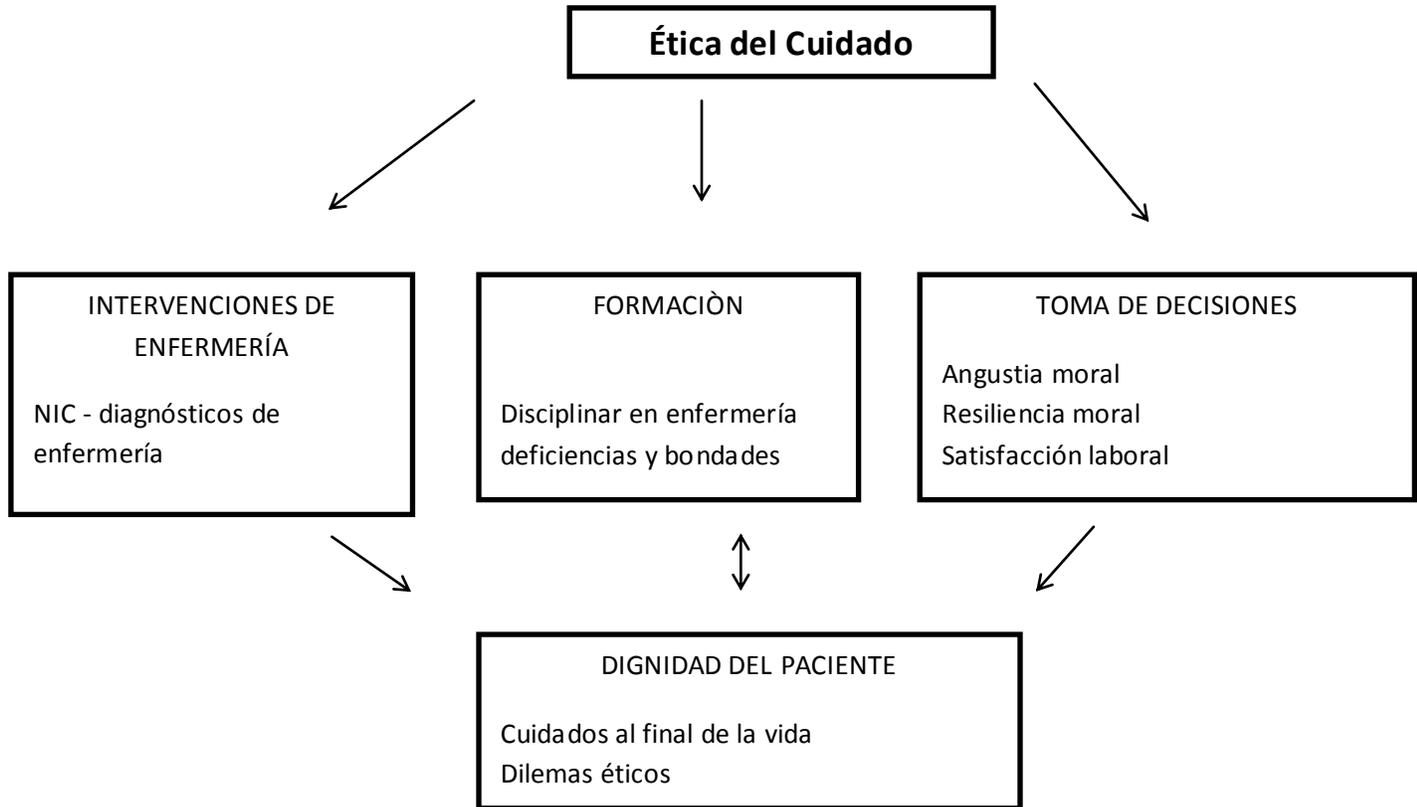
Por esto, se debe comprender cuál es la mejor manera de sintetizar y comunicar eficazmente los resultados de la investigación para influir en la modificación de prácticas y políticas sanitarias de manera que se mejore la seguridad de la atención. La Alianza Mundial ha encargado un estudio para determinar la carga mundial de discapacidad y daño provocado por la atención insegura a fin de proporcionar información que permita a los gobiernos la adopción de medidas frente a esta epidemia silenciosa, hasta ahora insuficientemente estudiada y en gran parte ignorada.

La falta de calidad de los servicios de salud es un tema de interés en salud pública, como se menciona en el párrafo anterior hay una gran carga de discapacidad y daño aunque no se conoce a ciencia cierta cuál es el valor real, porque muchas de las investigaciones de atención segura se realiza principalmente en países desarrollados, donde las condiciones de atención son diferentes a las de países en desarrollo, donde muy seguramente el valor de la discapacidad y daño puede ser más elevada; según éste panorama es necesario que se adopten políticas públicas que intervengan ésta situación, no solo estableciendo normas y leyes, sino también invirtiendo, apoyando y adquiriendo el compromiso de mejorar la prestación en salud, para brindar un cuidado seguro y por ende humanizado en las instituciones sanitarias.

En las unidades de cuidado intensivo los riesgos de sufrir un evento adverso son mayores, debido a la complejidad que en estas áreas se maneja, es por ello que se requiere un equipo de salud absolutamente dispuesto, bien entrenado y muy bien articulado. Para evitar errores, es necesario una buena comunicación con todo el equipo, cuando se hallen falencias o riesgos, se debe divulgar en forma pública, para crear barreras y mejorar el entorno, así este será más seguro. La adopción de una cultura de seguridad es una estrategia que permite impactar de forma positiva en la calidad del servicio brindado.

3.3 ETICA DEL CUIDADO

Gráfica No 6 categoría ética del cuidado



Alvarado, A. (2004), se acerca a la definición de la ética del cuidado, realizando la siguiente reflexión: ésta se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos, y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros. Para ella, el compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás; si vemos una necesidad, nos sentimos obligadas a procurar que se resuelva.

Enfermería tiene como eje central el cuidado, entendido este como el gran interés de proteger, promover la vida y la dignidad, y se basa en satisfacer las necesidades del otro, generando así grandes sentimientos de bienestar, tanto para quien recibe los cuidados como para quien los brinda. Es a través de la ética del cuidado como podemos revestirnos de humanidad y ponernos en el lugar del otro, realizar reflexiones que permitan modificar la praxis en cuanto al cuidado brindado.

Para hablar de ética del cuidado es necesario definir todo lo que abarca la palabra cuidar; Wojnar, D. (2015), toma la definición de la teórica de enfermería Swanson quien afirma que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera.

Se brindan cuidados humanizados al conservar las siguientes premisas:

1. Mantener las creencias, es decir, mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y de enfrentarse al futuro, teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar un significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación.
2. Conocimiento, es esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.
3. Estar con, significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada, se refleja en los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente.

4. Hacer por, significa hacer por otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia, y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad.

5. Posibilitar, es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acontecimiento, informando explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y dando retroalimentación.

Cuidar es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Cuando al cuidar se tienen presentes las premisas antes mencionadas, permite al paciente sentirse respetado, tenido en cuenta, y se logra una atención centrada en el paciente.

Desde esta óptica, se puede traer a colación lo que menciona Alvarado, A. (2004), el profesional de enfermería tiene la obligación de capacitarse, para adquirir los conocimientos y habilidades que le permitan discutir o apoyar procesos relacionados con la práctica ética de las profesiones de salud.

Por tanto, la responsabilidad de la enfermera, en el desarrollo de los aspectos éticos en la atención en salud, va más allá del nivel individual, trasciende al ámbito interdisciplinario y busca siempre el bienestar del paciente, aboga por los derechos de las personas a quienes cuida, para asegurar que sus necesidades sean atendidas en forma eficiente y humanizada.

A nivel de las instituciones de salud si se fomenta un clima de comportamiento basado en la ética, es posible lograr una atención humanizada; como lo argumenta Asgari Sh, et al. (2017), el clima ético es parte de la cultura organizacional que afecta no solo a la dimensión ética de los empleados, sino también su eficiencia laboral. El clima ético es la percepción de los individuos de cómo se manejan los problemas éticos en su entorno laboral.

La mejora del clima ético puede ser esencial para proporcionar una mejor atención de enfermería y aumentar la seguridad del paciente, un clima ético mejorado ayuda a disminuir los errores en enfermería.

3.3.1 Formación en Ética:

El conocimiento que se adquiere en la academia de temas diversos son necesarios para ejercer las actividades diarias con competencia técnica, pero también es fundamental que el personal de la salud tenga formación y competencias en el campo de la bioética, porque de ella se deriva todo lo demás; si un profesional tiene competencias en bioética, es conocido que para realizar determinadas intervenciones debe estar en la completa capacidad de realizarlas, de lo contrario estaría incurriendo en una falta a su formación ética.

Es posible afectar la ética de las prácticas en salud a través de profesionales y estudiantes, así lo argumentan Baykara, Z., Demir, S., y Yaman, S. (2014), la educación en ética es un proceso que apunta a permitir que los profesionales que trabajan en el campo de la salud conciben el papel de los valores morales en sus relaciones con las personas a quienes sirven, la sociedad en la que viven, sus colegas y otras disciplinas de la salud y la importancia de dichos valores en su identidad profesional. Los estudiantes adquieren conocimientos y habilidades en el campo de los derechos humanos, los derechos del paciente, el valor de un ser humano, el valor de un individuo, los valores individuales, conflictos de valores, violaciones éticas, dilemas éticos y proceso de decisión ética durante las conferencias sobre ética.

El conocimiento de la ética prepara el terreno para la sensibilidad moral en un campo profesional, la sensibilidad moral permite que el conocimiento de la ética se implemente en un área de aplicación. En consecuencia, si un estudiante de

enfermería tiene una sensibilidad moral avanzada, puede distinguir mejor las violaciones éticas en el campo profesional.

Los profesionales de la salud reciben dentro de su formación académica las bases de los principios éticos; Cometto, M., y Filippini, O. (2011) mencionan que en el ámbito de la bioética siguen utilizándose los cuatro principios que son una forma de afirmar los derechos fundamentales de la vida (no maleficencia y beneficencia), libertad (autonomía), y equidad (justicia). El principio de no maleficencia, donde lo primero es no dañar, abstenerse de realizar intencionalmente acciones que puedan producir daño, además extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos. Beneficencia, significa hacer el bien, promover y buscar el bien, así como también evitar y prevenir el daño. Autonomía, consentimiento voluntario del sujeto, es sobre todo una exigencia moral, más que legal. Justicia, no es que todos deben recibir lo mismo, sino que cada cual debe recibirlo de manera proporcionada a lo que es, a lo que merece, a lo que tiene derecho; un trato justo es cuando es equitativo y merecido.

Es mandatorio resaltar la importancia que cumplen los códigos deontológicos en la práctica profesional, ya que son el conjunto sistematizado de normas mínimas que el mismo grupo disciplinar comparte y al que se compromete. Estos códigos son instrumentos útiles que ayudan a la toma de decisiones por parte de las enfermeras de una manera libre e informada, haciendo públicas las normas, estimulando la conciencia moral y protegiendo a los usuarios.

El lente del comportamiento moral se desarrolla fomentando en los estudiantes los principios éticos, competencias que los hacen éticamente aptos para la práctica. Como lo menciona Begley, A. (2006) es necesario realizar la distinción entre Enseñanza de la ética, es decir, facilitar la adquisición teórica y comprensión de conceptos éticos, y la enseñanza de la virtud, la cual es más profunda porque facilita el desarrollo moral, sabiduría práctica y excelencia de carácter (virtud moral), para que el profesional pueda hacer juicios éticos en la práctica. La

enseñanza de la virtud se trata influenciando corazones y mentes, y requiere un enfoque dinámico y sensible que va más allá.

En la educación sanitaria, no hay duda de que se puede enseñar ética teórica, enseñar enfoque de los cuatro principios y los estudiantes pueden aprender estos y aplicarlos tan bien, como pueden aplicar los signos y síntomas de enfermedades o fórmulas para calcular dosificaciones de medicamentos; pero no solo se debe enseñar las reglas y principios de una buena enfermería, para nutrir a los estudiantes, sino también enseñar a que realicen bien su función, mostrando excelencia de carácter y sabiduría en la práctica, es necesario alimentar la sensibilidad moral desde temprano para lograr un buen profesional.

Hay una necesidad de desarrollar en la academia nuevos estándares para formar profesionales éticos, Choe, K., Song, E., y Kang, Y. (2013) nos dice que los métodos tradicionales de educación ética, enseñan a los estudiantes de enfermería la ética necesaria, vocabulario y conceptos (principios éticos, juicios, métodos de análisis, personalidad, virtudes y emociones), y luego cómo aplicar este enfoque teórico integral, sin embargo, la educación ética, incluidos estos métodos tradicionales, debe abordarse sobre la base de una comprensión de la cultura de jóvenes estudiantes de enfermería.

Lo anteriormente expuesto depende no solo de la educación institucional con respecto a bioética, sino también información sobre bioética transmitida a través de una variedad de medios, como televisión, Internet, noticias, juegos médicos y dramas. Además, los teléfonos inteligentes y las tabletas han llevado a innovadores cambios en la enfermería al convertirse en fuentes de las cuales los estudiantes de enfermería pueden adquirir fácilmente información sobre el terreno. Estos cambios se pueden usar activamente en la enseñanza de bioética a estudiantes de enfermería, además se pueden iniciar discusiones después de ver una escena de un dilema o un drama ético, las innovaciones deben desarrollarse

para atraer la atención y el interés de los estudiantes de enfermería, así como también motivarlos.

La educación bioética debe ser desarrollada de acuerdo con la ciencia y la tecnología progresiva con el fin de ofrecer la mejor educación para futuras enfermeras. La educación requiere maestros con la habilidad de ir más allá de la enseñanza de la teoría, en otros términos se debe facilitar el aprendizaje a través de ejemplos, a través de experiencias, historias y casos.

En cuanto a las deficiencias en la formación Choe. et al. (2013), señala que la bioética en la ciencia de enfermería solo ha sido parte del estudio de ética, en lugar de un campo académico independiente. Por tanto, los expertos con un nivel apropiado de actualización aún faltan; una baja proporción de educación bioética se centra en la enfermería, y hay una falta de capacitación y experiencia para educar a los profesores de enfermería como expertos. La educación bioética desempeña un papel importante en la formación de los valores éticos y la capacidad de juicio moral de los estudiantes enfermería.

El actuar de la enfermera puede y debe ser amparado por conocimientos teóricos que afirmen la calidad de los cuidados hacia el beneficiario, tomando disposiciones establecidas en teorías, de manera tal que sea respetado como profesional, con conductas comprometidas con el cuidado frente a la humanidad.

Un ejemplo sería como lo enseña Escobar, M. (2014), aplicando la Teoría de Bioética Sinfonológica de Gladys Husted y James Husted, donde se habla sobre iniciativa. La teoría es entendida como la capacidad de la enfermera y el paciente de trabajar por un mismo objetivo, en este caso la recuperación del paciente; se tiene en cuenta el contexto, que es la forma como todos los hechos están relacionados en un momento determinado. El entorno – acuerdo, se conoce como un estado compartido de conciencia, en el que ambas partes apuntan a la construcción del mismo objetivo; éste se logra interactuando y compartiendo el conocimiento acerca de la situación.

Otra teoría que propone Escobar, M. (2014) es la teoría de Kristen Swanson que plantea los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos; primero, los conocimientos que se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo, las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero, las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto, las acciones de los cuidados dados, quinto, las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional.

Enfocar los cuidados de enfermería desde teorías, permite realizarlo no solo de una forma organizada, sino también realizarlo de una forma holística, porque se tiene en cuenta al ser humano en todos los aspectos, físico, psicológico, relacional; no se fragmenta para cuidar solamente patologías, el cuidado que se brinda enfocados en teorías, es un cuidado más integral.

3.3.2 Toma de decisiones:

El entorno del paciente crítico es extremadamente complejo; allí en los servicios de Medicina Intensiva existen un sin número de factores como la gravedad de los pacientes, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, entre otros, que exigen al personal priorizar la toma de decisiones en cuanto a la atención de los pacientes, lo cual debe realizarse en el marco propio de la ética, ya que afectan a la vida humana, tienen influencia en el bienestar de los pacientes, de las familias, de las comunidades y en el equipo de salud.

Es necesario establecer una ruta de discusión, debate y deliberación a través del diálogo, argumentada y teniendo siempre presente y en sintonía la voz, los

principios, creencias y razones de los propios usuarios del sistema de salud y sus familias.

Younjae, Oh. y Gastmans, Ch. (2013), mencionan como las enfermeras están expuestas a sufrir problemas morales durante la realización de sus actividades diarias; con frecuencia el personal de enfermería toma decisiones éticas en el curso de su trabajo, aunque no siempre sean conscientes de hacerlo; también como defensoras de los pacientes, apoyan a los que sufren los resultados de elecciones éticas realizadas por otros colegas, por el equipo médico o por sus familias, las funciones y responsabilidades algunas veces contradictorias; pueden desencadenar que las enfermeras experimenten problemas morales y desarrollen angustia moral, lo que conduce a una serie de situaciones desfavorecedoras para la atención.

La angustia moral es definida por Younjae, Oh. y Gastmans, Ch. (2013), como sentimientos negativos que surgen cuando se conoce la respuesta moralmente correcta a una situación, pero no se puede actuar en consecuencia debido a restricciones institucionales o jerárquicas. Otra definición de angustia moral es el desequilibrio psicológico y el estado de los sentimientos negativos experimentados cuando una persona toma una decisión moral pero no cumple con el comportamiento moral indicado por esa decisión.

El sufrimiento moral tiene efectos sistémicos; es decir, afectan todo el ser, influyen en la autoestima de las personas afectadas; la angustia afecta las relaciones personales, produce además sentimientos de depresión y síntomas físicos como palpitaciones, diarrea y dolores de cabeza.

Este fenómeno del sufrimiento moral, es experimentado en el entorno de cuidados críticos, como lo describe Beumer, C. (2008), donde menciona que las personas que presentan angustia o sufrimiento moral, pueden experimentar también agotamiento e insatisfacción laboral y dejar la profesión. Hay dos tipos de angustia moral, inicial y reactiva; la angustia inicial implica sentimientos de frustración,

enojo y ansiedad que las personas experimentan cuando se enfrentan con obstáculos institucionales y conflictos con otros sobre valores; la angustia reactiva, es la angustia que las personas sienten cuando no actúan sobre su angustia inicial.

Las enfermeras se desempeñan en un área que las hace vulnerables a la angustia moral. Younjae et al. (2013), menciona que cuando enfermería percibe que el cuidado carece de fundamentos sólidos o un clima ético negativo, ello contribuye a la frecuencia e intensidad de la angustia moral, las respuestas psicológicas a la angustia moral, la frecuencia e intensidad están significativamente relacionadas con el agotamiento emocional y la despersonalización, dos de los tres componentes del síndrome de burnout.

El agotamiento emocional ocurre cuando la evaluación de una persona, de los factores estresantes ocupacionales, excede su capacidad de afrontamiento o cuando entran en conflicto con los valores y el sistema de creencias de la persona, de modo que no puede cognitivamente conciliar los factores estresantes o hacer frente.

Los signos y síntomas asociados con la angustia moral incluyen falta de buena atención física, pérdida de capacidad de cuidar, evitar el contacto con el paciente, problemas físicos y psicológicos, los problemas físicos asociados con angustia moral puede incluir la pérdida de sueño, comer en exceso y abuso de alcohol; en un nivel interpersonal, los signos y síntomas de sufrimiento moral son comunicación deficiente, falta de colaboración, actitud defensiva y falta de confianza. La angustia moral ha sido identificada como una razón para cambios de trabajo dentro de la profesión y para dejar la profesión de enfermería.

La angustia moral está vinculada a dejar la profesión como un mecanismo de afrontamiento negativo; cuando los profesionales experimentan problemas morales a largo plazo los sistemas de salud sufren efectos nocivos, tales como el abandono de la institución de enfermería, el abandono de la profesión de las

enfermeras o el cambio de enfermeras a trabajos menos estresantes. Sin embargo, si las personas enfrentan la angustia moral con éxito, la transformación personal y el crecimiento se pueden lograr. Prestando atención a todos los aspectos de las condiciones estructurales en el que surge la angustia moral y requiere el reconocimiento de que dicho estrés puede resolverse.

La capacidad de identificar el sufrimiento moral y las estrategias para lidiar con situaciones que causan angustia moral podría aliviar o disminuir el estrés, Younjae et al. (2013), nos describe que para ayudar al personal a sobrellevar problemas morales, un equipo realizó talleres, donde enseñaban a identificar y enfrentar esta angustia. Los talleres consistían en discusiones sobre situaciones angustiantes en la unidad de cuidados intensivos, información didáctica sobre la angustia moral, la formulación de un plan individual para reducir el estrés y las estrategias para lidiar con la angustia moral en la unidad de Cuidados intensivos.

Fomentar la resiliencia moral en futuros profesionales los ayuda para afrontar el agotamiento moral; Monteverde, S. (2014), “dice que para alcanzar este objetivo la educación en ética de la salud tiene una importante contribución que ofrecer al fortalecer la base de conocimiento de la resiliencia moral”. Liberarse de los sentimientos en conflicto que la angustia moral causa puede mejorar el ambiente de trabajo y contribuir a un ambiente de trabajo saludable, trabajar con un actitud positiva, hacer frente a los desafíos del trabajo de una manera más fácil.

Asgari, Sh., Shafipour, V., Taraghi, Z., y Yazdani-Charati, J. (2017), señalan que identificar los factores estresantes éticos en el lugar de trabajo y dar retroalimentación adecuada para eliminar estos factores y mejorar el clima ético, puede ayudar a mejorar la satisfacción laboral y conduce a una atención de mayor calidad. El clima ético es parte de la cultura organizacional, afecta no solo a la dimensión ética de los empleados, sino también su eficiencia laboral.

3.3.3 Intervenciones de enfermería:

El profesional de enfermería es el personal que más encontramos en las unidades hospitalarias y por esta razón quienes más intervenciones realizan a los pacientes y familias. Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (2009), nos definen las intervenciones de enfermería como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen, tanto la esfera fisiológica (ej: manejo ácido-base), como la psicosocial (ej: disminución de la ansiedad), abarcan no solo las realizadas para el tratamiento de enfermedades, sino también, las realizadas para la prevención y fomento de la salud.

Dentro de las intervenciones que se llevan a cabo, hay muchas que se realizan de forma individualizada, pero también hay otras que son para realizar con familias y con comunidades, en el texto de la clasificación de las intervenciones de enfermería, cada intervención que aparece está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades y lecturas de referencia.

Sustentar las actividades de enfermería con un cuerpo de conocimientos propio, brinda a la profesión mayor autonomía y reconocimiento; Bulechek et al. (2009) señalan que utilizar la clasificación de las intervenciones de enfermería, es útil para la documentación clínica y la comunicación de cuidados en distintas situaciones, además contribuye a la integración de datos entre sistemas, promueve la investigación eficaz, ayuda a tener una cuantificación real de la productividad en enfermería, permite la evaluación de competencias específicas y diseñar programas costo efectivos.

La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, teniendo presente intervenciones tanto independientes, como en colaboración, y cuidados tanto directos, como indirectos. Aunque el profesional de forma individual solo será competente en un número

limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería.

La clasificación de las intervenciones puede utilizarse en unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, hospitales, atención primaria, ambulatorio y también en todas las especialidades. La clasificación también describe algunas intervenciones que son realizadas por otros profesionales, es por ello que todos los profesionales de la salud podrían usar esta herramienta.

Investigaciones realizadas muestran la importancia que tiene la enfermería en el cuidado de los pacientes, por ser quienes están a la cabecera de ellos; describen actividades e intervenciones realizadas por profesionales de enfermería donde se puede identificar que muy a menudo hay contacto con los pacientes y sus familias.

Un ejemplo es la investigación realizada por Álvares, R., Enders, B., Azevêdo, D., Brandão, A., Silva, A., y Araújo, A. (2014) , donde los enfermeros identificaron las molestias que afectan a los ancianos en el postoperatorio, durante la hospitalización, procedimientos que contribuyen al desencadenamiento o exacerbación del dolor en ancianos, y describen el dolor como una importante señal de incomodidad; otra incomodidad que a menudo los afecta es ambiental relacionada con el frío en las unidades de cuidado crítico, otra son los ruidos excesivos, también describen la ansiedad como incomodidad psicoespiritual. Enfermería con intervenciones sencillas y planificación de la asistencia de forma individualizada y humanizada, impacta sobre estas situaciones que se presentan y que pueden exacerbar el dolor en el anciano.

Otra investigación realizada por Colaço, A., y Pereira, E. (2014), argumenta como las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el éxito de la terapia de soporte nutricional adecuado para pacientes críticamente enfermos, debido que son las profesionales responsables de acceder al tracto gastrointestinal, dar el adecuado mantenimiento de esta ruta, y son quienes llevan a cabo la administración dietética y proporcionan respuesta a los problemas que muchas de

las veces son inherentes en la terapia. Es entonces donde construyen colectivamente un paquete de intervenciones de enfermería para pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos, que recibe terapia de nutrición enteral.

Finalmente la investigación realizada por Fontenele, M., De Freitas, M. (2009), señala como los enfermeros de las Unidades de Terapia Intensiva se convierten en una pieza fundamental en el tratamiento y recuperación de las mujeres embarazadas en estado crítico, en estas unidades las necesidades de cuidado de enfermería aumentan, pues los usuarios necesitan evaluaciones críticas y rápidas, formulación de los diagnósticos de enfermería, elaboración e implementación de planes de cuidados integrales, para desarrollar un cuidado individualizado.

Con la sistematización de las intervenciones de enfermería, se aporta a la construcción del cuerpo de conocimientos propios de enfermería, con ello se sustenta la atención a las necesidades reales de los usuarios, además de demostrar calidad en su trabajo, conforme se alcanzan las metas; es importante aclarar que no todas las intervenciones realizadas en la unidad de cuidados intensivos están dentro de la taxonomía de intervenciones, sin embargo hacen parte del cuidado de enfermería.

3.3.4 Dignidad del paciente:

La dignidad del paciente es un tema de gran calado, tanto desde la calidad, como de la ética y de la humanización del cuidado; la dignidad es un componente que va en doble vía con la formación en enfermería, es un asunto de especial interés en la formación integral del personal de la salud, porque es lo que permite la atención centrada en el paciente.

Bidabadi, F., Yazdannik, A., y Zargham-Boroujeni, A. (2017), relatan que la dignidad se deriva de la palabra latina dignitas o dignus; uno de los significados de

la dignidad es valioso, tiene varios atributos como el respeto, la autonomía, el empoderamiento y la comunicación, es un concepto clave en ética.

La mayoría de los códigos de ética profesionales se han referido a la importancia de la dignidad; el código de conducta profesional para enfermeras sostiene que todas las enfermeras graduadas deben respetar los pacientes preservando y promoviendo su dignidad; la ética médica también requiere que los médicos preserven la privacidad de los pacientes, además respetar sus creencias y valores.

Para entender un poco más en lo que consiste el tema de dignidad del paciente, Bidabadi et al. (2017), realiza una clasificación de la definición, habla acerca de la dignidad intrínseca que se refiere a la dignidad que todos los humanos tienen porque son humanos; está relacionado con el derecho humano sin consideración de raza, género, estatus social y otros factores. Otra clasificación es la dignidad personal, se refiere a la integridad de la mente y el cuerpo, guarda relación más fuerte con la enfermedad y la hospitalización, porque la aflicción por enfermedades socava la salud personal, la autonomía y amenaza la identidad personal, además puede afectar negativamente la dignidad.

El área de cuidado intensivo, es un área donde muchas veces se puede vulnerar la dignidad del paciente; allí existen varios factores por los cuales se puede presentar esta situación, Bidabadi et al. (2017), habla que los pacientes críticamente enfermos que están hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, tienen más riesgo de ver vulnerada su dignidad personal, debido a que existen factores que para el personal se convierten en cotidianidad, pero que para los usuarios son situaciones únicas, porque son su experiencia de lo vivido, algunos ejemplos son, la percepción del dolor, los equipos sofisticados con los que son tratados, tubos y catéteres, el hecho de permanecer confinados al reposo en cama.

Otros factores que incrementan este riesgo, es que muchos pacientes experimentan delirio, confusión, desorientación, nublamiento de la conciencia, la existencia de barreras físicas como la intubación endotraqueal; todos estos factores hacen que para los profesionales de la salud sea más difícil brindar atención holística y preservar la dignidad del paciente.

La visión del cuidado intensivo es preservar la vida; pero es necesario tener claridad sobre los deseos del paciente, hasta donde él está dispuesto a continuar con tratamientos y terapias; otro factor es encajar los pacientes en situaciones y suponer entonces que responderán igual que otros. Es necesario por ello brindar un cuidado individualizado, porque cada persona es un ser único y las reacciones y respuestas son diferentes en cada ser humano.

También es necesario abordar otros temas que están directamente relacionados con la dignidad del paciente como los comportamientos de las enfermeras y la capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes, la privacidad, prestar atención a la autoestima del paciente. Otro tema necesario es el abordado por Fassier, T., Lautrette, A., Cioldi, M., y Azoulay, E. (2005), acerca de los pacientes que dependen del soporte vital sin esperanza de curación, el profesional se debe involucrar en el complejo proceso de decidir retener y retirar las terapias que sostienen la vida, mientras continúan proporcionando el cuidado apropiado. A estos pacientes se les debe ofrecer la mejor muerte posible, permanecer a su lado y de su lado, manteniéndolos cómodos en todo momento, alentando a las familias a tomar parte en las decisiones y el cuidado, aliviando su culpabilidad, y ayudarlos a prepararse para el proceso de duelo.

Enfermería cumple un papel que es muy importante en la defensa de los pacientes y sus familias, mantenerse firmes en los valores para ejercer con integridad el cuidado, se convierte a veces en algo complicado de lograr; encontrar problemas éticos es más común de lo que se quisiera, y son situaciones que generan ambivalencia en el profesional de enfermería, dado que los problemas éticos,

como lo mencionan Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., y Suhonen, R. (2010), son problemas difíciles, que requieren una solución moral; al resolver problemas éticos necesitamos tomar decisiones sobre la base de nuestras creencias y sentimientos sobre lo que es fundamentalmente bueno o correcto. El concepto dilema ético se utiliza para referirse a circunstancias en las que se debe hacer una elección entre dos alternativas igualmente insatisfactorias, es una situación que por su propia cuenta no es correcta o no debería ocurrir.

En un estudio realizado por Wiegand, D., MacMillan, J., Rogrigues, M., y Szylit, R. (2015), argumentan cómo las enfermeras de cuidados intensivos con frecuencia enfrentan dilemas éticos en la práctica clínica, y muchos de los dilemas están relacionados con cuidado paliativo y al final de la vida, acerca de si las intervenciones para mantener la vida y los tratamientos deben continuarse, limitarse, o parar.

Las enfermeras están involucradas en discusiones éticas difíciles y a menudo situaciones complejas que involucran; pacientes con enfermedades graves, familias y otros miembros del equipo interdisciplinario. Abordar problemas y resolver dilemas éticos toman tiempo, compromiso y colaboración. Los dilemas éticos pueden contribuir a experimentar angustia moral. Enfermería debe estar en la capacidad de articular la aplicación de principios éticos, integrar altos estándares éticos y valores fundamentales en la práctica diaria, y crear un ambiente con altos estándares éticos, proteger los intereses de los pacientes y garantizar la calidad de su cuidado, es en este momento donde el papel de la enfermera es completamente visible e importante.

En su investigación, Wiegand et al. (2015), concluye diciendo que las enfermeras de cuidados intensivos con frecuencia encuentran e identifican dilemas éticos y están en la posición ideal para colaborar con el equipo interdisciplinario en la creación de un plan para abordar estos problemas a menudo complejos. Los deseos del paciente deben ser conocidos y respetados, la comunicación debe ser

clara, abierta y honesta, no solo dentro del equipo, sino también con el paciente y la familia. Siempre se debería buscar asistencia del equipo de cuidados paliativos y el comité de ética en especial en los casos complejos y difíciles, así identificar y abordar los dilemas éticos, buscando el mejor beneficio para el paciente; esto puede llevar tiempo y esfuerzo, pero con el apoyo de un equipo interdisciplinario los pacientes, familias y proveedores tendrán un mayor beneficio.

La hospitalización en unidades de cuidado intensivo, está asociada con muchas tensiones para pacientes y familias; es necesario crear un ambiente seguro y confortable para aliviar las tensiones asociadas con la hospitalización. El interés por mejorar y disminuir este estrés denota la necesidad de adoptar un punto de vista humanista en la provisión de cuidados, y para lograrlo es necesario tener en cuenta tres factores indispensables la dignidad humana de los pacientes, estrecha adhesión a la declaración de derechos de los pacientes, y satisfacer las necesidades de los pacientes. Las enfermeras que no adoptan enfoques empáticos para comunicarse con sus pacientes, proporcionan atención centrada en la obligación.

La atención centrada en el paciente y su familia, eso es a lo que se refiere el cuidado humanizado; es mediante un cuidado humanizado que se pueden priorizar las necesidades, deseos, y resolver las angustias de los pacientes. El papel de los profesionales que están a su cuidado es el de ser facilitadores en la solución de estas necesidades, abogando siempre en su beneficio; porque en muchos casos quizá son las únicas personas que lo pueden hacer.

3.3.5 Discusión

Es significativo que los profesionales de la salud y de enfermería tengan claro que el pilar de la profesión es el cuidado y por ello el permear la profesión con todo lo concerniente a la bioética, no solo es conveniente, sino que es necesario, porque solo así los profesionales serán íntegros y ejercerán sus funciones de una manera adecuada, reflejando la real esencia de la profesión; Cometto et al. (2011),

expresa que la enfermera, como cualquier otra persona, es un ser moral y debe estar continuamente en una reflexión ética, la cual le permita reevaluar sus compromisos con el cuidado de la vida en cualquiera de las etapas del ciclo vital.

Desde la academia se brindan las bases para que los profesionales ya en sus labores diarias puedan desempeñar las funciones de una manera eficiente, ética, y responsable; el brindar el cuidado teniendo como orientación una teoría de enfermería; utilizar la clasificación de las intervenciones de enfermería, brinda a las actividades una sustentación teórica, por ende credibilidad en lo que se realiza.

Enfermería tiene el gran compromiso de defender la vida en sí misma, reconociéndole a cada persona su dignidad, su individualidad, intimidad, autonomía, capacidad de autorregularse, entre otros factores, siempre aplicando los principios y valores morales durante la elaboración del proceso de atención que debe brindar.

Los principios éticos y los valores, constituyen la fuerza moral indispensable para garantizar una atención de calidad en salud, basada en el cuidado individualizado. Todos los procesos relacionados con la salud deben estar concebidos e implícitos bajo los principios éticos, porque con la bioética lo que se quiere lograr es la salud y el bienestar del ser humano.

Se requiere que el profesional de enfermería, en su cotidianeidad, siempre ponga en práctica sus principios éticos, junto con sus valores, actuando con ejemplo, impartiendo educación a quienes lo rodean, divulgando el análisis de la ética en las organizaciones donde labora, entre sus colegas y superiores, involucrando todos estos aspectos en la elaboración de planes de cuidado; poner en práctica la formación recibida desde la academia es lo que se necesita, porque es allí donde es posible beneficiar a los pacientes y sus familias con comportamientos éticos y centrando la atención en los usuarios.

Es importante no dejar perder la ética, el respeto, la bondad que caracteriza a los profesionales en el ámbito de la salud, no perder la parte humana, siendo esencial recordar que siempre se va a tener un contacto directo con los pacientes, y nada mejor que esa atención se caracterice por un cuidado basado en el respeto, la amabilidad y el humanismo con el otro, respetar la integridad de la persona y tomar en cuenta todos los factores que como tal aquejan al paciente, para intentar brindarle un apoyo más ético y compasivo en el momento de tratarlo.

Cambiar el enfoque de la prestación de servicios en salud, es un compromiso de todos, porque muchas veces lo que se prioriza es la salud física de los pacientes, se piensa que solo debemos tratar sus cuerpos, mientras que las otras dimensiones pueden necesitar más atención.

Los profesionales de la salud tienen dificultades para utilizar sus conocimientos relacionados con la ética en su práctica clínica, en lo que concierne a la toma de decisiones; existe falta de autorreflexión y sensibilidad, falta de comportamientos compasivos y respetuosos; por factores como impaciencia, gran carga de trabajo y fatiga por enfoque en tareas rutinarias.

Los problemas éticos en la toma de decisiones, afecta el funcionamiento de las organizaciones, y la atención en salud; por ello se debe crear una discusión abierta de los problemas éticos en la atención del paciente dentro de las organizaciones; es algo no solo de la academia, es un continuo irse construyendo, es poner en práctica lo aprendido, es de interés para las instituciones de salud, el país y toda la población en general; porque mediante el aumento de la conciencia y la autorreflexión crítica, proveedores de atención en salud como enfermeras, médicos y otros, pueden reafirmar el cuidado digno.

Para que los profesionales del área de la salud se conviertan en personas moralmente resistentes es necesario fortalecer la resiliencia moral. Holtz, H., Heinze, K., y Rushton, C. (2017), menciona que ello se logra afianzando en las personas:

Primero, la integridad personal, es decir, mantener las propias creencias, fe en el cuidado, esto incluye tomarse el tiempo para examinar su propia conciencia.

Segundo, la integridad relacional, se refiere a ser capaz de ver, sentir y escuchar los diferentes puntos de vista, sin su propia nubosidad de la imagen.

Tercero, la flotabilidad, ósea, la capacidad de recuperarse y resistir las amenazas a la integridad, aprovechando sus capacidades para recuperar o preservar la propia integridad.

Cuarto, la autorregulación, es la capacidad de permanecer comprometido y no angustiado cuando hay un conflicto entre los propios valores morales y los de otra persona.

Quinto, la eficacia moral, esta nos permite navegar el conflicto moral a través del uso efectivo de la voz para comunicarse valientemente de una manera que refleja la integridad.

Permear la atención en salud y principalmente el cuidado de enfermería de humanidad es aportar a la recuperación del paciente; puede que no se logre el alivio físico, pero si el paciente siente que su dignidad es conservada, que el aún puede tomar decisiones, que se está priorizando el beneficio de él en todo momento, muchas veces esto es más alentador y significativo para el paciente y su familia.

4. CONCLUSIONES

1. Fragmentar los principios éticos (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), no es posible, es decir, no pueden ser tenidos en cuenta por separado, los principios éticos se aplican en su conjunto, guardan un vínculo que es indisociable; siempre se deben considerar en forma conjunta cuando se trata de la atención de seres humanos.

2. Favorecer la calidad de vida de la población, encierra cuestiones del desarrollo del bienestar, es con las políticas públicas en salud que se puede impactar sobre el bienestar de las personas. En nuestro país las políticas públicas en salud se han orientado de una forma que no favorece este desarrollo, cada vez se hace más complicado tener una buena calidad de vida, dado que no se prioriza el desarrollo de las personas; viéndose reflejado desde la imposibilidad de acceso a un empleo digno, el no recibir servicios de salud de calidad, hasta la poca actuación del estado en el desarrollo integral de las personas.

3. Brindar calidad en el cuidado, es un acto donde confluyen varios aspectos, como lo es la cultura para la seguridad del paciente, el seguimiento a los indicadores de calidad y el minimizar el riesgo asociado a la atención en salud; cuando estos aspectos son tenidos en cuenta y hacen parte del desarrollo de las instituciones, desde la alta gerencia, hasta las personas que hacen parte de la fuerza de trabajo; la calidad en el cuidado puede ser alcanzada.

4. Alcanzar un cuidado humanizado en salud, requiere en primer lugar que las políticas públicas en salud beneficien a la población en general, en segundo lugar, cumplir estándares de calidad en el cuidado (cultura de seguridad del paciente,

seguimiento a los indicadores de calidad, prevención y minimización del riesgo), y en tercer lugar, que los profesionales de la salud retomen toda la parte de la formación en bioética (principios éticos, dignidad del paciente), sensibilidad y resiliencia moral para brindar atención centrada en los pacientes.

5. Cuidar de forma humanizada en las unidades de cuidado intensivo es un tema que ha cobrado gran interés a nivel mundial, va mas allá de hacer las cosas con calidad técnica, es además necesario tener competencias en bioética, entender que las relaciones que se establecen con los otros seres humanos son complejas y enfermería tiene un papel protagónico en esta área, porque son las encargadas de impartir directrices acerca del cuidado.

6. Realizar múltiples intervenciones a los pacientes es común en el quehacer diario de enfermería, hay actividades independientes (baño en cama, cambios de posición, la parte educativa), otras que son en colaboración derivadas de tratamientos ordenados por áreas interdisciplinarias (administración de medicamentos, administración de nutrición enteral), algunas con cuidados directos, otras con cuidados indirectos; todas ellas implican el actuar del profesional de enfermería, lo que se traduce en un continuo estar con el paciente y su familia.

5. RECOMENDACIONES

- 1.** Es primordial enseñar, como herramienta fundamental del currículo, la asignatura de ética y bioética, no solo como un énfasis, sino, establecerlo como materias principales en la profesión, lo cual se permita construir en los profesionales bases éticas sólidas, que le permitan sentirse seguro, competente, y con argumentos para sustentar las decisiones frente a los dilemas éticos que enfrenta cotidianamente.
- 2.** Establecer dentro de los requisitos de ingreso a las instituciones donde laboran los profesionales de la salud, toda una valoración de las competencias éticas, crear estándares y plantear dilemas éticos; evaluar que decisión tomarían en determinados casos. Así no solo las instituciones de salud, sino también los profesionales, tendrían la mentalidad que se necesita un enfoque de prestación de servicios humanizados centrados en el paciente.
- 3.** Es necesario que desde las instituciones de salud se interesen por mantener la formación continuada en el área de ética y bioética de los empleados, seguir

reforzando esta área, para que los profesionales una vez en sus actividades diarias, no lo olviden; esto es fundamental al llevar a cabo el cuidado de seres humanos, donde los dilemas éticos son reales y donde precisamente es más sentida la necesidad de tener altos estándares en formación en el área de ética y valores.

4. El incrementar la investigación, permite a los profesionales un reflexión continua en su quehacer, para ello es fundamental divulgar los resultados de las investigaciones, para que las personas conozcan los hallazgos y se pueda modificar la praxis, también encontrar áreas de vacío teórico y que puedan ser el puente para futuras investigaciones.

5. Es necesario que los profesionales de enfermería conozcan las políticas públicas en salud de nuestro país, además saber e identificar las dificultades del sistema de salud Colombiano, para poder participar en la creación de políticas públicas en salud que sean acordes a la realidad, abogar porque se mejoren y que se pueda generar un impacto positivo en los procesos de cuidado.

6. CRITERIOS DE RIGOR

6.1 Credibilidad

La credibilidad se logra con la rigurosidad en la búsqueda bibliográfica en bases de datos, la selección del material bibliográfico, el almacenamiento y el análisis detallado de la situación específica, apoyándose estrictamente en documentos confiables y originales, lo que permite a otros profesionales o personas interesadas en la temática, verificar si los resultados y la interpretación del tema dan cuenta de lo expuesto por los autores y permitan ser de utilidad para próximas investigaciones; con esta revisión bibliografía se pensó en este criterio y se apuntó a cumplirlo a cabalidad.

6.2 Confirmación o Confirmabilidad

Implica rastrear los datos en su fuente y la explicitación de la lógica utilizada para interpretarlos. La confirmabilidad, se refiere a la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información que se logra cuando otros investigadores pueden seguir la “pista” y llegar a hallazgos similares, para el cumplimiento de este criterio de rigor, fue necesario plasmar la ruta de trabajo metodológico conformada por la búsqueda exhaustiva del material bibliográfico a través de las diversas bases de datos, donde se eligió un periodo de tiempo entre los años 2000 - 2017; se

clasificaron artículos relacionados con el tema, se realizó una lectura y análisis, luego se realizaron fichas bibliográficas para sintetizar ideas, finalmente se organizaron en una matriz para su análisis final e interpretación.

6.3 Transferibilidad o aplicabilidad:

Como lo describe Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010): Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de éstos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos; también la denomina “traslado”. Sabemos que es muy difícil que los resultados de un estudio cualitativo en particular puedan transferirse a otro contexto, pero en ciertos casos, nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente.

Para cumplir eficientemente con este criterio metodológico, se realizó una descripción exhaustiva de las categorías y subcategorías analizadas, las cuales serán de utilidad para comparar y descubrir semejanzas con otros estudios. De ahí se deriva la importancia de tener una muestra amplia bibliográfica, que permita maximizar los objetos conceptuales que emergen del análisis, y poder realizar comparaciones con otros estados del arte que muestren resultados que puedan ser la base de investigaciones futuras.

6.4 Representatividad

El término de representatividad comprende la selección de la muestra, selección de los artículos y material bibliográfico que mejor representen o tengan conocimiento del tema a investigar. La coherencia como sean almacenados, analizados e interpretados para poder dar cuenta de una mirada amplia y comprensiva del tema específico, cumpliendo con la veracidad de la información obtenida y la credibilidad del estudio.

6.5 Relevancia

La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y dar cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando. Este criterio incluye la contribución de nuevos hallazgos; para el cumplimiento de este rigor se tuvo en cuenta el análisis de la producción científica del tema y su aplicabilidad en el ejercicio de la enfermería.

6.6 Reflexibilidad

El proceso reflexivo es aquel en el cual el investigador vuelve sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que se produce en el desarrollo de la investigación, es por ello, que la reflexibilidad se logra con la revisión sistemática y luego con la realización de la matriz de análisis, y finalmente con la interpretación y el surgimiento de los resultados; teniendo en cuenta las perspectivas de cada autor como base fundamental para realizar determinaciones a futuro.

6.7 Difusión

Para la difusión de este estudio se ha venido realizando en la academia, cuyo objetivo es transmitir los conocimientos desde y para la utilización de los grupos

académicos a través de reuniones académicas de enfermería; en otro campo donde se pretende impactar con los avances monográficos es en la praxis para fortalecer el cuidado de enfermería no solo en las unidades de cuidados intensivos, sino también, en todos los escenarios donde el cuidado tiene lugar.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La monografía se realizó teniendo en cuenta la Ley 23 de 1982 y su adición, la Ley 1403 de 2010, las cuales destacan el reconocimiento de los derechos de autor sobre las obras individuales que se revisaron en el transcurso de la búsqueda bibliográfica y la posibilidad de tomar citas textuales o parafraseadas, tablas, gráficas y otras ayudas, reconociendo siempre la propiedad intelectual de los demás autores.

La información contenida en este trabajo monográfico se enfocó en estudios realizados por otros investigadores que han abordado el tema, que si bien, han mostrado resultados estadísticos en investigaciones reales y con resultados concluyentes, no han sido suficientes para lograr un cuidado centrado en el paciente, desde la visión de la bioética.

Se consultaron bases de datos y bibliografías de universidades que dan fe de la autenticidad de la información. Por esta razón en cada consulta utilizada en este documento ha sido debidamente referenciada con los datos de los autores para así dar cumplimiento a la norma de protección de la información.

También se tuvo presente en no incurrir en los delitos citados en la normatividad sobre derechos de autor y propiedad intelectual en Colombia: violación de los derechos morales del autor, mutilación, reproducción de una obra sin autorización del autor, defraudación a los derechos patrimoniales del autor, el plagio etc.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Cavallo, E., Zarate, R., Vargas, R., y De las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Globa*, 42, 324 -340.
2. Agra-Varela, Y. (2017). Seguridad del paciente en el pasado, presente y futuro de las organizaciones sanitarias. Un desafío para las enfermeras. *Enferm Clin*. Doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.014.
3. Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Puukka, P., y Suhonen, R. (2010). Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics. *Nursing Ethics*, 17(4) 469–482.
4. Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., y Suhonen, R. (2016). Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers. *Nursing Ethics*, 23(6) 646–658.

5. Alvares, R., Enders, B., Azevêdo, D., Brandão, A., Silva, A., y Araújo, A. (2014). Percepção de enfermeiros sobre desconfortos que afetam os idosos no pós-operatório. *Rev Rene*, 15(5), 842-50.
6. Alvarado, A. (2004). La Ética del Cuidado. *Aquichan*, 4 (4), 30-39.
7. Ali Cheraghi, M., Esmaeili, M., y Salsali, M. (2017). Seeking Humanizing Care in Patient-Centered Care Process. *holistic nursing practice*. 31(6):359–368. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000233.
8. Amaral, C., Bohomol, E., y Castro, M. (2011). Taxonomía de la seguridad del paciente. En Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. (p.31-42.). Washington: Twenty-third Street.
9. Asgari, Sh., Shafipour, V., Taraghi, Z., y Yazdani-Charati, J. (2017). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*.1-11.
10. Ayuso, D., y Fontan G. (2015). Indicadores de calidad en cuidados críticos. En Ayuso D., y Begoña, A. (Ed.), *Gestión de la calidad de cuidados en enfermería, seguridad del paciente*. (p.229-245). España: Ediciones Díaz de Santos.
11. Baykara, Z., Demir, S., y Yaman, S. (2015). The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 22(6) 661–675.
12. Begley, A. (2006). Facilitating the development of moral insight in practice: teaching ethics and teaching virtue. *Nursing Philosophy*, 7, 257–265.
13. Bulechek, G. M., Butcher, H. K. y Dochterman, J. M. (Ed.). (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier.

14. Capella, D., Bloomfield, A., Donalson, S., y Ramon, S. (2011). Eventos adversos. En Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. (p.43–54).Washington: Twenty-third Street.
15. Catherine, M. (2008). Innovative Solutions The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting. *DIMENS CRIT CARE NURS*, 27(6):263-267.
16. Colaço, A., y Pereira, E. (2014). Nursing intervention bundle for enteral nutrition in intensive care: a collective construction. *Rev Esc Enferm USP*, 48(5), 841-7.
17. Cometto, M., y Filippini, O. (2011). Bases éticas de la seguridad de los pacientes. En Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. (Ed.), *Enfermería y seguridad de los pacientes*. (p.55-72). Washington: Twenty-third Street.
18. Choe, K., Song, E., y Kang, E. (). Recognizing bioethical issues and ethical qualification in nursing students and faculty in South Korea. *Nursing Ethics*, 20(2), 213–225.
19. Cho, M. (2011). Definiciones, retos globales y estrategia regional del programa de calidad en la atención y seguridad de los pacientes. En Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. (Ed.), *Enfermería y seguridad de los pacientes*. (p.19–30).Washington: Twenty-third Street.
20. Delgado, M., De Cos, M., Rodríguez, S., Álvarez, J., Gutiérrez, I., Obón, B.,...Grupo SYREC. (2015). Análisis de los factores contribuyentes en incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*, 39(5), 263-271. Recuperado de <http://www.elsevier.es>.

21. Escobar, M. (S.F). Aplicación de principios bioéticos y de cuidado por la enfermera y la percepción del paciente. *Google academico*. 237-244.
22. Fassier, T., Lautrette, A., Cioldi, M., y Azoulay, E. (2015). Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Current Opinion in Critical Care*. 11:616-623.
23. Fernandes, L., Larcher, M., y Haas, V. (2008). The effect of educative interventions on the pressure ulcer prevention knowledge of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*, 21(2), 305-11.
24. Fontenele, M., y De Freitas, M. (2009). Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*, 62(3), 343-8.
25. Franco, A. (2010). *Salud global; política pública, derechos sociales y globalidad*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
26. Franco, A. (2005). La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*, 36(2), 130-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28336211.pdf>
27. Garrido, N., Rodríguez, M., Soletto, G., y Latorre, P. (2009). Extubaciones no programadas en pacientes sometidos a fase de destete en cuidados intensivos: incidencia y factores de riesgo. *Enferm Clin*, 19(4)210–214. Doi:10.1016/j.enfcli.2009.02.006
28. Galeano, M. E. (2004). “Investigación documental: una estrategia no reactiva de la investigación Social”. En C. Hurtado (Ed.), *Estrategias de investigación social cualitativa, el giro de la mirada*. (pp. 113–144). Medellín, Colombia: Editorial Lealon.
29. González, J. (2015). Calidad de los cuidados en las unidades de hospitalización. En Ayuso D., y Begoña, A. (Ed.), *Gestión de la calidad de*

cuidados en enfermería, seguridad del paciente. (p. 299-315). España: Ediciones Díaz de Santos.

30. Grupo de gestión y políticas de salud. (2013). *Derecho a la salud y luchas sociales por la salud en Colombia.* Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

31. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación.* Mexico D.F: Interamericana editores S.A.

32. Holtz, H., Heinze, K., y Rushton, C. (2017). Interprofessionals' definitions of moral resilience. *Clinical Nursing, 00*, 1-7. DOI: 10.1111/jocn.13989.

33. Jiménez, A., Muiño, A., Quintás, A., Pinilla, B., Durán, M., y Rodríguez, M.(2008). Percepción de riesgos derivados de la práctica clínica frente a los efectos adversos detectados en un servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp 208*(7), 326-332.

34. Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad.* Barcelona: Herder S.A.

35. Lacombe, F. (2008). Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI. *Rev Calidad Asistencial, 23*(4),145-7.

36. Lützén, K., Johansson, A., y Nordström, G. (2000). Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics, 7*(6), 520–530.

37. Malvárez, S., y Rodrigues, J. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. En Organización panamericana de la salud, Organización mundial de la salud. (Ed.), *Enfermería y seguridad de los pacientes.* (p.1-18) Washington: Twenty-third Street.

38. McAndrew, N., Leske, J., y Schroeter, K. (2016). Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nursing Ethics.* 1-9.

39. Ministerio de Sanidad y Política social. (Ed.). (2009). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto*

SENECA: Informe técnico 2008. Madrid, España: Paseo del Prado. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

40. Mira, J., Guilabert, M., Vitaller, J., Ignacio, E. (2016). Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist*, 31(3)141-145. Doi.org/10.1016/j.cali.2015.08.008.

41. Molina, G., Muñoz, I., y Ramirez, A. (Ed.). (2011), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud; ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogota, Colombia: Imprenta nacional de Colombia.

42. Monteverde, S. (2016). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing Ethics*, 23(1), 104–116.

43. Moreno, E., Villegas, J., Prieto, F., y Nieto, J. (2011). Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med Intensiva*, 35(1), 3-5. Doi:10.1016/j.medin.2010.09.007

44. Oh, Y., y Gastmans, Ch. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15–31.

45. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La Investigación en Seguridad del Paciente, Mayor conocimiento para una atención más segura*. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

46. República de Colombia, Congreso de la República de Colombia. (2004). Ley 911, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 45.693, 6 de octubre.

47. República de Colombia, Congreso de la República de Colombia. (1966). Ley 266, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 42.710, 5 de febrero.
48. Romero, A., y Gómez, J. (2015). Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino?. *Enferm Clin*, 25(4),155-157. Doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.001
49. Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). (2015). Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 62(10), 5 -16. Doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.001
50. Scotto, C (2015). Teoría Bioética sinfonológica. En M. R. Alligood. (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 505-522). Barcelona, España: Elsevier.
51. Shirani, F., Yazdannik, A., y Zargham-Boroujeni, A. (2017). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing Ethics*.1-17.
52. Suhonen, R., Stolt M., Katajisto J., y Leino-Kilpi, H. (2015).Review of sampling, sample and data collection procedures in nursing research - An example of research on ethical climate as perceived by nurses. *Caring Science*. 29, 843–858.
53. Stolt, M., Leino, H., Ruokonen, M., Repo, H, y Suhonen, R. (2017). Ethics interventions for healthcare professionals and students: A systematic review. *Nursing ethics*. p 1-20.
54. Strauss, A. Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
55. Toffoletto, M., Viski, S., Curvelo, E., Puerta, G., Miyadahira, A., Kimura, M., y Padilha, K. (2005). A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de

Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 18(3):307-12.

56. Torres, C., Peinado, M., Gomez, R., y Ramirez, T., (2009). Equilibrio ético para toma de decisiones asistenciales en pacientes críticos. *Revista Cubana de Enfermería*, 25 (3-4).

57. Villarreal, E., Lozano, W., Mendoza, S., Montenegro, N., y Olarte, A. (2014). Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 30 (3) 381-391. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309>

58. Villarroel, X., y Febré, N. (2016). Características de Documentos Utilizados para Estructurar las Políticas Internas Relacionadas a las Metas Internacionales de Seguridad de Pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 21(2), 91-102.

59. Wiegand, D., MacMillan, J., Dos Santos, M., y Bousso, R. (2015). Palliative and End-of-Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit. *Bioethical issues at the end of life*, 26(2), pp.142-150.

60. Wojnar, D. M. (2015). Teoría de los cuidados. En M. R. Alligood. (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 670-682). Barcelona, España: Elsevier.

