

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## RELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO FÚTIL Y EL DISTRES O MALESTAR EMOCIONAL QUE CAUSA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS.

**Autor principal** CRISTINA CASTILLO POSADA

**CoAutor 1** ROCIO PEREZ DORMIDO

**CoAutor 2** MARÍA ARACELI CARDENETE TALLÓN

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias

**Palabras clave** Tratamiento fútil                      malestar emocional                      eutanasia                      bioética

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

\*Introducción:

La medicina actual nos conduce en ocasiones a situaciones sin salida donde el tratamiento se convierte en fútil, el cual, puede restar dignidad a los días finales de la vida. Estas situaciones tienen una gran repercusión en el propio paciente y sus familiares pero también en el personal encargado de administrar los cuidados. Esa situación de problemas o dilemas éticos que sufre el profesional cuidador fue identificado por primera vez en 1984 por Jameton con el término Inglés distress moral que traducido al español significa distres o malestar emocional y se define como sentimientos de dolor o estado de desequilibrio psicológico que resulta de reconocer la acción éticamente correcta, pero que no se toma, debido a obstáculos como la falta de tiempo, la falta de supervisión, una estructura de la inhibición de poder médico o la política institucional y legal.

\*Objetivos:

Medir el distres o malestar emocional que produce el tratamiento fútil o atención inútil en los enfermeros de cuidados intensivos en nuestro medio.

\*Material y Método:

Estudio descriptivo observacional transversal multicéntrico. La población de estudio será el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de dos Hospitales de Málaga, Hospital Carlos Haya y HUVV.

El instrumento que se utilizará para medir el nivel de distres o malestar emocional en el personal de enfermería será la encuesta de moral distress que fue desarrollada y validada en el entorno de cuidados intensivos por Corley en 2001.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

\* ANTECEDENTES:

La medicina actual nos conduce en ocasiones a situaciones sin salida donde el tratamiento se convierte en fútil, el cual, puede restar dignidad a los días finales de la vida. Este concepto procede del término inglés futile care que traducido al español significa tratamiento fútil o atención inútil y se define como tratamiento agresivo, o intervenciones como el uso de terapia de apoyo vital en pacientes terminales que tienen muy pocas probabilidades de sobrevivir o tener un resultado exitoso.

Los importantes avances científicos y técnicos de las últimas tres décadas en el campo sanitario han ayudado a aumentar la supervivencia de muchos enfermos y han mejorado la calidad de vida de muchos otros. En el ámbito asistencial Hospitalario, este escenario tecnológico ha influenciado y modificado de manera clara la atención que se le da a los pacientes, por ejemplo en los servicios de Cuidados Intensivos. En ocasiones es fácilmente predecible el nulo beneficio que puede comportar la terapia intensiva cuando no hay expectativas razonables de mejora de su estado de salud y solo prolongan la vida en situaciones con un pronóstico nefasto o con gran deterioro de la calidad de vida. El aumento de las tecnologías en sanidad hace que en algunas situaciones los propios profesionales sanitarios se nieguen aceptar que no hay solución. El sistema sanitario español como otros países desarrollados tienen cobertura sanitaria universal y son gratuitos, éstos son dos factores que podrían contribuir a veces a hacer un mal uso del tratamiento que se nos brinda y sobre-tratar a algunos pacientes como ancianos terminales dándose la situación de tratamiento o atención fútil con más frecuencia.

Estas situaciones tienen una gran repercusión en el propio paciente y sus familiares pero también en el personal encargado de administrar los cuidados ya que son éstos los que aplican esos cuidados que en su opinión pueden ser en vano. Esa situación de problemas o dilemas éticos que sufre el profesional cuidador fue identificado por primera vez en 1984 por Jameton con el término inglés distress moral que traducido al español significa distres o malestar emocional y se define como sentimientos de dolor o estado de desequilibrio psicológico que resulta de reconocer la acción éticamente correcta, pero que no se toma, debido a obstáculos como la falta de tiempo, la falta de supervisión, una estructura de la inhibición de poder médico o la política institucional y legal.

Otros estudios posteriores han hecho referencia a la relación entre distres o malestar emocional y la atención inútil, como:

º Meltzer en 2004 un estudio realizado en California que además de demostrar esta relación incluyó el factor burnout del personal sanitario encuestado. La relación entre distres o malestar emocional y tratamiento fútil fue significativa incluyendo también como variables la experiencia laboral y el grado de burnout que fue analizado con la escala Maslach.

º Elpern, en 2005, realizó un estudio en Chicago. Su objetivo fue medir el nivel de malestar emocional de los enfermeros de cuidados intensivos y evaluar los factores influyentes. Se encontró una correlación sin alcanzar significación estadística, entre terapia fútil y malestar emocional. Sin embargo, se encontró significación estadística en la correlación entre el malestar emocional y el período de experiencia.

º Mobley, en 2007 realizó la investigación en Phoenix y se basó en la encuesta ya validada de Corley, intentando relacionar más particularmente el malestar emocional con la atención inútil. Demostró que la frecuencia de malestar emocional fue más alta cuando se administró una atención percibida como inútil y se relacionó significativamente con edad mayor de 33 años, con los años de experiencia como enfermero y en concreto con más de 4 años de experiencia como enfermero en cuidados intensivos

\* OBJETIVOS:

1.El objetivo principal:

- Medir el distres o malestar emocional que produce el tratamiento fútil o atención inútil en los enfermeros de cuidados intensivos en nuestro medio.

2.Objetivos secundarios:

- Averiguar en qué medida las variables demográficas medidas en enfermeros de UCI (edad, experiencia laboral, importancia de la religión, etc.)

- Conocer qué porcentaje de enfermeros son conscientes de estar aplicando en ocasiones un tratamiento fútil.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

\*DISEÑO:

La metodología que se utilizará para el estudio será de tipo descriptivo observacional transversal multicéntrico.

\*POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Será el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de dos Hospitales de Málaga, Hospital Regional Universitario Carlos Haya y Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria.

Dentro del personal de enfermería incluiremos tres categorías diferentes, Supervisores/as, Enfermeros/as y Auxiliares de Enfermería.

El Hospital Carlos Haya dispone de 3 módulos: Coronarios, Generales de larga estancia y postoperatorios graves de corta estancia, cada módulo está compuesto por 14 camas y 6 enfermeros por turno/módulo con un ratio enfermera-cama de 1:2,3. El Hospital Virgen de la Victoria dispone también de tres módulos: módulo de polivalente, módulo de generales y módulo de coronarios, cada módulo está compuesto por 6 camas y 3 enfermeras por turno/módulo con un ratio enfermera-cama 1:2. Ambas UCIs coinciden en sus tres módulos en patologías de crítica polivalente, coronaria aguda y post-quirúrgicos graves, por lo que se considerarán ambos Hospitales homogéneos en cuanto a patologías de los pacientes.

\*CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- Inclusión: personal de enfermería del área de cuidados intensivos con un año mínimo de experiencia en el servicio.

- Exclusión: personal de enfermería que sean corretornos y salgan del servicio a otras plantas. Personal recién incorporado de una baja larga que lleve más de 6 meses fuera del servicio.

\* INSTRUMENTO:

El instrumento que se utilizará para medir el nivel de distres o malestar emocional en el personal de enfermería será la encuesta de moral distress que fue desarrollada y validada en el entorno de cuidados intensivos por Corley en 2001.

Esta encuesta está formada por 38 ítems que están divididos en 6 categorías, la práctica médica que comprende los ítems (4, 6, 7, 10, 11, 15, 17, 18, 23, 25, 26); la práctica enfermera (ítems 8, 9, 13, 16, 32, 33, 34, 36, 37, 38); los factores institucionales (ítems 14, 20, 21, 17); el tratamiento fútil (ítems 1, 2, 3, 5, 12, 19, 22); la decepción (ítems 24, 30, 31) y la eutanasia (ítems 28 y 29).

Cada ítem debe ser valorado según frecuencia e intensidad del evento y se medirá con una escala tipo likert que irá de 0 a 6 para cada parámetro de medida; para la frecuencia irá de 0 (nunca) a 6 (muy a menudo) y para la intensidad irá de 0 (nada) a 6 (en gran medida).

Se ha realizado una traducción transcultural de la encuesta teniendo en cuenta las diferencias culturales existentes.

\*PROCEDIMIENTO:

El investigador principal será el encargado de distribuir la encuesta en persona a lo largo de un día para coincidir con dos turnos de trabajo (mañana y tarde), en los que se estima completar 20 - 25 encuestas entre enfermeros, auxiliares y supervisores del Hospital Clínico y 45 - 50 en el Hospital Carlos Haya.

Además utilizaremos un método telemático vía correo electrónico, por lo que se le enviará a cada profesional mediante la aplicación informática Google Docs la encuesta a su correo electrónico. Para ello necesitaremos mantener el contacto con los supervisores de ambas unidades

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

\* DESCRIPCIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Las variables medidas en el estudio las podemos clasificar de la siguiente forma:

1. Variable resultado o variable dependiente: El nivel de distres o malestar emocional que produce el tratamiento fútil, que se cuantificará mediante la encuesta Corley.

2. Variables explicativas o variables independiente: Todas las recogidas en la encuesta como son los factores demográficos, el nivel de participación y el porcentaje de enfermeros que son conscientes de estar aplicando un tratamiento fútil (sensibilizados). Estas variables a su vez las dividiremos en:

- Variables categóricas: sexo, estudios, categoría profesional, implicación religiosa, módulo, participación, jornada laboral.

- Variables cuantitativas: edad, años de experiencia en UCI, años de experiencia como DUE, porcentaje de enfermeros sensibilizados

\* ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizará con números (N) y porcentajes (%) y se representaran con gráficos de barras o tablas de frecuencia.

Las variables numéricas de distribución aproximadamente normal las describiremos usando los estadísticos media (&#7819;) y desviación típica ( $\pm S$ ) con un intervalo de confianza del 95%. Si su distribución fuese anormal o asimétrica usaremos la mediana y los percentiles.

- Análisis bivariente: La comparación entre grupos de variables cualitativas las realizaremos con la prueba chi-cuadrado (&#61539;²). Para la comparación de variables cuantitativas se realizará la prueba t-student en muestras independientes de distribución normal, si no se cumplen los criterios de validez usaremos la prueba de wilcoxon o withney.

- Análisis multivariado: Para un análisis más completo de los datos y ajuste de variables confusoras se podría realizar un análisis multivariante de regresión múltiple lineal donde la variable resultado o independiente es numérica.

En todos los casos se considerará resultados significativos aquellos con resultados estadísticos de  $P < 0,05$

Todos los datos serán informatizados con el programa estadístico SPSS edición 15.0 para su posterior análisis

\* DISCUSION:

Esperamos descubrir necesidades en los profesionales de la salud que puedan ayudar a desarrollar intervenciones educacionales en ellos, que mejoren el clima de trabajo y la propia atención a los pacientes, así como la realización de protocolos de limitación del esfuerzo terapéutico más

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Con este trabajo se podría mejorar la atención tanto a familiares como a pacientes en términos de calidad asistencial en momentos tan importantes como son los finales de la vida, ayudara a mantener una comunicación efectiva entre personal sanitario y el paciente, siendo éste un objetivo principal de la Joint Comission International para la seguridad del paciente.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

- En un futuro los resultados de este trabajo se podrían extender a los familiares de los pacientes para describir sus conocimientos sobre el tratamiento fútil, saber lo que opinan o incluso limitar el esfuerzo de sus familiares si fuese preciso antes de ingresar.

- Creación de protocolos actualizados de LET en unidades específicas y atención primaria.

- Ampliación de la población de estudio a centros de geriatría.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2):2506.
- 2. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007 Oct;23(5):25663.
- 3. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am. J. Crit. Care.* 2004;13(3):2028.
- 4. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit. Care Med.* 2007;35(2):4229.
- 5. Falcó-Pegueroles. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva.* 2009;20(03):1049.