

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

# Consideraciones Bioéticas al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos

---

Aplicación del modelo de Callista Roy con  
enfoque paliativo basado en un estudio de caso

**Juliana María Riaño Yonchez**

**Tutor: Pedro José Sarmiento Medina**

**Facultad de Medicina**

**Especialización en Bioética**

**Chía, 2019**

## Tabla de Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	7
2.1. Atención del paciente en UCI .....	7
2.1.1. <i>Criterios de ingreso</i> .....	7
2.1.2. <i>Consideraciones bioéticas en la atención en UCI</i> .....	9
2.1.3. <i>Cuidados al final de la vida en Unidad de Cuidados Intensivos</i> .....	18
2.2. Cuidados paliativos .....	20
2.2.1. <i>Descripción de los cuidados paliativos</i> .....	20
2.2.2. <i>Legislación colombiana</i> .....	22
2.2.3. <i>Enfermería en la Atención del paciente en estado terminal</i> .....	23
2.3. Modelo de Enfermería de Callista Roy.....	24
2.3.1. <i>Conceptos y descripción</i> .....	24
2.3.2. <i>Adaptación y niveles de adaptación</i> .....	26
2.3.3. <i>Mecanismos de reguladores o procesos de control</i> .....	27
2.3.4. <i>Modos de adaptación</i> .....	28
2.3.5. <i>Respuestas</i> .....	28
2.3.6. <i>Proceso de enfermería en el Modelo de Adaptación de Roy</i> .....	29
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	33
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	34
4.1. Objetivo General .....	34
4.2. Objetivos Específicos.....	34
<b>5. CASO CLÍNICO</b> .....	35
5.1. Caracterización de la paciente .....	35
5.2. Evolución clínica del caso .....	36
<b>6. APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY</b> .....	41
6.1. Valoración de Enfermería.....	41
6.1.1. <i>Modo de autoconcepto, rol e interdependencia</i> .....	41
6.1.2. <i>Modo fisiológico</i> .....	42
6.2. Identificación de estímulos .....	44

6.3. Nivel de adaptación .....	44
6.4. Plan de cuidados de enfermería .....	45
<b>7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>49</b>
7.1. Modelo de Callista Roy y modelo bioético personalista .....	49
7.2. Aplicación del modelo de adaptación en la paciente .....	51
7.3. Evaluación del modelo de Callista Roy.....	53
7.4. Modelo de Callista Roy y los cuidados paliativos.....	55
7.5. Aplicabilidad del modelo de Callista Roy en los cuidados al final de la vida en la UCI .....	56
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	<b>59</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>61</b>
9.1. Anexo 1. Resonancia Nuclear Cerebral (19/11/2018):.....	61
9.2. Anexo 2. Angiotac de vasos de cuello y cerebro (19/11/2018):.....	61
9.3. Anexo 3. Ecocardiograma Transtorácico (19/11/2018):.....	61
9.4. Anexo 4. Laboratorios (21/11/2018):.....	62
9.5. Anexo 5. Reporte oficial de TAC de Tórax (28/04/19):.....	62
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	<b>63</b>

## **NOTA INTRODUCTORIA**

*El presente estudio de caso se realiza como trabajo de grado para la obtención de título de Especialista en Bioética con base en los datos obtenidos de la interacción profesional de un momento de cuidado entre la autora y la paciente en una unidad de cuidado intensivo de Bogotá que fue ingresada en cuatro ocasiones desde octubre de 2018 hasta mayo de 2019. El análisis de caso se desarrolla sin el diligenciamiento formal de un consentimiento informado debido a que los datos utilizados fueron una reconstrucción de procesos asistenciales con miras a la realización de un trabajo académico y un análisis bioético de la atención de M.M.*

## 1. INTRODUCCIÓN

El concepto de cuidados intensivos nace de la necesidad de monitorizar y soportar a la persona críticamente enferma, en 1854, durante la Guerra de Crimea, gracias a Florence Nightingale quien identificó a los soldados que estaban en peligro de morir y requerían mayor cuidado. Este concepto se fue instaurando en áreas especializadas entre las décadas de los años 50 y 60 en el norte de Europa y Norteamérica aplicando técnicas de soporte avanzado como ventilación mecánica, circulación extracorpórea, desfibrilación externa, inserción de catéteres centrales y administración de antibióticos de forma extensa, convirtiéndolas en lo que se conoce hoy como Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). De hecho, se ha ido transformando a lo largo del tiempo, así como la medicina en general. La forma en que se brinda atención en las unidades también ha ido cambiando por la educación médica, la tecnología, la globalización, el desarrollo de los países, el desarrollo científico y farmacéutico, por lo que cada día se brinda mayor oportunidad de supervivencia a la persona en situación crítica y la esperanza de vida ha aumentado alrededor del mundo. No obstante, esta transformación también trae consigo efectos trascendentales en el proceso de enfermedad, muerte y duelo de las personas y sus familias. Es frecuente que se traten pacientes sin criterio de unidad por su enfermedad terminal y que los tratamientos sean desproporcionales aumentando el sufrimiento sin proveerles ningún beneficio o, por el otro lado, se encuentra el caso de pacientes que fueron hospitalizados en UCI con posibilidad de mejora y que por su enfermedad y situación crítica fueron avanzando a un punto de no retorno donde se necesita reorientación del esfuerzo terapéutico a medidas paliativas y acompañamiento.

De acuerdo con esto, el personal de salud debe diferenciar entre las personas que se benefician del manejo médico curativo y aquellas que no, evitando la aplicación de medidas desproporcionadas como soporte con medicamentos, procedimientos invasivos y reanimación en caso de parada cardíaca. Para las personas que no son beneficiarios de estas medidas, existen los cuidados al final de la vida o cuidados paliativos que se deben iniciar lo más temprano posible de forma ambulatoria, en hospitalización e incluso en las unidades de cuidado crítico hasta el momento del deceso.

Contemplando esta obligación del profesional de salud con el bienestar y la dignidad del ser humano, este estudio de caso analiza los aspectos bioéticos en los cuidados al final de la vida en UCI a través del contacto y atención de enfermería con la señora M.M quien es diagnosticada con carcinoma neuroendocrino de célula grande de origen pulmonar y estuvo hospitalizada en cuatro ocasiones, entre ellas tres ingresos a UCI, desde octubre de 2018 y mayo de 2019 en un hospital de cuarto nivel en Bogotá. Este análisis nace de la necesidad de implementación de un modelo de atención para brindar, de forma integral y humanizada, cuidados al final de la vida en las UCI debido a que cada día esta atención se vuelve problemática por la obstinación terapéutica y familiar que aumenta el sufrimiento y aleja al paciente de la oportunidad de acceder a los cuidados paliativos.

Este trabajo consta de un marco teórico donde se tratan los criterios de ingreso a las UCI, los dilemas bioéticos en la atención del enfermo crítico como la deshumanización del cuidado, abandono terapéutico, el distanciamiento emocional que tiene el equipo de salud con el paciente y su familia, la obstinación terapéutica, las necesidades de comunicación de la familia que no son tenidas en cuenta y los cuidados al final de la vida, asimismo, adelante se trata el concepto, el objetivo, la descripción y la legislación colombiana de los cuidados paliativos y el ejercicio del profesional de enfermería al final de la vida. Por otro lado, se expone el modelo de adaptación de Callista Roy que al ser un modelo de atención de enfermería se utiliza para valorar y elaborar un plan de cuidados de forma integral involucrando a la familia.

Luego del marco teórico, se describe a la paciente desde el primer momento de ingreso, relatando su evolución en las hospitalizaciones permitiendo identificar los aciertos y las deficiencias en la atención y las decisiones médicas. Luego, se aplica el modelo en la valoración y se sugiere un plan de cuidados paliativos.

Por último, se discute sobre la relación del modelo de Callista Roy y el modelo bioético personalista, su aplicación en el caso, sus beneficios y limitaciones, su aplicabilidad en los cuidados paliativos, al final de la vida en UCI y los dilemas bioéticos durante la atención de M.M.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Atención del paciente en UCI**

La medicina intensiva se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas de tal severidad que representen una amenaza para la vida. La amenaza puede ser actual o potencial, pero existen posibilidades de recuperación (1). La amenaza actual puede estar dada porque tenga alterada alguna de sus funciones vitales, necesite medidas de soporte vital o medidas terapéuticas extraordinarias como soporte artificial de carácter mecánico, medidas de asistencia eléctrica y soporte vital farmacológico. La amenaza potencial está dada por las características evolutivas de la enfermedad o los procedimientos terapéuticos que le han sido aplicados, existiendo riesgo de aparición de algún fracaso orgánico serio(1). Sin embargo, no siempre se tiene en cuenta el punto central entre las expectativas y los pronósticos que permiten la cálida y relación profesional entre el equipo de salud y el paciente(2). Lo que lleva a una inadecuada atención al paciente críticamente enfermo.

Para identificar las necesidades de la persona que requiere o no unidad de cuidados intensivos se establecen los criterios de ingreso para unidad de cuidados intensivos:

#### **2.1.1. Criterios de ingreso**

Los criterios para ingreso a UCI contemplan dos requerimientos de la persona(3) a saber: 1) la necesidad de monitorización continua y tratamientos especiales con el propósito de detectar cambios precoces y sutiles en los parámetros fisiológicos, para la toma de medidas pertinentes y limitar los efectos sistémicos deletéreos y potencialmente fatales de la disfunción orgánica presente; y 2) la necesidad de tratamientos especiales que son los procedimientos encaminados al soporte o remplazo temporal de los procesos vitales en riesgo o

con disfunción grave hasta que el organismo pueda retomar su control(3). Añadido a esto, también existe el Triage de ingreso a UCI con base en prioridades(4) :

**Tabla No. 1. Triage de ingreso a UCI.**

<b>CRITERIOS</b>	<b>INDICACIÓN</b>
<p align="center"><b>Criterio 1</b></p> <p>Pacientes críticamente enfermos que requieren de soporte vital para la falla orgánica, monitoreo intensivo y terapias solo proporcionadas en el entorno de la UCI. El soporte vital incluye invasivo: Ventilación mecánica, terapias continuas de reemplazo renal, monitorización hemodinámica invasiva</p>	<p align="center"><b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</b></p>
<p align="center"><b>Criterio 2</b></p> <p>Los pacientes con una probabilidad de recuperación significativamente menor y quienes desean recibir terapias de cuidados intensivos, pero no reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardíaco</p>	
<p align="center"><b>Criterio 3</b></p> <p>Pacientes con disfunción orgánica que requieren de monitoreo intensivo y terapias no invasivas como en posoperatorios de cirugía mayor extubados o en riesgo de choque</p>	<p align="center"><b>UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b></p>
<p align="center"><b>Criterio 4</b></p> <p>Pacientes con menor probabilidad de recuperación y supervivencia que no desean ser intubados o resucitados, pero sí monitorizados</p>	



<b>Criterio 5</b>	<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>
Pacientes terminales o moribundos sin posibilidad de recuperación quienes no tienen indicación de UCI a menos que sean posibles donantes de órganos. En casos en el que el individuo rechaza terapias curativas e invasivas, como en caso de paciente con cáncer metastásico sin quimioterapia adicional u opciones de radioterapia	

**Adaptado y traducido por el autor de: ICU Admission, Discharge and Triage Guidelines<sup>1</sup>**

Los pacientes que se encuentran en el grupo de prioridad 1 y 2 cuentan con criterio para unidad de cuidados intensivos, 3 y 4 para unidad de cuidados intermedios y 5 para unidad de cuidados paliativos(4), no obstante, se encuentran casos especiales en donde en un principio los pacientes tienen posibilidades de recuperación, pero dada su condición, evolucionan a un estado terminal por lo que requieren cuidados al final de la vida.

De igual modo, una vez que el paciente es valorado y cumple con los criterios de ingreso mencionados, inicia un proceso difícil que requiere de una atención integral y humana por parte de los profesionales de salud y que en muchas ocasiones no se puede efectuar de manera correcta lo que lleva al planteamiento de consideraciones bioéticas como la deshumanización del cuidado, abandono terapéutico, el distanciamiento emocional que tiene el equipo de salud con el paciente y su familia, la obstinación terapéutica y las necesidades de comunicación de la familia que en ocasiones no son tenidas en cuenta. Estas consideraciones son analizadas a continuación:

### **2.1.2. Consideraciones bioéticas en la atención en UCI**

El equipo de salud tiene como responsabilidad cuidar y proteger a la persona humana, sin embargo, por desconocimiento e imprudencia, su actuar no representa un beneficio sino un daño para el paciente(5). Es frecuente que en las unidades se presente deshumanización en el cuidado, obstinación terapéutica o

---

<sup>1</sup> Nates, J. L., Nunnally, M., Kleinpell, R., Blosser, S., Goldner, J., Birriel, B., Sprung, C. L. (2016). ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines. *Critical Care Medicine*. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001856>

abandono terapéutico, distanciamiento emocional y falta de comunicación por parte del médico y el enfermero(1). El primero, cuando no se atiende a las necesidades de proteger su vulnerabilidad, intimidad, privacidad y autonomía(6). El segundo, aplicando terapias inútiles y desproporcionadas en relación con la calidad de vida del paciente sin posibilidades de recuperación, prolongando su sufrimiento no permitiéndole acceder a terapias menos agresivas e indicadas para su estado(1). El tercero, cuando el personal de salud se distancia del paciente cuando no tiene indicación de tratamientos curativos por su estado avanzado de enfermedad debido a que olvida la importancia de tratar sus necesidades, pallear los síntomas desagradables y acompañar su agonía moral(7). El cuarto, al evitar contacto emocional y comunicación afectiva con el paciente y su familia, quizá como mecanismo de defensa, el tiempo, desconocimiento, entre otros(8).

#### *2.1.2.1. Deshumanización en el cuidado*

La vulnerabilidad del paciente en la unidad de cuidados intensivos es altamente evidente. La enfermedad ocasiona una alteración global en todas las dimensiones del ser(9). Esta alteración afecta desde la estructura exterior del ser como a su estructura interior. La dimensión externa está relacionada con el cuerpo, con el yo físico y puede ser susceptible de percibir por la sintomatología y las señales que acostumbran resultar: alteraciones corpóreas, malestar, dolor, agotamiento, palidez, desplome de las extremidades, entre otros, hasta alteraciones de orden vital, como cambios en la temperatura, en la presión sanguínea, alteraciones cardíacas, neurológicas, etc. Los efectos en la estructura interior son en su mayoría invisibles y se pueden caracterizar por las expectativas, esperanzas y temores frente a la dolencia, a la muerte, a la vida después de la enfermedad o, incluso, después de la muerte. Siendo así que la enfermedad altere de modo significativo el mundo afectivo y relacional(9). Esta vulnerabilidad física, acompañada con la psicológica y espiritual, da como resultado entrega y confianza del paciente al profesional de la salud quien tiene, asimismo, el deber de cuidarlo integralmente(10). De hecho, hay variables en las que se puede intervenir para disminuir esta sensación de vulnerabilidad como: la comunicación de un paciente intubado con restricción mecánica quien no puede verbalizar su dolor o sensación de ahogo y a que gracias a elementos de caligrafía se puede sentir mejor(11); protegiendo la desnudez durante los procedimientos invasivos, evitando así exponer áreas innecesarias o en el momento del baño en cama, descubriéndolo mínimamente, dándole indicaciones para que pueda hacerlo por sí mismo; disminuyendo su incertidumbre mediante la comunicación, siempre pidiendo su consentimiento para intervenciones médicas y de enfermería(12); manejando la desorientación que se puede evaluar a través de la valoración CAM – ICU y

abordarla con medidas *antidelirium* como calendarios, relojes, el acompañamiento de familiares y personas cercanas, medidas de descanso nocturnas, evitar exposición de dolor excesivo, entre otros; reduciendo los sentimientos de soledad, permitiendo la interacción de la familia durante los momentos de cuidado(13). Estas medidas le proporcionan al paciente autonomía y menor sentimiento de minusvalía y abandono, lo que genera mayor posibilidad de recuperación reduciendo los días de estancia en la unidad(14). Lo preocupante es que a veces el personal de salud descuida este tipo de detalles en la atención que tiene la misma importancia a la aplicación del tratamiento médico.

#### *2.1.2.2. Abandono terapéutico*

Para encontrar la terapia más adecuada para el paciente, se le debe valorar integralmente sin caer en la obstinación ni en el abandono. Es muy común la utilización de la frase “No hay nada que hacer” por parte del equipo de la unidad de cuidados intensivos, cuando el paciente está en estado terminal con pocas posibilidades de recuperación y a quien, desde el punto de vista curativo, no se le puede ofrecer mayores opciones que podrían aumentar su dolor y sufrimiento(6). Con base en esto, a la espera de la muerte, el profesional al perder las esperanzas, descuida a su paciente quien, aún con vida, necesita de su conocimiento y compañía, por lo que se tiende a distanciar emocionalmente(7) por lo que es importante en los casos donde los minutos de vida son contados y es imposible el traslado a una unidad de cuidados paliativos o habitación de hospitalización, iniciar cuidados al final de la vida utilizando la medicina y el profesionalismo con el objeto de disminuir los síntomas desagradables y disminuir los sentimientos de soledad y abandono(15). Por tanto, el principio bioético de no abandono se refiere al deber de proporcionar una atención clínica personalizada en circunstancias difíciles como en las que se encuentran los pacientes de cuidado intensivo, en el máximo grado de vulnerabilidad; en estas circunstancias el profesional cede al miedo, a la pereza, negando sus servicios o escabulléndose de situaciones donde debería asumir un papel o delegando a otras personas los cuidados(16).

El propósito de no abandono en los cuidados al final de la vida va dirigido a dar apoyo y cuidado a las últimas fases de su enfermedad, para que pueda vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. De este modo que se intente controlar no solo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, para conseguir que los pacientes vivan con plenitud sus últimos meses o días de vida y tengan una buena muerte, e incentivar la adecuada elaboración del duelo, la construcción de la muerte(17) y morir con dignidad, lejos de implicar un acto de

eutanasia, lo que equivale a: ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de la muerte, ser cuidado por personas que sean capaces de mantener la esperanza a pesar de las circunstancias, participar en las decisiones que incumben a mi cuidado, tener una atención hospitalaria y humana continua, aun cuando los objetivos de curación se tengan que transformar en objetivos de bienestar, no morir solo, a que sus preguntas sean respondidas con sinceridad y no ser engañado, a morir en paz, mantener su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones que puedan ser contrarias a las creencias de otros, discutir y acrecentar sus experiencias religiosas o espirituales, a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras su muerte según su voluntad, a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas, que intenten comprender sus necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudar a afrontar su muerte(16) ).

De este modo, la atención debe estar fundamentada en principios de bioética clínica e institucional que se describen a continuación (Tabla No. 2)(18):

**Tabla No. 2. Sistema de principios.**

<b>Bioética clínica</b>	<b>Bioética institucional</b>
<i>Equipo de salud – paciente</i>	<i>Institución – Equipo de salud – Usuario</i>
<i>No maleficencia</i>	
<i>Deber de no abandono</i>	<i>No abandono institucional</i>
<i>Precaución a complicaciones y fallas en salud</i>	<i>Precaución: sistemas de seguridad en la atención</i>
<i>Responsabilidad con la familia</i>	
<i>Justicia y distribución adecuada de recursos</i>	
<i>Respeto del derecho del paciente</i>	<i>Respeto de los derechos de los pacientes y su promoción</i>

<i>Equidad</i>	<i>Equidad al acceso a la atención de salud</i>
<i>No discriminación injusta</i>	
<i>Protección del más débil</i>	<i>Protección de población vulnerable</i>
<i>Eficiencia profesional</i>	<i>Eficiencia institucional</i>
<i>Continuidad de atención</i>	<i>Sostenibilidad de atención</i>
<i>Autonomía de la persona</i>	<i>Autonomía y participación como derechos del paciente</i>
<i>Confidencialidad</i>	<i>Custodia de información y confidencialidad</i>
<i>Calidad de vida</i>	<i>Calidad asistencial</i>
<i>Excelencia profesional</i>	<i>Excelencia institucional</i>
<i>Humanización del cuidado</i>	<i>Políticas de humanización en la atención</i>
<i>Solidaridad en la atención</i>	
<i>Ética del cuidado</i>	

**Adaptado por el autor de: Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social<sup>2</sup>**

Estos principios llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, por esto es importante tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto de la atención de los usuarios que se debe realizar en el contexto de la ética y los valores, así se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales(19)

<sup>2</sup> León Correa, Francisco Javier. (2009). FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL Y SOCIAL. *Acta bioethica*, 15(1), 70-78. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100009>

con el propósito de evitar el abandono terapéutico en la atención a cargo de los profesionales.

#### *2.1.2.3. Distanciamiento emocional*

El ambiente de la unidad de cuidados intensivos no es el más ameno para una persona en estado de vulnerabilidad(9). Con personas extrañas, en quienes confía su recuperación, monitores sofisticados que detectan cualquier alteración en el estado hemodinámico y lo alertan con sonidos perturbadores, equipos de infusión con medicamentos con nombres desconocidos y el mismo estado crítico, generan en el paciente y su familia incertidumbre y miedo que podrían disminuir con una comunicación efectiva y el acercamiento con los enfermeros y médicos(12). No obstante, a veces no se utilizan estas herramientas de forma adecuada por la carga laboral, la angustia moral que la misma situación del paciente genera en el profesional, lo que lleva a su distanciamiento emocional, la priorización de tareas asistenciales descuidando este momento de atención, entre otras causas(7).

Es importante organizar el tiempo de modo que se genere el momento en el que el paciente pueda aclarar sus dudas, brindándole información sobre su estado de salud, los cuidados necesarios, la terapia que se va a emplear, escuchando sus expectativas y su deseo de restringir o comunicar la situación a su familia(20). Además, cuando el paciente se encuentra en estado de inconsciencia la familia se tiende a distanciar al sentir que no se puede comunicar con él, de igual manera, el personal debe incentivar su acercamiento y proporcionar herramientas de afrontamiento(21).

#### *2.1.2.4. Obstinación terapéutica*

La unidad de cuidados intensivos es el sitio donde más se presentan medidas desproporcionadas para el mantenimiento de la vida. Para realizar el juicio de proporcionalidad habrá que tener en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo esto, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales(17) de manera que cuando a un paciente con mal pronóstico se le imponen terapias curativas que no representan una respuesta significativa para su recuperación, es una forma de provocarle mayor dolor y sufrimiento(22). Como en casos de pacientes con enfermedades oncológicas y cirróticas en estadios terminales sin posibilidad de trasplante hepático, hemorragias intracerebrales masivas con mal pronóstico,

EPOC con alto requerimiento de oxígeno y baja funcionalidad pulmonar, a quienes con disfunción orgánica múltiple se les realizan procedimientos invasivos, diagnósticos innecesarios, terapias de reemplazo renal, medicamentos vasoactivos y se les brinda reanimación cardiopulmonar por más de 20 minutos(23). Por lo anterior se tienen en cuenta cinco características del paciente terminal para la toma de decisiones(24):

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses

No obstante, por la educación médica, la tecnología y la esperanza familiar y del paciente no se toman en cuenta estos criterios por lo que se incurre en la administración de medidas desproporcionadas(23). Por la impresión global que obtienen los nuevos médicos a partir de la enseñanza que han recibido, suele ser que la Medicina está para curar y que lo que se espera del médico es la intervención resolutiva, agresiva si es necesaria(25). Esta impresión general pesa mucho a la hora de decidir el tratamiento de los pacientes, pues se tiende a preferir la intervención técnica a la conducta expectante. Si a esto se suma el escaso aprendizaje recibido en cuestiones como la medicina paliativa, o en la formación humana que facilita acompañar al paciente en su sufrimiento, tenemos una clase médica joven con una tendencia clara a aplicar tratamientos innecesarios, superfluos, o dañinos(25). Es importante saber abstenerse de poner y quitar tratamientos cuando han demostrado su futilidad aunque la consecuencia sea la muerte del enfermo. Es esencial que el equipo de salud acierte en reconocer los límites prácticos y éticos de nuestro poder. Se debe tener presente que hay límites éticos que no se deben sobrepasar, porque estas acciones serían, además de inútiles, dañosas(22) y, asimismo, mantener una adecuada comunicación con la familia quien dominada por mecanismos defensivos, puede no haber realizado un adecuado análisis de la realidad y de la inminencia de la muerte(26) por lo que manteniéndose esperanzada en los tratamientos curativos ejerce cierta presión en el profesional de la salud(23) tomando una actitud de obstinación.

### *2.1.2.5. Necesidades de comunicación con la familia*

El cuidado en la disciplina enfermera implica la preocupación y el deseo de ayudar a otra persona a través de un enfoque holístico que promueva la relación terapéutica entre la enfermera, el paciente y su familia. De hecho, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la esencia de esta relación reside en la responsabilidad de la enfermera de cuidar tanto del paciente como de su familia, al mismo tiempo que se cubren las necesidades prácticas y tecnológicas de las UCI.

Es ampliamente conocido que para el paciente el ingreso en la UCI es una experiencia estresante en razón a que al verse rodeado de cables, monitores, respiradores, así como de estímulos y ruidos irreconocibles origina una situación de miedo e incertidumbre(27). Además, el aislamiento de sus familiares y el horario restringido son considerados como factores de angustia para los pacientes. Por otro lado, la entrada a la UCI lleva a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad por el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su allegado en situación crítica lo que produce una experiencia de desorganización y crisis doméstica(28).

Estas necesidades de comunicación son descritas por enfermeras del departamento de medicina crítica de la Clínica de la Universidad de Navarra a través de una revisión de literatura en donde distinguen cuatro tipos de necesidades que se mencionan a continuación(29):

#### **1. Necesidades cognitivas:**

Estas necesidades son las que hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el paciente y las peculiaridades de la UCI(27).

Los allegados demandan explicaciones sobre el estado de salud de su ser querido, pero también sobre lo que ocurre alrededor de él(30). En este sentido es importante que la información médica y la de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que los familiares reciban la mejor información posible(31).

La literatura apunta a que las familias esperan que las enfermeras informen sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente, así como sobre el tratamiento y los aspectos concretos de las UCI, como el equipo tecnológico, el número de teléfono y el equipo de profesionales que trabajan en la unidad(27). De esta manera señalan que esperan de los médicos que les notifiquen cada día las condiciones, el pronóstico y el tratamiento del paciente y



cuando estén en casa también reciban información telefónica sobre los cambios en el pronóstico del individuo. Además los familiares desean tener la certeza de que su ser querido recibe el mejor cuidado posible(29).

Por esto, varios autores proponen que la información facilitada a los familiares sea estructurada, clara y se realice en un ambiente empático(27). De igual manera, se considera importante que sea siempre el mismo personal, tanto médico como enfermero, quien les notifique a las familias sobre la evolución del paciente(31).

## **2. Necesidades emocionales:**

Este tipo de necesidades hace referencia a los sentimientos que experimentan los familiares por causa del ingreso de su ser querido en la UCI(27). De hecho, en su estudio de teoría fundamentada sobre las necesidades de la familia en Grecia, indican que los familiares de los pacientes ingresados en la UCI experimentan emociones positivas, relacionadas con la esperanza de mejoría de su familiar y emociones negativas producidas por el miedo a perder a su ser querido. Estas emociones y sentimientos de incertidumbre pueden provocar una fuerte sensación de impotencia e incapacidad para ayudar a su ser querido(32). Por esto, el apoyo emocional a las familias por parte de los profesionales de la salud es un aspecto importante que contribuye a su bienestar(30). A su vez, la familia siente que el vínculo que se crea con los profesionales de cuidados intensivos es intenso. No obstante, la evidencia señala que con frecuencia las enfermeras desestiman las necesidades emocionales de los familiares, por lo que realizan pocos cuidados a este respecto(33).

## **3. Necesidades sociales:**

Las necesidades sociales hacen referencia a las relaciones de las familias con otras personas de su entorno, como, por ejemplo, la familia extensa o amigos(34). Este requerimiento se da al tener a un ser querido ingresado en la UCI porque afecta los roles familiares, las relaciones y las responsabilidades del resto de los miembros de la familia, lo que interrumpe la normalidad doméstica y social(29).

Como se ha señalado, la proximidad, es decir, estar cerca del ser querido y verlo con regularidad, o incluso estar continuamente a su lado, es importante para el entorno social, especialmente para las mujeres, al ser casi siempre las encargadas de la salud del resto de sus miembros(34). Este motivo lleva a los

familiares a expresar su disconformidad con la duración y el horario de visitas de las UCI y a manifestar su deseo de unos horarios más flexibles(35).

#### **4. Necesidades prácticas:**

Por último, están las necesidades prácticas, estas engloban todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda como las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física(35). Cabe señalar que la familia percibe estas necesidades como las menos importantes(34), no obstante, es un aspecto importante para tener a consideración según los estudios revisados, en donde se identifica que los familiares refieren que las salas de espera son un lugar pequeño, frío, sucio, confuso y aterrador(36). Además, señalan que estas estancias son incómodas y poco íntimas. Sin embargo, también se encuentra que en ocasiones estas salas favorecen el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas(36).

#### **2.1.3. Cuidados al final de la vida en la UCI**

El desarrollo de la medicina intensiva ha revolucionado el cuidado médico en las etapas finales de la vida y ha “rescatado de la muerte” a un sinnúmero de personas. En este contexto la muerte parece llegar más como el resultado de un fracaso técnico, que como un acontecimiento que tiene un lugar determinado e inamovible dentro del ciclo vital de todos los seres vivos(37). Sin embargo, la mayor tasa de mortalidad en el entorno hospitalario se encuentra en la unidad de cuidados intensivos que por su tecnología, aislamiento y complejidad no es el lugar más apropiado para las últimas horas de vida(38), de hecho, en un estudio comparativo reciente, la mortalidad de los pacientes ingresados en un grupo de UCI españolas durante 2004 y 2005 fue del 15 % en 12 hospitales generales y del 18,2 % en 13 hospitales regionales. En los Estados Unidos casi el 20 % de todas las muertes ocurren en las UCI o poco después de recibir el alta de cuidados intensivos(39). Estas cifras demuestran que la muerte es una realidad en la UCI y que los cuidados al final de la vida son igual de importantes como las medidas de soporte vital.

Aunque las UCI no son reconocidas como lugar en que se realicen cuidados en el final de la vida, los cuidados paliativos pueden ser proporcionados de forma que beneficien la calidad de vida del paciente y su familia(39) en paralelo con los escenarios de toma de decisiones como la limitación del esfuerzo terapéutico, órdenes de no reanimación y disentimiento de procedimientos invasivos(40).

En efecto, la importancia de los cuidados paliativos se encuentra en la concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal(41). Por lo que en la UCI los cuidados al final de la vida exigen prudencia que debe ser aplicada a la terapéutica del paciente evitando medidas extraordinarias y acompañándolo durante su transición a la muerte en caso de enfermedad terminal por lo que de ninguna manera es aceptable el abandono a pesar de que en condiciones terminales no sea viable el tratamiento curativo(42). Toda persona, con independencia de su salud o condición, tiene derecho a recibir unos cuidados mínimos, por el hecho de ser persona(38).

Los cuidados sanitarios, cuando excepcionalmente han de ser aplicados por técnicas especiales, pueden perder su carácter de obligatoriedad y convertirse en cuidados extraordinarios o desproporcionados(38). En el caso de los pacientes en estado terminal y tratados en la unidad de cuidados intensivos hay autores que señalan que la futura calidad de vida es la referencia que determina si a un paciente se le deben aplicar tratamientos e incluso cuidados mínimos. Si se adopta este principio, la diferencia entre no cuidar a un paciente y eutanasia directa difícilmente podrá ser mantenida(38).

De hecho, el problema de la aplicabilidad de los cuidados al final de la vida en la UCI intensivos se describe en un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Madrid en donde se concluye que entre las dificultades del equipo de enfermería están:

- 1. Dificultades académico – culturales:** el personal de enfermería percibe que dentro de la UCI la atención está orientada a la curación del paciente.
- 2. Dificultades estructurales – arquitectónicas:** existe una falta de adecuación de la UCI para cuidar a pacientes terminales al percibirla deshumanizada, junto a la falta de espacio y de intimidad.
- 3. Dificultades psicoemocionales:** los CAV suponen para el personal de enfermería adoptar cierto distanciamiento emocional o evitación como una de las principales estrategias de afrontamiento. El distanciamiento emocional en ocasiones provoca en el personal de enfermería una despersonalización del paciente que se traduce en: a) la consideración del paciente como un instrumento de su trabajo o una tarea que hay que cumplir, y b) evitar conocer cualquier tipo de información de los/las pacientes y de su familia (pareja, situación económica, número de hijos,

edad de los hijos, lugar donde vive, trabajo que realiza, características personales, amistades, vecinos, visitas que recibe(7).

## **2.2. Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos han estado presentes desde la edad media a través de los hospicios en Europa, cerca de las rutas de mayor tránsito, con el propósito de brindarles alojamiento y comida a las personas enfermas, a pesar de ser formalizada hasta 1987 en Inglaterra como disciplina y rama de las ciencias de la salud(43). En principio, los hospicios europeos eran utilizados para acoger a los viajeros y a las personas gravemente enfermas, a quienes se les daba refugio y alimento; en 1854, la enfermera Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, auxilió soldados gravemente heridos y promovió las mejores condiciones sanitarias para disminuir infecciones, el dolor e incentivar el descanso y confort(44). En 1842, Francia implementó los hospicios como institutos creados para el cuidado de personas moribundas. A partir de 1879 se extiende en el Reino Unido en el *Lady's Hospice* en Dublin y a principios del siglo XX en Inglaterra realizando la apertura del Saint Joseph Hospice gracias al trabajo laborioso de las Hermanas de la Caridad Irlandesa. En la década de los años 60, Cicely Saunders promueve los cuidados paliativos evitando los tratamientos desproporcionados, involucrando a la familia, disminuyendo el dolor físico y espiritual(43). Desde ese momento, los hospitales y las políticas públicas han centrado sus esfuerzos en prestar atención paliativa a la persona en últimas etapas de la vida en todo el mundo.

En efecto, el fin de los cuidados paliativos es el mejoramiento de la calidad de vida que según la OMS se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con el entorno. Bajo esta condición, la atención paliativa nace para disminuir la agonía y el sufrimiento de las personas en estado terminal y enfermedad crónica incurable(45) cumpliendo con las condiciones que se mencionan en la siguiente descripción:

### **2.2.1. Descripción de los cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos son los apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor

y otros síntomas requieren, además del soporte médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante el trastorno, la enfermedad y duelo (46) reafirmando la vida y considerando el morir como un proceso natural, no prolongando ni acelerando la muerte, ofreciendo un sistema de sostén para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares a afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo(47).

El propósito de los cuidados paliativos está en la disminución del sufrimiento que altera la energía espiritual de la persona, el sentido y la motivación del diario vivir por lo que afecta el modo en que se alimenta, se mueve, interactúa consigo mismo y con los demás. En efecto, los estados de humor menos positivos se manifiestan en las personas enfermas y, en lo que se refiere a portadores de enfermedades crónicas, no es menor la probabilidad de alcanzar estados depresivos(48). Un ejemplo de esto se encuentra en la vivencia de enfermedades crónicas debilitantes o etapas finales de la vida, en donde los cuidados paliativos del personal de salud cobran especial relevancia, pues no pretenden acelerar ni detener el proceso de morir, solo intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados sanitarios y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hospital, el hogar, la familia y los amigos(49).

Lamentablemente, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un estudio de 234 países, territorios y regiones realizado en 2011, los servicios de asistencia paliativa solo estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42 % carecía de ese tipo de servicios, y un 32 % adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados(45). Servicios de los cuales se encuentra:

- Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes; afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal

- No intentar acelerar ni retrasar la muerte; integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte

- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo

- Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado

- Mejorar la calidad de vida y también influir positivamente en el curso de la enfermedad; poder dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluir las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas(50).

En Colombia, estos servicios están reglamentados por la legislación descrita a continuación:

### **2.2.2. Legislación colombiana**

Entre los criterios para iniciar cuidados paliativos según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia se encuentran: enfermedad incurable, avanzada y progresiva, pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, intenso impacto emocional y familiar, repercusiones sobre la estructura cuidadora. Entonces, en este orden de ideas, un enfermo terminal es quien padece una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses(51).

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 1733 de 2014 “Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”, este Ministerio ha expedido los siguientes actos administrativos para su debida reglamentación, en beneficio de la población objeto(51):

1. Circular 022 de 2016: Lineamientos y Directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor.
2. Circular 023 de 2016: Instrucciones respecto de la garantía de los derechos de los pacientes que requieran cuidados paliativos.
3. Resolución 1441 de 2016: Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de la Redes Integrales de Prestaciones de Servicios de Salud.

4. Resolución 1051 de 2016: Por medio de la cual se reglamenta la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada.
5. Resolución 1416 de 2016: Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.
6. Resolución 2665 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada. Deroga la Resolución 1051 de 2016.

### **2.2.3. Enfermería en la Atención del paciente en estado terminal**

La enfermería consiste en prestar cuidados a las personas y los grupos humanos de un modo profesional y con una actitud de cuidar(52). Porque la enfermería aspira a ser integral, prestando cuidados a la persona global o integralmente considerada. Se preocupa por el ser humano, por su existir tanto en la vida como en el proceso de muerte. Por tanto, el enfermo en situación crítica, ingresado en una UCI, sigue precisando de cuidados médicos y atención de enfermería(52).

Por consiguiente, la enfermería, al ser disciplina y ciencia del cuidado, tiene de antemano el papel importante de acompañar y ser actor directo. Dentro del compromiso del cuidado que brinda la enfermera al paciente está el de darle esperanza, calor humano, confianza, respeto y admiración por su condición de persona digna. Esta actitud exige sensibilidad, conocimiento, buen criterio y la adaptación de los procedimientos de enfermería, incluso los más sencillos, a las necesidades particulares del paciente(42). La enfermera debe *empoderar* al paciente para que comprenda que no ha perdido su dignidad ni su valor como persona y que, por tanto, sigue siendo constructor de su propia historia. Debe ayudarlo a reconocer el valor de su vida y de su cuerpo encontrándole sentido a su sufrimiento. A la persona tocada por el dolor le es más fácil adquirir una sabiduría profunda sobre la realidad del mundo y de la vida, de captar lo que es esencial y verdadero; el dolor permite un mayor conocimiento de sí mismo desde esta situación límite, el dolor es un medio para descubrir la razón última de las cosas(52). Una adecuada práctica enfermera en etapas finales de enfermedad se basa en respetar la dignidad de los pacientes y proporcionarles una buena muerte. Sin embargo, las enfermeras de la UCI tienden a tecnificar sus habilidades y destrezas y se han especializado en adelantarse y controlar, con cuidados

puramente físicos, las situaciones que comprometan la vida del enfermo, pero no en administrar CP o de bienestar(8). La literatura define una «buena muerte» como un momento único y trascendente para cada persona que tiene en cuenta principios como la dignidad, la ética, entorno sereno y de paz, que cuente con el apoyo de la familia, que considere los deseos del paciente y de los de su entorno, aliviar el dolor y el sufrimiento, prestando una atención holística(8).

Las últimas tendencias de enfermería están dirigidas en lograr mayor autonomía posible del individuo y conservar su dignidad hasta la muerte. El fin básico es el alivio y aumento del bienestar del paciente, siendo muy cautos en la valoración daño/beneficios que realicen los cuidados de enfermería y que siempre prime el bien del paciente como fin último(42) teniendo en cuenta que esta dignidad ontológica que fundamenta el cuidado no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o psicológicas que padezca la persona(42).

### **2.3. Modelo de Enfermería de Callista Roy**

A continuación se describe el modelo de adaptación de Callista Roy utilizado por el profesional de enfermería para la elaboración del plan de cuidados a partir de los siguientes conceptos:

#### **2.3.1. Conceptos y descripción**

Los supuestos filosóficos en los que Roy se basó para la construcción del modelo fueron el *Humanismo* que se relaciona con la identificación de la persona de forma integral y la *Veritivity* que es un neologismo utilizado por Roy en su obra *The Roy Adaptation Model* y se deriva de la palabra *Veritas* que significa verdad(53). Para la construcción del modelo, ella se basó en la *Veritivity* como la unidad de objetivos de la humanidad en relación con su actividad y creatividad para el bien común, los valores y el significado de la vida. Todos los seres humanos tienen la capacidad de acercarse a la verdad absoluta por diferentes caminos haciendo referencia al propósito común de la existencia humana, la unidad de objetivos de la humanidad, a la actividad y creatividad para el bien común y los valores y significados de la vida(54).

Además, fundamenta con *La teoría de adaptación* de Helson y *La Teoría de sistemas* propuesta por Rapoport y Bertalanffy, para definir a la persona como el



sistema adaptativo humano compuesto por subsistemas que responden a estímulos y que se adapta de acuerdo con las respuestas que genera(53). Para ella, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único e irrepetible, racional, libre, abierto, que se comunica con los demás y sus creencias.

Los sistemas adaptativos humanos al interactuar como un todo con el ambiente externo e interno presentan entradas (los estímulos), salidas (las respuestas y comportamientos) y procesos reguladores fisiológicos y cognitivos(55) como se presenta a continuación:

**Figura 1. Modelo de Adaptación de Callista Roy.**



Tomado de: *The Roy Adaptation Model*<sup>3</sup>

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectoros. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten por medio de los sistemas circulatorio y nervioso(56).

<sup>3</sup> Roy, Callista; Andrews, Heather. *The Roy Adaptation Model*, Editorial Appleton y Lange, p. 50 (fig. 2 – 3), 1999.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el SNC, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos(53). Según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar”, y ha seleccionado el modelo de Luria para explicar el procesamiento de la información, de esta forma que la estructura es el cerebro, los procesos son neuropsicológicos y la base del conocimiento tiene relación con la experiencia y la educación. El centro del modelo de procesamiento de la información está determinado por los procesos cognitivos de la persona: el estado de alerta-atención, la sensación-percepción, la formación y codificación de conceptos, la memoria, el lenguaje, la planeación y las respuestas motoras(53).

Los procesos cognitivos se pueden expresar por medio de funciones motoras, como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal que están enmarcados por la conciencia que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente(57). Roy destaca que existe una interrelación permanente entre los estímulos y la conciencia. Con lo anterior se puede concluir que el individuo al enfrentarse a una situación (estímulo) la evalúa, y con base en su experiencia y conocimientos desencadena una respuesta; según esto, el proceso cognitivo también está influenciado por el emocional(58).

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial(58).

### **2.3.2. Adaptación y niveles de adaptación**

Para Roy, la adaptación es el proceso y meta por medio del cual las personas dotadas de pensamientos y sentimientos, en forma individual o en grupo, utilizan la conciencia (conocimiento consciente) para crear un ambiente humano que permita la integración. En el desarrollo de su modelo, identifica los niveles de adaptación que representan las condiciones de los procesos vitales que suceden en la persona como respuesta a estímulos focales, contextuales y residuales que se presentan en la vida del individuo o grupo determinado(53). Los niveles de adaptación que describe Roy son:

**1. Nivel Integrado:** la persona presenta un balance en los procesos vitales y se integran adecuadamente como un todo para llevar a cabo sus necesidades.

**2. Nivel compensatorio:** a pesar de que exista un estímulo que genere un cambio en el sistema adaptativo humano, su mecanismo regulador y cognitivo se logra mantener en equilibrio.

**3. Nivel comprometido:** se presenta cuando los procesos integrados son inadecuados y se muestra un problema de adaptación como lo es la enfermedad.

Los estímulos que influyen en esta adaptación se dividen, según el trabajo de Helson(55), en:

**1. Focales:** afecta directamente a la persona y desencadena una respuesta efectiva (adaptativa) o inefectiva.

**2. Contextual:** contribuyen al efecto que produjo el estímulo focal. Ejemplo: características propias o antecedentes de la persona.

**3. Residual:** corresponde a las creencias o experiencias pasadas que pueden tener efectos indeterminados.

### **2.3.3. Mecanismos de reguladores o procesos de control**

El mecanismo regulador responde automáticamente por canales neurales, químicos y endocrinos; los estímulos provenientes del ambiente interno y externo (a través de los sentidos) actúan como entrada al sistema nervioso y afectan los líquidos y electrolitos, el balance ácido-básico y el sistema endocrino. La información es canalizada en forma apropiada y se produce una respuesta automática e inconsciente, todos los aspectos del sistema están interrelacionados y son evidencia de la integridad natural de la persona(53).

El mecanismo cognitivo responde a través de los canales cognitivo-emotivos: percepción, proceso de información, aprendizaje, juicio y emoción(56). Los procesos de percepción e información incluyen actividades de atención selectiva, codificación y memoria; la actividad aprendizaje incluye imitación, refuerzo e introspección; el proceso de juicio implica actividades de solución de problemas y de toma de decisiones, y a través de las emociones las personas utilizan defensas para buscar aliviar la ansiedad y hacer una valoración afectiva y del apego(59).

### 2.3.4. Modos de adaptación

No es posible definir a cabalidad los procesos reguladores, a menos que se visualicen a través de los modos de adaptación que se diferencian en cuatro modos: físico – fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia(60).

**1. Modo físico y fisiológico:** es la forma en que la persona se relaciona como ser físico, por tanto, es el conjunto de manifestaciones fisiológicas. Está compuesta de cinco necesidades (oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, y protección) y cuatro procesos complejos (los sentidos, líquidos y electrolitos, la función endocrina y la función neurológica)(61).

**2. Autoconcepto:** se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se pueda ser o existir en un sentido de unidad(53). Es el modo en que el sistema adaptativo se ve a sí mismo.

**3. Función de rol:** papel que la persona desempeña en la sociedad. En el modelo de adaptación, Roy distingue tres roles: el primario, el secundario y el terciario. El primario es el que determina en gran parte el comportamiento como, por ejemplo, el género y la edad. El secundario se relaciona con las tareas que desarrolla la mayor parte del tiempo como la profesión. Y el terciario, es el rol temporal elegido por la persona(53).

**4. Interdependencia:** Contempla todas las redes de apoyo y sistema de recursos con las que la persona cuenta(60).

### 2.3.5. Respuestas

Son el resultado de la interacción de los mecanismos regulares al entrar en contacto con los estímulos(53). Estas respuestas se presentan en:

**1. Adaptativas:** promueven la integridad y compensación del sistema humano.

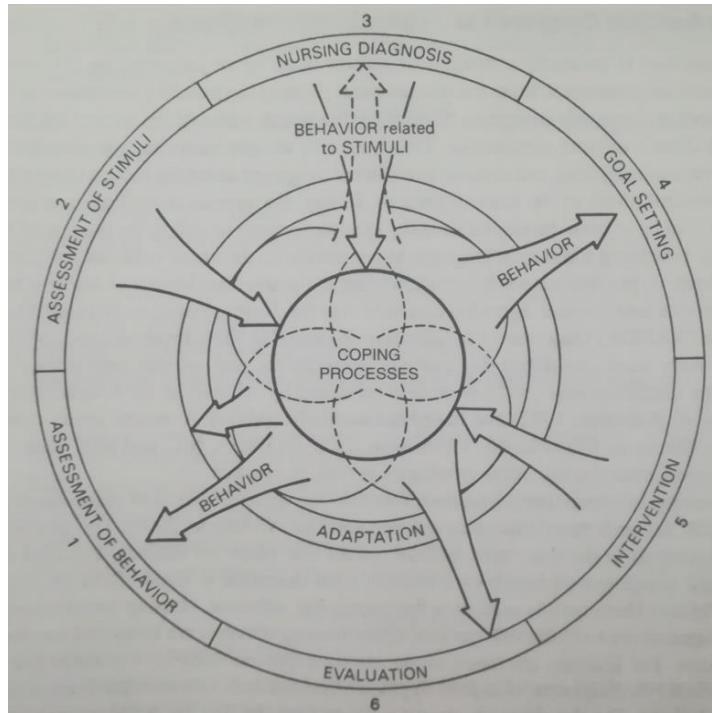
**2. Inefectivas:** amenazan la supervivencia de la persona, son ejemplo de los signos y síntomas de una enfermedad (Hipotensión, dolor).

### **2.3.6. Proceso de enfermería en el Modelo de Adaptación de Roy**

La enfermería, como la ciencia del cuidado se ha fundamentado a través de diferentes teorías que surgen modelos de cuidado como el Modelo de Adaptación de Callista Roy quien afirma que los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del que no se puede separar(53).

Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de manera que la percepción que tiene de las situaciones a las que se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno. Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación(57). Esto permite establecer las estrategias más efectivas para lograr, en forma conjunta, la meta de enfermería que de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida como un estado de bienestar del ser humano(62). Seis etapas constituyen el proceso de enfermería según el modelo de Roy descritas a continuación:

**Figura 2. Proceso de atención de enfermería.**



Tomado de: *The Roy Adaptation Model* <sup>4</sup>

El proceso de enfermería descrito por Roy se relaciona directamente con la visión de los seres humanos como un sistema adaptativo. El proceso asume que los valores y las creencias de las personas, el entorno y la cultura son primarios. Se han identificado seis pasos en el progreso de enfermería según el modelo de adaptación de Roy(53):

**1. Primera etapa: valoración de los comportamientos del sistema adaptativo humano:** incluyen la recolección de datos en relación con el comportamiento de la persona y el nivel actual de adaptación. En esta valoración, Roy ve al ser humano como un sistema holístico que se adapta. Las entradas del sistema están formadas por los estímulos, tanto internos

<sup>4</sup> Roy, Callista; Andrews, Heather. *The Roy Adaptation Model*, Editorial Appleton y Lange, p. 67 (fig. 3 – 1), 1999.

como externos, que provienen del ambiente, los cuales activan los procesos de enfrentamiento que actúan para mantener la adaptación en relación con los cuatro modos adaptativos. Para esto se utilizarán: la observación minuciosa, la historia clínica, la entrevista y el examen físico(53).

**2. Segunda etapa: valoración de los estímulos:** las habilidades utilizadas para apreciar los estímulos son las mismas que se emplearon para evaluar los comportamientos, en esta etapa se analizan los factores más importantes que están produciendo reacciones positivas o negativas en la persona. Los estímulos pueden ser internos o externos, e incluyen todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean o afectan el desarrollo y comportamiento del sistema adaptativo humano. Los estímulos se evalúan de acuerdo con los comportamientos que se han identificado en el primer nivel de valoración. En esta se les debe dar prioridad a los estímulos que producen respuestas inefectivas o alteración en el sistema adaptativo(53).

**3. Tercera etapa: la identificación de los problemas adaptativos o inefectivos:** es la determinación de los comportamientos adaptativos e inefectivos de la persona y los factores influyentes para determinar el diagnóstico que provee indicaciones específicas para las intervenciones de enfermería, porque estas se relacionan, directamente, con los estímulos. El diagnóstico de enfermería es, ante todo, un proceso de pensamiento crítico o juicio realizado por la enfermera, en relación con el nivel de adaptación de la persona. Roy, al considerar la meta de enfermería descrita en su modelo como la forma de ampliar los procesos positivos de la vida y de promover la adaptación, identifica un conjunto de indicadores de adaptación positivos, asociados con cada uno de los cuatro modos. Además, en esta etapa se determinan los problemas de adaptación, definidos como las respuestas inefectivas que amenazan la supervivencia; en ella, Roy determina una tipología de problemas comunes. Una vez identificados los problemas, se determinan los prioritarios según el orden de importancia en: problemas que amenazan la vida y la integridad de la persona, la familia o el grupo; problemas que amenacen cambiar destructivamente a la persona, familia o grupo; problemas que afecten el desarrollo normal y el crecimiento de las persona, familia o grupo(53).

**4. Cuarta etapa: establecimiento de metas:** es la determinación clara de los resultados que se esperan alcanzar con el cuidado de enfermería; lo que se busca es mantener o promover comportamientos adaptativos y

modificar los inefectivos. Las metas se pueden formular a corto plazo, como hora a hora o día a día; y a largo plazo, como semana a semana o más. En algunos casos, en la elaboración de las metas intervienen el paciente y la familia. En ellas se deben especificar: lo que se espera lograr, el comportamiento a fortalecer o modificar, y el tiempo en el que se van a alcanzar(53).

**5. Quinta etapa: intervención:** incluye la selección y aplicación de actividades o estrategias de enfermería para promover la adaptación, modificando los estímulos o factores influyentes o fortaleciendo los procesos de enfrentamiento(53).

**6. Sexta etapa: evaluación:** incluye el juicio sobre la efectividad de las intervenciones en relación con el comportamiento del sistema humano; esta evaluación se lleva a cabo con la persona, tratando de valorar si se cumplieron las metas propuestas. Si no se lograron, se debe indagar el porqué, según lo previsto; para esto se debe volver a la primera etapa y analizar, en detalle, los comportamientos que continúan siendo inefectivos y los nuevos estímulos que están influyendo(53).



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

*¿Cómo influye de manera positiva la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en los cuidados al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos?*

La necesidad que se evidencia en las unidades de cuidados intensivos en relación con los cuidados al final de la vida radica en la falta de conocimiento y visión integral del ser humano, quien es una persona con una historia, una familia, un rol en la sociedad, emociones, visiones, quien responde físicamente y psicológicamente a estímulos de manera única. Por esta razón, se plantea la aplicación de modelo de Callista Roy como herramienta de valoración para contemplar a la persona como un ser holístico generando un plan de cuidados, proporcional a sus necesidades, considerando su estado terminal e irreversible, evitando así, el trato técnico, deshumanizado, obstinado y lejano que se presenta en las unidades de cuidado intensivo por no tener una cultura sana de la vida y la muerte como procesos naturales del ser humano.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Identificar los aspectos bioéticos en la atención al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos a través de la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy.

### **4.2. Objetivos Específicos**

**4.2.1.** Aplicar el Modelo de Adaptación de Callista Roy en estudio de caso del paciente con enfermedad oncológica terminal en la unidad de cuidados intensivos.

**4.2.2.** Elaborar un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades identificadas durante la aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en el estudio de caso del paciente en etapas finales de la vida en la unidad de cuidados intensivos.

**4.2.3.** Determinar cuáles son las consideraciones bioéticas a tener en cuenta en el cuidado y atención del paciente en etapas finales de la vida en la unidad de cuidados intensivos a la luz del Modelo de Adaptación de Callista Roy.

## 5. CASO CLÍNICO

### 5.1. Caracterización de la paciente

La paciente M.M, es una mujer de 35 años de edad, procedente y natural de Bogotá, abogada de profesión, con estado civil en unión libre, madre de una niña de 5 años, con antecedente de Linfoma no Hodking folicular grado citológico I-II epitroclear derecho, estadio diagnosticado en marzo de 2015 manejado con resección + radioterapia en remisión desde ese mismo año.

Ingresa en octubre de 2018 por dificultad respiratoria y requerimiento de oxígeno de alto flujo por lo que se diagnostica tromboembolismo pulmonar masivo a través de angiotomografía axial computarizada de tórax y carcinoma neuroendocrino de célula grande de origen pulmonar avanzado por biopsia realizada en la hospitalización en la UCI, por lo que se indica inicio de quimioterapia con previa interrupción voluntaria de la gestación. Luego, continúa con tratamiento de oxígeno y anticoagulación plena y se dio egreso a domicilio estando en hospitalización de medicina interna.

En semanas posteriores reingresa por evento cerebrovascular isquémico y se da tratamiento trombolítico y se monitoriza en la UCI en donde se diagnostica foramen oval permeable, estado protrombótico de origen neoplásico y trastorno de oxigenación por lesiones tumorales pulmonares, sin embargo, no se puede realizar cierre de foramen oval por trombo en cava inferior que no permitiría el paso del catéter ingresado por la vena femoral hasta el agujero. Por otro lado, tiene contraindicación de anticoagulación por estado anémico, sangrado ginecológico y hematoma en miembro superior izquierdo, motivo por el cual se habla con la familia sobre las limitaciones curativas y se firma orden de no reanimación ni intubación.

La paciente fue egresada con limitaciones funcionales como la afasia y la hemiparesia derecha derivadas del accidente cerebrovascular y oxígeno por cánula a 2 litros, no obstante, reingresa al día siguiente por absceso en glúteo derecho y fiebre por lo que se hospitaliza al completar sus días de tratamiento antibiótico con Ampicilina Sulbactam.

Luego de cumplir su tratamiento antibiótico se da egreso y posteriormente ingresa por deterioro funcional, requerimiento de oxígeno, fiebre, dolor torácico abdominal por lo que a través de exámenes se diagnostica hemotórax que fue drenado y múltiples lesiones pulmonares neoplásicas, entonces, se interconsulta con cuidados paliativos por llegar al techo terapéutico, sin embargo, MM y su

familia los reciben sin suspender quimioterapia. Al haber mejoría de los síntomas se traslada a hospitalización donde continúa con tratamiento paliativo, seguimiento por oncología y neumología.

## **5.2. Evolución clínica del caso**

M.M. ingresa en estado de gestación gemelar de 22 semanas al servicio de urgencias el 31 de octubre de 2018 por inicio de cuadro de dificultad respiratoria, sensación de ahogo, dolor torácico y necesidad de oxígeno, motivo por el que se le indica toma de Angiotomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax en donde se confirma el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar al parecer asociado a proceso tumoral pulmonar avanzado. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos por hipoxemia severa, disnea y requerimiento de suplemento de oxígeno por cánula de alto flujo. Por su evolución, se indica quimioterapia con previa interrupción del embarazo el cual se realizó el 7 de noviembre.

Durante su hospitalización fue intervenida con ventilación mecánica y anticoagulación plena con Nadroparina, se dio traslado a habitación a la semana desde su ingreso y a los 2 días fue dada de alta. Sin embargo, el 19 de noviembre ingresa nuevamente por cuadro clínico de tiempo no determinado con detección a las 6 a.m. por encontrarse en el piso, despierta, apoyada sobre su lado derecho, con una excoriación leve en región frontal derecha, con relajación de esfínter urinario, y sin movimientos anormales, disartria y hemiparesia derecha asociado a evento cerebrovascular con territorio de arteria cerebral media izquierda, nihss 16 a la evaluación de ingreso, código ACV activado, trasladada a neuroimagen (ver Anexo 1) que corrobora diagnóstico y a Angiotac de vasos de cuello (ver Anexo 2) con oclusión hiperaguda de carótida interna en porción comunicante, extensión al aspecto medial de a1 y oclusión de m1 por lo que se decide fibrinólisis sistémica sin mejoría del compromiso focal por lo que se decide llevar a trombectomía mecánica que se realizó con éxito bajo anestesia general.

### **Ingresa a la unidad de cuidados intensivos con diagnósticos de:**

1. Ataque cerebrovascular isquémico agudo con nihss de ingreso de 16
  2. Estado posttrombolisis con activador tisular del plasminógeno (19/11/2018 09+04 hrs) + trombectomía mecánica (19/11/2018)
  3. Tumor neuroendocrino - alta probabilidad de carcinoma neuroendocrino de célula grande de origen pulmonar
- 3.1. Metástasis a glándula suprarrenal derecha**

**3.2.** Antecedente de linfoma no hodgkin folicular grado citológico i-ii (marzo 2005) - remision desde 2015

**3.3.** Estado de hipercoagulabilidad por cáncer interrogado

Para descartar coágulo de origen cardiogénico se solicita ecocardiograma transtorácico (ver Anexo 3) en donde se aprecia una entidad flotante en la cava inferior y en la pared de la aurícula con foramen oval permeable que puede representar un trombo o una masa tumoral de una endocarditis marántica. No hay ningún tratamiento curativo que ofrecerle, pues en razón a la extensión del infarto y la fibrinólisis, anticoagularla está contraindicado, por lo que se monitoriza el estado de trombótico. Por otro lado, está contraindicado el cierre de foramen oval por hemodinamia por imposibilidad de paso de catéter por vena cava inferior por el trombo ocluyente.

En la valoración de ingreso se encuentra alerta, centra la mirada, las pupilas están en 3 milímetros isocóricas y normorreactivas, discreta asimetría facial en el momento, en la evaluación de fuerza retira ante estímulo con el miembro superior derecho, y realiza movimientos sobre la cama con el miembro inferior derecho sin vencer gravedad, en el momento el plantar es indiferente, esta heminegligente derecha y con afasia global no fluida, obedece algunos comandos simples al mostrarle la acción, pero no ante el lenguaje verbal.

El 21 de noviembre, dos días después a su ingreso al examen físico, se encuentra: paciente en regulares condiciones generales, despierta, refiriendo cefalea hemicraneana, ansiosa, vigil, con afasia no fluida, emite algunos sonidos incomprensibles. Comprende, indicaciones verbales simples y se comunica con comandos de prensión palmar, pupilas de 3 milímetros fotorreactivas, trefismo normal. Tono disminuido con flacidez del hemicuerpo derecho. Fuerza 5/5 en hemicuerpo izquierdo. 0/5 miembro superior derecho 1/0 inferior derecho. Reflejos osteotendinosos +++/++++ hemicuerpo derecho e ++/++++ izquierdo miembros superiores y +++/++++ patelar izquierdo. Respuesta plantar flexora izquierda y extensora derecha, sensibilidad: extinción sensitiva del lado derecho. Sin signos de dificultad respiratoria, sinusal en cardiovisoscopia, con tensión arterial: 125/93 mmhg, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 91 % con oxígeno por venturi al 50 %, temperatura 36,8 grados. Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda. Cuello móvil, no ingurgitación yugular, auscultación de las carótidas normales, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Pulmones con murmullo

vesicular disminuido en bases, sin agregados, blando, depresible, no dolor ni irritación peritoneal, simétricas, sin edema, llenado capilar menor a 3 segundos.

Preocupa el descenso de hemoglobina de 5 gramos por decilitro (ingreso de 12,9 mg/dl), el sangrado vaginal es mínimo actualmente y hay un hematoma en la cara interna del miembro superior izquierdo que no explica la magnitud del descenso, se difiere el inicio de anticoagulación plena, el recuento de plaquetas también viene en descenso progresivo y se registró nivel de dímero D significativamente elevado (ver Anexo 4). Por otro lado, ha requerido mayor la fracción inspirada de oxígeno por desaturación, gasometría con trastorno moderado del intercambio de oxígeno y múltiples lesiones nodulares evidenciada en radiografía de tórax.

Durante su hospitalización en la unidad, manejaba un estado emocional muy lábil. Algunas veces ansiosa, otras con llanto fácil, ocasionalmente con afecto plano. Tenía dificultad para conciliar el sueño y presentaba somnolencia en el día. A pesar del aval de fonaudiología para inicio de dieta tipo espesa, no presentaba apetito. Por su limitación física requería cambios de posición por parte de enfermería y medidas de confort. El equipo médico se apoyaba en la familia, específicamente en la madre y pareja sentimental quienes representaban un vínculo importante para M.M con quienes se habla en junta multidisciplinaria y se determinó techo terapéutico debido a su pobre pronóstico y estado avanzado de enfermedad por lo que se contraindica intubación en caso de deterioro y se traslada a hospitalización. Luego de unos días la paciente egresa de la institución con requerimiento de oxígeno domiciliario a 2 litros por minuto e indicación para reinicio de quimioterapia.

Sin embargo, el 28 de abril ingresa nuevamente a la institución por cuadro clínico de 10 horas de evolución consistente en dolor abdominal intensidad 10/10 en hipocondrio derecho asociado a 4 episodios eméticos, niega fiebre, presenta cambios en la deposición, además refiere sensación de escalofríos y frialdad, valorada en urgencias con evidencia de choque, principalmente, séptico, foco no claro, pulmonar versus abdominal por lo que se traslada a unidad de cuidado intensivo a donde ingresa hipotensa, taquicárdica y desaturada a pesar del flujo de oxígeno al 35 %, por lo que se le realiza toma de tomografía axial computarizada de tórax en donde se evidencia gran compromiso tumoral y derrame pleural derecho sugestivo de hemotórax (ver Anexo 5) por descenso de hemoglobina de 4 mg/dl, motivo por el que se interconsulta con neumología para toma de toracentesis diagnóstica y evacuatoria, asimismo, médico intensivista habla con la familia de la paciente sobre el pronóstico y plantea la intubación orotraqueal en

caso de falla ventilatoria quienes, en dado caso de presentarse, lo aceptaron como última opción.

**Se mantiene en la unidad con diagnósticos de:**

1. Insuficiencia respiratoria multifactorial secundaria a 2 y 3
2. Derrame pleural derecho extenso, posible hemotórax secundario a anticoagulación y
3. Múltiples lesiones de progresión de carcinoma neuroendocrino de pulmón de células grandes txn2am1bg3lxvx ev - segundo primario metacrónico egfr-wt, alk(-), pdl1(-)
4. Anemia normocítica - normocrómica
5. Anticoagulación plena por antecedentes de
  - 5.1. Tromboembolismo venoso asociado a cáncer
  - 5.2. Infarto paradójico en territorio de arteria cerebral media izquierda
6. Foramen oval permeable
7. Posible síndrome de Li Fraumeni
8. Inmunosupresión secundaria a uso crónico de esteroides
  - 8.1. Antecedente de síndrome de reconstitución inmune asociado a inmunoterapia
9. Antecedente de linfoma hodking folicular
10. Posible síndrome de li fraumeni (2 criterios mayores). Evaluación poligénica para cáncer heredofamiliar pendiente

Se inicia vasopresor, se administra 2 unidades de glóbulos rojos, se realiza toracentesis con volumen evacuatorio de 1200 cc de líquido hemático y se interconsulta nuevamente con servicio de oncología por administración de

quimioterapia con carboplatino/etoposido en enero de 2019 e inmunoterapia con pembrolizumab hasta abril y planteamiento de inicio de radioterapia por aumento de lesión principal en bronquio fuente derecho documentado en enero del mismo año, y reorientación de medidas terapéuticas. Paralelamente se interconsulta por clínica del dolor quienes consideran tratamiento con: Hidromorfona 0.4 miligramos iv cada 4 horas, rescates de Hidromorfona 0.2 miligramos con intervalos de 1 hora máximo 6 en 24 horas, Acetaminofén 1 gramo via oral cada 6 horas y Ondansetron por razón necesaria.

Dado el estado avanzado de su enfermedad, el mal pronóstico oncológico y vital a corto plazo, se consideró que la paciente no se beneficia de ningún manejo en cuidados intensivos ni invasivo, no es candidata a intubación ni a reanimación. Fue valorada por neumología y cuidados paliativos y se traslada a hospitalización.



## 6. APLICACIÓN DEL MODELO DE CALLISTA ROY

### 6.1. Valoración de Enfermería

Como primera etapa del proceso de enfermería en la aplicación del Modelo de Callista Roy se realiza evaluación de historia clínica, anamnesis y valoración integral de la paciente M.M a través de los 4 modos: Autoconcepto, Rol, Interdependencia y Fisiológico.

#### 6.1.1. Modo de autoconcepto, rol e interdependencia

**6.1.1.1. Autoconcepto:** no es posible valorar durante la entrevista debido a que la paciente refiere “No querer hablar de su situación actual a pesar de tener esperanza en el tratamiento curativo de la quimioterapia”.

#### 6.1.1.2. Rol:

1. **Primario:** mujer de 36 años
2. **Secundario:** madre, abogada, profesora
3. **Terciario:** no es posible identificarlo

**6.1.1.3. Interdependencia:** paciente MM en el momento se encontraba viviendo con padres, hermanos y cuidadora antes del último ingreso. Previamente se conocía que se encontraba en estado de gestación gemelar el cual se interrumpió en la primera hospitalización del año pasado para inicio de quimioterapia y estaba conviviendo con su pareja estable, su hija de 2 años producto de matrimonio anterior y sus 2 hijastros (Figura 3). Igualmente, se evidencia durante la hospitalización una adecuada dinámica familiar en donde ella se siente tranquila con la compañía de sus seres queridos y su cuidadora.

**Figura 3. Familiograma.**

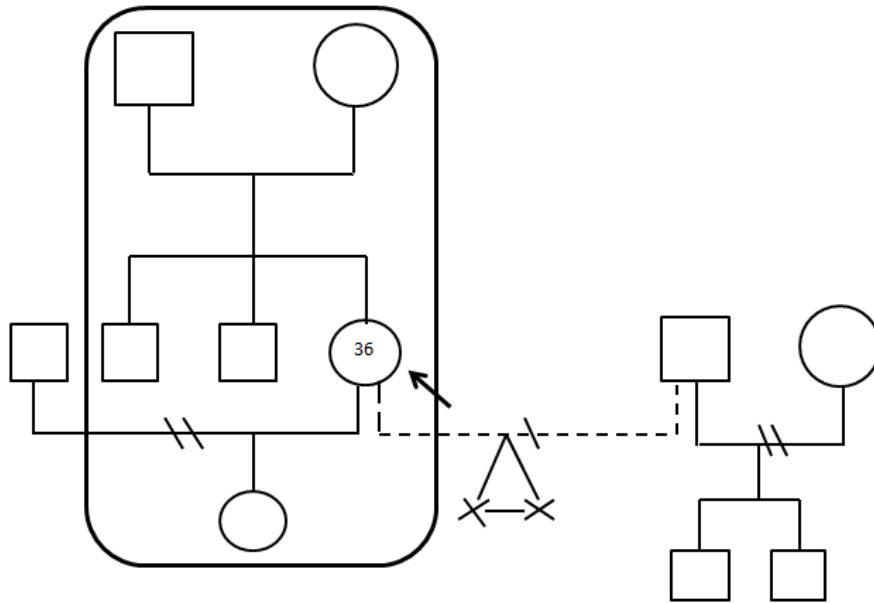


Diagrama realizado por el autor

**6.1.2. Modo fisiológico**

<b><i>Función</i></b>	<b><i>Valoración</i></b>
<b><i>Oxigenación y circulación</i></b>	<p><b><i>Signos Vitales:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>Tensión arterial:</i></b> 116/70 mmHg</li> <li>- <b><i>Frecuencia cardiaca:</i></b> 110 latidos por minuto</li> <li>- <b><i>Frecuencia respiratoria:</i></b> 18 respiraciones por minuto</li> <li>- <b><i>Saturación de Oxígeno:</i></b> 92 % con máscara de no reinhalación</li> </ul> <p><i>Se encuentra sin requerimiento de soporte vasopresor, sin embargo, continúa en</i></p>

	<p><i>estado anémico por hemoglobina de 7.3 mg/dl relacionado con hemotórax de 1200 cc drenado por toracentesis derecha por lo que se contraindica la anticoagulación a pesar de su necesidad por eventos tromboticos previos. Se encuentra con leve disnea que está siendo tratada con opioides</i></p>
<p><b>Nutrición</b></p>	<p><i>Se evidencia ingesta baja por lo que tolera bajas cantidades de alimento por estado físico y emocional</i></p>
<p><b>Eliminación</b></p>	<p><i>Se encuentra sin signos de deshidratación, con Lactato de Ringer a 50 cc/h, diuresis conservada con gasto urinario de 2 cc/kg/h. Estreñimiento</i></p>
<p><b>Actividad y descanso</b></p>	<p><i>Paciente se encuentra físicamente dependiente por desacondicionamiento físico, dolor en movilización y antecedente de hemiparesia derecha. Refiere cuidador que ha podido dormir mejor con ansiolíticos y el dolor está más controlado por terapia analgésica del grupo de cuidados paliativos</i></p>
<p><b>Protección</b></p>	<p><i>La paciente se encuentra afebril, sin requerimiento de antibiótico terapia, no obstante, tiene antecedente de absceso glúteo derecho que se trató con Ampicilina Sulbactam en hospitalización de febrero que se encuentra hoy siendo tratada por clínica de heridas. Acepta cambios de posición esporádicamente por dolor y disnea</i></p>
<p><b>Neurológica y sensitivo</b></p>	<p><i>Paciente se encuentra alerta, con ánimo depresivo, afásica con respuesta verbal limitada, movilizanddo el hemicuerpo izquierdo por secuela de ACV de arteria cerebral media izquierda</i></p>

<b>Endocrina</b>	<i>MM tiene como antecedentes ginecológicos: G2P2A0V1M2, menarquia a los 12 años, interrupción voluntaria del embarazo gemelar en 7/11/2018 para inicio de quimioterapia</i>
------------------	--

## 6.2. Identificación de estímulos

En la segunda etapa se realizó la identificación de estímulo focal, contextual y residual:

1. **Estímulo focal:** dolor
2. **Estímulo contextual:** enfermedad oncológica, hemotórax derecho, anticoagulación plena domiciliaria, quimioterapia, ansiedad, rol materno
3. **Estímulo residual:** no se identifica

## 6.3. Nivel de adaptación

Para evaluar el nivel de adaptación en que se encuentra la paciente MM se destacan las siguientes respuestas efectivas e inefectivas (Tabla No. 3):

**Tabla No. 3. Respuestas.**

<b>Respuestas efectivas</b>	<b>Respuestas inefectivas</b>
<i>Actitud receptora hacia su familia</i>	<i>Disnea</i>
<i>Adecuado patrón del sueño</i>	<i>Dolor</i>

<i>Estado de conciencia sin alteraciones</i>	<i>Ansiedad y depresión</i>
<i>Recepción adecuada al equipo de salud</i>	<i>Baja ingesta nutricional y estreñimiento</i>
	<i>Anemia y hemorragia inducida por anticoagulación</i>
	<i>Desacondicionamiento físico</i>
	<i>Falsa esperanza en relación con su mal pronóstico</i>

Según las respuestas identificadas en la valoración, se determina que la paciente MM se encuentra en un nivel de adaptación **comprometido** por su estado avanzado de enfermedad que no permite compensarse y mantener su bienestar.

#### **6.4. Plan de cuidados de enfermería**

Por medio del plan de enfermería, a continuación se describen las cuatro últimas etapas en la aplicación del modelo. En la tercera se identifican los diagnósticos de enfermería revisados, aprobados y actualizados en 2017 por la North American Nursing Diagnosis Association, Nanda; en la cuarta los objetivos establecidos y resultados esperados por la enfermera teniendo en cuenta el problema de adaptación observado en la valoración y descritos en el Nursing Outcomes Classification. NOC; y en la quinta que se refiere a las intervenciones planteadas para alcanzar los objetivos con base en la Nursing Intervention Classification, NIC (Tabla No. 4). Así mismo se describen de forma más detallada más adelante en los cuidados de enfermería (Tabla No. 5).

Durante la aplicación del modelo no se desarrolla la sexta etapa que evalúa las intervenciones de enfermería por medio de los resultados obtenidos en razón a que en este estudio de caso se hace el planteamiento del plan de cuidados, mas no se realizan las intervenciones con base en el mismo por limitación del tiempo y dificultades de la continuidad de cuidado.

**Tabla No. 4. Plan de atención de Enfermería aplicado en paciente MM.**

<b>Diagnósticos Nanda</b>	<b>Objetivos NOC</b>	<b>Intervenciones NIC</b>
<p><b>00146. Ansiedad</b></p> <p><i>Relacionado con cambio de estado de salud, crisis situacional (tratamiento oncológico) evidenciado en expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre, trastorno del sueño</i></p>	<p><b>1402 Autocontrol de la ansiedad</b></p> <p><i>01 Monitorizar la intensidad de la ansiedad</i></p>	<p><i>5820 Disminución de la ansiedad</i></p> <p><i>4920 Escucha activa</i></p> <p><i>1850 Fomentar el sueño</i></p>
<p><b>00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b></p> <p><i>Relacionado con deterioro de la movilidad física, alteración del estado nutricional, medicación, radiación</i></p>	<p><b>1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b></p> <p><i>04 Hidratación</i></p> <p><i>11 Perfusión tisular</i></p> <p><i>13 Piel intacta</i></p> <p><i>1902 Control del riesgo</i></p>	<p><i>3540. Prevención de úlceras por presión</i></p> <p><i>3520. Cuidados de las úlceras por presión</i></p> <p><i>3590. Vigilancia de la piel</i></p>
<p><b>00015. Riesgo de estreñimiento</b></p> <p><i>Relacionado con efectos secundarios farmacológicos (opiáceos)</i></p>	<p><b>0501. Eliminación intestinal</b></p> <p><i>01 Patrón de eliminación en el rango esperado</i></p> <p><i>10 Ausencia de estreñimiento</i></p> <p><i>13 Control de la eliminación de las heces</i></p>	<p><i>0450. Manejo del estreñimiento / impactación</i></p> <p><i>0440. Entrenamiento intestinal</i></p>
<p><b>00066. Sufrimiento espiritual</b></p> <p><i>Relacionado con cambios vitales, muerte y agonía propia</i></p>	<p><b>2001. Bienestar espiritual</b></p> <p><i>01 Expresión de confianza</i></p> <p><i>03 Expresión de significado y</i></p>	<p><i>5420. Apoyo espiritual</i></p> <p><i>5280. Facilitar el perdón</i></p>

<p><i>o de otros, evidenciado en expresiones de falta de significado o propósito en la vida, falta de esperanza, perdón o culpa</i></p>	<p><i>fin de la vida 05 Expresión de serenidad 17 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias 09 Oración</i></p> <p><b>1201 Esperanza</b></p> <p><i>09 Expresión de paz interior 1304 Resolución de la aflicción 01 Expresa sentimientos sobre la pérdida 09 Discute los conflictos no resueltos 20 Progresa a lo largo de las fases de aflicción</i></p>	<p>5310. Dar esperanza</p>
<p><b>00132 Dolor</b></p> <p><i>Relacionado con estado oncológico avanzado evidenciado en alteración del tono muscular, respuestas autónomas, como aumento de la tensión arterial, cambios en el pulso, frecuencia respiratoria aumentada o disminuida, conducta de defensa, conducta de protección, irritabilidad, informes verbales de dolor</i></p>	<p><b>1400. Manejo del dolor</b></p>	<p>2210. Administración de analgésicos</p> <p>5616. Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>6482. Manejo ambiental: confort</p>

**Tabla No. 5. Cuidados de Enfermería.**

<b>Objetivo</b>	<b>Cuidados de Enfermería</b>
<p><b>- Disminuir la ansiedad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escucha activa</li> <li>- Favorecimiento del descanso a través del sueño y el confort</li> <li>- Mantener el bienestar espiritual a través del catarsis de sentimientos y pensamientos               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento</li> </ul> </li> <li>- Mejora y fortalecimiento de las relaciones familiares</li> </ul>
<p><b>- Esperanza sin falsas expectativas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener proceso natural del duelo</li> <li>- Resolución de la aflicción y los conflictos no</li> </ul>

	<i>resueltos por medio del diálogo</i>
<b>- Conservar la integridad cutánea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Valoración del riesgo de lesiones por presión</i></li> <li style="padding-left: 20px;">- <i>Cambios de posición</i></li> <li>- <i>Hidratación y lubricación de la piel y las curaciones del absceso glúteo</i></li> </ul>
<b>- Manejar el estreñimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Aumento de la fibra en la dieta</i></li> <li>- <i>La administración de fármacos que favorezcan la motilidad intestinal</i></li> </ul>
<b>- Manejar el dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Valoración de las características del dolor (localización, tipo, duración, periodicidad, frecuencia, intensidad, síntomas acompañantes, factores que lo agravan o mejoran)</i></li> <li style="padding-left: 20px;">- <i>Administración de analgésicos</i></li> <li>- <i>Valoración del efecto analgésico y efectos secundarios</i></li> <li style="padding-left: 20px;">- <i>Promover la comodidad y el confort</i></li> </ul>
<b>- Controlar la disnea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Administración de opioide y oxígeno</i></li> <li>- <i>El manejo de los factores estresantes</i></li> </ul>



## 7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación se presenta la relación del modelo de Callista Roy con la bioética personalista, su aplicación, los beneficios, limitaciones y desafíos que representa, su importancia en la implementación de los cuidados paliativos, de forma que permita el análisis bioético del caso y los alcances en la atención al final de la vida en la UCI.

### 7.1. Modelo de Callista Roy y modelo bioético personalista

La enfermería se reafirma como profesión y cuerpo de conocimientos a través de las teorías y modelos que tienen como propósito analizar los fenómenos del metaparadigma de enfermería (la persona, el cuidado, el entorno y la salud) y cómo se relacionan mutuamente para guiar la práctica de la enfermera durante el proceso de atención en la comunidad o en la clínica. En este caso, se aplica el modelo de adaptación de Callista Roy que fundamenta el cuidado de enfermería a partir de la persona humana o, según Roy, el sistema adaptativo humano. Para la construcción de este modelo, Roy utiliza supuestos filosóficos que son de corte personalista como el *Humanismo*, que ve al ser humano como un todo y un ser integral, y la *Veritativity*, que sostiene que la persona, al ser unidad fundamental de la humanidad y el universo, se puede acercar a la verdad absoluta a través del conocimiento de la realidad y la creatividad. Por este motivo, la elaboración del plan de cuidados y este análisis se realiza a partir de la aplicación del modelo a través de la mirada de la bioética personalista que es la más apropiada para entender y resolver los dilemas bioéticos y ejercer, en la práctica, un adecuado cuidado y atención a la persona en estado de enfermedad y vulnerabilidad. Para analizar con detenimiento la relación que existe entre estos dos modelos, se explicará los supuestos filosóficos de Roy desde el personalismo.

En primera estancia, el humanismo analiza la existencia y la esencia de la humanidad, es decir, la persona quien dotada de razón, libertad, autorreflexión y creatividad construye sociedad y, por tanto, universo, a través de las interacciones personales y el conocimiento. El ser humano al ser de naturaleza racional da un sentido a su universo, tiene uno en cada acto, una finalidad que trasciende la realidad y otras personas, por lo que una pérdida humana lo es para la humanidad, por lo que es valioso y digno. Esta dignidad ontológica está fundamentada en su naturaleza racional que lo capacita para ser un hombre moral, social, familiar, afectivo, biológico y adaptativo, sea cual sea su situación limitante de voluntad o libertad, es por este motivo que la persona no deja de ser digna en coma, limitación física y cognitiva o etapas tempranas o finales de la

vida. Esta naturaleza es la esencia y justificación de la bioética personalista que valora si una acción es éticamente correcta o incorrecta a través de la dignidad humana, en otras palabras, las acciones humanas deben estar guiadas hacia la protección del ser humano evitando su destrucción, cosificación y reducción que se contraponen al humanismo holístico. Este último es el humanismo que contempla a la persona como un ser integral que interactúa con el ambiente.

El humanismo holístico trata a la persona como un todo y no la suma de las partes como es el caso del modelo adaptativo de Roy que valora a la persona desde el autoconcepto, rol, interdependencia y modo fisiológico. Desde el autoconcepto se puede ver la relación que existe entre la persona, su mundo interior, su sistema de valores, su autodeterminación y autorreflexión. El modo de rol destaca la posición valiosa del ser humano en la sociedad. El modo de interdependencia percibe a la persona como un ser social, quien se enriquece y se reafirma a partir de las relaciones interpersonales con su familia y la comunidad donde habita; en este modo se ve la interacción y las necesidades de ella y su familia que pueden ser valorados a partir de herramientas como el familiograma, ecomapa, genograma y Apgar familiar. Y, por último, el modo fisiológico, en donde se evalúa la salud física de la persona y recuerda la importancia del mantenimiento y cuidado del cuerpo que es la vía de interacción con el mundo material y herramienta de conocimiento a través de los sentidos. Gracias a los cuatro modos descritos por Roy, el examinador puede valorar a la persona holísticamente y asimismo tomar decisiones que involucran la unión alma – cuerpo y la familia como en el modelo bioético personalista.

Por otro lado, otro supuesto filosófico del modelo, el concepto *Veritivity*, neologismo utilizado por Roy que se relaciona con la verdad absoluta y que en una entrevista realizada por docentes de la facultad de enfermería de la Universidad de La Sabana, en febrero de 2002 en el Foro Internacional de Enfermería en San Salvador, ella destaca que los seres humanos se pueden acercar a la verdad absoluta de diferentes maneras(63), a diferencia de la relatividad, en donde se sustenta que la verdad solo puede ser subjetiva y dependiente del sujeto. Esta característica del *Veritivity* tiene relación directa con la bioética personalista que se fundamenta en la objetividad de los valores morales y la subjetividad de la intención humana. La relación con la defensa de la dignidad humana es descrita a partir de las cuatro definiciones de este supuesto filosófico(54):

- ***El propósito de la existencia humana:*** siendo estudio del campo de la metafísica, cosmología y antropología filosófica, es el fin común de los seres humanos y guía el actuar humano conforme a la moral, la libertad y la voluntad.

- **Unidad del propósito de la existencia humana:** esta unidad se refiere a la singularidad y misterio de cada ser humano. Este propósito universal dota a la vida humana un sentido individual y colectivo y, por tanto, valioso e histórico. En otras palabras, la vida humana espreciada por su valor teleológico.

- **Creatividad y actividad para el bien común:** se relaciona con el dinamismo del propósito humano universal que está contemplado a través de las acciones humanas, que dotadas de altruismo, inteligencia y empatía, contribuye al mundo con ideas, palabras y hechos. Este es descrito en el modelo de Callista Roy en el rol e identifica a la dignidad de la persona por su papel en el universo y la sociedad.

- **El valor y el significado de la vida:** se refiere a la capacidad del ser humano de existir y mantenerse como unidad integral por medio del desarrollo, maduración y cumplimiento de los potenciales a través del sistema adaptativo humano, como Roy menciona en su teoría, interactuando con el ambiente de forma individual, singular y no determinante por medio de los mecanismos de control cognitivos y fisiológicos. Esta adaptación a la que se refiere Roy es un proceso impulsado por un significado de vida individual y a un propósito de la existencia humana.

El concepto de verdad absoluta, acuñado por Roy, revela la importancia y la esencia de la existencia humana en relación con el sentido del universo y la sociedad lo que fundamenta la objetividad ética con la dignidad humana que busca el bien moral.

De acuerdo con este análisis, se observa que aunque el modelo de adaptación de Callista Roy no tiene soporte bioético personalista explícito, presenta supuestos filosóficos centrados en la persona lo que permite una visión objetiva, integral e individual al paciente desde el ámbito clínico como, por ejemplo, en el caso estudiado de M.M, donde se observan las necesidades de la paciente y su familia y los dilemas éticos al final de la vida a través de la aplicación del modelo, motivo por el que se reafirma la importancia de la implementación de los modelos centrados en la persona que posibilite el buen actuar y la toma de decisiones objetiva en relación con la salud y la vida del ser humano. Además, a continuación se analizará la aplicabilidad y los límites de este modelo de enfermería durante la atención de M.M.

## **7.2. Aplicación del modelo de adaptación en la paciente**

El modelo de adaptación de Callista Roy se aplica en la paciente M.M. en su última hospitalización en la unidad de cuidados intensivos en un centro de salud de cuarto nivel. Durante ese periodo se valora a la paciente dentro de los cuatro modos adaptativos y se plantea un plan de cuidados de enfermería. Se observa que la paciente está en etapas terminales de su enfermedad oncológica por lo que se nota afectada emocional y físicamente lo que deriva limitaciones y exigencias en la aplicación del modelo y consideraciones bioéticas en su atención.

En cuanto a la valoración, primera etapa de la aplicación del modelo, se evalúa el modo de autoconcepto, en donde se encuentra la primera dificultad derivada de la limitación física del lenguaje (afasia) y la voluntad de la paciente en no querer hablar sobre su yo físico, yo personal, que hace referencia a la autoestima funcional, yo ético, moral y espiritual; no obstante, sí refirió sentirse esperanzada en el tratamiento curativo de la quimioterapia, lo que corresponde al yo ideal por su relación con sus expectativas del futuro. De igual manera, se evalúa el modo de rol en donde se identifica su papel de madre y abogada que se ve seriamente afectado por el estado avanzado de su enfermedad, así como su modo de interdependencia en donde se observa la alteración de la dinámica familiar al no encontrar la presencia actual del acompañante permanente que pudo influenciar en el estado anímico de la paciente, no obstante, no se puede confirmar el motivo de la ausencia, lo que supone una limitante en la aplicación del modelo. Por otro lado, otra restrictiva que se encontró en el momento de la valoración es la ausencia de la familia, por lo que no pudo ser valorada su dinámica y salud. Y, por último, el modo físico fisiológico, en donde se evidencia el gran deterioro y las complicaciones derivadas de la enfermedad oncológica y supone el difícil control y la toma de decisiones oportunas en relación con el final de la vida.

En la segunda etapa se identifican los estímulos que alteran el bienestar de M.M. como, por ejemplo: el dolor, la enfermedad oncológica, el hemotórax derecho, la anticoagulación plena domiciliaria, la quimioterapia, la ansiedad, el rol materno y determinan el actuar de enfermería sobre la adaptación y la disminución del sufrimiento.

De igual manera en la tercera se señalan las respuestas cognitivas y físicas que M.M. demuestra en la valoración a través de la anamnesis por la comunicación no verbal y la cuidadora, y la exploración física, de modo que se determine que su nivel de adaptación esté comprometida por el dolor, la ansiedad, la depresión, la baja ingesta calórica y el desacondicionamiento físico lo que evidencia el desajuste psíquico y físico del ser humano en el estado avanzado de

enfermedad y que deben ser tenidos en cuenta en la atención integral al final de la vida y los diagnósticos de enfermería.

No obstante, en la cuarta se establecieron los objetivos de atención que se quieren lograr a partir de la valoración de M.M. como el autocontrol de la ansiedad, el bienestar espiritual, la esperanza, el mantenimiento de la integridad cutánea, la eliminación intestinal adecuada y el control del dolor que concuerdan con objetivos de los cuidados paliativos, no obstante, se resalta la importancia de la valoración de la familia que en este caso no pudo ser realizada por limitaciones de tiempo lo que hubiese ayudado a la elaboración de planes de cuidado centrados en el paciente y su familia.

Asimismo, en la quinta se plantean las intervenciones a partir de los objetivos propuestos. En esta se diseñan los cuidados de enfermería con base en la escucha activa, el acompañamiento, la comunicación terapéutica, el control de dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas, medidas de confort, los cuidados de la piel y los accesos terapéuticos. Se concluye que gracias al modelo de Callista Roy, se elaboró un plan de cuidados integral teniendo en cuenta todas las esferas del ser humano.

Y en la sexta etapa hace referencia a la evaluación, sin embargo, no es posible por la limitación del tiempo y la rotación del personal.

### **7.3. Evaluación del modelo de Callista Roy**

En efecto, la aplicación del modelo de enfermería en el momento de cuidado de M.M. supone beneficios, limitaciones y desafíos para ella y el equipo de salud.

Para empezar, se identifican los beneficios prácticos en donde se destaca, en primer lugar, la valoración integral a M.M. tomando como punto de referencia el modo de autoconcepto, rol, interdependencia y el modo fisiológico – físico promoviendo la elaboración de planes de atención utilizando, además, herramientas de afrontamiento donde se involucre su estado emocional, espiritual, social, familiar y física; el apoyo al profesional de enfermería para desarrollar los cuidados de forma completa y ordenada en torno de la persona y su familia gracias a la valoración del modo de interdependencia que permite valorar el soporte y la dinámica familiar e identificar su evolución y cambios que en el caso de M.M., se observa ausencia del compañero permanente en la última hospitalización lo que pudo haber afectado su estado emocional; gracias a la valoración del autoconcepto, el profesional conoce la percepción de M.M. sobre el

presente y su futuro lo que ayuda a conducir la retroalimentación por medio de los vacíos y falsas esperanzas identificadas; se promueve la comunicación y acercamiento del profesional con el paciente evidenciado en la relación terapéutica de M.M. basado en la confianza y apertura recíproca durante la valoración; en razón a que este modelo es integral, personalista y versátil puede ser utilizado en diferentes momentos con M.M. lo que ayudaría a la continuidad del cuidado y la atención; y la riqueza de la aplicación del modelo en el momento de las revistas interdisciplinarias que ayudarían a la sincronización y comunicación del equipo de salud evitando fallas en la atención y reingresos.

En cuanto a los beneficios académicos, el modelo de adaptación de Roy proporciona al enfermero recursos y bases para justificar el cuidado de M.M. y el criterio profesional que ayudaría a la toma de decisiones en torno del final de la vida; por otro lado, el modelo de adaptación de Callista Roy en este estudio evidencia la riqueza y aplicabilidad en el conocimiento clínico y académico lo que puede justificar más estudios relacionados con los modelos de enfermería y las consideraciones bioéticas.

Por último, se observan los beneficios bioéticos en todas las etapas de la aplicación del modelo que se visualizan en la comunicación interpersonal con M.M. y su familia, en donde adelante se describe como un limitante por su ausencia y en la visión integral en la valoración y la elaboración del plan de cuidados de M.M., lo que proporciona mayor conocimiento sobre su estado y el contexto y facilita a la toma de decisiones en torno del final de la vida evitando las medidas desproporcionadas y fútiles, que en el caso de M.M., fueron claramente visibles y se estudiarán en el apartado de los cuidados al final de la vida en la UCI.

Desde otro punto de vista, en cuanto a las limitantes, se observan las propias de la paciente y el equipo de salud. En primer lugar, barreras físicas (cansancio, afasia, disnea) y emocionales (intimidad, expectativas de pronóstico, depresión) limitaron la valoración del autoconcepto, así como la ausencia de la familia que no permitió valorar la interdependencia a cabalidad ni se aplicaron los cuidados involucrando la familia. En segundo lugar, la aplicación del modelo demanda tiempo y continuidad dada la necesidad de la evaluación de sus cuidados durante la estancia hospitalaria y la rotación constante del personal lo que deriva exigencias académicas y actitudinales por parte del personal de salud.

Estas exigencias están dadas, además de las anteriores, por la comunicación interdisciplinaria y el conocimiento de los modelos de enfermería y su aplicación. El profesional se debe plantear metas a corto, mediano y largo plazos que pueden ser evaluados por él mismo o la utilización de una adecuada

comunicación con su colega para darle continuidad al plan de cuidados lo que requiere tiempo y entrega. No obstante, para que se produzca una apropiada atención integral en el paciente al final de la vida, es fundamental el actuar interdisciplinar que a veces se ve alterado por el tiempo y las barreras de comunicación de las diferentes áreas (cuerpo médico, enfermería, terapia respiratoria, terapia física) evidenciado en las revistas médicas, la toma de decisiones al final de la vida y el desconocimiento de la evolución de la paciente. Desde otra perspectiva, el modelo de enfermería de Callista Roy exige de la comprensión de sus conceptos antropológicos, filosóficos y propios para su aplicación, no solo del cuerpo de enfermería sino de todo el equipo de salud.

En resumen, la aplicación del modelo tiene un valor fundamental en la atención centrada en la persona, así como dificultades, limitaciones y exigencias que deben ser tenidas en cuenta en aplicaciones siguientes forjando la relación con el paciente y la interdisciplinar.

#### **7.4. Modelo de Callista Roy y los cuidados paliativos**

Desde otro ángulo, uno de los beneficios del modelo de Callista Roy radica en la versatilidad de su aplicación en diferentes escenarios de atención, en este caso, en los cuidados al final de la vida, no obstante, el motivo por el que se escoge este modelo para la elaboración del plan de cuidados y el análisis bioético es por su visión centrada en la persona que logra identificar las necesidades emocionales, espirituales, sociales, familiares y físicas resaltando la capacidad de resiliencia y adaptación incluso en las situaciones más difíciles de la enfermedad con la ayuda del equipo de salud como en este estudio de caso que se enfoca en el plan de atención de la paciente M.M. con requerimiento de cuidados al final de la vida por el estado avanzado de la enfermedad.

Cabe resaltar la importancia de la implementación de los cuidados paliativos en la atención integral de M.M. y su familia de forma transversal, es decir, en el domicilio, hospitalización y en la unidad de cuidados intensivos a pesar de que en el último entorno mencionado no sea habitual su aplicación. En este orden de ideas, el modelo de adaptación de Callista Roy se ajusta a la atención paliativa que según el OCCP se centra en el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo controlando el dolor y otros síntomas y problemas psicológicos, sociales y espirituales con el enfoque interdisciplinario que abarca el paciente, la familia y la comunidad, asimismo, recuperando el concepto más básico de la atención: responder a las necesidades del paciente donde sea cuidado, en casa o en el hospital(46).

En el caso de M.M., se realiza la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy para generar un plan de cuidados de enfoque paliativo e integral que tiene como objetivo: disminuir la ansiedad por medio de la escucha activa, el confort, el favorecimiento del sueño y el descanso; mantener el bienestar espiritual a través del catarsis de sentimientos y pensamientos, acompañamiento, la mejora y fortalecimiento de las relaciones familiares, de modo que exprese serenidad, confianza y sentido positivo de vida y muerte; mantener la esperanza sin falsas expectativas mediante el proceso natural del duelo, resolución de la aflicción y los conflictos no resueltos; conservar la integridad cutánea gracias a la valoración del riesgo de lesiones por presión, los cambios de posición, la hidratación y lubricación de la piel y las curaciones del absceso glúteo; manejar el estreñimiento dado por la inmovilidad y los medicamentos para el dolor mediante el aumento de la fibra en la dieta y la administración de fármacos que favorezcan la motilidad intestinal; manejar el dolor a través de la valoración de las características del dolor (localización, tipo, duración, periodicidad, frecuencia, intensidad, síntomas acompañantes, factores que lo agravan o mejoran), administración de analgésicos y la valoración del efecto analgésico y efectos secundarios y el confort; controlar la disnea con la administración de opioide, el manejo de los factores estresantes y el oxígeno.

No obstante, para que se establezca completamente el plan de cuidados se encuentra como limitante la comunicación con la familia que pudo haber sido involucrada y que en la continuidad del cuidado se pudo haber evaluado la intervención y el tiempo previamente descrito en las limitantes de la aplicación del modelo en M.M. También, como desafío se encuentra el conocimiento del modelo que tienen los profesionales en razón a que son necesarios los conceptos claros para su adecuada aplicación y relación con la atención paliativa.

### **7.5. Aplicabilidad del modelo de Callista Roy en los cuidados al final de la vida en la UCI**

Las unidades de cuidados intensivos no son los lugares más apropiados y comunes para prestar atención paliativa por su entorno tecnológico y aislado, no obstante, existen casos en el que el paciente que ha sido tratado por el equipo de medicina intensiva evoluciona a un estado terminal en donde las opciones curativas representan medidas desproporcionadas. En este caso, la paciente ha tenido una evolución tórpida por su estado de hipercoagulabilidad y las múltiples lesiones pulmonares desde el primer ingreso. Sin embargo, los cuidados paliativos se iniciaron de forma tardía por las expectativas de mejora de la paciente, los familiares y el equipo médico, por lo que en las cuatro hospitalizaciones se



realizaron tratamientos con un propósito curativo. Por esta situación se presentan aspectos bioéticos como la confidencialidad, la reorientación del esfuerzo terapéutico, las voluntades anticipadas, el consentimiento informado de procedimientos médicos y enfermeros, la comunicación terapéutica con la paciente y la familia, y la aplicación del principio de no abandono en etapas al final de la vida al brindar cuidados paliativos, motivo por el que se plantea la aplicación del modelo de Callista Roy en donde se refleja la reacción emocional, física, social y psicológica ante su enfermedad oncológica, dependencia funcional, relación familiar, reingresos y los síntomas desagradables.

El caso de M.M. abre una puerta hacia la reflexión sobre cómo se está cuidando al ser humano en torno del final de la vida en las UCI. ¿Realmente se está prestando un cuidado integral y proporcionado centrado en la persona? Y si no, ¿por qué? La respuesta se encuentra en la falta de comunicación asertiva con la paciente, su familia y entre el equipo de salud demostrando, en primera estancia, la no contemplación de las voluntades anticipadas en hospitalizaciones anteriores lo que trae problemas en la toma de decisiones como la reanudación de quimioterapia e inmunoterapia, el ingreso a unidad de cuidados intensivos y la contemplación de medidas invasivas y extraordinarias; por otro lado, la generación de falsas expectativas y esperanzas dilatando el redireccionamiento terapéutico exponiéndola a tratamientos fútiles en caso de la realización de medidas invasivas y su finalidad (paliativa en vez de curativa) determinando si es una medida proporcional al estado de la paciente y, de igual modo, comunicándoles a la familia y a la paciente, sin generar falsas expectativas de mejora como, por ejemplo, en este caso la toracentesis con fines paliativos, disminuir la disnea en el caso de M.M.

Igualmente, en cuanto a la falta de comunicación en el equipo de salud, el escaso tiempo, exceso de trabajo, formación médica (independencia del equipo médico y enfermería), equipo médico rotativo y la percepción individual del trabajo representan limitaciones en el ejercicio interdisciplinar e integral que traen como consecuencia la falta de articulación de las diferentes disciplinas, errores en la comunicación, fallas en la atención integral y enfoque equivocado en la terapéutica generando medidas desproporcionadas. Por consiguiente, este fenómeno tiene un impacto bioético importante en la atención de M.M. evidenciado en la obstinación terapéutica sin tener en cuenta la evolución y alto deterioro de la paciente durante hospitalizaciones anteriores y la actual, el desconocimiento de las voluntades anticipadas, la falta del concepto del equipo de humanización y bioética quienes no fueron informados al respecto, la confusión de la familia y la paciente con respecto de su pronóstico en razón al concepto individual y diferente de Oncología

con cuidado intensivo que ocasionó falsas expectativas curativas, y la ausencia del concepto del equipo de enfermería en el redireccionamiento de las medidas terapéuticas.

Por tanto, es importante la instauración de planes de atención integral y la toma adecuada de decisiones acorde con la situación de la paciente, manteniendo una comunicación recíproca con la persona, su familia y los miembros del equipo, de manera que se logre un ejercicio bioético y humano en la atención de salud, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad, aislamiento social, dolor total y confusión en etapas al final de la vida de manera transversal desde el momento del ingreso, en la unidad de cuidados intensivos, como es el caso de la paciente M.M. y en donde más se presentan los dilemas bioéticos en torno del final de la vida, en el egreso y en el domicilio. De manera que este modelo de enfermedad se aplica como un planteamiento de atención integral recordando lo valiosos que son los cuidados paliativos, la familia, la autonomía de la paciente e indirectamente la comunicación asertiva de los profesionales como pieza clave en el bienestar de M.M. y que la atención paliativa no se contraponen a la medicina intensiva, teniendo en cuenta que la primera atiende a las necesidades y síntomas desagradables del paciente y la segunda tiene contacto constante con personas en estado de sufrimiento por enfermedades crónicas, degenerativas y terminales como es el caso de M.M.

## 8. CONCLUSIONES

El modelo centrado en la persona es el modelo de atención más adecuado para la paciente en situación de enfermedad porque contempla al ser humano de forma integral en todos los contextos y da la oportunidad de involucrar a la familia en el tratamiento. En efecto, el modelo de enfermería que más se ajusta al personalista es el *Modelo de Adaptación de Callista Roy* que se aplicó en este caso sirviendo de guía para la valoración, plan de cuidados y el análisis bioético, sin embargo, se concluye que así como hay beneficios, también se encuentran limitaciones y dificultades en su aplicación.

Entre los beneficios se observa que el modelo provee una valoración completa de la persona permitiendo analizar el contexto social, psicológico, emocional, familiar y físico brindando un panorama amplio para la toma de decisiones y la elaboración de planes de tratamiento. Por consiguiente es aplicable en cualquier situación, lo que lo convierte en un modelo versátil que puede ser aplicable en el escenario paliativo proporcionando mayor conocimiento sobre los pacientes a los profesionales de la salud y ayudando a identificar las necesidades para reducir el sufrimiento, estrés y la ansiedad ante las enfermedades terminales. Por otro lado, facilita el vínculo profesional – paciente – familia en la valoración y en la ejecución de los planes de tratamiento por medio de la comunicación terapéutica y asertiva al promover la expresión de dudas, sentimientos, emociones y malestares físicos. Desde otra perspectiva, es clara la importancia de la implementación de este tipo de modelos porque ayuda a la creación de planes con objetivos y metas en común promoviendo el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados. Por último, justifica la implementación de cuidados paliativos al paciente en situación de dolor y sufrimiento por enfermedad terminal en las unidades de cuidados intensivos en el momento de definir reorientación del esfuerzo terapéutico.

Igualmente, durante el desarrollo del modelo se observan situaciones como: el estado avanzado de enfermedad, el estado anímico, las limitaciones físicas de la paciente, la ausencia de la familia en el momento de la valoración, la no continuidad del cuidado que representan dificultades y limitantes que deben ser tenidas en cuenta en aplicaciones posteriores para un mejor desarrollo del plan de cuidados. De hecho, también se encuentran barreras de comunicación que representan un desafío en la aplicación del modelo como: falta de tiempo, exceso de trabajo, formación médica (independencia del equipo médico y enfermería), equipo médico rotativo y percepción individual del trabajo que trae como consecuencia la falta de articulación de las diferentes disciplinas, errores en la

comunicación, fallas en la atención integral y enfoque equivocado en la terapéutica generando medidas desproporcionadas. Por tanto, es importante las revistas médicas interdisciplinarias con el propósito del planteamiento de objetivos comunes y toma de decisiones al final de la vida involucrando las diferentes áreas de conocimiento.

También se concluye que el éxito de la atención centrada en la persona al final de la vida en las unidades de cuidado intensivo debe tener en cuenta la humanización del cuidado, la proporcionalidad terapéutica, la comunicación asertiva con el paciente y su familia, el inicio temprano de los cuidados paliativos y la autonomía del paciente en las decisiones en torno de la muerte como las voluntades anticipadas, las órdenes de no reanimación y los consentimientos informados para facilitar la toma de decisiones en pro del bienestar del paciente.

Por último, se resalta la importancia de la educación de los profesionales de la salud quienes deben estar capacitados para afrontar las exigencias de los cuidados al final de la vida en las unidades viendo a la muerte como un proceso natural que requiere de acompañamiento y alivio de síntomas en lugar de la instauración de medidas curativas que representan un daño más que un beneficio para el paciente en estado terminal. De acuerdo con lo anterior, las UCI, a pesar de no ser los sitios más adecuados para los pacientes con requerimiento de cuidados paliativos, sí representan un punto importante para iniciarlos con el objeto de evitar obstinación terapéutica por el desarrollo tecnológico, la presión familiar, la formación médica y la falta de comunicación interdisciplinaria. Por tanto, el *Modelo de atención de Callista Roy* representa una adecuada herramienta para los cuidados al final de la vida en las UCI gracias a la forma en que se valora a la persona teniendo en cuenta sus expectativas de tratamiento, la relación con su familia, el estado físico y anímico y los estímulos que aumentan el sufrimiento para planear los objetivos, metas, diagnósticos y las intervenciones conservando la continuidad e interdisciplinaria de los cuidados a lo largo de la hospitalización.

## **9. ANEXOS**

### **9.1. Anexo 1. Resonancia Nuclear Cerebral (19/11/2018):**

Se observa un infarto hiperagudo que compromete la cabeza del caudado, núcleo lenticular izquierdo, sin alteraciones supratentoriales. Hay ausencia de flujo en la carótida supraclinoidea izquierda, sin aparente trombo en la cerebral media. Los hallazgos están en relación con infarto hiperagudo de aproximadamente 10 ml, en el territorio de la cerebral media izquierda, en el territorio de las arterias lenticuloestriadas y arteria recurrente de Heubner. Hay flujo lento u oclusión de la carótida supraclinoidea izquierda.

### **9.2. Anexo 2. Angiotac de vasos de cuello y cerebro (19/11/2018):**

Oclusión hiperaguda de la carótida interna en su porción comunicante con probable compromiso de la arteria coroidea, con extensión al aspecto proximal de a1 y oclusión de m1, lo que explica los hallazgos de resonancia magnética. Hay recanalización por colaterales de las regiones corticales del hemisferio izquierdo. No se observan alteraciones de la circulación posterior ni en el territorio de la carótida interna derecha. Signos de isquemia de cabeza del caudado, región ganglio basal, con posible compromiso de la cápsula interna y probablemente de la ínsula, especialmente el aspecto posterior, territorio de arteria lenticuloestriadas mediales, laterales y arteria recurrente de Heubner.

### **9.3. Anexo 3. Ecocardiograma Transtorácico (19/11/2018):**

Tamaño y función sistólica ventricular izquierda normal (f.e.:68 %), sin alteración en la contractilidad segmentaria. Aurícula izquierda normal, sin trombos intracavitarios. Tabiques intercavitarios íntegros. Válvula aórtica trivalva, normal. Raíz aórtica normal, aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente de características normales. Válvula mitral normal, sin prolapso sistólico de las hojillas. Tamaño y función sistólica ventricular derecha normal (tapase: 26 mm). Aurícula derecha normal, sin trombos. Válvulas tricúspide y pulmonar morfológicamente normales. Pericardio normal. En la vena cava inferior se observa imagen móvil delgada (2-3 mm) de 56 mm de longitud que llega hasta su desembocadura a la aurícula derecha. Foramen oval permeable.

#### 9.4. Anexo 4. Laboratorios (21/11/2018):

1. **Gases arteriales:** Ph 7,41, Pco2 38,6, po2 65,7, Hco3 24,4, So2 92.6, Fio2 50% lactato 1.6, PaFi 164
2. **Hemograma:** leucocitos 12200, Neutrófilos 9600, Linfocitos 1200, Hemoglobina 7,6 mg/dl, Hematocrito 26,2 %, Plaquetas 154.000
3. **Tiempos de coagulación:** PTT de 19,9/27,9, PT 10,2/10,6, INR 0,99, Fibrinógeno 256,4 Dimero d 2893,92 ng/ml
4. **Química sanguínea:** Bun 4, Creatinina 0,44, Triglicéridos 144, Sodio 137 Potasio: 3,9, Calcio 1,13, Magnesio 1,8

#### 9.5. Anexo 5. Reporte oficial de Tac de Tórax (28/04/19):

1. Masa mediastinal paratraqueal derecha, de centro hipodenso que ha disminuido de tamaño con respecto del estudio previo.
2. Múltiples imágenes nodulares de distribución difusa bilateral por compromiso neoplásico secundario.
3. En la base pulmonar derecha se observan al menos tres lesiones tipo masa con centro hipodenso que sugieren necrosis.
4. Derrame pleural derecho.

## 7. REFERENCIAS

1. Vera Carrasco O. ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Rev Med La Paz* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 10];21(1). Available from: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1\\_a09.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a09.pdf)
2. Sandoval-Gutiérrez JL. Muerte y bioética en la unidad de cuidados intensivos. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 4];153:520–1. Available from: [www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)
3. Herrera AM, García A. Criterios de admisión y alta para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Manejo Integr del paciente crítico [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 10]; Available from: <https://laureanoquintero.files.wordpress.com/2014/02/criterios-de-admision-y-alta-para-la-unidad-de-cuidados-intensivos-uci.pdf>
4. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines. *Crit Care Med*. 2016;
5. Restrepo ME. La Ética del Cuidar. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2002;20:118–29. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16735/14512>
6. Yañez M. CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFIOS DE ENFERMERÍA. *Pers y Bioética* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 5];22:56–75. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf>
7. Francisco Velarde-García J, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D, et al. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 10];31(4):299–304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>
8. Piedrafita-Susín AB, Yoldi-Arzo E, Sánchez-Fernández M, Zuazua-Ros E, Vázquez-Calatayud M. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2019 Apr 10];26(4):153–65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239915000607?via%3Dihub>
9. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 May 5];23(4):234–8. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
10. Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 5];30(2):216–29. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/26067/20784710>
11. Rojas NP, Bustamante CI. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan*. 2014;14:184–95.
12. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva* [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 May 5];38(6):371–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569114000370>

13. Quiroz O T, Araya O E, Fuentes G P. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 May 5];52(4):288–97. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272014000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
14. Gómez-Londoño E. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA. Pers y Bioética [Internet]. 2008 [cited 2019 May 5];12(2):145–57. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222008000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006)
15. Alberti M, Menchaca A. Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2008 [cited 2019 May 5];24(1):50–5. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902008000100008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000100008)
16. Gómez-Londoño E. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA [Internet]. Vol. 12, Persona y Bioética. Universidad de la Sabana; 2008 [cited 2019 May 20]. 145-157 p. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222008000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006)
17. León Correa FJ. Práctica Profesional Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos [Internet]. Vol. 5, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2008 [cited 2019 May 8]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741827006.pdf>
18. León Correa FJ. FUNDAMENTOS Y PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA, INSTITUCIONAL Y SOCIAL. Acta Bioeth [Internet]. 2009 [cited 2019 May 20];15(1):70–8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2009000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
19. ICONTEC. Ejes de la Acreditación [Internet]. [cited 2019 May 20]. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>
20. Sobrino López A. Comunicación de malas noticias. Semin la Fund Española Reumatol [Internet]. 2008 Jun [cited 2019 Apr 22];9(2):111–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1577356608749285>
21. Beltrán Salazar OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 2009 [cited 2019 May 5];27(1):34–45. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072009000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003)
22. Cantera JB. LIMITAR EL ESFUERZO TERAPEUTICO AL FINAL DE LA VIDA [Internet]. [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LIMITACION-ESFUERZO-TERAPEUTICO-BATIZ.pdf>
23. Sans J. OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA [Internet]. [cited 2019 May 5]. Available from: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>
24. Holdelín R. El principio del doble efecto en la sedación de pacientes terminales. MEDISAN [Internet]. 2012 [cited 2019 May 5];16(6):949–59. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso)
25. Pardo A. Obstinación terapéutica [Internet]. [cited 2019 May 5]. Available from: [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/obstinacionTerapeutica/obstinacionTerapeutica.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/obstinacionTerapeutica/obstinacionTerapeutica.pdf)
26. Novellas A, Pajuelo M. Cuidados Paliativos - La familia de la Persona Enferma [Internet]. [cited 2019 May 5]. Available from: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA->



## FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA

27. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Jun 4];18(4):159–67. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239907743997>
28. Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2005 Jan [cited 2019 Jun 4];10(1):6–14. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1362-1017.2005.00092.x>
29. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Jun 4];23(2):51–67. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239911000460>
30. Gutiérrez B, Alvaríño B, Pérez L, Pérez R, Pérez M, Guadalquivir Guadalquivir Guadalquivir Córdoba Córdoba Córdoba Córdoba G. EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y NECESIDADES EN LA UCI: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS [Internet]. [cited 2019 Jun 4]. Available from: [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24276/1/Experiencias percepciones y necesidades en la UCI. Revision sistematica de estudios cualitativos..pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24276/1/Experiencias%20percepciones%20y%20necesidades%20en%20la%20UCI.%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20de%20estudios%20cualitativos..pdf)
31. Hashim F, Hussin R. Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 4];36:103–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187704281200479X>
32. Linnarsson JR, Bubini J, Perseus K-I. Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 Nov [cited 2019 Jun 4];19(21–22):3102–11. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x>
33. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Hear Lung* [Internet]. 1996 Nov [cited 2019 Jun 4];25(6):467–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147956396800495>
34. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* [Internet]. 2005 Apr [cited 2019 Jun 4];14(4):501–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>
35. Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care* [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 Jun 4];12(6):614–8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00075198-200612000-00018>
36. Kutash M, Northrop L. Family members: experiences of the intensive care unit waiting room. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 Nov [cited 2019 Jun 4];60(4):384–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
37. Gálvez González M, Muñumel Alameda G. Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index de Enfermería* [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 10];19(2–3):191–5. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200026&lng=es&nrm=iso&tling=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200026&lng=es&nrm=iso&tling=es)
38. Gispert J. Conceptos de bioética y responsabilidad médica. *Conceptos de bioética y*

responsabilidad médica. Manual Moderno; 2005. 131 p.

39. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasari S, Martín Delgado MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva* [Internet]. 2008 Mar [cited 2019 May 7];32(3):121–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569108709227>
40. Solís-García del Pozo J, Gómez-Pérez I. La aplicación de las órdenes de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2019 May 7];28(1):50–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X12001236>
41. SECPAL. Estatutos SECPAL [Internet]. Palma de Mallorca; 2011 [cited 2019 May 7]. Available from: [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
42. León Correa FJ. Cuidados al final de la vida bioética y enfermería. *Escuela de Enfermería UDP*; 2010. 37-38 p.
43. Centeno Cortes C. Historia de los cuidados paliativos Carlos Centeno Cortes. (Autor) Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor Hospital Los Montalvos, Salamanca (España) [Internet]. [cited 2018 Nov 28]. Available from: <http://bit.ly/1UXB3hK>
44. Del Rio I, Palma A. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO [Internet]. [cited 2018 Nov 27]. Available from: <http://www.stchristophers.org.uk>
45. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
46. Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos 2016. 2016 [cited 2019 Jun 11];8. Available from: <https://occp.com.co/wp-content/themes/occp/docs/anuario-occp-2016.pdf>
47. European Association for Palliative Care (EAPC). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliative Care* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 5];16:278–89. Available from: [https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe.pdf](https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LmgAajW9M0Os7VYZs0ZXCQ/Text/White%20Paper%20on%20standards%20and%20norms%20for%20hospice%20and%20palliative%20care%20in%20Europe.pdf)
48. Oliveira CC. Para comprender el sufrimiento humano. *Rev bioét* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28];24(2):225–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242122>
49. Tizón Vounza E, Vasquez Torrado R. Enfermería Global CLÍNICA CLÍNICA CLÍNICA CLÍNICA [Internet]. [cited 2018 Nov 28]. Available from: [https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24013/1/Enfermeria en cuidados paliativos. Hospitalizacion durante los ultimos dias de vida..pdf](https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24013/1/Enfermeria%20en%20cuidados%20paliativos.%20Hospitalizacion%20durante%20los%20ultimos%20dias%20de%20vida..pdf)
50. OMS. OMS | Cuidados paliativos. WHO [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
51. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ Cuidados Paliativos [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 10]. Available from: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
52. Londoño EG. Persona y bioética. [Internet]. Vol. 12, Persona y Bioética. Universidad de la Sabana; 2009 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966>
53. Diaz de Florez L, Estefan Chehab MC, Gutierrez Agudelo M del C. Aplicacion del modelo de

adaptacion en el ciclo vital humano. Universidad de la Sabana; 2003. 15-34 p.

54. Hanna DR. Roy's Specific Life Values and the Philosophical Assumption of Veritivity. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2012 Jul 29 [cited 2019 Jun 7];25(3):245–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318412447559>
55. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third edit. New Jersey: Pearson; 2009. 35 p.
56. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third edit. New Jersey: Pearson; 2009. 45 p.
57. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third edit. Pearson; 2009. 67 p.
58. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Aquichan* [Internet]. 2002 [cited 2018 Nov 29];2(1):19–23. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004)
59. Pinzón C, Erika J, García J, Mile R, Rojas R, Johanna V, et al. IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE: HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA, SALUD VITAL DUITAMA [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 23]. Available from: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/6579/CAROL\\_PINZON\\_JAIMES\\_FINAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/6579/CAROL_PINZON_JAIMES_FINAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
60. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third edit. New Jersey: Pearson; 2009. 87-89 p.
61. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. Third edit. New Jersey: Pearson; 2009. 69 p.
62. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación. *Aquichan*. [Internet]. Vol. 2, *Aquichan*. 2009 [cited 2018 Nov 29]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
63. Durán de Villalobos MM, Garzón Alarcón N. Entrevista con Callista Roy. *Aquichan* [Internet]. 2002 [cited 2019 Jun 7];2(1):36–9. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100007)