



Reflexiones Bioéticas en Enfermería

MSc. Jacqueline Bonilla



Reflexiones Bioéticas en Enfermería

MSc. Jacqueline Bonilla

ISBN 978-9942-40-804-4
1ª edición | enero 2022

Autor y editor | MSc. Jacqueline Bonilla
Diseño y diagramación | Lic. Erika González Osorio
Fotografías | Internet - Base fotográfica de la Facultad (con autorizaciones de uso)

Impresión | Facultad de Ciencias Médicas, 2022
Papel bond 75 gramos, full color | Portada impresa en cartulina blanca

Publicado en 2022

Aval académico | Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador,
Quito-Ecuador

ISBN: 978-9942-40-804-4



Los contenidos pueden usarse libremente, sin fines comerciales y siempre y cuando se cite la fuente.





FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SECRETARIA ABOGADA

Oficio Nro. UCE-FCM-SA-2021-0893-O

Quito, 12 de octubre de 2021

Asunto: Aval Académico de la obra: "REFLEXIONES BIOÉTICAS EN ENFERMERÍA"

Señora Magíster
Mariana Jacqueline Bonilla Merizalde
Subdecana Facultad de Ciencias Médicas
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
En su Despacho

De mi consideración:

El Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas en sesión virtual ordinaria desarrollada el 06 de octubre del 2021, conoció el oficio Nro. UCE-FCM-SUB-2021-0336-O de 04 de octubre de 2021, suscrito por la Sra. Subdecana de la Facultad en el que comunica la nota del evaluador de la Obra: "REFLEXIONES BIOÉTICAS EN ENFERMERÍA" elaborado por la MSc. Jacqueline Bonilla, Docente de la Carrera de Enfermería, al respecto se detalla el puntaje obtenido: Evaluador: 18/20 corresponde al 90% Cabe mencionar que para la evaluación de la misma se aplicó el Instrumento de EVALUACIÓN DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

Al respecto, el Consejo Directivo resuelve: Aprobar el aval académico a la obra "REFLEXIONES BIOÉTICAS EN ENFERMERÍA", presentado por la Msc. Jaqueline Bonilla.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Marcia Piedad Singaña Figueroa
SECRETARIA ABOGADA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Referencias:

- UCE-FCM-SUB-2021-0336-O

Anexos:

- Doc 8 . UCE-FCM-SUB-2021-0336-O Aval Académico obra Reflexiones bioéticas en enfermería.pdf

Dirección Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos

Certificado N° QUI-060980

Trámite N° 001498-2021

La Dirección Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos, en atención a la solicitud presentada el 10 de diciembre del año 2021, **EXPIDE** el certificado de registro:

AUTOR(es): BONILLA MERIZALDE, MARIANA JACQUELINE

TITULAR(es): BONILLA MERIZALDE, MARIANA JACQUELINE

CLASE DE OBRA: LITERARIA (Inédita)

TÍTULO DE LA(s) OBRA(s): REFLEXIONES BIOÉTICAS EN ENFERMERÍA

Quito, a 13 de diciembre del año 2021.



VERIFICAR FIRMA DIGITAL
**ANA CARINA
FELIX**

Mgs. Ana Carina Félix López

Delegada del Director Nacional de Derecho de Autor y Derechos Conexos

Resolución No. 001-2021-DNDAyDC-SENADI de 13 de julio de 2021

De conformidad con lo dispuesto en instrumentos internacionales, normativa andina y nacional (artículo 5 del Convenio de Berna para protección de obras literarias y artísticas; artículos 52 y 53 de la Decisión 351 de la Comisión de la Comunidad Andina sobre el Régimen Común sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos; y, artículo 101 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación), el registro de obras y prestaciones amparadas por el derecho de autor o los derechos conexos ante la autoridad nacional competente en materia de derechos intelectuales, es un acto meramente declarativo, que si bien no genera derecho de propiedad intelectual alguno, constituye una presunción -que admite prueba en contrario- a favor de quien aparece como autor, creador o titular de la obra o prestación registrada. Salvo prueba en contrario, se presumirá la certeza de la información contenida en el presente certificado.

AF/ar

Contenido

Presentación.....	06
Ética y docencia universitaria.....	07
Valores a aplicarse en la docencia y práctica sanitaria.....	12
Modelo de relación sanitaria con el paciente y familia.....	16
Cómo dar malas noticias en el ámbito sanitario.....	22
Cuidado de enfermería y humanización.....	28
Cuidados paliativos.....	33
Espiritualidad ante la muerte.....	41
Sedación terminal: posturas éticas.....	44
La enfermedad y la atención al Paciente crítico. Aspectos éticos y bioéticos.....	50
La bioética frente a los desastres naturales.....	57
Memorias de la gestión en tiempos de pandemia.....	63
Discurso de inauguración: 1er congreso internacional conmemorativo uce 400 años: la salud durante y después de la pandemia por la covid-19, un abordaje académico multidisciplinar.....	64
Informe y resoluciones: 1er congreso internacional conmemorativo uce 400 años: la salud durante y después de la pandemia por la covid-19, un abordaje académico multidisciplinar.....	67
Editorial: Boletín especial sobre Vinculación Facultad Ciencias Médicas.....	74
Discurso de orden de la sesión solemne: Conmemorativa por los 328 años de la Facultad de Ciencias Médicas.....	76
Discurso de bienvenida al II Congreso Nacional personas adultas mayores saludables (PAMS)...	84
Discurso de bienvenida al II Congreso Internacional Clínico Quirúrgico conmemorativo por los 100 años de graduada de Matilde Hidalgo de Procel como la primera médica ecuatoriana	87
Discurso en reconocimiento a Matilde Hidalgo Navarro de Procel.....	89
Reflexiones bioéticas de enfermería en tiempos de pandemia.....	92
Desde la óptica de una enfermera en momentos de la pandemia del covid-19.....	93
Liderazgo en tiempos de pandemia: entre la lucha por el poder y una batalla invisible.....	95
Testimonio de haber vivido la experiencia como profesional sanitario y como paciente covid.....	99
Enfermería en tiempos de covid 19.....	102
Aspectos éticos en la práctica de enfermería durante la pandemia.....	105



PRESENTACIÓN

El libro, *Reflexiones Bioéticas en Enfermería*, representa para la autora, una recopilación de estudios, capacitaciones y vivencias que, relacionados entre sí, han permitido elaborar una revisión de varias temáticas vinculadas a la bioética, a la práctica docente y al trabajo de enfermería. Se plasman diversos aportes relacionados con dilemas éticos, algunos controversiales, que desde mi formación académica generaron interrogantes y crearon una visión diferente para entender el importante rol que cumple el profesional de enfermería en el cuidado del paciente a través de una relación afectiva, cálida, oportuna, humana y con altísimo sustento ético. En calidad de docente de la Cátedra de Bioética de la Carrera de Enfermería y al momento como Subdecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y en una circunstancia inédita para el mundo como es la Pandemia del Covid 19, me es gratificante presentar esta publicación que recoge una ingente inversión en horas de trabajo para consolidar conocimientos, aportes académicos y experiencias en este tiempo de pandemia.

Estructurada la obra, me permito presentarla como una modesta contribución personal a la formación de estudiantes en el ámbito sanitario y de manera particular en el campo de la enfermería, como también a profesionales interesados sobre el tema. El presente libro es un segundo documento escrito por la autora en el ámbito de la bioética y seguro constituye un aporte para las Carreras de Enfermería del país. Sin duda, se podrán evidenciar debilidades y fortalezas en el abordaje de las diversas temáticas ubicadas en la primera parte, como también se pretende compartir en un segundo momento algunas presentaciones en el ámbito de la bioética desarrolladas durante mi gestión, en esta época especial que ha vivido la humanidad.

Para concluir, es necesario reconocer a quienes, con su consejo académico y apoyo permitieron alcanzar esta meta, a las autoridades de la Universidad Central del Ecuador por haber confiado en mí y darme la oportunidad de servir a la Facultad de Ciencias Médicas a través de la gestión encomendada en el Subdecanato. Finalmente agradezco a Dios por las bendiciones diarias; a mi esposo, hija y nietos que con su paciencia son mi inspiración y soporte permanente.

***MSc. Jacqueline Bonilla Merizalde
Docente Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador***



ÉTICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

“La ética es una ciencia práctica, cuyo objeto es orientar la conducta humana para alcanzar un fin» En última instancia la reflexión ética debe desembocar en conductas humanas concretas.” (Castro, 2005) La ética tiene que ver con el comportamiento del ser humano, consigo mismo y con los demás. En otras palabras, se usa más para referirse a la reflexión, especialmente filosófica sobre la moralidad de las conductas. La ética es necesaria para regular el comportamiento del hombre en beneficio de sí mismo y de los demás.

La ética se considera como una ciencia práctica y normativa que estudia el comportamiento de los seres humanos, que conviven socialmente bajo una serie de normas que le permiten ordenar sus actuaciones que el mismo grupo social ha establecido. La ética es el único saber que trata del deber.

Un profesional de cualquier campo disciplinar, para llegar a un alto nivel de integridad ética, más que adquirir muchos conocimientos sobre teorías y desarrollar diferentes habilidades técnicas, debe poseer gran fortaleza y sentido moral para tomar decisiones. A ese “cúmulo de saberes, creencias, valores, puestos en práctica en el campo profesional, se le denomina Ética Profesional; que es parte del conocimiento transmitido de generación a generación” (Dubar C, (2000).

Cortina cree que la educación actual no cumple con su cometido de educar en valores, pero asegura que “los educadores están ávidos de que les echen una mano para resolver las situaciones de desinterés, desmotivación y comportamientos violentos que ven en los alumnos”. La autora de El quehacer ético atribuye la responsabilidad de solución a toda la sociedad: «El mundo es muy competitivo y, si los jóvenes no captan que la sociedad se cree los valores que se les enseñan, no van a mover su vida por ellos». (Gómez, 2020)

Para Antonio Bolívar, la identidad docente se estructura con elementos racionales (cognitivos) y no racionales (emotivos y afectivos) y a la vez considera que tiene como núcleo los valores personales y profesionales. Para este autor la identidad docente se manifiesta en “la motivación, actitud y compromiso con que el profesorado afronta su trabajo” (Bolívar: 2007:14).

El docente y más en el ámbito sanitario es el responsable directo de una educación basada en valores, por lo que debe poseer las cualidades: psicológicas, sociales y morales, necesarias para educar a sus alumnos. Se requiere que el maestro esté atento a las necesidades de los estudiantes desde una actitud de aceptación y confianza sin sobrepasar los límites. La formación docente debe ser permanente para lograr una práctica educativa transformadora que esté respaldada por un compromiso ético, con la educación, comunidad educativa y la sociedad, para alcanzar una sólida formación. (Vargas, 2020)

Dentro del campo de formación de las profesiones de la salud es importante resaltar en la formación el dominio del conocimiento y las habilidades técnicas, como también la formación humana y en valores, por tanto, debemos reconocer que la ciencia habla del ser y la ética del deber ser. De ahí que a la pregunta: puedo hacer esto, responde la Ciencia y a la pregunta: debo hacer esto, responde la Ética

La docencia es una actividad ocupacional que tiene todas las características que definen una profesión: Presta un servicio específico a la sociedad y es una actividad encomendada y llevada a cabo por un conjunto de personas que se dedican a ella de forma estable y obtienen de ella su medio de vida.» Los profesionales deberían acceder a la docencia con un proceso de capacitación previo, como requisito indispensable para estar acreditados y ejercerla con calidad (A. Cortina)».

¿En nuestro ámbito laboral deberíamos preguntarnos si esto sucede? Si no es así ¿qué situaciones lo explican?

Al docente consciente le corresponde adecuar su perfil a los parámetros éticos, y esa adecuación cambiará también el perfil del alumno.

¿Estamos conscientes de la responsabilidad que tenemos en la formación técnica y ética de los profesionales de la salud?

¿Nos damos cuenta que de la adecuada formación de esos profesionales depende nuestra propia salud, la de nuestros hijos y hasta de nuestros nietos?

ÉTICAS APLICADAS

La ética es vista y asumida, además cómo una ciencia cuyo objeto de estudio es la moral, concebida como una herramienta para la toma de decisiones en muchos campos. En ese contexto entramos en el ámbito de lo que conocemos como éticas aplicadas. (Martín, 2004).

El campo de la ética aplicada es sumamente amplio y abarca problemáticas tales como ética y economía, ética y política, ética y educación, ética y medio ambiente, Bioética, entre otras.

BIOÉTICA

La Bioética es el campo que más difusión ha tenido en los últimos tiempos debido a los temas que trata.



La Bioética es un saber interdisciplinario que reflexiona en torno de problemas referidos a la vida humana. En ella intervienen la filosofía, la biología, la medicina, el derecho, la religión, la economía, la política la sociología, entre otras disciplinas.

ECOÉTICA

Llamamos ecoética a la reflexión interdisciplinaria que se ocupa de hacer juicios de valor moral sobre el cuidado de la vida de nuestro planeta, en íntima relación con lo abiótico, sin lo cual la vida perdería su soporte.

Nos recuerda que el ser humano contemporáneo lleva sobre sus hombros la pesada carga de responsabilidad ética para cuidar su propia vida y la de su entorno, ambas amenazadas de deterioro y aniquilación por la demencia que acompaña a la cordura humana.

SABIDURÍA Y BIOÉTICA

“La sabiduría es “aquel conocimiento que necesitamos para orientar correctamente el conocimiento” (Van Rensselaer Potter, 1970)

De ahí que como docentes en el campo de la salud deberíamos preguntarnos frecuentemente ¿Cuán sabios somos como para orientar correctamente el conocimiento en nuestros estudiantes?

La Bioética nos propone criterios para articular los conocimientos de las ciencias con los de las humanidades en la sociedad del conocimiento.

¿No es éste, el ámbito donde se desenvuelve un docente universitario de una profesión de salud? Y entonces ¿Cuánto sabemos de Bioética? ¿Cómo la promovemos con nuestros estudiantes?

PRINCIPIOS APLICADOS A LA DOCENCIA:

BENEFICENCIA

Un profesional ético es aquel que hace el bien en su profesión, cumpliéndola a satisfacción:

- Toda ética profesional tiene su aliciente en los bienes intrínsecos que se propone realizar.
- El bien intrínseco de la labor docente es que sus alumnos aprendan y que lo hagan bien.
- La enseñanza no es para el bien del docente, es para el bien de quien aprende.
- El ejercicio éticamente responsable de la función docente lleva consigo al menos estas responsabilidades:



- Enseñar, entendiendo la enseñanza como ayudar a aprender.
- Enseñar presupone haber aprendido lo que se enseña y estar al día en la materia que dictamos.

“El docente puede no saber mucho, pero aquello que sabe, debe saberlo bien” (García, 1995) Adicionalmente enseñar implica saber enseñar y esto implica hacerse entender, suscitar en el estudiante el deseo de aprender.

¿Cuán actualizados estamos en las nuevas metodologías de enseñanza y tecnologías de información?

¿Solemos evaluar adecuadamente al alumno?

¿Evaluamos cómo debemos o a momentos permitimos que influyan otros elementos, que son externos al proceso evaluativo?

AUTONOMÍA

Uno de los fines de la enseñanza es que el estudiante pueda ejercer por sí mismo su autonomía en plenitud de sus derechos y consciente de sus responsabilidades.

Este principio se articula en el ámbito de la docencia mediante el diálogo y colaboración entre el profesor y los alumnos.

En Andragogía existe evidentemente una asimetría docente/dicente por factores obvios: edad, jerarquía, preparación académica, etc.

El profesor universitario debe evitar formas de actuación que representan un uso indebi-

do de su posición, y no faltar al respeto del que todos los estudiantes son merecedores, esperando por supuesto reciprocidad.

La posición de superioridad de edad, experiencia o saber, no puede servir, por ejemplo, para intentar ejercer una influencia de tipo ideológico, ni menos cualquier forma de explotación, manipulación o maltrato.

JUSTICIA

- Utilización adecuada de recursos pedagógicos escasos.
- No discriminación al estudiante bajo ninguna circunstancia.
- Trabajar desde los primeros niveles de formación del alumno a favor de la justicia social.
- La ética profesional queda incompleta y distorsionada si no se enmarca en la perspectiva de una ética social.
- ¿En qué contribuye, o puede contribuir, nuestro propio ejercicio docente a mejorar la justicia social?

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

La investigación es el núcleo de lo que debe propiciar la Universidad, por ser lo que renueva constantemente y amplía nuestros conocimientos.

- La Universidad que no investiga no es Universidad. Sin investigación no hay Universidad propiamente dicha.
- La investigación enriquece la calidad de la docencia.
- Un profesor universitario que no investiga se anquilosa en los conocimientos aprendidos, y los transmite en forma estereotipada y dogmática.

¿Cuánto de lo que enseñamos lo sabemos por haberlo investigado?

ÉTICA Y DOCENCIA

La ética profesional de los profesores puede y debe ser, el punto focal desde el cual reforzar la autoestima y la calidad profesional y humana de lo que hacemos, y la estima social por el servicio prestado. El ser humano es una unidad, por lo cual no es posible separar la clase de persona que somos, de la clase de ciudadano, amigo, vecino o docente que seamos. Además de ser un buen docente y un docente bueno, hace falta dar buenos ejemplos.

El fin último de la educación, como de toda actividad humana éticamente válida, y a todo nivel,

es coadyuvar a la realización del ser humano (Galdona, 2000).

Si se asume el hecho de que la educación no es el mero aprendizaje de contenidos teóricos y de ciertas habilidades manuales, sino que abarca el desarrollo de toda la persona, se debe entender que el objetivo esencial del proceso educativo, en nuestro caso en Andragogía, es ayudar a la conformación de una “personalidad ética”.

De este modo, la persona asume como tarea esencial de la propia vida el desarrollarse plenamente como ser humano.

Por ello una tarea educativa “con Ética” se debe orientar a ayudar a cada persona a descubrir y asumir el propio sentido de la vida y a desarrollar al máximo todas sus potencialidades de crecimiento en forma armónica y ponderada.

ÉTICA Y EDUCACIÓN MÉDICA

Un error e inscrito dentro de una práctica cotidiana es el manejo de un “currículo oculto”: enseñanzas latentes, no explícitas, no silábicas.

No hacer lo que decimos que no hay que hacer, sustentado todo con el ejemplo positivo del docente y superar una costumbre equivocada del momento de facilismo. No al Ctrl C, Ctrl V

En base de todas las consideraciones señaladas, es pertinente resaltar lo que la normativa vigente describe sobre los deberes y derechos de estudiantes y docentes universitarios.



LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN SUPERIOR (LOES)
Registro Oficial Suplemento 298 de 12-oct.-2010
Última modificación: 23 de octubre del 2020.
Estado Reformado

CAPÍTULO 2 FINES DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 5.- Derechos de las y los estudiantes. - Son derechos de las y los estudiantes los siguientes:

- a) Acceder, movilizarse, permanecer, egresar y titularse sin discriminación conforme sus méritos académicos;
- b) Acceder a una educación superior de calidad y pertinente, que permita iniciar una carrera académica y/o profesional en igualdad de oportunidades;
- c) Contar y acceder a los medios y recursos adecuados para su formación superior; garantizados por la Constitución;
- d) Participar en el proceso de evaluación y acreditación de su carrera;
- e) Elegir y ser elegido para las representaciones estudiantiles e integrar el cogobierno, en el caso de las universidades y escuelas politécnicas;
- f) Ejercer la libertad de asociarse, expresarse y completar su formación bajo la más amplia libertad de cátedra e investigativa;
- g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento;
- h) El derecho a recibir una educación superior laica, intercultural, democrática, incluyente y diversa, que impulse la equidad de género, la justicia y la paz;
- i) Obtener de acuerdo con sus méritos académicos becas, créditos y otras formas de apoyo económico que le garantice igualdad de oportunidades en el proceso de formación de educación superior; y,
- j) A desarrollarse en un ámbito educativo libre de todo tipo de violencia. Nota: Artículo reformado por artículo 4 de Ley No. 0, publicada en Registro Oficial Suplemento 297 de 2 de agosto del 2018.

Concordancias: • CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, Arts. 28

Art. 6.- Derechos de los profesores o profesoras e investigadores o investigadoras. - Son derechos de las y los profesores e investigadores de conformidad con la Constitución y esta Ley los siguientes:

- a) Ejercer la cátedra y la investigación bajo la más amplia libertad sin ningún tipo de imposición o restricción religiosa, política, partidista, cultural o de otra índole;



Nota: Literal f) sustituido por artículo 15 de Ley No. 0, publicada en Registro Oficial Suplemento 1008 de 19 de mayo del 2017. Nota: Artículo sustituido por artículo 5 de Ley No. 0, publicada en Registro Oficial Suplemento 297 de 2 de agosto del 2018.

Art. 6.1.- Deberes de las y los profesores e investigadores: Son deberes de las y los profesores e investigadores de conformidad con la Constitución y esta Ley los siguientes:

- a) Cumplir actividades de docencia, investigación y vinculación de acuerdo a las normas de calidad y normativas de los organismos que rigen el sistema y las de sus propias instituciones;
 - b) Ejercer su derecho a la libertad de cátedra respetando los derechos y garantías constitucionales y legales del sistema y de sus propias instituciones;
 - c) Promover los derechos consagrados en la Constitución y leyes vigentes;
 - d) Mantener un proceso permanente de formación y capacitación para una constante actualización de la cátedra y consecución del principio de calidad;
 - e) Someterse periódicamente a los procesos de evaluación; y,
 - f) Cumplir con la normativa vigente, así como con las disposiciones internas de la institución de educación superior a la que pertenecen. Nota: Artículo agregado por artículo 6 de Ley No. 0, publicada en Registro Oficial Suplemento 297 de 2 de agosto del 2018.
- b) Contar con las condiciones necesarias para el ejercicio de su actividad;
- c) Acceder a la carrera de profesor e investigador y a cargos directivos, que garantice estabilidad, promoción, movilidad y retiro, basados en el mérito académico, en la calidad de la enseñanza impartida, en la producción investigativa, en la creación artística y literaria, en el perfeccionamiento permanente, sin admitir discriminación de género, etnia, ni de ningún otro tipo; además a tener posibilidades de acciones afirmativas;
- d) Participar en el sistema de evaluación institucional;
- e) Elegir y ser elegido para las representaciones de las y los profesores en las instancias directivas, e integrar el cogobierno;
- f) Para el caso de las y los servidores públicos, ejercer los derechos previstos en la Ley Orgánica del Servicio Público. En el caso de las y los trabajadores de las instituciones de educación superior privadas, se estará a lo dispuesto en el Código del Trabajo;
- g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación de la cultura y el conocimiento;
- h) Recibir una capacitación periódica acorde a su formación profesional y la cátedra que imparta, que fomente e incentive la superación personal académica y pedagógica; y,
- i) Ejercer libremente el derecho de asociación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bolívar Antonio (2007), Formación inicial del profesorado de secundaria y su identidad profesional, en Estudios sobre la Educación, No 12, Universidad de Navarra, España.
- Castro, S. (2005). Los estilos de aprendizaje en la enseñanza y aprendizaje. Revista de investigación, 83_102.
- Dubar, Claude (2002). La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación. Barcelona: Ed. Bellaterra [La crise des identités. L'interprétation d'une mutation. Paris: PUF, 2000]. .
- Gómez, J. (2020). Adela Cortina defiende una educación basada en "la razón sentimental". *El País*.
- Vargas, G. (2020). Etica Profesional Docente. *Magisterio*. https://www.derechoecuador.com/uploads/content/2021/01/file_1609777337_1609777341.pdf



VALORES A APLICARSE EN LA DOCENCIA Y PRÁCTICA SANITARIA

Un buen profesional es siempre un experto en su materia, en el caso de la profesión sanitaria la competencia científica y técnica va acompañada de un compromiso ineludible de carácter moral. (Camps, 2015)

El valor ético perfecciona al hombre en cuanto a ser hombre, en su voluntad, en su razón y lo prepara para vivir en colectivo. Se puede tener buena o mala salud, mayor o menor cultura, pero esto no afecta directamente al ser hombre. Por el contrario, si el hombre vive en la mentira, en la violencia o comete un fraude empeora al ser humano, es decir, lo deshumaniza.

Cuando el hombre realiza buenas acciones, actúa con la verdad, con la justicia, se perfecciona como ser humano. La sociedad necesita de seres humanos con verdaderos valores y es precisamente en esa sociedad donde van a desempeñarse los egresados de nuestras universidades (Hodelín, 2014)

Las universidades deben centrarse en la formación de un profesional integral que, unido a una sólida preparación científica y técnica, exhiba su compromiso social y formación humanística, lo cual se relaciona directamente con los valores éticos.

No es posible educar en valores si no se es ejemplo permanente, la transmisión de los conocimientos teóricos y prácticos debe hacerse desde una posición de relación directa con la sociedad y en constante integración con los valores. En este contexto es relevante reflexionar sobre el papel que debe desempeñar el profesor universitario en la formación de valores éticos.

Los valores son principios que nos permiten orientar nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas, nos ayudan a preferir, apreciar y elegir una cosa en lugar de otra, o un comportamiento en lugar de otro, también son fuente de satisfacción y plenitud. Nos proporcionan una pauta para formular metas y propósitos, personales o colectivos. Reflejan nuestros intereses, sentimientos y convicciones más importantes. (Hodelín, 2014)

Los valores se refieren a necesidades humanas y representan ideales, sueños y aspiraciones, con una importancia independiente de las circunstancias.

Valores, actitudes y conductas están estrechamente relacionados. *Cuando hablamos de actitud nos referimos a la disposición de actuar en cualquier momento, de acuerdo con nuestras creencias, sentimientos y valores.*

Los valores se traducen en pensamientos, conceptos o ideas, pero lo que más apreciamos es el comportamiento, lo que hacen las personas. Una persona valiosa es alguien que vive de acuerdo con los valores en los que cree. Ella vale lo que valen sus valores y la manera cómo los vive.

Es importante subrayar que los valores son también la base para vivir en comunidad y relacionarnos con las demás personas. Permiten regular nuestra conducta para el bienestar colectivo y una convivencia armoniosa. *En consonancia con lo anterior hay que destacar que los valores son consecuencia de una vivencia emocional a partir de hechos fenomenológicos, o sea no son estrictamente simbólicos, sino que parten de la experiencia material del hombre.*

LA EDUCACIÓN EN VALORES

La necesidad de una educación en valores es evidente. Vivimos una **crisis social**, en la que problemáticas como la violencia, la inseguridad, la desigualdad socioeconómica, la corrupción y la discriminación se han apoderado de nuestra cotidianidad. Se manifiestan en diferentes contextos sociales, en las calles, dentro de los



mismos hogares e incluso en las instituciones educativas. Pese a ello, desde diversas orientaciones se percibe la convicción de implementar **acciones concretas** en torno a estas problemáticas. (Ramírez, 2019)

La educación en valores ha sido definida como un proceso humanizador, individual, social, vertical y horizontal a lo largo de la vida de las personas, determinando su personalidad desde su nacimiento hasta la ancianidad.

Se fundamenta en tres elementos básicos

- Particularizar: integrar las particularidades de la formación y el desarrollo de los valores a la didáctica del proceso de formación (conocer las particularidades del sujeto y sus relaciones y evaluar las condiciones para llevar a cabo el proceso). Enriquecer la didáctica del saber y del saber hacer; del contenido y del método, así como apoyarse en ellas. Determinar estrategias didácticas que involucren a los sujetos del proceso en una actividad consciente, protagónica y comprometida.
- Intencionar: encaminar el proceso docente-educativo hacia el modelo ideal de formación. Desarrollar el vínculo con la realidad mediante lo socialmente significativo, dando sentido a la formación sociohumanista.
- Explicitar: connotar lo socialmente significativo de la realidad hacia el redimensionamiento humano en todos los componentes del pro-

ceso. Precisar los contenidos de los sistemas de valores a formar y desarrollar según la aspiración social.

Debemos proponernos desde el proceso de enseñanza aprendizaje propiciar la formación y el fortalecimiento de los valores esenciales, de acuerdo con el modelo del profesional y las exigencias de la época y de nuestra sociedad. *Estas exigencias reclaman de la educación universitaria romper las concepciones tradicionales de la enseñanza, comprender la necesidad de una concepción y práctica educativa interactiva y de influencia mutua, de modo que el estudiante en un ambiente de diálogo, reflexión y participación activa, busque, indague, construya sus propios conocimientos, habilidades y por supuesto valores.*

Los tres valores sociales que componen el concepto de una profesión, son los siguientes:

- El valor que se le concede al conocimiento sistemático e intelectual: saber.
- El valor que se le concede al conocimiento práctico y grado de adiestramiento: hacer.
- El valor que se le concede a la unión del conocimiento teórico y práctico para ponerlos al servicio de los demás: ayudar.

La enseñanza y el aprendizaje se estructura en:

- Sistema de conocimientos: saber (lo cognitivo). Parte de la cultura de la humanidad seleccionada en las ciencias de las ramas del saber, resume hechos, conceptos, leyes y teorías.
- Sistema de modos de actuación: saber hacer (lo instrumental). Incluye las habilidades y hábitos, modo en que se relaciona el individuo con el objeto.
- Sistema de valores: saber ser (lo axiológico). Significación que el hombre le confiere a dicho objeto o acciones.

Por otro lado, se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

VALORES FUNDAMENTALES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL:

Diligencia

Es el esmero para que ningún daño se produzca o ningún bien deje de conseguirse por motivos

imputables a las actitudes del cuidador (pasividad, descuido, pereza).

Protección a la salud y la vida

Entendido como el valor que reconoce que los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de profesionales sanitarios con una estimación y respeto de sí mismos y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia

Respeto a la dignidad humana

Es el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona. El profesional sanitario incluye en su práctica profesional actividades que protegen la dignidad del individuo, así como también conocimientos y sensibilidad hacia lo que es importante para los pacientes. Esa sería la esencia del respeto a la dignidad del paciente, ya que, demostrar respeto implica hacer lo que es bueno o lo correcto.

Responsabilidad

Acción y efecto de cumplir una obligación y de responder por ella, es decir, rendir cuentas ante sí mismo y ante los demás. Asumir las consecuencias de todo lo actuado, con intención o sin ella. Es un acto de compromiso y de deber.

Tolerancia

Se fundamenta en el valor de la dignidad humana y en la virtud más útil en la vida social. Indulgencia, respeto y consideración hacia la manera de pensar, de actuar y de sentir de los demás.

Es la capacidad de saber escuchar y aceptar a los demás, valorando las distintas formas de entender y posicionarse en la vida, siempre que no atenten contra los derechos fundamentales de la persona.

Dedicación al Trabajo

Cuidando el orden y adquiriendo tenacidad y constancia en los encargos que se le hagan, desarrollará un gran espíritu de cooperación que no es más que la actitud permanente de



servicio a los demás, lográndose una labor de equipo con la que se alcanzará una gran repercusión en el bienestar para el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinde el cuidado.

Alegría

Debe ser característica esencial del profesional sanitario. Ésta debe traducirse en el optimismo con el que desarrolle su trabajo, el buen humor que se esfuerce por desarrollar en los momentos en los que no sólo el paciente sino también sus compañeros de trabajo lo necesiten. Esto le permitirá sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados.

Honestidad

Tiene relación directa con la compostura, moderación, recato, pudor, decoro, modestia, honradez.



Solidaridad

Es la cohesión o integración de las personas para asociar esfuerzos, con el propósito de lograr objetivos y metas determinadas por el colectivo. Este principio se basa en el derecho humano fundamental de unión, asociación y el compartir fines comunes.

Verdad

Es la armonía entre lo que se siente, piensa, dice y hace la persona, facilitando a los demás el acceso a lo que percibe honradamente como cierto. Este principio se define como la obligación de decir la verdad y no mentir ni engañar a otro.

BIBLIOGRAFÍA:

- Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 3_8.
- Barbera, G. (2008). Educación en valores. En Revista La Educación en Valores (pp. 110-118). Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Hodelín, R. (2014). El profesor universitario en la formación de valores éticos. *Educación Médica Superior, Volumen 28, Número 1*.
- Ramírez, E. (2019). La educación en valores. *Observatorio de Innovación Educativa*.

Humildad

Es la ausencia de orgullo. Renunciar a todo sentimiento de superioridad, infundiéndoles ánimo a las personas para lograr que éstas superen sus dificultades. Cuando algún conocimiento o procedimiento no se domina, reconocer que es mejor consultar o pedir ayuda por el bien del paciente.

Libertad

Facultad natural que tiene el ser humano de realizar algo con autonomía, de hacer o decir cuanto no se oponga a las leyes y las buenas costumbres.

Prudencia

Moderación en el comportamiento para acomodarlo a lo que es sensato o exento de peligro. Tener en cuenta todas las posibles consecuencias previsibles, no iniciar procedimientos que impliquen riesgos innecesarios o injustificados y tomar las precauciones debidas para disminuir en lo posible los riesgos y asegurar el máximo beneficio del paciente.





MODELO DE RELACIÓN SANITARIA CON EL PACIENTE Y FAMILIA

A lo largo de la historia la relación establecida entre el médico y el paciente ha ido evolucionando, cambiando y moldeándose hasta llegar a lo que conocemos hoy. El paso de los años ha dejado una huella profunda en la relación terapéutica, que ha pasado de ser una relación desigual entre médico y paciente, donde el médico era el protagonista y el paciente un ente pasivo, a otra en la que el interés se centra no ya en el paciente sino en la relación de intercambio que se produce entre ambos participantes. Por tanto, cada vez con más fuerza asistimos al abandono de los modelos autoritarios o paternalistas por otros más flexibles, honestos y comunicativos (basados en la deliberación) que pregonan la igualdad en la relación médico-paciente (Aires, 2012)

MODELO PATERNALISTA, “CENTRADO EN LA ENFERMEDAD”

Con el transcurso de los siglos se han manifestado diversos tipos de relación médico-pacien-

te, la más común es la relación de tipo paternalista en la que el médico era considerado el experto en los problemas sanitarios y decía al paciente de una forma más o menos paternal lo que debía o no debía hacer. El modelo se caracteriza porque el médico utiliza sus conocimientos, para determinar la situación clínica del paciente, la fase de su proceso de la enfermedad y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamiento son los más adecuados al objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor, sin tomar en cuenta la participación del paciente y su derecho de autonomía, primando por tanto el principio de beneficencia.

En otras palabras se alude a una relación vertical entre una persona que posee el conocimiento necesario para solucionar y/o aliviar su sufrimiento y otra sin conocimientos médicos, desvalida y que sufre una enfermedad. Son obligaciones del médico asegurarse que el paciente recibe los tratamientos necesarios para que mejore su salud y bienestar, por lo que le hará propuestas firmes y cerradas para que recupere su salud, sin mediar más explicaciones acerca de la enfermedad, sus implicaciones o los efectos secundarios de los tratamientos. En este modelo el médico actúa como el “guardián del paciente” y decide lo que es mejor para éste. (Aires, 2012)

Este modelo se caracteriza porque el médico toma las decisiones en nombre del paciente, sin considerar su consentimiento: Antiguamente el médico ordenaba y el paciente obedecía. Al fin y al cabo, el médico, especialmente hasta hace unos años y sobre todo en nuestro medio rural, ha sido siempre un referente.

MODELO INFORMATIVO

Aparece tras la 2da Guerra Mundial con el existencialismo, basado en la autonomía de la persona. En este modelo se observa una participación del paciente en la toma de decisiones, siendo el médico un facilitador en ellas. Se basa en la cultura de la autonomía de la persona. El avance de la tecnología médica hizo más sofisticada y compleja la atención médica, obligando al paciente a aceptar, rehusar o escoger entre varias opciones, seleccionando así la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

Para este momento a veces se lo denomina modelo científico o del consumidor. Aquí el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el



médico la llevará a cabo. Para ello informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico.

En consecuencia, la autonomía del paciente es equivalente al control total del paciente sobre la toma de decisiones médicas, una vez tenga la información correspondiente, esté libre de coacciones externas e internas y sea competente. Aquí el médico no ejerce la beneficencia. Por tanto, el médico que adopta el modelo “consumista” informa al paciente y se limita a ofrecer

los pros y contras de las opciones terapéuticas existentes, sin realizar ningún tipo de recomendación que pueda influir en la decisión del paciente. (Aires, 2012)

MODELO INTERPRETATIVO

El objetivo de la relación del médico y el paciente en este modelo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarlo así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan su mejor interés. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propias necesidades y decisiones. En este modelo, no es responsabilidad del médico juzgar los valores del paciente, sino ayudar a comprender para que pueda el paciente determinar la elección que más sea de su interés en función de los valores interpretados, es un modelo estático.

MODELO DELIBERATIVO

Aquí el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarlo posteriormente a dilucidar los tipos de opciones incluidos en las definiciones posibles.

Finalmente, en el escenario actual en el que se desenvuelve la actividad sanitaria, no solo el médico está relacionado y realiza procedimientos y tratamientos a pacientes, hay una creciente conciencia de replantear el quehacer profesional centrando la atención de la salud en la persona humana. El nuevo profesionalismo que se promueve implica un renovado compromiso por la atención del paciente sobre la base de la excelencia profesional, una actitud compasiva y respetuosa de la dignidad de la persona humana, la responsabilidad y el altruismo, que a su vez se sustentan en una correcta aplicación de los principios éticos y las normas legales que regulan el ejercicio de la profesión, encuadrado todo ello en una continua y sólida preparación científico técnica que haga posible la calidad y la seguridad en la asistencia del paciente tanto en el plano individual como en el colectivo.



Como se ha podido describir, estos últimos tres modelos consideran la autonomía del paciente como el aspecto fundamental que define el tipo de relación médico-paciente, la diferencia estriba en el valor que le dan a dicha autonomía. Desde este planteamiento parece ser que es precisamente el principio de autonomía del paciente el único responsable de la crisis de la beneficencia paternalista tradicional, no obstante, es un error reducir a ello la fundamentación ética del nuevo modelo deliberativo. (Aires, 2012)

RELACIÓN ENFERMERA- PACIENTE

Una relación es un vínculo entre dos o más personas para el logro de objetivos. La relación enfermera-persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente intentará proporcionar confort, tranquilidad, y compren-

sión. Se convierte en el profesional que escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre su enfermedad y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella. Intentará mantener siempre una actitud empática para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales.

El rol que juega un enfermero/a es de cuidar, ayudar y mantener la salud comprendiendo que el paciente es un ser holístico y reconociendo su dolor, minusvalía, respetando sus creencias individuales, defendiendo y respetando la conciencia moral, autonomía y aceptándolo sin distinción de raza, sexo y religión.

Es aquí donde la ética en enfermería se plantea el desenvolvimiento de los cuidados cotidianos al paciente, no los grandes dilemas; cuestiones tan aparentemente banales como llamar a un paciente por su nombre, tratarle de usted o llamar a su puerta antes de entrar en la habitación, y no son estas normas de cortesía, sino el mínimo y necesario respeto por aquel que ha acudido solicitando nuestra ayuda profesional, sin que por ello pierda su identidad o su derecho a la intimidad.

La profesión de enfermería demanda de una formación con calidad humana, científica, técnica y ética, para atender todas las respuestas humanas del individuo sano o enfermo, familia y comunidad. Esta realidad, exige además de los profesionales de enfermería una formación y práctica de la salud fortalecida con conocimientos de las ciencias biológicas y sociales tales como la sociología, antropología, psicología, filosofía, ética, bioética y ecología, entre otras. Esta visión apunta a una atención de calidad y calidez al paciente, familia y comunidad. para promover el autocuidado, la promoción y fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación y rehabilitación de la salud, respetando su dignidad, sus derechos, su entorno cultural y ambiental, en donde la enfermera asume nuevos roles y responsabilidades.

El ejercicio profesional debe ser la práctica de la profesión con fidelidad, abstenerse de hacer daño al paciente, elevar el buen nombre de la profesión, guardar el secreto profesional y dedicarse enteramente a quienes tiene que cuidar. Henderson señala que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que éste desea, sino, además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la



salud. Señala elocuentemente: “Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo”

RELACIÓN ENFERMERA-FAMILIA

Aprender a evaluar y a incluir el contexto en el que se expresa el problema de salud es la piedra angular de la atención primaria y de las relaciones que se establecen con los pacientes. Es la praxis de la atención integral, pero para aprenderlo es indispensable pensar en familias (sistemas), ya que cada persona tiene o perte-

nece a una familia, la cual se constituye para la mayoría, en el contexto inmediato y la fuente más importante de gratificación, pero también de preocupaciones y problemas. Es en este contexto que se expresan y en el cual cobran importancia la mayoría de las dificultades de relación y comunicación con los pacientes que se atienden en la consulta. (Garza. Elizondo, 2006)

Las buenas relaciones de la enfermera con la familia del paciente son fundamentales dentro de un adecuado trabajo sanitario, mucho más en salud pública.

La forma de establecer contactos amistosos en las relaciones personales es con el fin de llegar a la familia para ayudar a resolver sus necesidades y establecer confianza mutua, capaz de contribuir a cubrir sus múltiples obligaciones y requerimientos.

No obstante, la familia es un elemento clave en los procesos de adaptación y de recuperación del paciente, por lo que es muy importante incluirla también en el proceso de cuidados. Los profesionales de la enfermería tienen un papel fundamental con la familia, facilitando el afrontamiento de la situación y ofreciendo apoyo emocional (García Ortega, 2016)

Se evidencia la necesidad de un cambio en la actitud de los profesionales de forma que promuevan la participación de la familia en la asistencia a los pacientes. De este modo, se reconocería el papel fundamental de la familia como elemento básico de soporte afectivo y nexo de unión del paciente con el exterior. Como punto de partida es imprescindible conocer las necesidades que presentan estas familias, así como su percepción y vivencia de la situación, sus creencias y sus expectativas para ofrecer unos cuidados individualizados y de calidad, ya que, a pesar de la complejidad de este entorno, el equipo de enfermería está en una posición idónea para establecer una relación terapéutica, tanto con el paciente como con su familia. (García Ortega, 2016)

La enfermera no debe dejarse llevar por una actitud exageradamente emocional pues ella misma podría verse incapacitada para cumplir sus obligaciones. Una actitud amigable y respetuosa tiene primordial importancia para emplear inteligentemente sus conocimientos y criterio profesional, para fomentar en el paciente y la familia una participación activa en la resolución de sus problemas y evitando así la dependencia en el profesional de enfermería.

La confianza, la actitud amigable, la simpatía que la enfermera debe conseguir será a través de la relación directa con la familia. El lenguaje que use la enfermera al impartir la educación debe ser siempre según sea el nivel educativo y cultural de la familia. Sus palabras sencillas y comprensibles rescatarán la información más relevante. Por tanto, una actividad fundamental será implicar a la familia en el seguimiento y en los cuidados del paciente tanto durante el ingreso como al alta, mediante charlas informativas, comunicación asertiva y escucha activa.

El reto es ayudar a la familia a identificar la sintomatología, mejoría o complicaciones del paciente por su enfermedad, capaz de contribuir a mejorar o a resolver los problemas que pudieran aparecer en el domicilio. Valorar la comprensión de la familia acerca de la enfermedad del paciente y sus consecuencias.

Fundamental es asesorar a los miembros de la familia e insistir en la importancia de la toma de la medicación para evitar recaídas. Explicar la pauta de la medicación, horarios, dosis, así como los efectos secundarios que pudieran aparecer en el paciente sin que por ello sea motivo de alarma sino más bien de consulta con un profesional.

Siempre se tratará de apoyar a los miembros de la familia ofreciendo ayuda e interés de tal forma a aumentar el nivel de confianza. La enfermera establecerá relaciones terapéuticas basadas en la empatía, la escucha y la aceptación con los familiares del paciente, siempre favoreciendo una comunicación clara y efectiva. Así pues, las actuaciones de enfermería para incrementar los sistemas sociales de apoyo deben enfocarse hacia la ayuda al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación, el apoyo a la familia en la búsqueda y utilización de recursos sociales y también hacia el asesoramiento tanto al paciente como a sus familiares en el marco de la relación terapéutica.

Numerosos estudios confirman que el personal de enfermería en ocasiones se evade de atender a la familia porque no se siente con los conocimientos y la preparación suficientes para abordar sus necesidades emocionales y tampoco dispone de estrategias de protección ante el estrés que ello les genera. Algunos autores afirman que las/los enfermeras/os reconocen que en ocasiones no se presentan como responsables del cuidado del paciente o como la/la enfermera/o de referencia en aquel turno para evitar el contacto con los familiares (García Ortega, 2016)

Es muy útil clarificar y apoyar la diferenciación entre sentimientos, pensamientos y acciones, clarificar y apoyar la diferenciación entre los integrantes de la familia y sus funciones y responsabilidades asociadas a cubrir las necesidades de cuidados especiales requeridas por la enfermedad y para su tratamiento; el facilitar la identificación de la circularidad de las interacciones y el efecto de sus síntomas y conductas en el resto de los integrantes de la familia; el ser directivo para sugerir algunas indicaciones específicas, sin invadir, ni manipular; respetar y apoyar las decisiones de los pacientes, en cualquier asunto relacionado con su enfermedad y su tratamiento; y por último, retroalimentar a los pacientes con una visión realista de su experiencia de vida y de sus problemas de salud con optimismo y esperanza (Garza. Elizondo, 2006)

Una queja frecuente es que muchas/os enfermeras/os no parecen interesarse por ellos y que la comunicación se centra solamente en los aspectos biomédicos del paciente, obviando la vivencia del familiar y la repercusión en su medio. Los familiares manifiestan su preferencia por profesionales interesados por ellos, empáticos y por los que les conceden el tiempo necesario





para expresar sus emociones y preocupaciones. La nueva concepción de la familia como receptora de cuidados se engloba dentro de un modelo en el que se le hace partícipe en las actividades, dejando de ser simplemente un observador/a externo del cuidado al paciente, para aprovechar sus capacidades en beneficio de una mejor estancia hospitalaria.

Para garantizar este aspecto se sugiere que en el contexto hospitalario se facilite formación

continuada en este sentido, que sea impartida por personal especializado, además de generar las condiciones organizativas necesarias para que las enfermeras/os tengan la posibilidad de abordar los aspectos psicológicos y emocionales sin que la escasez de profesionales y la alta carga laboral supongan una dificultad añadida. El campo de actuación sobre el que se debe trabajar abarca los procesos de información y comunicación entre los miembros del equipo, la incorporación de las familias en las actividades del cuidado y la reflexión en la política de visitas y acompañamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aires, M. d. (2012). LOS MODELOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA. Revista de la Facultad de Psicología, Sevilla, 53-64.
- Cantú, P. (2010). Bioética e Investigación en Salud. México: Trillas.
- Escribar, A. (2008). Bioética, Fundamentos y Dimensión Práctica. Santiago: Mediterráneo.
- García Ortega, D. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. Metas de Enfermería.
- Garza. Elizondo, T. (2006). Relación de colaboración médico-paciente-familia. Medigraphic, 57-62.
- Hernández, J. (2002). Bioética General. México: Manual Moderno.
- Mejía, M. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera- paciente en el ámbito clínico. Periódico del internet, pág. Index Enfermería.
- Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(4):555-564
- Sánchez Miguel. Bioética en Ciencias de la Salud. ELSEVIER. España (2013).
- Vielva, J. (2000). El Código Deontológico de la Enfermería Española. Rol de Enfermería.



CÓMO DAR MALAS NOTICIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

Si bien la comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina (en tanto permanentemente debe darse información contraria a las expectativas de los pacientes), es una tarea que se tiende a rehuir, evitar o delegar en otros. Pero este no es un fenómeno privativo de la medicina. Desde los años 70 la psicología social nos ha mostrado que todas las personas tienden a evitar comunicar malas noticias a otros (sean cercanos o desconocidos). En otras palabras, “a nadie le gusta ser el pájaro de mal agüero”. Este fenómeno ha sido denominado efecto MUM (Mum about Undesirable Messages o silencio sobre mensajes no desea-

dos) y sería producto de nuestra inferencia de la reticencia del otro a recibir la información y del temor de vernos “contagiados” por las reacciones emocionales que la información genere (Bascuñán, 2013)

Por “mala noticia” se entiende cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Por lo tanto, la comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones (desde el resultado de un examen, hasta un diagnóstico de mal pronóstico). Sin embargo, los casos en los que suponemos un quiebre profundo y radical de las expectativas de una persona son los que presentan mayores dificultades y los que han generado una serie de interrogantes. Entre ellas se encuentran: ¿Decir o no decir? ¿Cuánto decir? ¿Cómo decir una mala noticia? ¿Quién es responsable de comunicarla? ¿A quién se le comunica? ¿Qué daño puede causar una noticia? ¿Cómo balancear verdad y esperanza? ¿Desean los pacientes saber la verdad? ¿Qué le ocurre al profesional al comunicar una mala noticia? ¿Se puede “proteger” al paciente y su familia del impacto de una mala noticia? (Bascuñán, 2013)

Comunicar malas noticias es una frecuente y difícil tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica, y para lo que no se ha previsto una formación específica de comunicación en los planes curriculares, tanto de pre como de postgrado. Los profesionales no se sienten preparados para esta compleja y desagradable tarea, y esto es fuente de ansiedad. La respuesta a este reto no ha sido mejorar la formación profesional y/o desarrollar cursillos sobre habilidades de comunicación, sino el progresivo desarrollo de los Departamentos de gestión de quejas hospitalarios. De hecho, la gran mayoría de las quejas recibidas en estos departamentos están relacionadas con la calidad de la información, y menos con otros aspectos de la asistencia médica². (García Díaz, 2006)

En medicina, se ha observado que la resistencia de los profesionales a informar malas noticias se asocia a que ello genera stress, intensas emociones, sensación de responsabilidad por la información dada e incluso temor a ser evaluados negativamente. Esta actitud estaría igualmente determinada por la aproximación del profesional hacia el dolor y la muerte, y su capacidad para enfrentar los sentimientos propios y de los demás.

La dificultad para comunicar malas noticias se ha asociado también a características de la formación profesional, en tanto tradicionalmente ha enfatizado, el proceso de sanar y reducir el sufrimiento, por lo que el deterioro y la muerte tenderían a generar impotencia, frustración y culpa en el profesional. Por último, las características del entorno social y cultural en que se encuentran pacientes y profesionales, serán determinantes en las preferencias y expectativas que se sostienen respecto a esta práctica. Si bien, actualmente el reconocimiento del principio de autonomía y de los derechos de los pacientes entre otros, ha derivado en un conjunto de obligaciones éticas y legales respecto a la información debida a ellos; éstas han sido enfrentadas de distintas maneras por el mundo profesional. (Bascuñán, 2013)

La reacción de un paciente determinado ante una mala noticia va a depender básicamente de su personalidad, creencias religiosas, apoyo familiar percibido y el marco antropológico-cultural en el que vive. Es por tanto un fenómeno individual modulado en la perspectiva sociocultural. En nuestras actuales sociedades, cada vez más multiculturales, este último factor empieza a tener una importancia creciente.

Existe, sin duda, una variedad de diferenciación en lo que se asumiría como mala noticia. Por tanto, sería muy grave comunicar a padres de familia que un hijo accidentado presenta una lesión cerebral irreversible o la revelación de un diagnóstico de cáncer de pulmón a un adulto de mediana edad, que comunicar a la familia que el comportamiento extravagante de la abuela es debido a un Alzheimer.

En ocasiones la cualidad adversa de una noticia médica tiene que ver más con la inoportunidad biográfica de la misma o con una incompatibilidad laboral que con la gravedad del caso en sí mismo. Sendos ejemplos de esto último serían: la necesidad de una intervención quirúrgica coincidente con la fecha de la boda de una hija o el diagnóstico de una arritmia a un piloto de aviación. (Bascuñán, 2013)

Por otro lado, surgen dificultades cuando por la gran complejidad de la medicina actual, altamente tecnificada, requiere de los profesionales sanitarios el esfuerzo adicional de explicar conceptos complicados de una manera que resulte accesible para el paciente y la familia.

En estas condiciones el hecho de comunicar malas noticias es una tarea estresante para los médicos por variadas razones. Una de las

más importantes es la creencia generalizada de que el desvelamiento de un diagnóstico sombrío afectará negativamente a la evolución del paciente o a su colaboración con el plan terapéutico. Otra razón es el temor a enfrentarse a sus reacciones emocionales o preguntas incómodas, sobre todo cuando se es consciente de que no se posee un mínimo entrenamiento para manejar situaciones de gran tensión emocional. Por otro lado, es importante describir algunos factores que pueden influir en este aspecto, como son:

Factores socioculturales

En una época como la actual en que la juventud y la salud son considerados valores de primer orden identificados con la riqueza y el triunfo social, aquellos que no «atesoran» estos valores pueden sentirse de alguna manera como marginales: viejos, enfermos y pobres. Siguiendo esta lógica, la comunicación de un diagnóstico adverso a una persona es como decirle que su valor social se está depreciando en el «mercado» de la vida. Esta sensación de desvalorización social puede ser aún más dolorosa cuando la mala noticia lleva implícita el riesgo de morir. (Herrera, 2014)

Por otro lado, la agresiva mercadotecnia de los sistemas sanitarios, prestigiando en exceso la medicina de alta tecnología, permite generar entre los usuarios ciertas expectativas terapéuticas exageradas o irreales, que vuelve muy difícil asumir la realidad frente a situaciones irreversibles.

Factores relacionados con el paciente

Muchos pacientes asumen con gran naturalidad enfermedades o minusvalías que para otras personas serían muy duras o imposibles de asumirlas, por tanto, es muy difícil para el profesional sanitario estimar el impacto que una enfermedad grave va a tener sobre un determinado paciente desde su propio conocimiento de esa enfermedad.

Un elemento importante a tener en cuenta a la hora de informar es la edad del paciente. Los adultos mayores que pueden tener problemas de comprensión o memoria pueden no asimilar información compleja y con mucha frecuencia tienden a malinterpretar los mensajes suministrados por el médico.

Existe también una gran variedad de «pacientes-problema», cuyo anómalo perfil psicológico puede significar una verdadera limitante no

sólo para la comunicación de malas noticias, sino meramente para entablar una razonable relación médico-enfermo. Por esto, es muy importante que el profesional sanitario, antes de comenzar a hablar, explore qué sabe, qué está dispuesto a saber y cuál es el estado de ánimo del paciente ante el anuncio de su dolencia.

Factores relacionados con el profesional sanitario

Se hace referencia a los temores que experimentan los profesionales sanitarios ante las eventuales repercusiones que la comunicación de una mala noticia puede desencadenar:

1. Temor a causar dolor: Los médicos dentro de su formación aprenden el principio de *primun non nocere*, lo siempre les cuestiona la idea de infligir dolor, tanto físico como moral y les resulta algo rechazable. Esto puede inducir en los médicos actitudes evasivas respecto a comunicar diagnósticos adversos o la de minimizar peligrosamente la gravedad de los mismos. Lamentablemente, no existen analgésicos para aliviar el dolor que provoca una mala noticia.

2. Temor al fracaso terapéutico: es un gran error creerse invencibles y asumir que el médico es un Dios que lo puede “todo tiene cura y hay una cura para todo”, por lo que muchos médicos, especialmente los más jóvenes, pueden vivir la ausencia o insuficiencia del tratamiento como un fracaso profesional.

3. Temor legal: el aumento de las demandas a médicos por parte de pacientes ha sido progresivo desde los años setenta en los países avanzados. La presencia de los abogados a las puertas de los hospitales ha dejado de formar parte del «imaginario cinematográfico» de Hollywood para convertirse en una auténtica realidad que conocen bien las empresas aseguradoras. Hoy se consideraría una temeridad inexplicable que un cirujano plástico o un anestesista trabajasen sin la cobertura de un buen seguro de responsabilidad civil profesional. Lo que, sin duda, sirve a su vez para incitar la voracidad de los pacientes litigantes y algunos ambiciosos letrados. La «judicialización» de la Medicina tiende a generar en la sociedad actual el convencimiento de que todo ciudadano tiene derecho no sólo a la asistencia sanitaria, sino también a ser curado, y que cualquier fracaso terapéutico siempre se debe a un error o negligencia (ya sea humana o del sistema) que merece castigo penal y resarcimiento civil. (Bascuñán, 2013)



4. Temor a ser auténticos y mostrarse como cualquier ser humano que puede exteriorizar sus propias emociones ante los pacientes y sus familias. Se asume que en su formación se enfatiza el permanecer en calma, para poder pensar de forma clara y lógica, incluso en las situaciones más urgentes. Así, una mayoría de médicos consideran cualquier reacción emocional (enojo, ansiedad excesiva, etc.) como una actuación poco profesional capaz de debilitar su «imagen» frente al paciente o la familia. Que error no ser natural y poder demostrar una empática con el paciente por la dificultad de expresar sentimientos, lo que a su vez actuará a modo de barrera comunicativa.

ABORDAJE METODOLÓGICO SOBRE COMUNICAR MALAS NOTICIAS

En la actualidad existen diversos modelos de intervención para dar una mala noticia, y para cumplir con los objetivos fundamentales de conocer al paciente y las esperanzas presentes en él, brindar información clara, disminuir el impacto emocional y poder contar con la participación del paciente. (Flores- Funes, 2016), Baile et al., desarrollaron un protocolo compuesto de seis pasos llamado SPIKES, por las iniciales en inglés, principalmente para pacientes onco-

lógicos, con posibilidad de ser adaptado a diversos campos clínicos:

- Paso 1 (S): preparar la entrevista mediante una elaboración mental de cómo iniciar la comunicación e imaginar las reacciones del paciente. Desarrollar algunas actividades como ubicar un espacio para la privacidad de la comunicación, inclusión de familiares, comodidad y gestión para proporcionar el tiempo necesario y evitar las interrupciones; pero principalmente, lograr el contacto emocional con el paciente mediante el contacto físico, sosteniendo la mano o tocando el brazo y, visual, que permitan la disminución del sentimiento de frustración o responsabilidad del médico por ser el interlocutor de las mismas.
- Paso 2 (P): realizar preguntas previas para evaluar y conocer la percepción e información que tiene el paciente sobre su enfermedad, su nivel de comprensión y expectativas.
- Paso 3 (I): conocer la necesidad de información que requiere el paciente, sea ésta mucha o poca, que permita al médico la entrega de las malas noticias; por lo que, preguntas sobre qué, cuánto y cómo saber, son parte de las estrategias de este paso.
- Paso 4 (K): insinuar la existencia de las malas noticias puede lograr alertar al paciente y disminuir su impacto en él. Son necesarios el uso de una comunicación no compleja, pausada y evitando frases desalentadoras.
- Paso 5 (E): ante las distintas reacciones emocionales del paciente, el médico debe mostrar una posición empática, lográndose, mediante la observación, la identificación de la emoción del paciente y la razón de dicha emoción.
- Paso 6 (S): contar con un plan de intervención permitiría reducir la incertidumbre de lo que ha de acontecer, permitiendo al paciente sentirse menos ansioso; sobre todo si se le incluye como responsable de su tratamiento y se le permite la expresión de sus emociones y expectativas en relación a su enfermedad. (Luna Solís, 2019)

CONSECUENCIAS MAS FRECUENTES:

La secuela de una mala noticia entregada de manera abrupta e intensa puede ser devastadora y de larga duración. Los estudios consistentemente han demostrado que el modo en que el profesional de la salud entrega la mala noticia, establece una marca indeleble sobre la relación profesional paciente. Cuando la noticia

es entregada pobremente, la experiencia puede quedar en la mente del paciente y/o su familia por largo tiempo. El cómo la noticia es discutida o conversada con el paciente puede afectar la comprensión de la información, del pronóstico de la enfermedad, la satisfacción con la atención médica, el nivel de esperanza frente a la enfermedad, y el posterior ajuste o adaptación psicológica. Las habilidades comunicacionales no efectivas entre el profesional de la salud y el paciente pueden llevar a estrés o incluso a un aumento de la ansiedad y depresión en el paciente. Algunas formas específicas de consolar, dar tranquilidad o seguridad, así como la inadecuada entrega de información, han demostrado un incremento en la ansiedad de los pacientes inmediatamente después de la consulta médica (Herrera, 2014)

Sweeny, Shepperd & Han evaluaron seis potenciales objetivos en la entrega de una mala noticia, en base a la revisión de la literatura, y exploraron la percepción tanto de pacientes como de médicos de cuan importantes son en la comunicación. Estos objetivos son:

- Entregar información: los pacientes necesitan información clara y exacta para tomar decisiones informadas y planificar el futuro.
- Persuadir al paciente de adoptar las recomendaciones: en muchas circunstancias clínicas, hay un curso óptimo de acción asociado con un balance favorable de beneficios vs daños. En estas circunstancias los profesionales de la salud, pueden desear (consciente o inconscientemente) persuadir al paciente hacia estas acciones, y cada persuasión puede llegar a ser parte de la discusión de la mala noticia. Los profesionales deben ser conscientes de sus intenciones de persuasión y explicitarlas al paciente, a través de:
- Minimizar el estrés del paciente: escuchar malas noticias puede ser abrumador emocionalmente para el paciente, y los profesionales pueden exacerbar este estrés si entregan de mala manera dicha noticia.
- Promover la satisfacción del paciente: la satisfacción del paciente es un indicador de la calidad de la comunicación profesional paciente. Los factores que pueden influenciar la satisfacción son la discusión, proveer responsabilidad a las emociones del paciente e involucrar al mismo en la toma de decisiones.
- Mantener el optimismo del paciente: promover el optimismo del paciente, el cual puede ser un poderoso predictor de adaptación y recuperación, aunque debe ser balanceado con honestidad y realismo.

- Minimizar el discomfort del profesional de la salud: el objetivo final del profesional de la salud debe ser minimizar su propio discomfort con la tarea, el cual puede resultar en miedo a la reacción al paciente, a sus propias emociones, a su falta de competencia o miedo a ser culpado.

PARTICIPACIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA

El aprendizaje de habilidades generales de comunicación, tales como la escucha terapéutica, ha sido común en la educación de enfermería. Aprender herramientas de comunicación específicas, tales como malas noticias, ha sido la norma para la educación médica. Sin embargo, enfermería ha ganado importancia en esta competencia debido a su gran conocimiento sobre el paciente, e incluso muchas veces se ve obligada a iniciar el proceso. Pero, pese a que las enfermeras están más dispuestas a compartir el diagnóstico con sus pacientes y a lo frecuente que es transmitir malas noticias en la praxis, los profesionales suelen adolecer de una formación específica al respecto, careciendo también de habilidades de comunicación adecuadas. Las preocupaciones acerca de la reacción emocional de los pacientes y su manejo consiguiente, reduce la tendencia a revelar las malas noticias. (Martínez, 2016)

Frente a estas consideraciones el profesional sanitario debe tener los conocimientos y entrenamiento necesarios para tal intervención. Algunas publicaciones señalan que muchos médicos recalcan su frustración por la evidente falta de preparación en este ámbito. De esta forma surgen diversos requerimientos dentro de los ámbitos de formación en ciencias de la salud y particularmente enfermería a nivel de pregrado y posgrado, sobre esta habilidad no mejoraba con el paso del tiempo, y con dominio de conocimiento y entrenamiento. Además, cada vez había más pacientes que querían conocer sus condiciones médicas, aún en estado terminal, y empezaban también a surgir las primeras demandas legales sobre estos tópicos hacia el colectivo médico.

Debido a que los enfermeros y enfermeras tienen mayor contacto, el conocimiento sobre el paciente también es mayor, por lo que enfermería ha ganado importancia en la comunicación de malas noticias e incluso muchas veces se ve obligada a iniciar el proceso, por ello los profesionales de la salud deben adquirir necesariamente los medios, los conocimientos y la capa-



citación para comunicarse con los pacientes y para encontrar formas adecuadas para revelar las malas noticias. (Martínez, 2016)

Los avances tecnológicos y científicos han complicado este proceso de comunicar malas noticias, pues se utilizan para luchar a toda costa contra lo inevitable, la muerte, que, aun siendo un proceso natural, para la mayoría de las personas genera actitudes como miedo y ansiedad. El miedo a la muerte es un concepto que está inserto en el proceso de morir, e incluye el miedo a la propia muerte y a lo que sucede después de ella. Se interpreta al miedo como una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena.

La comunicación de malas noticias, no siempre se tienen que dar a un paciente adulto. También puede suceder en los niños. En la Guía de Práctica clínica de Cuidados paliativos, lo nombra como caso especial, ya que la comunicación con el niño enfermo es una situación muy compleja, tanto para sus padres como para el personal sanitario que lo atiende. Las razones

son diversas, entre ellas, la creencia de que se puede perjudicar al paciente infantil si se le informa de su estado, la falta de habilidades para comunicarse con los niños y la incomodidad que provoca el tema de la enfermedad o la muerte en los adultos, que optan por negar la situación. Así, es habitual que al tratar con un paciente pediátrico los adultos olviden que el niño también necesita saber qué enfermedad padece, quiere saber qué le ocurre, cómo se le tratará y lo que ocurrirá después e incluso se planteará numerosas preguntas acerca de su propia muerte. (Martínez, 2016)

Al igual que en el caso de los adultos, los niños perciben que pasa algo grave, por la ansiedad o la tristeza que manifiestan sus padres y en la medida de lo posible han de ser ellos los que informen al niño. En este sentido, el personal de enfermería juega un papel relevante, ya que pasa mucho tiempo con los niños, para ofrecerle pautas de actuación y se refuerza su competencia para asumir esta tarea. Si los progenitores no pueden dar esta información, lo puede hacer un familiar o un profesional sanitario cercano a la familia, pero es preferible que siempre estén los padres presentes. La explicación se adaptará a lo que el niño puede entender y quiere saber, siempre diciendo la verdad.

La función de enfermería es muy importante antes, durante y al final del proceso, ya que es el profesional que pasa mayor tiempo con el paciente y por lo tanto quien tiene la mayor confianza e información de él. Además, como enfermeros, deberán de conocer cuál es la nueva situación a la que se enfrenta el paciente para actualizar y adaptar el plan de cuidados, con el objetivo de crear estrategias de apoyo y adaptación beneficiosas, así como conocer sus posibles nuevas demandas de salud. (González, 2010)

Por todos es conocido que son los médicos quienes se enfrentan en la mayoría de los casos

a este proceso, pero no se debe olvidar que la enfermería también puede enfrentarse a dicho proceso por su mayor preparación en procesos comunicativos con el paciente y por la demanda de los profesionales.

Concluyendo, es necesario mencionar el déficit en cuanto a número de publicaciones realizadas por enfermeros sobre este tema específico. Sería de especial interés estudiar y enfatizar sobre este campo, capaz de protocolizar intervenciones específicas de enfermería en este ámbito humano y profesional difícil al que con frecuencia nos enfrentamos en el ámbito sanitario. Lo que sí es evidente es que aún sigue existiendo un vacío formativo en el contexto de la comunicación vista como herramienta básica en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bascuñán, L. (2013). Comunicación de “malas noticias” en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 685-693 .
- García Díaz, F. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Medicina Intensiva*, 452 - 459.
- González, M. (2010). Comunicación de malas noticias: perspectiva. *Universidad de Almería*, 39 - 49.
- Herrera, A. (2014). Entrega de malas noticias. *Revista Médica Chile*, 1306-1315.
- Luna Solís, Y. (2019). Cómo decir malas noticias sin faltar al compromiso con la humanidad del paciente. *SCIELO*, 361.
- Martínez, E. (2016). COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS: ¿DISMINUYEN O SE MODIFICAN. *BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index*, 1-24.



CUIDADO DE ENFERMERÍA Y HUMANIZACIÓN

Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora. Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable. Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo al contexto de cada persona. (González, 2009)

La conceptualización actual del humanismo se originó hasta principios del siglo XIX, donde se dio pauta a un concepto que surge en Alemania y termina de construirse (la imagen del así llamado “Renacimiento” humanista) en Italia. Humanismo es, encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana. Se enfoca la atención al ser humano, con valores, con ciertas necesidades, como centro de la vida. (González, 2009)

Profundizar en el estudio del humanismo en el ámbito de la enfermería podría repercutir en su formación en dos sentidos, hacia la formación de una enfermera satisfecha consigo misma, consciente de las implicaciones éticas, sociales

y políticas que influyen en su práctica profesional y por otro lado, enfermeras del ámbito clínico, orientadas hacia la humanización del cuidado, que tengan como propósito la gestión del cuidado centrada en la persona. Sin embargo, una situación que preocupa, es la respuesta de la propia enfermera, son las mismas enfermeras las que no conciben como propia la gestión del cuidado, como se observa en el hospital, la mayor parte de las actividades realizadas por la enfermera, son derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. La enfermera debe concebirse como gestora del cuidado de las personas, por lo que debería ampliar su rol, enfocado a promover un cuidado integral de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en la búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir de un “Trato humanizado a la persona sana y enferma” y declara que “la Humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”

El objetivo como profesionales de la salud y particularmente como enfermeras/os es humanizar los cuidados, fundamentados en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente, de tal manera que él sienta que es el centro de la atención, valorado como persona con todos sus derechos.

Se entiende por CUIDADO todas las acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o del (los) grupo (s) a que pertenece, de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud. Se considera que el cuidado de Enfermería, como actividad profesional, está mediado por rasgos humanos y por componentes científicos y tecnológicos, instrumentales, implica una acción que tiene sentido y está orientada hacia la búsqueda del bienestar de la persona o grupo que se cuida. Por tanto el desafío actual de la enfermería es desarrollar y mantener la dimensión humana del cuidado pues nos encontramos “en una sociedad cuyos valores están centrados en la tecnología, el dinero, la estrategia del mercado y las organizaciones administrativas eficientes donde la dignidad humana parece no tener la misma dignidad”

El crecimiento exponencial del conocimiento y el avance tecnológico no pueden constituir el eje en la formación de enfermería, debemos volver

la mirada en el alumno y en el sujeto de cuidado, a fin de definir los intereses conjuntos y afrontar creativamente los problemas de salud-enfermedades tendientes a la humanización del cuidado. Las enfermeras y enfermeros de hoy, deben formarse en entornos más libres, con sentido de responsabilidad, solidarios con los problemas del otro, como pide el humanismo actual, tolerante y sensible a necesidades transculturales, con capacidad crítica, intelectual y con capacidad de diálogo y autoconocimiento.

Un punto central en la formación de los estudiantes, es privilegiar su sensibilidad a la comunicación con la persona antes que, al rol técnico, en la medida que sean capaces de clarificar las necesidades y sentimientos de cada persona, sujeta de cuidado dentro del contexto donde se desenvuelven, paulatinamente irán adquiriendo pericia en el manejo de tecnología y de los conocimientos científicos. Por lo anterior, es recomendable incluir en los currículos, asignaturas enfocadas a la bioética y humanización de la atención.

La formación actual de enfermería se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica juicios de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar finalmente cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.” Y en último caso ayudar al buen morir. Dicha relación interpersonal, se constituye en la base del cuidado humanizado y este en la concepción que se tenga de persona, dado que la humanización hace referencia al proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, orientado hacia la autotransformación y hacia el entendimiento mutuo y es aplicable a cualquier aspecto del desempeño humano.

Cuando se habla de persona, en sentido general, se hace referencia al ser humano en sus relaciones con el mundo y consigo mismo. La filosofía reconoce que todo hombre es persona, es un ser integral, totalitario, único e irrepetible que

involucrado en un contexto particular piensa, siente y actúa de acuerdo a un conjunto propio de valores, creencias, prácticas, características y experiencias vividas a lo largo de la vida que lo hace mucho más de lo que a simple vista es observable. Desde luego que la persona tiene características que la distinguen de otros seres vivos de la naturaleza.

El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento. Los cuidados otorgados deben asegurar a la persona que se está haciendo todo lo posible para preservar su vida, deben proporcionar confianza y al mismo tiempo compañía, el proveer cuidados despersonalizados repercutirá finalmente en un restablecimiento prolongado o fallido. Por ello los profesionales de enfermería necesitan valorar e identificar y evaluar el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados, teniendo como base la teoría de Jean Watson basado en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado en las instituciones asistenciales; para restaurar el arte cuidando-sanando, que constituye la base de la acción de enfermería





La teoría de Watson que es la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. La Filosofía de Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona). El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.

El cuidado enfermero según Peplau H. “Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero”. “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar

a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”. (Historia Enfermería 2015)

El cuidado humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas y disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda.

Esta visión humanista sobrepasa las acciones ordinarias frecuentes y habituales de los cuidados de enfermería, lo cual modifica este enfoque para incorporar y acompañarse de sentimientos y emociones. También se deben considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina lo que marca una diferencia.

En la actualidad la humanización en los hospitales es una necesidad que demandan los usuarios como parte de un derecho es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que aseguren el buen trato al usuario. El ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca de cómo abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalarias, es aquí la necesidad que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia. El usuario exige hoy en día el reconocimiento de su derecho como un acto de dignidad para recibir una atención en salud, de tal manera que él se sienta valorado como persona en sus dimensiones humanas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma”.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de la salud en el mundo, se hace necesaria el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por



parte de los profesionales de enfermería. Finalmente, se debe reflexionar desde el punto de vista de la bioética y sobre la importancia de aplicar tecnología con toque humano y de forma selectiva, ya que se evitará un tecnicismo indeseado y una prolongación de la vida de forma artificial. Hacer del proceso de cuidado una labor más significativa para todos los involucrados, es un reto inminente para las enfermeras, pues el anhelado reconocimiento social se aleja cada vez más, ante la creciente insatisfacción personal de cuidar de otros. Enfermería es una profesión en la que se debe partir de un autoconocimiento, profesionalmente requiere de un dominio y continua reflexión sobre problemas de interacción humana desde un punto ético, social y político, porque la sociedad requiere de cuidado humanizado, basado en una relación humana entre los diversos participantes en el acto de cuidar.

Componentes del cuidado de enfermería:

Debe darse fundamentado en conocimientos, habilidades técnicas y en el abordaje de la persona con visión integral, considerando su entorno y sus necesidades. Se requiere conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; se precisa saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son los poderes y limitaciones como profesionales sanitarios. Algunos elementos importantes:

Paciencia: Es un componente importante del cuidado, permitir al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, dar tiempo y por lo tanto posibilitar al otro en-

contrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia.

Tolerancia: Entendida como el conjunto de actitudes y conductas de respeto o consideración hacia las opiniones o comportamientos de los demás, aunque contradigan, o sean opuestas, al propio sistema de valores, creencias y opiniones.

Sinceridad en el cuidado: Es ser verdadero al cuidar a otras personas, ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siente que debe ser. Si se pretende ayudar a otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, también el profesional debe verse a sí mismo.

Confianza: El cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades

Relación enfermera-paciente.

La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Aspectos espirituales del cuidado al enfermero.

En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte por un evento agudo o en condición de terminalidad.

Aspectos éticos del cuidado.

La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los

principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, y los valores. Los avances de la ciencia y la tecnología aplicadas al campo de la salud han llevado a un mayor conocimiento de la naturaleza, causas y tratamientos de las patologías que el hombre padece; así mismo han surgido nuevos marcos de referencia acerca de la vida, la muerte, la reproducción asistida, la herencia genética y la eugenesia, entre otros dilemas éticos.

Estos cambios han ocasionado una mayor complejización de la atención en salud. Hasta hace pocas décadas ésta era prestada principalmente por el médico y la Enfermera, la relación que se establecía con el sujeto de atención era más directa, individualizada, de persona a persona. En la actualidad se observa que para atender a una persona enferma se requiere de diversos profesionales, cada uno especializado en una parte del organismo, se da más importancia a los costos que genera una hospitalización y a descubrir el significado de los exámenes diagnósticos que a la persona a quien se le realizan, deshumanizándose así su atención.

Dichos cambios también han traído como consecuencia que el profesional enfrente continuamente situaciones complejas que le generan dilemas éticos, es decir que sus principios y va-

lores entran en conflicto y él tiene que decidir sobre qué es lo correcto, lo más beneficioso y justo para la persona o grupos a quienes brinda atención en salud.

CONCLUSIONES

El rol fundamental al final de la vida es cuidando lo cotidiano y lo cercano, favoreciendo la escucha, el intercambio, estando atento a las emociones, ayudando a la persona a movilizar las capacidades y a mantener las relaciones significativas, podemos ayudarla a seguir viviendo incluso en el proceso de muerte. Es ahí donde se puede encontrar el valor del cuidado y donde la enfermera aporta un valor cualitativo inestimable al proceso de atención.

Dar prioridad a la persona antes que, a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta.

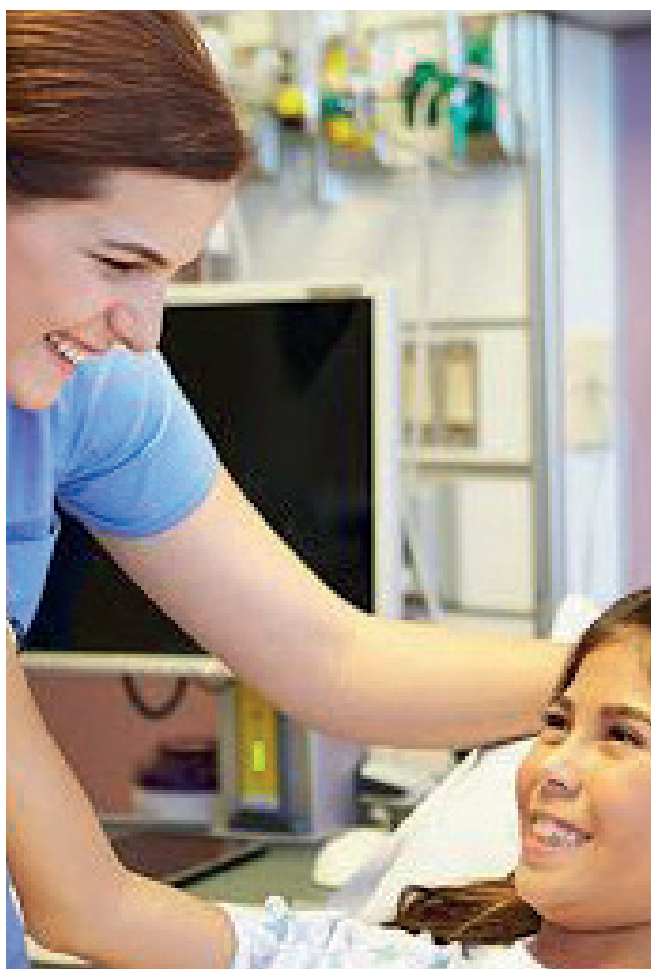
El profesional de la salud y particularmente el de enfermería debe ser el mediador, el vínculo entre las tecnologías y las necesidades humanas, propiciando así la humanización.

La humanización del cuidado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupal y compromiso explícito de la institución.

Finalmente, queda la sensación de que la enfermería aún tiene mucho por hacer y mejorar, que el compromiso seguirá siendo arduo y trabajoso, lo avanzado no ha sido nada fácil y todos los profesionales que forman esta disciplina tienen la fuerza suficiente para hacer de su quehacer algo importante, que se visualice y se reconozca.

BIBLIOGRAFÍA:

- González, L. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. CONAMED, 40- 43.
- Revista Electrónica de Portales Médicos. (2017) Humanización en los Cuidados de Enfermería. Barcelona
- WHO. Global Observatory. Geneva: World Health Organization; 2016 [acceso: 03/03/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-key-statistics-03-11-2017.pdf>
- <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>





CUIDADOS PALIATIVOS

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Cuidados Paliativos se definen como “el cuidado activo total de los enfermos cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su introducción a la historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice los define como “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y familias en las fases finales de una enfermedad terminal”.

Según la SECPAL, se entiende como enfermo terminal el que tiene las siguientes características:

- Padece de una enfermedad avanzada, progresiva y que no tiene curación.
- No hay posibilidades reales de respuesta positiva al tratamiento.
- Tiene síntomas graves y variables en el tiempo.
- Hay impacto emocional en el paciente, familia y equipo sanitario, relacionado con la presencia clara o no de la muerte.
- Tiene un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

Un paciente en la fase terminal tiene diversas necesidades comunes a la mayor parte de las personas (de tipo físico, psicológico, espiritual

y social) y otras que les son propias del estado de especial vulnerabilidad que le ocasiona su enfermedad. Para conseguir mantener su bienestar y ayudarlo a aceptar su padecimiento es preciso conocerlas bien, detectar sus prioridades y, con respeto a su voluntad, tratar de intervenir en cada uno de los síntomas físicos o psicosociales que de acuerdo con su evolución individual sea motivo de angustia, preocupación y sufrimiento para él y su familia.

Los cuidados paliativos tienen como meta proporcionar al enfermo y su familia condiciones para lograr mantener calidad de vida hasta el desenlace final. Es decir, promover el ajuste y aceptación a una nueva realidad, enfrentando de la mejor forma posible la condición de enfermedad terminal, cuyos mecanismos incluyen un adecuado control del dolor y de otros síntomas, buena comunicación, apoyo psicosocial y trabajo en equipo.

El período al final de la vida es diferente para cada persona. Las señales y síntomas que los pacientes presentan varían a medida que su enfermedad continúa, y cada persona y familia en particular tienen necesidades únicas de información y de apoyo.

Según (Eva & Lucía, 2019), los principios generales en cuidados paliativos son:

- Proporcionar alivio del dolor y otras sintomatologías (ansiedad, nerviosismo, depresión, necesidad de comunicarse y de ser escuchado).
- Reconocer la importancia de la vida y propender entender la muerte como un proceso normal fisiológico.
- No pretender acelerar o retrasar la muerte.
- Brindar apoyo terapéutico propiciando a los pacientes las mejores condiciones, mejorando su calidad de vida hasta el final de sus días, involucrando en todo momento a la familia.

Objetivos de los cuidados paliativos:

- Informar, comunicar y responder a las preguntas de forma clara, con un lenguaje comprensible, sin uso de terminología compleja médica, al paciente y a la familia.
- Tratar de atender de forma integral el dolor y otros síntomas físicos, emocionales, sociales y psicosociales.
- Mantener la autonomía del paciente hasta la fase final.
- Propiciar una continuidad de cuidados.
- Fomentar la relación terapéutica entre pacien-

te y enfermera, mediante una actitud empática, con escucha activa y principalmente respeto mutuo.

COMPONENTES QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE

1. Físicos: movilidad, comunicación, actividad, grado de alerta. El deterioro físico influye en su capacidad de comunicación y en su grado de independencia para cumplir con sus actividades diarias. Los estados de somnolencia, incoherencia, agotamiento e inconsciencia aíslan e incomunican a los pacientes.
2. Sociales: restricciones y cambios radicales en la vida del paciente. Se requiere apoyo del grupo familiar, de amigos y del equipo de salud.
3. Psicológicos: depresión, angustia y múltiples temores ante la muerte; actitud ante la enfermedad.
4. Nivel de comodidad: presencia de síntomas que interfieran en su bienestar.
5. Grado de dolor: dolor físico que lo limita, abarca la atención del paciente.
6. Sufrimiento: Conocido como el dolor total, pues incluye el dolor más su interpretación emocional y espiritual, muchas veces invadida de ansiedad.

VALORACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

- Valoración de los aspectos biológicos: detección de los síntomas (frecuencia, severidad, formas de presentación y persistencia); impacto en otros síntomas, en las esferas emocional y familiar; e impacto global referente a la sensación de bienestar.
- Valoración del estado funcional: estimar la situación de dependencia del paciente a través de las escalas de valoración de la realización de las ABVD (índice de Katz y Barthel) y de las actividades instrumentales (escala de Lawton) para valorar a su vez la sobrecarga de cuidados que puede generar a los familiares, además de otras escalas.
- Valoración afectiva: evaluar cómo se está adaptando a la enfermedad, cuáles son sus miedos, sus preocupaciones, sus necesidades, su escala de valores y sus creencias religiosas.

El conocer en qué momento y grado de afectación se encuentra el paciente es importante para la toma de decisiones, que en muchas ocasiones son tomadas por la familia.

ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los profesionales de Enfermería, por sus responsabilidades inherentes, están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero deben encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar sus sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal. (Rodríguez, 2012)

La asunción de los Cuidados Paliativos conlleva una mayor implicación personal y una formación adecuada y específica no sólo en el área de las técnicas, sino también en áreas como el de las ciencias de la conducta, para conseguir unos cuidados de calidad y evitar el desgaste profesional. (Arrabitel, 2011)

El profesional de enfermería es el miembro del equipo sanitario más próximo y el de mayor contacto con el paciente y su familia; sobre todo, en las fases de la enfermedad terminal es quien asume también los cuidados que precisen en el final de la vida.

La enfermería debe plantearse ante cualquier



manifestación clínica, un plan de cuidados, que será individualizado para cada paciente y familia, debiendo valorar el estado general del enfermo, el pronóstico y su calidad de vida, porque ahora su meta cuando no se pueda curar, será la de cuidar que es uno de los principios de la medicina moderna. Su función implica algo más que el simple cumplimiento de las indicaciones médicas, de la realización de técnicas propias (curas, administración de medicamentos, etc.). Incluye también una parte muy importante que debe desarrollar y aprender: la comprensión, la capacidad de escucha y el apoyo emocional para poder cuidar a un paciente terminal y su familia. (Rodríguez, 2012)

Cuando se cuida del enfermo en el final de la vida, se debe tener presente, no sólo los principios éticos y morales que envuelven la relación establecida, sino también considerar que la práctica de la enfermería está implicada en una relación interpersonal donde los aspectos emocionales, culturales y espirituales deben ser considerados y valorizados.

En el desarrollo de la enfermedad el diagnóstico es importante, se asume como un proceso complejo, que requiere alguna habilidad pues el enfermo en el final de la vida presenta síntomas múltiples y cambiantes.

El enfermo debe ser considerado con todo el respeto que se merece, como ser humano que es, por lo que personalizar sus necesidades es una prioridad a establecer por los profesionales de salud, familiares u otros cuidadores, respetando sus creencias y deseos, dando al proceso de muerte la posibilidad de proseguir su curso, de forma natural, encaminándolo hacia un final digno y sereno.

Según (Arrabitel, 2011) las principales acciones generales que debe considerar la enfermería en su atención a pacientes en fase terminal, son los siguientes:

- • Brindar cuidados de enfermería al paciente en fase terminal, propiciando la mayor calidad de vida para él y sus allegados.
- • Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y procurando el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo.
- • Aconsejar y educar a la familia y al paciente sobre la dieta, medicamentos, higiene, cambios posturales, ayudándoles a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis.
- • Identificar aquellos síntomas somáticos y/o

alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista del paciente.

- • Detectar y potenciar los propios recursos del enfermo con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. Aumentar su percepción de control sobre la situación y los síntomas.
- • Acompañar al paciente que presenta características ansiosas, depresivas u hostiles, utilizando técnicas específicas para modificarlo o compensarlo y evitar que se cronifique y se convierta en patológico.
- • Utilizar con carácter preventivo algunas estrategias que impidan la aparición de estados de ánimo ansiosos, depresivos u hostiles, proporcionándole estimulación positiva y reforzante, susceptible de incrementar su bienestar.
- • Ofrecerle compañía y escucharle con atención: además de mostrarle interés, respeto y apoyo para enfrentarse mejor con este tiempo difícil, permite al cuidador apreciar la actitud del paciente ante la enfermedad.
- • Sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, sentarse a su lado, comunicarse con él, transmitirle cariño y confianza, secar su frente y tratarle con amabilidad e incitar a la familia para que esté junto a él. El tacto actúa como antídoto contra el temor y la ansiedad, le confiere seguridad, facilita el compartir y, a la vez que libera su poder natural de curación, trae la paz.
- • Ser sensible a sus problemas. Muchos temen a la muerte, a que su vida carezca de sentido y padecer problemas financieros, dificultades en el hogar, trastornos emocionales y fatiga familiar. Es necesario dedicarle tiempo para conocer lo que les preocupa y ofrecer nuestro apoyo. La proximidad de la muerte crea la necesidad una nueva jerarquía de valores y ayuda a vivir el momento actual con mayor intensidad con un deseo de crear verdaderas relaciones.
- La atención debe ser integral, cuidando las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

NECESIDADES FÍSICAS

Las necesidades físicas del enfermo en el final de la vida son similares a las de cualquier paciente gravemente comprometido, en general es una progresiva falla de los diversos sistemas, a medida que se torna más débil. El enfermo necesita una atención médica y de enfermería minuciosas con relación a todos sus aspectos bio-

lógicos: ritmo circadiano, sueño, alimentación, excretas, higiene, síntomas de la enfermedad y el cuidado de su apariencia externa. Cualquier elemento no controlado de su enfermedad puede llegar a ser el centro de su vida e incapacitar todo el proceso de enfrentamiento a su situación, mientras que un buen control biológico produce un aumento del bienestar, más aún si los cuidadores se muestran sensibles y sinceros, si se atiende a los pequeños detalles y le dan una explicación previa de los procedimientos que se le van a realizar.

Es importante proteger su intimidad y conseguir que la familia participe en los cuidados, bien activamente o a través de indicar las preferencias que tiene el enfermo sobre determinados temas, porque nadie sabe más sobre este particular que la propia familia. Su intervención le será, además, una forma para demostrarle su preocupación y afecto y es de mucha ayuda en el proceso de afrontamiento de la muerte y en el duelo posterior

ALIMENTACIÓN:

- Evitar obligar al paciente a comer. La falta de apetito en estas enfermedades es normal y tiene muchas causas. La pérdida de peso o deshidratación en estas personas es normal y está relacionada con la propia enfermedad, no con el hecho de que coman menos.
- Ofrecer una dieta acorde con sus preferencias, con pequeñas cantidades, varias veces al día, en platos pequeños, evitando olores fuertes.
- Propiciar que la persona enferma coma con el resto de la familia siempre que sea posible y mantener su vida de relación social, tratando de que la comida siga siendo un acto placentero.
- Ofrecer alimentos blandos pero espesos y bebidas a temperatura ambiente o fría cuando exista dificultad o dolor al tragar. Se puede utilizar analgésicos o anestésicos locales antes de comer o hacer enjuagues con manzanilla.
- Ayudar al paciente a adoptar una postura incorporada para evitar el riesgo de que la comida se introduzca en la vía respiratoria.
- Evitar la aparición de náuseas y vómitos manteniendo una postura cómoda, administrando correctamente la medicación recetada, siguiendo las pautas en alimentación y controlando el dolor y el estreñimiento.

CUIDADO DE LA BOCA:

- Mantener la boca limpia, hidratada y en las mejores condiciones posibles. La higiene de la boca es fundamental para que la persona enferma

pueda comer bien y se sienta a gusto

- Inspeccionar a diario y limpiarla frecuentemente con un cepillo dental suave o con una gasa o tela de algodón humedecida o empapado en manzanilla si el cepillado resulta molesto.
- Observar en busca de zonas rojas, costras blanquecinas o si sangra con facilidad para ayudarle a solucionar estas alteraciones.

ASEO EL HIGIENE PERSONAL:

- Animar al paciente a seguir realizando su arreglo personal. La higiene general se hará con jabón y posteriormente se hidratará toda la piel.
- Adaptar el baño si existen problemas de movilidad, considerando preferentemente la ducha, barreras de sujeción, material antideslizante e incluso una silla que permita a la persona enferma permanecer sentado.
- Ayudar a sentarse en una silla delante del lavabo para realizar el aseo de cara, boca y manos resulta más cómodo y evita el cansancio.
- Brindar aseo en cama según progresa la enfermedad, respetando siempre su intimidad y seguido del cambio correspondiente de sábanas

ELIMINACIÓN:

- Propiciar deposiciones blandas con regularidad. Para facilitar la deposición, se puede aumentar la ingesta de líquidos, incluir fruta y verduras en la dieta y un poco de ejercicio, como pasear, siempre que sea posible y si no existen contraindicaciones. Si no se puede mover, los masajes en la región abdominal también pueden ser útiles. Si pasan más de tres días se podrá administrar medicación prescrita. En última instancia puede ser necesario medidas como aplicación de enema evacuante.

MOVILIDAD Y POSTURAS ADECUADAS:

Prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad

- Mantener el máximo tiempo posible la independencia de las actividades, permitiendo que logre hacer lo que quiera y pueda hacer, con ayuda si es que la pide o la requiere.
- Considerar que, si pasa mucho tiempo en sillas o sofás, los cojines de agua, aire y silicona activan la circulación sanguínea.
- Revisar diariamente el estado de la piel si se mantiene encamado y proteger las zonas de mayor riesgo de dañarse por presión o rozamiento con almohadillas o apósitos. Si se observa que la piel se pone edematosa, con



flictenas o hay escoriación se deberá evitar el roce, la fricción y aplicar productos de tecnología avanzada para la prevención y manejo de úlceras de presión.

- Realizar cambios posturales frecuentes cada 2 o 3 horas. La cama deberá tener la altura correcta para facilitar la labor a la persona cuidadora y no debe ser muy ancha, para poder llegar con facilidad a los dos lados. Si existe riesgo de caída de la cama se recomienda utilizar barandillas y almohadas laterales.

SUEÑO:

Recuperar un ritmo de sueño satisfactorio

- Propiciar el descanso nocturno que es esencial para el bienestar físico y psicológico de pacientes y personas cuidadoras.
- Procurar un ambiente adecuado, relajado y cómodo, la habitación debe estar ventilada y sin ruidos. Puede ser preciso instalar una luz nocturna para prevenir el miedo a la noche y las caídas nocturnas.
- Fomentar el aseo antes del descanso nocturno, ya que actúa como relajante natural. Un masaje corporal suave con una loción hidratante, algunas técnicas de relajación, una infusión relajante de valeriana u otras rutinas familiares pueden ayudar a conciliar el sueño.
- Permitir la proximidad de un ser querido o de una persona cuidadora ejerce un efecto tranquilizador. Es un buen momento para hablar y escuchar temores o inquietudes que preocupen al paciente.
- Adecuar los horarios de administración de fármacos para que no molesten el descanso

nocturno y evitar líquidos, medicamentos o alimentos que puedan producir insomnio a partir de media tarde.

- Administrar medicación prescrita que ayude a conciliar el sueño.

CALIDAD DE VIDA:

Favorecer su confort su autonomía y su autoestima

- Fomentar actividades como la lectura y escritura, escuchar música, pasear y disfrutar de la luz y del paisaje, ver cine, facilitando posturas cómodas e instrumentos facilitadores. Adecuar las visitas a sus preferencias tanto en número como en el tiempo de duración.
- Planificar actividades para el día, fomentar las visitas que más le sean favorables y agradables.
- Ayudar a controlar el miedo con el acompañamiento y gestos de afecto si así lo permite el paciente y su condición.
- Propiciar un ambiente adecuado y tranquilo, limpio, que favorezca la comunicación, respetando en todo momento su intimidad y en ocasiones, su necesidad de soledad. La buena comunicación entre pacientes y familiares disminuye la ansiedad, contribuye al control de síntomas y favorece el crecimiento personal de la persona enferma en su última etapa de vida.

CONTROL DE SÍNTOMAS:

Que tenga el menor dolor posible

- Administrar medicación analgésica prescrita y educar al cuidador principal al respecto, de forma oral y escrita (medicamentos, dosis y horas), así como de cierta medicación especial que puede usar en caso de que el síntoma empeore puntualmente.
- Registrar cada dosis extra de fármaco que se administre y cuánto tiempo duró el efecto.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES

TRASTORNO DE LA AUTOESTIMA:

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisa-.
- Acompañar al paciente tranquilizándolo y asegurándole que su comportamiento es normal y esperado.
- Valorar los aspectos y logros positivos del quehacer cotidiano.
- Ayudar a establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados: autocuidado, participación de la vida social, etc.

- Tener en cuenta la capacidad y voluntad del enfermo.
- Permitir su participación en la medida de lo posible en las decisiones sobre sus cuidados. Evitar actitudes paternalistas e infantilizas.
- Ayudar en la adaptación al cambio de rol cuando así se lo requiera.
- Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos del enfermo.

COMUNICACIÓN:

- Reservar tiempo y espacio para estar en contacto con el enfermo. Estas visitas deben ser planificadas igual que se lo hace para otras intervenciones de enfermería.
- Mantener en todo tiempo escucha activa.
- Hacer preguntas directas y abiertas asegurándose la adecuada comprensión: ¿Qué es lo que más le preocupa?, ¿Qué es lo que más le ayudaría?, ¿Cómo se siente?, En este momento cual es el problema/as que más le molestan?, ¿En qué más le podemos ayudar?, etc.
- Detectar déficits de comunicación entre los distintos niveles: profesionales, familiares, favoreciendo su resolución.
- Facilitar técnicas de comunicación adecuados a la limitación y recursos existentes (dibujos, escritura, signos, etc.).
- Enseñar a formular frases cortas, pausas en la conversación, respirar correctamente al hablar o intercalar pausas de descanso, en caso de, debilidad extrema o falta de aliento

ANSIEDAD:

- Manifestar presencia y disponibilidad de ayuda permanente.
- Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa. Evitar actitudes paternalistas.
- Disponer de un entorno agradable y tranquilo, proporcionando intimidad.
- Respetar los deseos de soledad o compañía que son muy particulares en cada paciente.
- Promover actividades recreativas y de ocio de acuerdo a las condiciones específicas de cada paciente.
- Realizar con el enfermo una valoración realista de la situación en caso de sentimientos de abandono: ¿es real o es que la familia está atendiendo otras responsabilidades?
- Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos.
- Ayudar al reconocimiento de los diferentes roles que cada uno cumple en la vida (incluso cuando cambia un rol otros permanecen inalterados).

- Tranquilizar al paciente y su familia transmitiendo que estaremos allí si surgen nuevos problemas para ayudar a controlarlos.
- Hablar permanentemente con la familia sobre el manejo de cada situación.
- Mantener comunicación permanente con el equipo de cuidados paliativos, refiriendo novedades y nuevos requerimientos.

VALORES Y CREENCIAS, SUFRIMIENTO ESPIRITUAL:

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisas- escucharlo atentamente.
- Ayudar al enfermo a expresar la naturaleza del conflicto en que se encuentra, posibles soluciones, nuevas alternativas.
- Facilitar la asistencia espiritual y/o psicológica que demande.
- Facilitar el clima adecuado en su entorno para resolver temas pendientes que pudiera tener.

AGONÍA:

- Comunicar al médico la nueva situación para que éste realice el reajuste del tratamiento farmacológico dejando solo los medicamentos de utilidad inmediata. La vía de elección para la administración de fármacos en esta etapa será la subcutánea.
- El objetivo en los cambios posturales y la higiene de la piel y la boca será el confort.
- Valorar la respiración y cuando el enfermo empieza con estertores no se debe realizar aspiración de secreciones. Hay que estar alerta a los ruidos respiratorios para detectarlos a tiempo y controlarlos con medicación y medidas posturales como el decúbito lateral para que no angustien a la familia.
- Favorecer los cuidados espirituales teniendo en cuenta los deseos expresados por el enfermo y sus creencias religiosas.
- Procurar un entorno apropiado al enfermo, con un ambiente en el que prime la serenidad, la calidez y la compañía.

LA FAMILIA:

- Ofrecer disponibilidad permanente.
- Explicar a la familia la nueva situación de forma que puedan planificar la despedida inminente.
- Prestar especial atención al cuidador principal destacando el valor del trabajo realizado.
- Implicar a la familia en los cuidados de confort restando importancia a aspectos como la alimentación e hidratación.
- Recordar a la familia la importancia de la comu-



nicación tanto verbal como no verbal aun estando con muy bajo nivel de conciencia.

- Explicar el proceso de la muerte, con el fin de que la familia se vaya adaptando a los cambios que se van produciendo
- Informar de los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o al más emocionalmente afectado.
- Propiciar el incremento del número de visitas del personal sanitario.

CUIDADOS POST-MORTEM AL FALLECIDO:

- Ser respetuosos con la dignidad humana.
- No cubrir la cara hasta que la familia se haya despedido.
- Permitir a la familia participar en el cuidado del cadáver.
- Brindar medidas de higiene corporal al fallecido y retirar sondas, vías, etc.
- Colocar prótesis bucal si lo tuviera.
- Obturar orificios anatómicos.
- Cerrar ojos y boca con vendajes apropiados o sprays adhesivos.
- Cubrir lesiones con apósitos.

CUIDADOS POST-MORTEM A LA FAMILIA:

- Permitir expresión de sentimientos con libertad.
- Facilitar el contacto y visión del fallecido.
- Reforzar positivamente los cuidados que

han prestado al enfermo.

- Ofrecer disponibilidad y ayuda.

La familia es una parte esencial dentro de los Cuidados Paliativos. Forma parte del núcleo de nuestros cuidados junto con el enfermo. A parte de estar afectivamente implicada su presencia es indispensable para asegurar la continuidad de los cuidados y debe recibir la atención e instrucciones necesarias por parte del equipo con el fin de favorecer la adaptación de ambos al proceso.

DISFUNCIÓN FAMILIAR. IMPACTO EMOCIONAL:

Son respuestas inevitables y variadas debido al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, al sufrimiento del enfermo y a hablar con él sobre su enfermedad, a la pérdida, a estar solo con el enfermo cuando fallezca o a no encontrarse allí en el momento de la muerte, entre otras circunstancias.

TAREAS:

- Ayudar en la toma de decisiones y en manejo de la sobrecarga de trabajo.
- Ayudar en la adaptación al nuevo cambio de roles.
- Reforzar la labor de los cuidadores reconociendo su rol fundamental.
- Aconsejar al cuidador principal dedicarse tiempo para el ocio.
- Facilitar la comunicación entre todos los miembros de la unidad familiar.
- Proporcionar un ambiente adecuado para favorecer la intimidad y la expresión de sentimientos.
- Informar de los recursos sanitarios y sociales existentes: servicios, horarios, teléfonos de urgencia, del centro de salud al que pertenece y donde deben acudir en cada momento, etc.

CLAUDICACIÓN FAMILIAR:

- Todas las actividades descritas anteriormente para el soporte de la familia.
- Estar alerta ante las situaciones favorecedoras de una claudicación.
- Aconsejar la implicación del entorno afectivo y social para el reparto de tareas.
- Desdramatizar y desculpabilizar a la familia frente a las complicaciones y ante posibles ingresos.

EL DUELO

Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, o evento significativo. Incluye

componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (M. Gómez Sancho). El duelo comienza antes del fallecimiento (excepto en las muertes repentinas) y no se sabe exactamente cuándo termina, posiblemente cuando el doliente pueda pensar en el fallecido sin tener una fuerte sensación de dolor.

El duelo se puede definir como el conjunto de procesos psicológicos, comportamentales y sociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el doliente estaba emocionalmente vinculado, generando un sufrimiento importante para el deudo. En la mayoría de los casos, no requiere de intervenciones específicas ni de psicofármacos, siempre y cuando el deudo disponga de los recursos psicológicos internos y externos para hacer frente a la situación. (Lacasta, 2016)

VALORACIÓN:

- Manifestaciones físicas: anorexia, pérdida de peso, insomnio, disminución del interés sexual, aumento de la morbilidad.
- Manifestaciones psicológicas: ansiedad, tristeza, dificultades en la atención y concentración, apatía y desinterés, sentimientos de culpa, llanto, etc.
- Manifestaciones sociales: rechazo a los demás, tendencia al aislamiento e hiperactividad.

TIPOS DE DUELO:

1. Duelo anticipado: Es el duelo expresado con anterioridad a la pérdida que se percibe como inevitable y concluye con la pérdida. También se puede dar en los profesionales sanitarios con los pacientes considerados en trance de muerte.
2. Duelo retardado: Se manifiesta en aquellas personas que parecen tener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.
3. Duelo crónico: El superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse en la sociedad.
4. Duelo patológico: La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen.

ACTIVIDADES:

- Ofrecer presencia y disponibilidad de ayuda.
- Analizar con la persona, familia sus fuerzas y recursos.
- Animar a contar con personas significativas

en su vida para que le ofrezcan apoyo.

- Animar en el uso de recursos espirituales.
- No forzar la adaptación rápida de la persona al cambio, aceptando su modelo de ajuste.
- No intentar animar a la persona afligida (la incapacidad de responder aumenta la sensación de pena).
- Mandar mensajes positivos de su actitud hacia el enfermo, de sus cuidados, su entrega, entre otros.
- Favorecer la presencia en el momento de la muerte y desdramatizar y desculpabilizar si no ha sido posible.
- Animar a hablar abiertamente del fallecido.
- Ayudar a identificar y expresar sentimientos y emociones: enfado, culpa, ansiedad, impotencia y tristeza.
- Aconsejar que debe darse tiempo para asumir el dolor y la pérdida, cada persona tiene su propio ritmo.
- Tranquilizar explicando que las reacciones que siente son normales.
- Dar soporte continuado, interesándose periódicamente.
- Identificar posibles complicaciones anormales que suceden cuando la persona no ha evolucionado en el primer año en la aceptación de la pérdida o experimenta reacciones como depresión, hipocondría, alcoholismo, pensamientos de suicidio, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrabitel, M. d. (2011). Guía de enfermería en Cuidados Paliativos. Equipo consultor de Cuidados Paliativos, 1- 58.
- Eva, C., & Lucía, L. (2019). Importancia de enfermería en los cuidados paliativos. Paciente y familia. Revista Electrónica de Portales Médicos.com.
- Lacasta, M. A. (2016). La atención al duelo en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. ELSEVIER, 192-198.
- Rodríguez, J. (2012). La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría. . Geroinfo.
- Tizón Bouza, E. y. (2004). ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS: HOSPITALIZACIÓN. Enfermería Global, 1- 32.



ESPIRITUALIDAD ANTE LA MUERTE

El ser humano desde su nacimiento hasta su muerte recorre un camino único, cuya dimensión humana presupone y nos obliga a dar sentido a nuestra vida, a través de nuestras realizaciones, estimulándonos a crear y a edificar legados. Son esas herencias, las vivencias y las experiencias adquiridas a lo largo de ese caminar que reflejan y espejean en la forma como atravesaremos el resto del viaje de la vida, en dirección al último puerto. (Rodrigues, 2011)

Aceptar el fin de nuestra existencia se hace un proceso complejo, porque vivimos en la era de las maravillas de la ciencia y de la tecnología, de la conquista del cosmos y de la longevidad humana; del acortamiento de los espacios y de la supresión del tiempo; del gozo virtual y de guerras fantásticas; de la entrega de la cultura al imperio del mercado del lucro; de la cantidad avasalladora de información y anulación de las calidades de los criterios de valor; de la ley de consumo y de lo desechable, consumiendo y descartando cuerpos vivos; de la primacía de la violencia y del

individualismo y en la insistencia de la negación de la finitud (PY y OLIVEIRA, 2006).

La naturaleza de seres racionales obliga a buscar un por qué a todos los eventos que nos rodean, pero ante el grandioso y terrible momento de la muerte, esa búsqueda en la mayoría de los casos sólo trae más dolor. El momento en que ocurre la muerte y las características de ella, influyen grandemente, en el sufrimiento posterior de la familia y amigos más cercanos.

Así pues, la muerte se puede presentar como la más dulce de las “causas naturales”, la edad, de modo tal, que los sistemas se van rindiendo al paso del tiempo y cada órgano parece ir reclamando su descanso, hasta que finalmente se entrega a él. En estos casos, pareciera que la sociedad comprende la muerte y la acepta con mayor templanza. A pesar del dolor por la separación, para la familia es un alivio “lo bien que vivió” y “lo poco que sufrió”. Ideal, pareciera ser en la cultura actual imperante, el morir en el sueño o la inconsciencia, en definitiva, obviar el tema del sufrimiento. (Rodrigues, 2011)

El momento en que ocurre la muerte y las características de ella, influyen grandemente, en el sufrimiento posterior de la familia y amigos más cercanos. Así pues, la muerte se puede presentar como la más dulce de las “causas naturales”, la edad, de modo tal, que los sistemas se van rindiendo al paso del tiempo y cada órgano parece ir reclamando su descanso, hasta que finalmente se entrega a él. En estos casos, pareciera que la sociedad comprende la muerte y la acepta con mayor templanza. A pesar del dolor por la separación, para la familia es un alivio “lo bien que vivió” y “lo poco que sufrió”. Ideal, pareciera ser en la cultura actual imperante, el morir en el sueño o la inconsciencia, en definitiva, obviar el tema del sufrimiento. (Fonnegra, 2003)

Pero cuando la muerte aparece en la juventud, o más aun en la niñez relacionadas con violencias, accidentes o enfermedades, ya no se puede obviar el dolor ni para quien padece la agonía, ni para su familia, es más, para ésta, sobre todo en la sociedad latina, en que los lazos afectivos son fundamentales, la experiencia de la muerte en la juventud y el aparente sin sentido de ella, constituye un pilar de sufrimiento, que marca a la familia para siempre. Cada persona, sin embargo, a través de la influencia de sus propias vivencias personales, familiares y afectivas presenta matices más o menos importantes en su manera de enfrentar la vida y sus emociones. Sin duda, cobra aquí un realce significativo la figura del cre-



do religioso. Para cada credo religioso, la muerte tiene una lectura particular.

Pero qué entendemos por espiritualidad, al procurar una definición para este término se percibe que desde hace varios siglos tal aspecto está presente en los enfoques filosóficos, teológicos, religiosos. PESSINI e BERTANCHINI (2006) se refieren etimológicamente a la palabra espiritualidad, con el significado de soplo de vida, encontrando su sentido de lo trascendente.

Espiritualidad y religiosidad, a pesar de estar relacionadas, no significan lo mismo. La espiritualidad va más allá de los dogmas de las religiones tradicionales. La religiosidad desarrolla dogmas, el culto y la doctrina compartidas, mientras que la espiritualidad está ligada a las cuestiones, a los aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Se relacionan con las cuestiones que se toman con el significado y propósito de la vida, la busca de respuestas que trasciendan el caos en que vivimos en el momento, dándonos el significado y la solución para una adaptación y reorganización, principalmente interior, de propósitos más elevados, de repensar los conceptos y las prioridades de nuestra vida, la búsqueda de un sentido. PESSINI e BERTANCHINI (2006)

Se evidencia la espiritualidad como parte de la dimensión humana, que en situación de enfermedad deba merecer cuidados, para así favorecer que el enfermo retome su vida, realice algunos proyectos, ponga en orden su vida tanto familiar como profesional. Por ello, el concepto de cuidado en el ámbito de la asistencia al enfermo terminal pasa por la buena comunicación, tras el establecimiento de una relación empática, basada en la verdad. Se recomienda la mejora de la calidad asistencial al enfermo en el fin de la vida, procurar mejorar las competencias para así enfrentar mejor con este tipo de enfermo y necesidad peculiar de la espiritualidad.

Con todos estos antecedentes se puede constatar que lo que los enfermos en fase terminal quieren por encima de todo, que eso que les está pasando no les suceda, que resulte ser un mal sueño, desearían ser rescatados de esa situación, pero como saben que eso es imposible necesitan a alguien que les alivie el dolor, les consuele, que les tome de la mano para afrontar a su lado lo desconocido, a alguien capaz de compartir su sufrimiento y su confusión, de estar allí cuando a lo mejor desearía huir. Desean conservar su dignidad como individuos y mantener algún tipo de control, el considerar la espiritualidad en la fase terminal. Quieren que seamos con ellos, honrados, cálidos y humildes, quieren que combinemos nuestra competencia y buen hacer con la compasión y que cuando nos encontremos con las manos vacías porque no sabemos que decir ni que hacer, que no les fallemos. Por encima de todo lo que piden es ser tratados con amor. (Gallastegui, 2005)

Lo esencial quizá, lo indispensable para algunas personas es volver la mirada atrás, hacer un último esfuerzo de recapitulación con el fin de encontrar sentido a todo lo precedente, recoger ese hilo de Ariadna, que sirve para devolvemos la vida en su más honda esencia, en su estricto valor y que empalma con el cordón umbilical del nacimiento. La vida pasada –preterito imperfecto– la aceptan como está, ahí en los huesos y en el alma, en las mil cicatrices y en las tres o cuatro heridas de la vida que aún se abren de vez en cuando. (Gallastegui, 2005) Cada día que pasa cuenta de algo más que de veinticuatro horas, porque nos aporta un tesoro de sentimientos, de voces, de estímulos que la memoria encierra en su cofre o en su disco duro. No se vive del todo hasta tiempo después, cuando se rememoran los hechos. La memoria constituye nuestra vida, nuestra identidad, no para quedarse ahí, sino para abrirse al futuro, al tiempo que queda. La vida es vida hasta el final,

al menos mientras estemos conscientes y que de horizonte, aunque sea corto y limitado, pero independientemente de que esté consciente o no, en la agonía el enfermo sigue siendo la misma persona que era antes, por lo que se merece todo el respeto y atención posibles. El miedo a que la vida haya perdido su sentido, puede ser tan difícil de explicar como de afrontar. Las personas parecen buscar incesantemente un significado. Es como una lucha no tanto por la auto conservación como por la autorrealización. (Rodrigues, 2011)

En la vida de las personas, especialmente cuando se acerca su final, surgen inevitablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Así, en el contexto de los cuidados paliativos es habitual que se desencadene una búsqueda de respuestas, un viaje espiritual. Los enfermos en la fase terminal son un grupo especialmente vulnerable en el sentido de que tiene una mayor necesidad de los otros, así como del sentido y razón de ser de su propia existencia, del valor de la vida y de la dignificación de la muerte.

Ha surgido un creciente interés en el estudio de la espiritualidad en general y una amplia adopción de la misma por parte de algunos sectores de las profesiones de la salud, particularmente de esta nueva rama como son los cuidados paliativos. Los hombres y mujeres dedicadas a paliar el sufrimiento físico y moral del enfermo terminal y a humanizar la etapa final de su vida quieren profundizar en el proceso arduo de morir. Este proceso es lento y difícil, queda mucho por hacer, aun cuando los logros alcanzados por las asociaciones y especialistas de cuidados paliativos sean considerables e inviten al optimismo.

La actuación del equipo de salud debe ir sopesando los requerimientos clínicos del enfermo, con las necesidades morales y espirituales del ser sufriente y a la vez el temor y desconocimiento de la familia, que comparte la agonía del paciente y se desespera aún más que él, al presenciar la rendición del esfuerzo terapéutico. El diálogo es el vehículo a través del cual se pondrán en juego los valores del enfermo. De ahí que no sea suficiente que el profesional tenga presente que existe una pluralidad de valores y perciba la complejidad de la relación. Es necesario también el desarrollo de habilidades específicas: de comunicación, de relación de ayuda, de acompañamiento y consuelo. Esta relación en los cuidados no consiste simplemente en manifestar preocupación y disposición a hablar con el paciente, comprende también la capacidad para hablar y escuchar de un modo ca-

paz de captar el impacto emocional que cada cosa que hacemos tiene sobre el paciente y la influencia que puede ejercer en la salud global de la persona.

De ahí que la grandeza de los cuidados paliativos en la fase terminal de la vida radique en intentar “paliar” no sólo el dolor físico, sino también el sufrimiento en cualquiera de sus facetas y así lograr que los enfermos vivan en plenitud los últimos meses o días de su vida y logren morir con toda la paz y la dignidad posibles. Lo que equivale a decir: “Dígame lo que le pasa y siente, permítame que le ayude a levantarse, déjeme darle un abrazo y acompañarle”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fonnegra, I. (2003). De cara a la muerte: cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Bogotá: Editorial Planeta Colombia.
- Gallastegui, M. d. (2005). LA ESPIRITUALIDAD EN LA FASE TERMINAL. Paliativos Sin Fronteras, 227 - 239.
- PY, L.; OLIVEIRA, A.C. Humanizando o Adeus à Vida. In: PESSINI, L.; BERTACHINI. Humanização e Cuidados Paliativos. 3a Edição, São Paulo: Edições Loyola, 2006:135-147. [Links]
- O. PESSINI, L, BERTANCHINI, L. O que entender por cuidados paliativos. São Paulo: São Camilo, Loyola; 2006. [Links]
- Rodrigues, A. (2011). La espiritualidad ante la proximidad de la muerte... Enfermería Global.





SEDACIÓN TERMINAL POSTURAS ÉTICAS

Uno de los objetivos de la bioética, en lo que respecta a la relación asistencial con el enfermo, cualquiera que sea su patología, será la búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, siempre que se originen conflictos, lo cual ocurre con mucha frecuencia en la situación de enfermedad terminal, prácticamente siempre que se toma una decisión. La bioética entrará en acción cuando aparezca la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias. Ante la falta de una certeza absoluta, el dilema consistirá en buscar la forma más adecuada para tomar la mejor decisión, es decir, cómo diferenciar lo correcto de lo incorrecto, lo que es bueno de lo que es malo o incluso cómo escoger la mejor opción entre varias opciones correctas. Cuando entran en juego los problemas esenciales de la vida y la muerte, como ocurre cuando se plantea la sedación previsiblemente irreversible ante un sufrimiento que no puede ser aplacado por otros métodos, la responsabilidad aumenta, aparecen contradicciones y esta búsqueda se hace más complicada. (Tapiero, 2003)

La presencia y demanda cada vez mayor de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, más la avanzada tecnología y tratamientos de soporte avanzado se convierten en situaciones actualmente complejas que involucran grandes dilemas éticos en donde las participaciones de los profesionales de la salud son determinantes, pero no así en la mayoría de los casos la participación en la toma de decisiones por parte del paciente o de su familia.

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud somos inevitablemente, pieza clave del entorno del moribundo y su familia, por tal razón somos parte del proceso del duelo y como tal nuestro rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades de la persona integralmente. Aceptar el protagonismo del enfermo, su posibilidad de escoger entre varias opciones y reconocer que cada persona recorre el camino hacia la muerte con etapas diferentes, pueden responder a intervenciones adecuadas de apoyo de tipo físico, psicosocial y no solo medicación y tratamientos invasivos.

Por otro lado la tendencia actual dentro del rescate de la humanización, conduce a los profesionales de la salud a propender una muerte digna de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos y en Unidades de Cuidados Paliativos, por lo que al hacer referencia a morir con dignidad, se pretende resaltar la necesidad de que el enfermo agónico pueda expresar sus necesidades, deseos y voluntad mientras está vivo, reconociéndolo como un ser humano en pleno ejercicio de su dignidad, que se mantendrá inalienablemente unida a él, así esté conciente o dormido, hasta el momento en que fallezca.

En el Ecuador se puede morir mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los pacientes en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y sometidos a varios procedimientos invasivos, o intubados en un servicio de urgencias. En ocasiones prevalece la obstinación terapéutica cuando se aplican tratamientos fútiles que no sólo no aportan ningún beneficio, sino que además pueden añadir sufrimiento al enfermo y a su familia.

La buena práctica médica significa aplicar medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o como el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro. (Torre, 2006)

Los médicos tratan de prevenir enfermedades que puedan llevar a una muerte prematura, luchan para que el enfermo no muera cuando la muerte es evitable porque su dolencia puede ser curada, y cuando el mal que padece es irreversible, incurable, progresiva y terminal, le procuran cuidados de calidad. La ayuda no deberá precipitar la muerte con la eutanasia, ni prolongar su agonía con el ensañamiento terapéutico, sino que le apoyará en todo lo que necesite con una actitud paliativa mientras llega su final, para procurarle que muera con la dignidad deseada, es decir con ortotanasia. En cuanto a la sedación se debe partir de su definición procedente del latín *sedare* que significa calmar, aliviar. El Diccionari Enciclopèdic de Medicina define sedación como “la acción producida por los sedantes”, y a estos como “sustancias que disminuyen la sensación de dolor, o más exactamente, la excitación del sistema nervioso central. La acción sedante de muchos medicamentos está relacionada con sus cualidades analgésicas, tranquilizantes e hipnóticas, y el tipo de acción que se alcanza depende de la dosis suministrada”.

En cuidados paliativos, la sedación se ha definido como “la administración de fármacos psicoactivos, generalmente neurolépticos o benzodiazepinas, con la intención de controlar algunos síntomas físicos, psicológicos o producir la pérdida de la conciencia en ciertas situaciones dramáticas, así como también el dormir al paciente, sin su conocimiento y/o consentimiento” (Fonnegra, 2003)

La sedación frecuentemente y a nivel popular tiene la connotación de acción definitiva, es decir, de una acción que producirá la pérdida de la conciencia del paciente y además de forma irreversible, este es el caso de una sedación profunda y continua. La realidad clínica es diferente, la sedación admite matices, puede ser

una sedación profunda o superficial, continuada o intermitente.

Esta sedación profunda y continuada se precisó como “sedación terminal”, la cual se ha definido como: “La administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente” (Torre, 2006). Esta definición incorpora algunos puntos claves que son necesarios considerar a la hora de la toma de decisiones sobre la sedación, tales como: la voluntariedad (maniobra deliberada) de la acción de sedar por parte del equipo, el consentimiento del paciente y el no disponer de otras posibilidades terapéuticas (alivio inalcanzable, síntoma refractario).

Las causas que más frecuentemente llevan a los equipos a la sedación del paciente son la disnea, el dolor y el delirio. La mirada fría de las cifras indica la gran variabilidad que se pueden relacionar fácilmente con las posibilidades y limitaciones de cada equipo en la atención de los pacientes y familias. En cualquier caso, sí se podría decir que aquellos síntomas que son capaces de producir un distrés, un sufrimiento más evidente son los que llevan al equipo a utilizar la sedación. Naturalmente, se podría leer al revés: la sedación está indicada en aquellas situaciones de sufrimiento evidente e incontrolable, lo que se ha definido como síntoma refractario. (Cabré & Solsona, 2002)

Existe una cuestión central y básica, que es la “refractoriedad” del síntoma, es decir: ¿es realmente inaliviable el síntoma? Tal como lo define Cherny et al, “el término refractario puede aplicarse a un síntoma cuando éste no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable que no comprometa la conciencia”. En este sentido, un diagnóstico diferencial acertado y el uso de todas las medidas terapéuticas disponibles constituyen los elementos básicos de buena praxis sin la cual no hay discusión ética posible.

Un caso paradigmático es el delirio en la fase terminal de una enfermedad, que en la literatura se ha denominado de diversas maneras: agitación o inquietud terminal o cuadro confusional hiperactivo. El paciente que sufre un cuadro delirante, que por definición tiene un estado cognitivo alte-



rado, ofrece una imagen de malestar y sufrimiento, puede estar agresivo con incontinencia verbal, no reconoce y responde a los estímulos externos de forma incongruente y alterada. La visión del mundo y la realidad está nublada. Otros pacientes pueden ofrecer una imagen de intranquilidad, con una afectación cognitiva ligera o inexistente, sencillamente porque presentan movimientos musculares incontrolados e involuntarios que son interpretados por la familia como sufrimientos debido a su “comprensible” estado de ansiedad. Lo anterior es posible pero generalmente se está asistiendo a un cuadro de mioclonías multifocales. Es bueno saber que aún en estas circunstancias, aunque no siempre, los pacientes son susceptibles de tratamiento. (Torre, 2006)

Desde el punto de vista ético, en otras disciplinas como la anestesiología o los cuidados intensivos, el no uso de la sedación sería maleficiente. Quién puede pensar que un paciente que ha de sufrir una intervención o una intubación, no esté sedado ya sea profunda o superficialmente, según sea el procedimiento a seguir, o el caso del paciente psiquiátrico con un estado de excitación y angustia que puede dañar a alguien o a sí mismo. Seguramente en las situaciones anteriores la razón nos indica que no utilizar los medios farmacológicos disponibles sería conculcar el principio de beneficencia.

¿Qué ocurre en cuidados paliativos? ¿Qué hace que todo se vea diferente? Cuando el paciente puede sufrir los mismos problemas, una disnea o un estado de angustia extrema que no responde al tratamiento habitual. Una posible respuesta recae en dos puntos básicos: la intencionalidad y el resultado.

La intencionalidad, en los casos de los pacientes quirúrgicos, en estado crítico o psiquiátrico, en la práctica habitual queda bien definida a priori, evitar el mal. En estos casos, el sufrimiento del paciente. Más allá de cualquier ejercicio de la autonomía del paciente, ¿quién querría ser intervenido sin anestesia, de manera directa? ¿Consentiría un cirujano llevar un paciente a un desbridamiento de una gangrena o a una laparotomía sin asegurar la confortabilidad del paciente sometiéndolo a una sedación más o menos profunda, aparte de otras consideraciones anestésicas? Seguro que no. ¿Qué familia consentiría en que un enfermo no estuviese sedado antes de afrontar los procedimientos mencionados? Seguro que ninguna.

El equipo siempre ha de tener en la mente el beneficio del paciente e intentar que los intereses legítimos de la familia sean escuchados y



atendidos. Esto incluye que los equipos han de esforzarse en recordar que un punto esencial de los cuidados paliativos es mantener y preservar la dignidad y autonomía del paciente, es decir, que se ha de dar al paciente la información necesaria para que pueda tomar sus propias decisiones. No se ha de ser deshonestos con los pacientes con tal de facilitar a los familiares una decisión difícil.

En el caso de que el paciente no pudiese expresar su voluntad, lo cual no es infrecuente, el equipo ha de velar por el beneficio del enfermo incorporando en los elementos de decisión aquellas aportaciones que desde la familia se puedan hacer sobre los valores y deseos del paciente. También es frecuente que la familia no se encuentre en condiciones emocionales o de conocimiento para tomar una decisión importante. En este caso sería claramente maleficiente hacia la familia forzarla a tomar una decisión para la cual su grado de autonomía se halla tan limitado. Es responsabilidad del equipo tomar esta determinación y no pasarla a una familia desesperada por el dolor, miedo e incertidumbre.

Respecto al resultado de la sedación, en el contexto del paciente terminal, es altamente probable que sea la muerte. Este resultado, por ser altamente previsible, es un punto de conflicto, ya que a menudo se piensa que no hay mayor mal que la muerte y es preciso evitarla. Siguiendo los ejemplos del paciente quirúrgico, crítico o psiquiátrico, pero especialmente el del paciente crítico, la muerte no es un futuro improbable, más bien es una expectativa factible que un paciente grave, sedado y en una unidad de cuidados intensivos pueda fallecer. En este caso la sedación no se plantea como algo relacionado con la muerte del paciente, a pesar de su estado crítico y que la sedación y la intubación también tienen sus efectos secundarios.

Si bien en el caso del paciente crítico la muerte es una posibilidad no lejana considerando su situación clínica, en el paciente terminal la muerte es una certeza, porque su enfermedad también le ha llevado a una situación “crítica”.

Donde el profesional de salud es moralmente responsable no es en el resultado (la muerte) sino en el proceso que ha llevado a tomar la decisión (la sedación). Es en este proceso de toma de decisiones que el tener en cuenta todos los elementos en juego hará que una decisión sea éticamente buena o mala. Los elementos para una buena toma de decisiones son tanto a nivel del saber científico (historia natural de la enfermedad u opciones terapéu-

ticas, disponibilidad de recursos), como a nivel social (valores, creencias, entorno, entre otros). La integración de todo es lo que ayudará a que la decisión final de acción u omisión sea éticamente consistente.

En definitiva, la sedación hay que considerarla una maniobra más dentro del repertorio de los cuidados paliativos, pero atendiendo su impacto sobre el paciente y, ante el riesgo de conculcar diversos principios éticos, su utilización ha de ser claramente razonada, discutida y plasmada. Existe el riesgo de ser maleficente, no ser beneficiante con el paciente y desatender su autonomía. Estos serían los valores en juego que es preciso respetar, porque de otra manera la sedación es una maniobra éticamente inaceptable.

Desde la participación de enfermería, la sedación paliativa consiste en la administración deliberada de fármacos de forma correcta, que parte de una adecuada valoración hasta la óptima administración del tratamiento prescrito, para así evitar un sufrimiento innecesario a personas que tienen síntomas que no se pueden controlar con los tratamientos habituales y que los conocemos como síntomas refractarios. En cuanto al papel de la enfermera en esta fase al final de la vida, se debe de tener en cuenta el rol profesional que aporta soporte en esta etapa y por ello es importante remarcar la necesidad de la enfermería especializada para la atención a estos pacientes crónicos, como también la actualización científica en medicina paliativa y cuidados paliativos que permitirán una mayor sostenibilidad de estos servicios.

Aunque la sedación leve e intermitente debe ser la primera opción, en ocasiones no es suficiente y por tanto el paciente requerirá una sedación mayor, como, cuando el sufrimiento de la persona es muy intenso, o se prevé la muerte del paciente en las próximas horas o días, o si él lo pidiese sabiendo y objetivando que está en fase terminal y que la muerte se anticipa en un límite de tiempo muy limitado.

Algunos aspectos de aplicación de la sedación paliativa, que enfermería debe tener muy en cuenta son:

- Que exista una sintomatología intensa en el paciente y refractaria a cualquier tipo de tratamiento.
- Que los datos clínicos nos indiquen una situación de muerte inminente o muy próxima.



- Que el enfermo, o en su defecto la familia, haya otorgado el adecuado consentimiento informado de la sedación en la agonía.
- Que el enfermo ha tenido la oportunidad de poder satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

La sedación paliativa forma parte de la práctica de enfermería siempre y cuando se realice bajo unas condiciones adecuadas. No obstante, conocer que al día de hoy se realiza en base a un estudio riguroso del historial clínico del paciente, valorando la respuesta a los diferentes tratamientos y las diferentes posibilidades a tener en cuenta para el control de síntomas. Es importante también estar al tanto de las preferencias del paciente sobre todo ante la situación de enfermedad crónica avanzada en fase terminal. Para ello el paciente tiene derecho a realizar un documento de voluntades previas y una planificación anticipada de decisiones junto con el equipo sanitario. (Verdugo, 2019)

La sedación paliativa tiene para el paciente y sus familiares una repercusión emocional y vivencial, ya que a partir del momento en que se inicia la sedación en la fase preagónica se produce la desconexión definitiva del entorno.

La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Se trata de una sedación continua, que puede ser superficial o profunda.

El respeto a la autonomía del paciente y la importancia de la decisión de sedarlo obligan a los profesionales a hacerlo con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Sedar a un paciente sin tener su consentimiento o el de sus representantes interpretando que es lo mejor para él es una mala praxis que puede tener consecuencias legales.

Además de velar por la calidad y la eficiencia del procedimiento el equipo que indica la sedación y la ejecuta debe acompañar y confortar a los familiares como parte del proceso de cuidado.

Cuidados de enfermería:

- Procurar y propiciar un ambiente tranquilo y sin estímulos.



- Brindar cuidados específicos a paciente encamado, movilizarlo únicamente cuando sea necesario, colocarlo en la postura que se encuentre más cómodo. La posición más confortable para el enfermo es en decúbito lateral con las piernas flexionadas ya que disminuye el riesgo de estertores y facilita los cuidados de la piel y la aplicación en su caso de medicación vía rectal.
- Evitar medidas agresivas ante la falta de la ingesta y aplicar cuidados en la boca que eviten su resequeza y la presencia de micosis. Si ha estado recibiendo sueroterapia o colocada sonda nasogástrica se deberá valorar la posibilidad de retirarlas.
- Brindar instrucciones a los familiares ante posibles crisis y situaciones previsibles (dolor, disnea, agitación...) indicándole a quienes tienen que avisar en el caso que las detecten.
- Enfatizar a los familiares que eviten comentarios inapropiados en su presencia, ya que los dos sentidos que se conservan hasta el final son el oído y el tacto.
- Poner especial interés en satisfacer las necesidades espirituales del paciente previo a la

sedación. (reconciliarse consigo mismo y los demás, perdón, confesión, entre otras)

Para concluir se deberá tener en cuenta que es prioridad el control de los síntomas y el dar alivio al sufrimiento psicológico, espiritual y emocional del paciente y de la familia. En ocasiones y ante la imposibilidad de controlar los síntomas tan intensos e intolerables que presentan los pacientes es necesario tomar la decisión de llevar a cabo una sedación paliativa para disminuir la conciencia del paciente y aliviar de este modo el sufrimiento.

Ante todo, esto es de vital importancia que el personal sanitario y particularmente de enfermería se encuentre perfectamente habilitado y adiestrado en el manejo de estas situaciones, por lo que es necesario una formación adecuada sobre el tema. Formación que debe abarcar no solo aspectos clínicos relacionados con el tratamiento sino también con la comunicación tanto hacia el paciente y a la familia, ya que, tranquilizando al paciente y la familia, se evitará traslados innecesarios al hospital, y conseguiremos que el paciente muera en su entorno, si este era su deseo. Lo que si se debe garantizar son las mejores condiciones de confort y de control de síntomas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cabré, L., & Solsona, J. (2002). Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Intensiva. España.
- Fonnegra, I. (2003). De cara a la Muerte. Bogotá: Planeta.
- Gómez Rubí J. A.: Ética en medicina crítica. Fundación de Ciencias de la Salud. Editorial Triacastela, Madrid 2004
- Iribarren-Diarasarri S, Vinuesa-Lozano C, Martínez-Alutiz S, Muñoz-Martínez T, Duda-goitia-Otaolea JL, Castillo-Arenal C. ¿Existen diferencias entre los pacientes médicos o quirúrgicos críticos que ingresan en una Unidad de Medicina Intensiva (UMI)? Med Intensiva. 2005
- INFORME BELMONT. Principios y guías



éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, Traducido al castellano por Bioeticaweb, 8 de abril de 1979, Consultado el 30 de Julio de 2008.

- Mosso, L., & Lavados, M. (2007). Suspensión de Tratamientos y Orden de No Resucitar. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Tapiero, A. (2003). La sedación terminal. Aspectos éticos. Anales de Medicina Interna, 645-649.
- Torre, J. (2006). La Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Madrid: Comillas.
- Vázquez, A. (2009). Antropología Médica. Madrid.
- Verdugo, S. (2019). Revisión sobre la Sedación y los Cuidados Paliativos Enfermeros en . Revisión sobre la Sedación y los Cuidados Paliativos Enfermeros en . Cantabria, España: Facultad de Enfermería.



LA ENFERMEDAD Y LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO. ASPECTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS

La experiencia de enfermar y más aún de llegar a un estado crítico que requiera el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, se puede caracterizar como una experiencia de crisis, de ruptura; ésta hace referencia no solo a deterioro o decadencia sino a la alteración, cambio y transformación radical de todo el ser, no solamente en lo que concierne al cuerpo sino de todo el conjunto estructural, en el orden psicológico, social e incluso espiritual. Lamentablemente cuando esta sana la persona apenas se da cuenta de su estructura corporal, de que vive en ella y de que, gracias a su funcionamiento se desplaza de un lugar a otro, realiza múltiples actividades y se comunica con su alrededor.

La enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas, corporales, psicológicas y axiológicas.

La enfermedad se convierte en un hecho psicológico: afecta lo emocional; se da una alteración

de la imagen; una transformación de la apropiación corpórea, del sentido del humor y de la consideración de uno mismo. En la enfermedad hay una ruptura de la integridad; el paciente oscila entre la dependencia y la independencia; su cuerpo enfermo pierde vigor y coraje para resolver problemas y enfrentar la enfermedad. La guerra entre el optimismo y la lamentación ponen al paciente inestable y de mal humor; sus estados de ánimo se tornan ambivalentes; los valores pueden cambiar a medida que se va enfrentando a pruebas reveladoras de algún diagnóstico definitivo. Tal vez su única fortaleza estaría en permitir que otros lo cuiden, le ayuden. (Hernández, 2014)

La enfermedad, también, altera las circunstancias que le rodean y sus relaciones interpersonales, modifica su estilo de vida, sus roles, sus relaciones, porque le obligan a estar aislado; se truncan los proyectos y se centran en la enfermedad; lo que era urgente pasa a un segundo plano, lo prioritario es la recuperación.

Además, lo espiritual y los valores personales se pueden alterar, transformar o intensificar cualitativamente. En la enfermedad se mantienen la identidad y la intimidad, pero el modo de comprender la existencia y la vida se transforma. Cada ser humano padece y vive la enfermedad desde su subjetividad.

En este sentido se vuelve relevante revisar como el enfoque humanista y de respeto a los preceptos de la bioética son fundamentales de tener en cuenta en la atención a los pacientes gravemente comprometidos.

En el ámbito de la Medicina crítica o Medicina intensiva, destinada al logro de los objetivos definidos por la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva para el paciente crítico que son: a) mantener una vida de calidad; b) aliviar el sufrimiento; c) evitar riesgos de este grupo de pacientes; d) restaurar la salud y d) Respetar los derechos de los pacientes, *la bioética demanda al especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, que la valoración estrictamente técnica de los "hechos" científicos sea complementada con la estimación paralela de los valores acompañantes, públicos e individuales. La adición de estos "valores" trata de conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios en salud.* (Vera, 2015)

En las últimas décadas los adelantos en la tecnología han permitido disminuir las tasas de mortalidad y mantener la vida de los pacientes

que anteriormente muy seguramente habrían fallecido, los métodos utilizados han sido una de las causas del surgimiento de la Bioética aplicada a la medicina crítica. Uno de los principales problemas éticos a los que se ven abocados los profesionales de la salud en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es la decisión de retiro de tratamiento vital. El retiro o no inicio de un tratamiento está basado en una decisión que respeta la voluntad o al menos la presumida voluntad del paciente la decisión terapéutica y el desafío de no permitir el sufrimiento del paciente con medidas de ensañamiento terapéutico.

Ante los problemas Bioéticos que ocasiona esta “revolución tecnológica”, especialmente en la medicina intensiva y el poder y el control de los profesionales sanitarios sobre la vida y la muerte, uno de los problemas más importantes que se plantea para enfermería es asegurarse de que las decisiones referentes a mantener con vida o implementar medidas de restricción terapéutica en un servicio de Cuidados Intensivos, se tome con criterios racionales y éticamente respetuosos a los valores y derechos de los pacientes.

Como la muerte es una posibilidad diaria y presente en las unidades de cuidado intensivo, no se puede dejar de lado el tema de morir dignamente, pues además este hecho se ha desplazado del hogar a las instituciones hospitalarias, dejando de ser un proceso natural. Es una obli-

gación del profesional de enfermería liderar el respeto de los derechos del enfermo terminal, los cuales contribuyen a una muerte digna adecuadamente entendida. (Gómez, 2009)

En esta época de modernidad el profesional de enfermería se enfrenta a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica. La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas considerando muchas veces al paciente como un mero diagnóstico y sujeto a criterios de eficiencia y utilidad. La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, sólo es válida aquella que tiene cierta calidad, según unos parámetros: desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida. (Vera, 2015)

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es, en este sentido, sinónimo de salud.

El profesional de enfermería vive una carga emocional y laboral que le afecta la forma de cuidar a los pacientes graves como también terminales y le puede causar pérdida del bienestar en la actividad profesional, hasta el desequilibrio emocional, en el que se experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre. La inversión de esfuerzos y energías que no se ven reflejados en la recuperación del paciente, o que no corresponden con el grado de satisfacción esperado, va en detrimento de la utilización de la experiencia para tomar las mejores decisiones, para buscar caminos de mayor autorrealización, de actualización, de exigir reconocimiento a la labor desempeñada.

Hoy en día muchas cosas generan estrés en las Unidades de Cuidado Intensivo: los conocimientos y el uso de nuevas tecnologías; las relaciones interpersonales; la naturaleza de los pacientes a los que se les presta atención; el ambiente físico del trabajo; las condiciones salariales, administrativas o burocráticas; los procesos nuevos de gestión; los eventos críticos a los que se enfrenta en una unidad de esta índole. (Hernández, 2014)



El profesional de enfermería es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento que generan sentimientos de miedo e impotencia, de soledad, de excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, de vivir en este sentido un duelo tras otro; considera que los cuidados son inmediatos porque debe estar en condiciones de responder las demandas de los pacientes y olvidarse de sus necesidades personales, las obligaciones que le demanda la profesión en la cual el acento se pone sobre el bienestar del otro. Hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética, emplear los recursos de la ciencia de tal modo que se obtenga un uso correcto. No solo existe un conocimiento científico que indaga sobre lo material de los hechos, sino que en toda tarea científica hay unos valores humanos que están en juego. Uno de estos caminos lo ofrece la bioética. A través de la reflexión a partir de principios, el profesional de la salud puede encontrar respuestas a las inquietudes generadas por su actuación laboral cuando ella está sometida a las contingencias arriba mencionadas. (Vera, 2015)

Dentro de los factores que afectan a la enfermera con una alta carga emocional en su trabajo en UCI, se encuentran los siguientes:

- Frecuencia y tiempo prolongado dedicado a la atención de pacientes críticos.
- Estrés causado por sobrecarga laboral.



- Poca o nula participación en la toma de decisiones.
- Riesgo de contaminación y/o afectación psíquica por condición de pacientes.
- Adaptación permanente a nuevas tecnologías y necesidad de actualización de conocimientos.

Por otro lado, la enfermera en estas áreas se enfrenta a dilemas éticos cuando se encuentra ante situaciones en las que no está segura de que las decisiones se deben tomar sean las acertadas. Aparecen cuando en el medio asistencial, en estas unidades se viven experiencias que pueden crear dudas en las definiciones, tanto en el equipo multidisciplinar como en el paciente y la familia. Tomar decisiones en una unidad crítica es un proceso complejo que puede darse en dos situaciones: una en la que la toma de decisiones pueda hacerse sin premura y otra donde las situaciones de emergencia y riesgo vital precipiten hacia situaciones que favorezcan la aparición de dilemas éticos en el equipo multidisciplinar. *Cuando se habla de dilemas éticos en paciente críticos, se refiere de manera específica la limitación del ingreso en UCI y la limitación en el inicio de determinadas medidas de soporte vital*

PROBLEMAS BIOÉTICOS ABORDADOS DESDE EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

Los problemas Bioéticos de enfermería más frecuentes con pacientes críticos en las unidades de Cuidados Intensivos y enfocados dentro de los principios fundamentales son:

El derecho a la confidencialidad: Partiendo del hecho de que la historia clínica le corresponde al paciente, aunque los profesionales de salud la utilicen, la custodien y accedan a ella con toda libertad no se puede ni debe ventilar su información y violentar su intimidad. También entra en este derecho el respeto a la confidencialidad (sobre todo a las enfermeras por la proximidad con ellos) y por la confianza profesional que depositan en momentos de soledad o desesperación.

Derecho a la información: La información, especialmente la médica, ha de ser compartida por la enfermera para que sepa en cada momento lo que se le ha señalado al paciente y a la familia, pues en muchas ocasiones recurren al profesional de enfermería para clarificar información que no ha sido entendido; pero también se debe considerar el deber de información

específico de enfermería, que es el de explicar sobre los cuidados y procedimientos que se van a realizar, como también las molestias y consecuencias que con ellos se podrían causar.

Derecho a la elección, a la negativa y alternativa de tratamientos: No se debe olvidar nunca que el “paciente” puede disponer de su propia vida y tiene derecho a elegir la asistencia sanitaria e incluso a rechazar el tratamiento indicado si no está de acuerdo con él, pero solo si es autónomo para lo cual ha de estar bien informado de todo lo relacionado con su condición. Lamentablemente como paciente crítico su autonomía se ve afectada por la sedación o pérdida de la conciencia y la toma de definiciones queda relegada a la beneficencia del familiar y /o profesional sanitario.

Derecho a la delegación en un representante familiar o tutor legal: Como ya se señaló normalmente los pacientes ingresados en UCI no son autónomos, son incompetentes para decidir por ellos mismos, suelen estar intubados y los que no lo están, suelen tener tal estado de miedo y de confusión que es la familia o tutor los que deciden, por lo tanto, la comunicación e informes se ha de dirigir a ellos y respetar sus decisiones.

Respeto a la intimidad y a la privacidad: Estos principios están basados en la dignidad humana. La privacidad provee al individuo de un límite entre su vida y la de otros, entre su “yo y la otra gente”, provee respeto y protege la libertad. El respeto a la intimidad hace referencia por una parte al derecho que tiene el paciente a que no invadan esa intimidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para él resulta incomunicable, y se traduce en el acceso limitado a la información; por otra parte, el respeto a la intimidad implica dar al paciente el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, al obrar así se le da primacía a su libertad.

Respecto a la privacidad hay que distinguir dos formas: una relacionada con la privacidad de la persona, y otra con la privacidad de la información. Es necesario comprender que, dadas las circunstancias de enfermedad, el territorio o espacio propio del paciente es su cama o su cuarto: tanto el profesional de salud como los visitantes deben respetar este espacio, que es parte de su privacidad, procurando salvaguardar su intimidad, evitando comentarios inoportunos, o relacionados con la institución, con otros pacientes o con problemas familiares que no puede resolver en su lecho de enfermo. Por otra parte, la privacidad de



la persona también hace referencia al “pudor” del paciente frente a su cuerpo, a su desnudez, que es parte de su intimidad, y se traduce en pedir su consentimiento cuando se debe tocar su cuerpo, y en protegerlo de miradas de terceros.

Establecer una relación de escucha: La comunicación es el eje central en el acto de cuidar y de curar. No solo debe considerarse como un acto humanizador, sino como uno de los factores decisivos, junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia de la calidad de un determinado espacio del servicio de salud. Generar un clima de acogida y respeto garantiza un mayor bienestar para el paciente y esto tiene efectos terapéuticos porque el paciente se siente cómodo, seguro, confiado.

Escuchar es un eje central del acto de cuidar, que muestra la capacidad de acogida y entrega, por eso tiene un significado, una disponibilidad para abrirse al otro que requiere espacio y tiempo. El saber escuchar es comprender al otro desde su circunstancia con amabilidad, entender el significado de sus gestos, de sus expresiones verbales y no verbales. Cuando el ser humano atraviesa circunstancias de dolor necesita ser escuchado, necesita contar a alguien lo que vive en su interior, esto exige del oyente una predisposición muy singular que equivale a vaciar fuera de sí los propios relatos, argumentos, acallar las voces interiores, sus problemas.

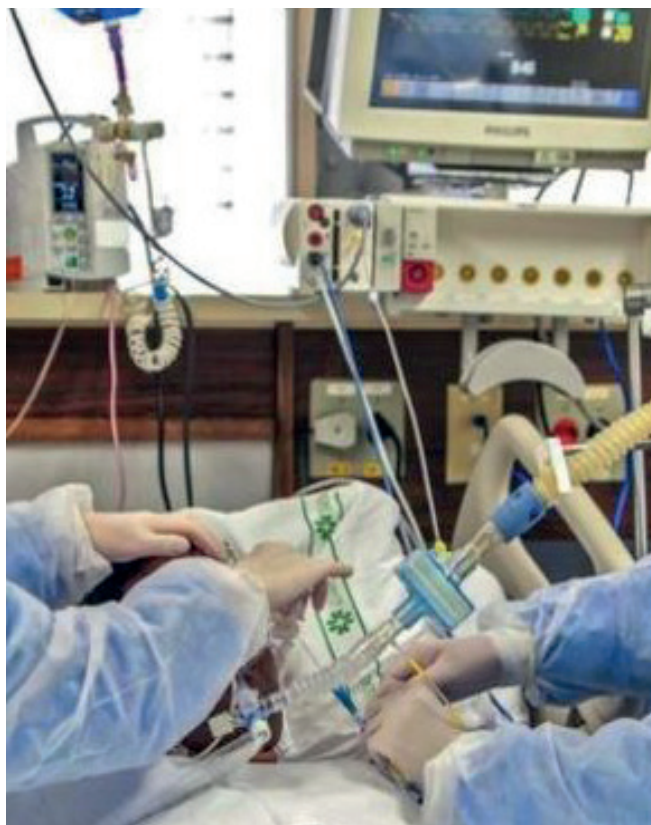
Escuchar atentamente constituye una tarea ética y hace patente el grado de profesionalidad

del cuidador y su capacidad de entrega al enfermo (Subiela, 2014).

Quien escucha a un enfermo debe generar una aproximación a través del tacto en señal de respeto y atención, al acariciar al paciente él entiende que se preocupan por él, precisamente porque es frágil necesita el contacto epidérmico de otro ser humano, de este modo no se siente sólo y abandonado.

La escucha tiene la capacidad de «aliviar» tensiones. La mayoría de las veces que un paciente y/o familia se siente incomprendido es porque no ha tenido la posibilidad de poder expresar abiertamente sus dudas y temores. Escuchando activamente damos al otro la posibilidad de compartirlas, proporcionando apoyo emocional. Escuchar supone observar al otro. Compaginando la **escucha** con la mirada **podemos transmitir acogida, inspirar confianza, proporcionar atención y habilitar a la persona manifestar lo que realmente le preocupa.** (Críticos, 2017)

El tacto se relaciona con la piel, con la vida, supera el marco verbal y es superior a la argumentación. Dada la radical vulnerabilidad requiere de ese tacto más que en cualquier otra circunstancia de su vida corriente; a través del tacto experimenta solidaridad, que le importa a alguien, y que alguien cuida de él. Esta dualidad de escucha y tacto permite que



afloran más fácil los sentimientos del paciente los cuales están guardados en lo más sagrado de su interioridad, la cercanía permite abrir ese cofre y exponerlo al cuidador, colocar en sus manos su humanidad frágil, y esta catarsis tiene un efecto terapéutico en el ser integral que le permite entenderse a sí mismo y al mismo tiempo lo fortalece.

Respetar la confidencialidad: La confidencialidad está basada en la dignidad del ser humano, hace parte de los derechos del paciente, y está encaminada a proteger la vida de la persona, al respeto de la libertad individual, y promueve la idea de igualdad.

También es la restricción en el acceso a información privada que ha confiado el paciente al agente de salud, que hace parte del compromiso de lealtad para no fallarle a la esperanza firme que el paciente tiene de que esa información no trasciende más allá.

El ser confidente es tener capacidad de escucha y de discreción, es tener tacto, saber estar a tiempo, saber en definitiva lo que se tiene que hacer y lo que no se tiene que hacer en un momento determinado. Es saber decir lo más conveniente y saber callar cuando es oportuno. Tiene tacto quien tiene la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida vulnerable del otro, quien es capaz de preservar al enfermo de cualquier intrusión ajena. En sentido metafórico el tacto es tener la capacidad de saber estar en una determinada circunstancia sin incomodar y sin resultar una molestia para la persona que ocupa dicho espacio y dicho tiempo.

Generar esperanza y fortaleza: 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.

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 conocimien-



to de sí mismo desde esta situación límite, el dolor es un medio para descubrir la razón última de las cosas. Con el dolor la vida se hace más profunda, más sincera y solidaria con los otros que sufren, más generosa, enriquece a quien lo vive.

Igualmente se debe motivar al paciente dependiendo de su condición, para que desarrolle actitudes que le lleven a reconocer todas sus capacidades para hacer frente a la enfermedad y no dejarse derrotar por ella, para visionar el futuro con esperanza (cuando esto es posible), o replantear su anterior forma de vida, aceptando lo irremediable y readaptándose a las nuevas condiciones.

En condiciones favorables también es importante impregnar a ese diálogo verdadero humor para que pueda disfrutar la vida un poco, la risa fortalece los pulmones, despeja el sistema respiratorio, es un escape emocional saludable, destierra el hastío, facilita la comunicación, ayuda a combatir la tensión y el aburrimiento.

Veracidad: Una de las labores de enfermería está relacionada con la información que ofrece al paciente sobre la enfermedad, acerca del diagnóstico, la naturaleza, los riesgos, beneficios y las recomendaciones.

Beauchamp y Childress denominan a esto competencia para la toma de decisiones, y consideran que está íntimamente ligada a la auto-

nomía: “un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores”

Conseguir que un paciente comprenda y además aprecie tanto los riesgos como los beneficios puede ser una tarea ardua y difícil. Se debe buscar la información pertinente, sin embargo, el profesional de enfermería no debe olvidar que el exceso de información puede dificultar la comprensión. Este exceso aumenta si se utilizan términos poco conocidos, o si la información no está bien organizada. Ciertos datos son irrelevantes o triviales, otros son fundamentales, probablemente decisivos. Un método que permite comunicar información novedosa y especializada a personas con pocos conocimientos en salud, consiste en establecer analogías, metáforas entre la información y los sucesos habituales o el contexto conocido por el paciente y/o su familia.

En muchas ocasiones, plantear preguntas, conocer las preocupaciones e intereses del paciente, y conseguir un clima que estimule a preguntar es más favorable para la comprensión, en muchos casos, que el sólo hecho de la información.

No abandonar al paciente: 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 tales circunstancias el profesional cede al miedo, a la pereza, negando sus servicios o huyendo de situaciones donde debería asumir un papel, o delegando a otras personas los cuidados.

En algunas instituciones de salud puede existir actos de abandono, y se discuten normas de trabajo en equipo como el repartirse a los pacientes difíciles entre todos. Por ello el compromiso de no abandonar bajo ninguna circunstancia al paciente es algo que se debe relieves en la función de enfermería como profesión de cuidadores.

Los profesionales de la salud deben combatir su tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera, con el mismo registro de comunicación. He aquí que comunicación y ética se enlazan en el diálogo, en la relación, en la deliberación, en la asociación, en la participa-

ción compartida. Hay un deber de establecer un diálogo significativo, porque éste se construye desde la realidad del paciente, un diálogo que debe ser honesto, transparente y no manipulador. Todo ello requiere creatividad, atención, consideración a la dignidad del otro. Debe existir una exigencia interna para que las acciones de cuidado estén basadas en las necesidades del paciente y no en las del profesional de la salud. (Críticos, 2017)

Cuando al profesional se le entrena para actuar de manera casi automática en las situaciones críticas, y sobre todo si esta obligación se le recalca apropiadamente a lo largo de su proceso de formación, se estará favoreciendo una respuesta adecuada. El profesional tiene no sólo el deber de comprender este requerimiento ético y legal sino de programar su conducta para responder con prontitud, de esculpir hasta donde pueda sus actitudes. El hecho de no saber cómo actuar, o la falta de pericia, obligan a la prudencia sin eximirlo de sus obligaciones.

Con todo lo anteriormente descrito, se pueden señalar algunos lineamientos que requieren las UCI para favorecer un cuidado más humano:

1. Cambios con relación al paciente: defensa de la intimidad y autoestima; respeto de los niveles de competencia (consentimiento informado); tutela de la confidencialidad; fomento de la seguridad y comodidad; respeto a los valores individuales, asistencia espiritual y resolución de sus necesidades.
2. Cambios en relación a la familia: información permanente, visita directa y presencia humana, colaboración en los cuidados, participación en la toma de decisiones y apoyo a sus requerimientos.
3. Cambios en relación al equipo de salud: creación de grupos de trabajo que facilite el trabajo en equipo; formación específica, incluyendo el fortalecimiento del área de ética y bioética; apoyo de los comités de bioética clínica asistenciales.
4. Cambios con relación al entorno: cubículo individual, luz natural, sala de espera para familiares acondicionada, área física definida para información de condición de paciente a la familia.

CONCLUSIONES

El cuidado de los pacientes en la UCI tiene un valor fundamental, pues debe enfrentar a situaciones conflictivas y dilemas éticos en el cuidado de la salud, de la vida, de la enfermedad y de la muerte. En el arte de la comunicación la práctica de la escucha juega un papel vital. parte de la premisa de que el buen profesional no se mide por lo que hace o por lo que dice, sino también y fundamentalmente por su capacidad de escuchar; para él lo esencial en la relación interpersonal no es el decir, sino el saber escuchar y actuar oportunamente.

La conducta ética del personal de salud se basa en preceptos de carácter deontológico y moral, recogidos en los códigos de ética de los diversos profesionales sanitarios, que aplicados en su diario quehacer aseguran y amparan su práctica legal.

Los profesionales sanitarios y particularmente enfermería deberían aplicar en su ejercicio principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, que constituyen las normas fundamentales que gobiernan su conducta, proporcionándole una base para el razonamiento y orientación a sus acciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- Críticos, F. C. (2017). La importancia de la escucha activa para los profesionales de la salud. *Hospital Italiano de Buenos Aires*.
- Gómez, E. (2009). EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO UNA PERSPECTIVA BIOÉTICA. *Persona y Bioética*, 145-157.
- Hernández, T. A. (2014). Revisión sobre bioética en la Unidad de Cuidados Intensivos: sobre la autonomía y el papel de los familiares y los representantes legales. *Medicina Intensiva*, 104/110.
- Subiela, J. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 276/296.
- Vera, O. (2015). ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Revista Médica LA PAZ*, 61- 71.



LA BIOÉTICA FRENTE A LOS DESASTRES NATURALES

Sin dudas, los frecuentes desastres acontecidos en nuestro país, en la región y el mundo dan cuenta de la importancia que tiene para hacer frente a estas emergencias una visión de intervención social y humana basado en principios de beneficencia, equidad, y justicia. De ahí que, como enfermera, docente de la cátedra de Bioética y consiente de la necesidad de preparar a los estudiantes con una visión propositiva y humanitaria en este ámbito de nuestra realidad, he pretendido aportar en la formación integral de nuevos profesionales que actúen con conocimiento, pero por sobre todo con valores que se hagan presentes como respuesta solidaria ante desastres naturales.

Se entiende por desastre natural a un evento repentino y grave que determina enormes pérdidas materiales y vidas humanas a consecuencia de fenómenos como erupciones, inundaciones, terremotos, tsunamis, entre otros.

Para los profesionales de la salud, estas situaciones van acompañadas de un desequilibrio fuerte e imprevisto entre las posibilidades de

intervención y las necesidades de las víctimas o personas cuya salud está amenazada, en un tiempo dado.

En este sentido se debe recalcar que vivimos una vulnerabilidad ante el cambio climático y que no es sólo un problema técnico sino también ético. El aumento de las temperaturas en el planeta es un fenómeno generado localmente, pero con consecuencias globales. Los países que más contribuyen al calentamiento global no son necesariamente los más afectados por él. En efecto, los estados más pobres de América Latina, el Caribe y el Sudeste Asiático son quienes sufren con mayor intensidad las consecuencias de un clima cada vez más impredecible y extremo. Entonces, ¿cómo repartir equitativamente los costos asociados al cambio climático? Según Francisco León, la vulnerabilidad corresponde al grado en el cual un sistema probablemente experimentará un daño debido a la exposición a un riesgo. En lo que respecta al cambio climático, se pueden identificar tres factores que determinan la mayor vulnerabilidad socio-económica de un país o región a él:

- Exposición (estímulo impactando sobre un sistema). Una misma exposición a un daño podría arrojar consecuencias distintas para dos zonas geográficamente diversas;
- Sensibilidad (respuesta del sistema a las influencias del clima); y
- Capacidad adaptativa (habilidad de un sistema para transformarse a sí mismo, de manera de estar mejor equipado para lidiar con los estímulos externos).

La capacidad tiene que ver con la infraestructura del país, con sus posibilidades económicas, con el suministro de servicios públicos y con las aristas institucionales que orienten un adecuado ordenamiento territorial. En este sentido, es fundamental que la institucionalidad del país para hacer frente a estas catástrofes se plantee tanto preventiva como reactivamente. (León, 2012) Los desastres no son eventos esporádicos, son parte del día a día de la realidad mundial y los daños que ocasionan dependen directamente de sus condiciones de vulnerabilidad. Las consecuencias son de diversa índole: físico, psicológico y social. En el área física se contempla tanto la afectación de la salud (morbilidad y mortalidad) como la destrucción de edificaciones, equipamiento e infraestructura producidas directamente por el evento; en el ámbito psicológico están todas las repercusiones que una situación crítica o traumática produce

sobre la salud mental de las personas afectadas, las cuales deben afrontar múltiples pérdidas, cuya intensidad depende de los factores protectores o de vulnerabilidad de las mismas, y en la esfera social se presenta todo un cortejo de alteraciones que van desde simples cambios en la vivienda y alteración de la situación laboral hasta franca descomposición de las redes sociales de apoyo. (Revista Médica Risaralda, mayo de 2001)

Con estos antecedentes cabe señalar algunas reflexiones sobre la Bioética y su importancia en la gestión de los desastres naturales:

“Si la Bioética es una ética de la vida no puede ser ajena a manifestar su dolor ante quienes tuvieron que sufrir terremotos y otras desgracias, para construir ahora esperanzas compartidas” (Feito Grande, 2010)

Las catástrofes naturales suponen un contexto peculiar para el debate en bioética, con conflictos y dilemas entre valores y principios éticos que se plantean de forma diferente a la atención de salud ordinaria: tienen siempre un gran impacto en la salud pública; hacen que se replantee la distribución de recursos sanitarios; cuestionan las políticas actuales en materia de educación sanitaria, prevención y gestión de emergencias; cuestionan las prioridades; precisan enfoques amplio e interdisciplinarios; revelan la importancia de la cooperación mundial en la investigación y obtención de datos fiables (León, 2012)

Así como la Bioética Clínica asume la realidad concreta, la respuesta social y de los profesionales de la salud a desastres hace necesario enfrentarlos como situaciones que nos interpelan en la búsqueda de respuestas que se fundamenten en valores y principios, desde una ética de la responsabilidad.

Actualmente se discute la necesidad de evaluar cuál es la norma más conveniente al tomar decisiones en una situación de desastre, como la norma utilitaria de usar recursos para maximizar las vidas salvadas en contraposición a la norma basada en tratar equitativamente a la población. Este trabajo pretendió enumerar algunos principios éticos útiles en las urgencias médicas, brindar información actualizada sobre la influencia de la ética en la atención médica ante un desastre y presentar protocolos al respecto. (Paredes & Chao, 2012)

León Correa (2012), señala tres puntos, apoyados en los principios de la bioética, en los que se divide la *responsabilidad de proteger y atender a los damnificados*, que podemos aplicar

también a esta cultura anti-sísmica: a) prevención, b) reacción y c) reconstrucción.

También la Bioética debe contribuir a la construcción de esperanzas desde la clarificación de los valores que se hacen presentes en las respuestas solidarias de personas, instituciones y países que concurren con su ayuda y apoyo.

La bioética ha operado, de manera general, a la luz de cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; algunos autores añaden además lo de honestidad y eficiencia. Sin embargo, la base de todos ellos son los derechos humanos, la democracia y los deberes que cada uno de los actores debe ejercer, los que en última instancia son los ejes de la propuesta. En el caso de los desastres estos principios se aplican tanto en las etapas de atención y recuperación como en las de prevención, preparación y mitigación.

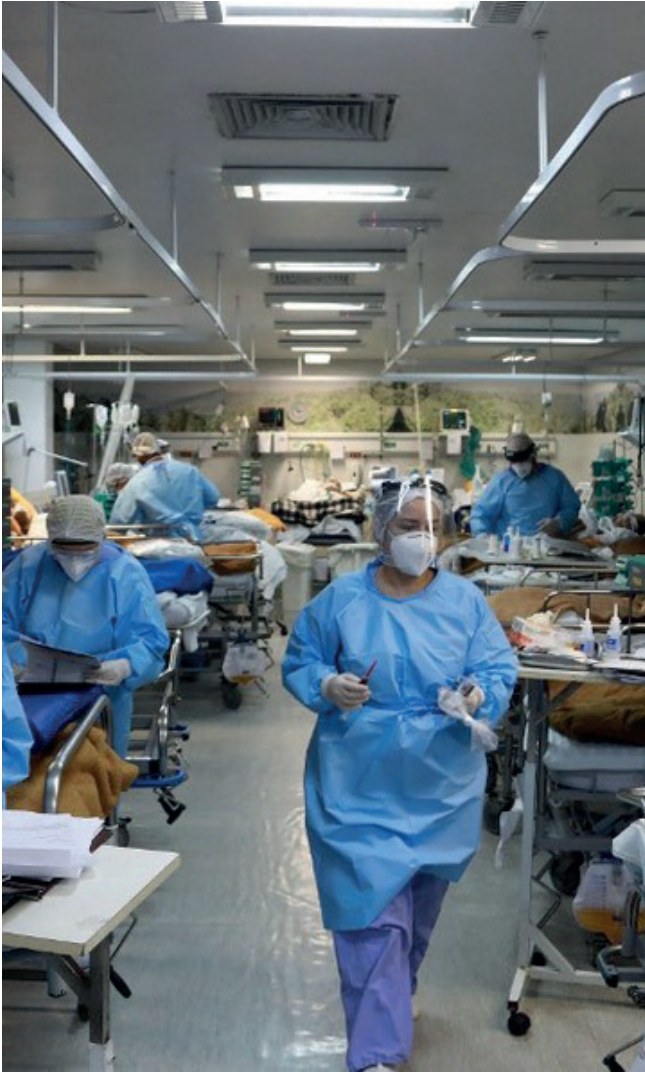
Todos los desastres tienen en común, miradas desde la Bioética y la necesidad urgente de priorizar principios. Lo primero que pensamos es que estas situaciones nos desafían obligándonos claramente a mirar el bien común por sobre el bien individual. Y esta es una mirada especialmente difícil frente al sufrimiento personal o de una persona a quien queremos o tenemos la obligación de ayudar.

Por eso la mirada de bien común resulta aún más complicada en la práctica para los profesionales y personal sanitario, acostumbrados a buscar el beneficio individual del enfermo, lo que frecuentemente denominamos “el mejor interés” del enfermo. Es el conflicto de principios de Justicia y de Beneficencia.

En la teoría esto resulta claro y relativamente fácil de comprender, pero en la práctica no tomamos decisiones individuales fundamentadas primariamente en problemas de recursos. Podría decirse que el profesional sanitario basa sus decisiones en Beneficencia, evitando dañar y respetando la autonomía del enfermo, y los gestores y autoridades son quienes más deciden en el marco de la justicia distributiva.

Sin embargo, en situaciones de desastres, las decisiones ante casos individuales necesitan subordinarse a las necesidades de bien común, priorizar la Justicia por sobre la Beneficencia, aún ante casos individuales.

Los principios bioéticos, importantes y de gran utilidad instrumental, no permiten considerar to-



dos los aspectos éticos de las situaciones que analizamos. Es necesario al menos enumerar otros principios y valores en juego en la decisión es que se toman en las respuestas a los desastres. Ellos son:

- Valores personales: Las virtudes y valores de cada persona y de cada profesional o trabajador sanitario, como honestidad, benevolencia, coraje y prudencia, constituyen evidentemente la base de sus respuestas.
- Deber moral de tratar: este deber nos obliga a tratar al herido o al enfermo postergando necesidades personales, hecho que se hace a veces dramáticamente real en situaciones de desastres
- Deber de respuesta de instituciones de salud: tienen de manera urgente el deber social de responder de manera eficiente a las nuevas necesidades, en condiciones de graves daños en sus instalaciones, como se hizo evidente en muchas ciudades y pueblos de Manabí en el último terremoto del 2016.
- Deber de respuesta de instituciones académicas: en particular sus facultades de medicina o ciencias de la salud tienen una responsa-

bilidad social que, al igual que las instituciones sanitarias deben asumir con urgencia y eficiencia, pero también con su propio espíritu creativo, docente y de investigación que genere respuestas y experiencias que se proyecten en el tiempo.

- Postergación personal: descrita por Pellegrino como una de las virtudes propias del profesional de la salud, aparece frecuentemente más como un ideal que como una obligación básica, esta vez ante la emergencia de daños y sufrimientos masivos, deberíamos considerar la postergación personal como parte de una ética de mínimos, por lo tanto, obligatoria y no heroica.
- Compasión: otra virtud propia del profesional de la salud lleva a una respuesta empática y generosa, pero no basta con estas valiosas condiciones afectivas o emocionales, requiere ser además imparcial y equitativa, lo que se ha descrito como “compasión objetiva”.
- Respeto sin discriminar: en circunstancias de emergencias masivas es perentorio reconocer iguales derechos y respeto a todos por igual, sin perjuicio de establecer los criterios de selección necesarios
- Capacidad para decidir en urgencias: se trata de una competencia que exige condiciones de serenidad, coraje y prudencia.

Los valores y principios están en juego no sólo para las decisiones y actos de los profesionales de la salud sino para todos quienes actúan, lo cual incluye a voluntarios, autoridades locales, autoridades de gobierno y evidentemente a los damnificados por los desastres. La responsabilidad de actuar de manera justa y solidaria, incluyendo todos estos valores, corresponde a todo ciudadano. De ello depende en gran medida la posibilidad de superar los daños, paliar el sufrimiento y reconstruir no sólo lo material sino los valores, la convivencia y la posibilidad de mejorar la estructura social.

La aplicación concreta de estos principios y valores alcanza su expresión mayor y a la vez puede ser la más difícil o dramática en los criterios de selección de personas a quien atender.

Nuevamente es necesario aplicar criterios éticamente adecuados para estas decisiones, criterios que son necesariamente “utilitaristas”: los intereses y derechos individuales deberán estar subordinados al bien común, es necesario salvar el máximo número de vidas sin discriminar, es posible aplicar criterios de salvar el máximo posible de “años de vida” y posiblemente considerar el factor edad privilegiando a los más jóvenes.

Por otra parte, algunos grupos, por su valor “instrumental” deberán ser atendidos antes, como es el caso de personal de emergencias y los prestadores de salud necesaria para atender este tipo de situaciones.

Otro aspecto importante a considerar es el agotamiento de los profesionales y personal de salud, así como también el de los voluntarios.

En esas circunstancias los profesionales y trabajadores de la salud necesitan enfrentar la urgencia y mayor demanda de atención, asumiendo además el riesgo de ser contagiados y de contagiar a su familia por epidemias generalizadas. La respuesta por lo tanto exige extremar las medidas preventivas para disminuir el riesgo, pero la virtud de postergación personal se pone a prueba y, por razones de bien común, se hace también más exigible.

Los profesionales como los voluntarios deben estar preparados para responder no solo en lo técnico sino también en lo ético, dimensiones que son inseparables. Exige cumplimiento de valores y plantea el desafío de mantener en el tiempo la respuesta y apoyo a los afectados por las catástrofes. Pero no basta con prolongar los apoyos asistenciales, se hace necesario asumir las insuficiencias de infraestructura o de organización social que se hacen evidentes en estas situaciones, generando creativamente proyectos de mediano y largo plazo que conduzcan a sociedades más justas. De esta manera se ponen a prueba nuestros principios, nuestros valores y nuestra capacidad de respuesta en situaciones de desastres.

Las catástrofes naturales exigen un contexto diferencial para el debate en bioética, con conflictos y dilemas entre valores y principios éticos que se plantean de forma diferente a la atención de salud ordinaria: tienen siempre un gran impacto en la salud pública; hacen que se replantee la distribución de recursos sanitarios; cuestionan las políticas actuales en materia de educación sanitaria, prevención y gestión de emergencias; cuestionan las prioridades; precisan enfoques amplio e interdisciplinarios; revelan la importancia de la cooperación mundial en la investigación y obtención de datos fiables.

Un primer aspecto, es *no dañar más*, no aumentar el daño ya causado, *la no maleficencia*. Las catástrofes inician una reacción multidisciplinaria que pone en marcha numerosos tipos de ayuda, que van desde los transportes y aprovisionamiento de alimentos hasta la atención

médica, pero siempre dentro de un marco de seguridad. Estas operaciones necesitan una autoridad eficaz y centralizada que coordine las acciones públicas y privadas.

Los escasos recursos médicos y/o la desorganización en terreno y el aumento de heridos en poco tiempo, crean un verdadero problema ético según la Asociación Médica Mundial (AMM), sobre todo en “la selección de las medidas médicas y las prioridades en el tratamiento y administración basados en un diagnóstico rápido y un pronóstico para cada paciente.

Cuando se toma decisiones en presencia de recursos escasos, la noción utilitaria básica de suministrar lo mejor para la mayoría de la población es el punto inicial de predominio en la bibliografía sobre ética, que se relaciona con el control de bajas masivas y cuya “meta” ha sido interpretada como la salvación de la mayor cantidad de vidas, sin otra especificación ética, con el alcance de las personas salvadas como principio de proteger las vidas humanas. (Paredes & Chao, 2012)





También es un delicado problema de justicia, en el primer momento de la atención, *la selección de las víctimas* según su situación clínica de mayor o menor gravedad. Es uno de los principales retos éticos para el médico, que debe afrontar las decisiones de “*triage*” conforme a su “deber de no insistir a cualquier costo y tratar a personas en urgencias sobrepasadas y así desperdiciar recursos escasos necesarios para otras víctimas. La decisión de no tratar a una persona herida, por las prioridades que establece la catástrofe, no puede ser considerada como una falta en la ayuda a una persona en peligro de muerte. Es justificado cuando se intenta salvar la máxima cantidad de personas. Sin embargo, el médico debe tener compasión por esos pacientes, ayudarlos y respetar su dignidad, por ejemplo, aislándolos y dándoles calmantes apropiados”. (Paredes & Chao, 2012)

Es prioritario desde el abordaje ético que la intención del profesional de salud sea salvar la mayor cantidad de vidas humanas, y en lo posible realizar cuidados paliativos con los que ya no pueden restablecerse. En ningún momento de la Declaración de la AMM se justifica la intervención del médico para acelerar la muerte de esos pacientes ya irrecuperables por compasión, que

sería eutanasia, sino únicamente ayudarlos, aislarlos, y realizar sedación terminal si es preciso, para ayudarlos a afrontar la muerte sin dolor, sin intenciones de cometer eutanasia.

En una crisis sanitaria hay que realizar un trabajo técnico impecable; hay que dedicar mucho tiempo y esfuerzo al trabajo con los medios de comunicación; y, lo que se suele llevar peor, hay que afrontar la utilización política de las crisis. Desde la bioética, correspondería a la aplicación del *principio de justicia: investigar para mejorar el conocimiento* de las catástrofes y sus efectos en la salud pública; adoptar una *actitud y política proactiva, priorizar las políticas de las medidas de prevención*; establecer un *uso crítico del principio de precaución en la evaluación de riesgos*; potenciar la educación ambiental; la participación política de todos en las soluciones y la rendición de cuentas de lo realizado; y finalmente, promover las *iniciativas solidarias y la labor de las instituciones de cooperación* mundial en políticas de sostenibilidad.

Se sabe que el principio de autonomía cede en situaciones de urgencia ante la necesidad imperiosa de implementar acciones que salvaguarden la vida del paciente. Pero enseguida hay que considerar el deber ético ligado al respeto por la autonomía del paciente de promover como profesionales de la salud su competencia, y en el caso de catástrofes, la participación de las personas y poblaciones afectadas lo más posible, de forma que promovamos su autonomía y movilicemos los recursos positivos que tienen.

Finalmente es prioritaria la solidaridad. Es parte del principio más general de beneficencia, e imprescindible complemento de la justicia en el actuar moral. Aunque lo indicamos en el último lugar, es precisamente lo que motiva la respuesta moral. La compasión por el desastre que han sufrido otros fundamenta nuestra respuesta ética, nos pone en el lugar del otro, nos mueve a compasión, pero además nos interpela íntimamente porque nos construimos moralmente en la interrelación con los demás, y el rostro de los que sufren exige de nosotros una respuesta de cuidado del otro. (León, 2012)

La protección social se logra activando y fortaleciendo las redes sociales y los mecanismos comunitarios que reducen los riesgos y satisfacen necesidades inmediatas. La protección es una responsabilidad colectiva de los Estados, las poblaciones afectadas y quienes prestan asistencia humanitaria. En gran parte se logra cuando los residentes locales se organizan entre sí

para responder a las amenazas, y por ende, cobran conciencia de que pueden valerse por sí mismos y pueden contar con mecanismos sostenibles de defensa de sus derechos.

Concluyendo, el enfoque de la bioética en la atención de desastres debe perseguir entre otros los siguientes objetivos y acciones:

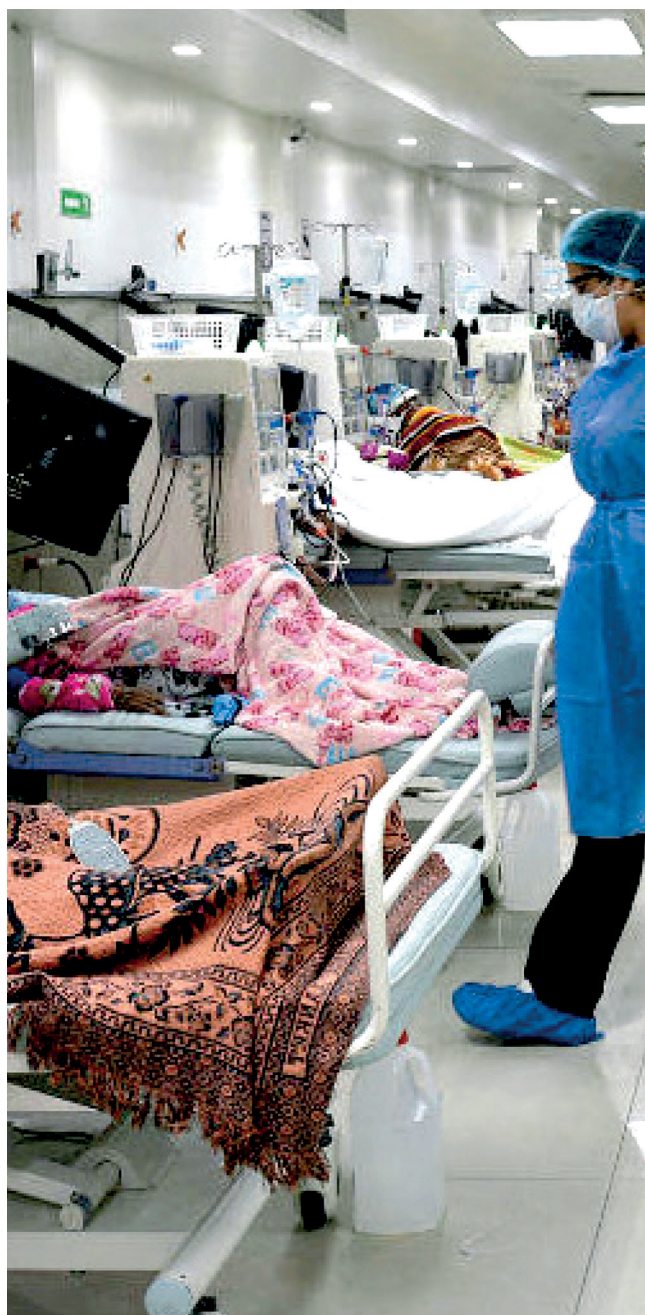
- Construir colectivamente los parámetros de las relaciones e implicaciones entre la bioética y la atención de personas afectadas por desastres.
- Crear una cultura bioética entre los trabajadores de la salud, las personas que prestan asistencia en desastres y los miembros de las comunidades en riesgo, donde se establezcan derechos y deberes de unos y otros.
- Profundizar en la importancia de la creación de los comités de ética en desastres.
- Impulsar la inclusión de la bioética en todas las investigaciones en emergencias y desastres.
- Tener en cuenta respuestas mínimas imprescindibles:
- Promover los derechos humanos y la equidad
- Propiciar la participación de las poblaciones afectadas: promover la competencia y autonomía
- Aprovechar y maximizar los recursos y capacidades disponibles
- Constituir sistemas de apoyo integrados
- Propiciar protección social y jurídica de los damnificados
- Ante todo, no causar daños no intencionales

Si el día de hoy no supimos ayudar a nuestro prójimo, mañana nadie nos dará una mano que nos ayudará a levantarnos

BIBLIOGRAFÍA

- Feito Grande, L. (2010). La responsabilidad de la bioética. Bioética Complutense, Boletín Nro. 2.
- Gómez, J. (2017, octubre, 2) Motivos y razones en la toma de decisiones, Revisado de <https://youtu.be/L20rw28Srk>
- León, F. (2012). Después de un terremoto. Ética médica, 108/ 112.
- León Correa, F. Temas de Bioética Social. Fundación Interuniversitaria de ciencia y vida. Santiago de Chile. 2011

- Paredes, J. C., & Chao, S. (2012). Consideraciones éticas sobre la atención médica en situaciones de desastre. MEDISAN, 1295 - 1305.
- Revista Médica de Risaralda. Mayo. Colombia. 2001
- Servicio Sismológico Nacional. Revisado en <http://www.ssn.unam.mx> revisado 4 de octubre 2018
- <https://www.bcn.cl/observatorio/bioetica/noticias/gestion-de-desastres>
- <https://www.bcn.cl/observatorio/bioetica/noticias/desastres-naturales>





MEMORIAS DE LA GESTIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA SUBDECANATO



**DISCURSO DE INAUGURACIÓN
DEL 1^{ER} CONGRESO INTERNACIONAL
CONMEMORATIVO UCE 400 AÑOS: LA
SALUD DURANTE Y DESPUÉS DE LA
PANDEMIA POR LA COVID-19,
UN ABORDAJE ACADÉMICO
MULTIDISCIPLINAR**

25 DE ENERO 2021



La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador tiene como misión formar profesionales críticos en el campo de la salud con competencias éticas, humanísticas, técnicas, científicas y de investigación, bajo esta ruta a seguir el Subdecanato y su Comisión de Educación Continua vienen trabajando desde agosto en la organización del Primer Congreso Internacional Conmemorativo UCE 400 años: La salud durante y después de la pandemia por la Covid-19, un abordaje académico multidisciplinar.

Para la facultad es un honor haber trabajado arduamente con un doble objetivo al coincidir la conmemoración de los 400 años de nuestra Alma Mater en donde, que mejor que celebrarla con un evento académico de alto nivel que a su vez responda a las necesidades reales del momento frente a esta pandemia que nos ha afectado no solo en el ámbito sanitario, sino también crucialmente en los aspectos éticos, sociales y económicos a nivel mundial.

El objetivo del evento fue generar un encuentro académico para el abordaje, la reflexión, discusión y manejo de la pandemia de COVID-19, en correspondencia con el desarrollo científico-técnico de los profesionales de las ciencias de la salud, para ser incorporadas en una práctica humanista, científica y tecnológica en el campo sanitario.

El congreso abordará la pandemia desde la multidisciplinariedad pues partiendo de que la FCM está conformada por 5 carreras que son: medicina, enfermería, obstetricia, radiología y laboratorio clínico e histotecnológico; cada una de ellas con un objeto de estudio diferencial y que en esta época de la pandemia su rol e intervención han sido fundamentales.

Este congreso es un espacio de intercambio de ideas entre diferentes actores para fortalecer o proponer el camino a seguir en el escenario del momento de la pandemia y de la post pandemia, ya que cada día se genera nueva información clínica, epidemiológica y terapéutica, por ser una enfermedad de reciente aparición, pero cuya rápida progresión ha obligado a que la enfermedad debe ser manejada de manera interdisciplinaria.

Para la Carrera de Medicina es una oportunidad ya que la coloca en una posición de privilegio en el manejo clínico de los pacientes con COVID-19 y se constituye en un pilar fundamental para enfrentar a la pandemia, sin embargo para la gran mayoría de los profesionales de la medicina, de diferentes países del mundo, este es un momento trascendental, debido a que no solamente existe la incertidumbre sobre el manejo del paciente, sino que se enfrenta al temor que implica el contagio y la enfermedad, ya que tienen la responsabilidad de contribuir con la construcción de un nuevo puente entre el desarrollo de sus competencias profesionales y el cuidado del paciente sin renunciar a su bienestar e integridad personal.

La imagenología como auxiliar diagnóstico de enfermedades respiratorias tiene una gran relevancia en los sistemas sanitarios del mundo, y al ser el aparato respiratorio el primero en afectarse ante una infección por COVID-19, algunas técnicas de imagen han cobrado relevancia en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, sobre todo en lugares donde inicialmente sobrepasa la cantidad de sospechosos o existe deficiencia de las pruebas de referencia diagnóstica.

El papel del laboratorio clínico se extiende mucho más allá del diagnóstico etiológico y la vigilancia epidemiológica; ciertos parámetros analíticos se

usan para evaluar la gravedad de la enfermedad, definir el pronóstico, guiar el tratamiento y para el monitoreo terapéutico constituye una de las partes esenciales en el proceso de toma de decisiones clínicas, de hecho, numerosos estudios refieren que más del 80% de estas decisiones se basan en datos proporcionados por el laboratorio, interviniendo, además, en el tamizaje, diagnóstico, valoración, pronóstico y monitorización de la mayoría de enfermedades.

La enfermería adquiere un rol protagónico al liderar la llamada primera línea no solo por el cuidado directo a pacientes, sino también por su labor imprescindible, dedicación, entrega con conocimientos científicos, experiencia y competencias profesionales, que ha puesto al servicio de la comunidad, realizando además acciones de prevención para proteger y mantener la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general.

La obstetricia inmersa en la problemática actual debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19, y aunque considerando que el virus SARS-CoV-2 tiene reacciones menos adversas en la mujer embarazada y su recién nacido que otros virus de la misma familia. Sin embargo se estima que la mujer gestante infectada y su neonato deben ser identificados y valorados precozmente, de manera individual y multidisciplinar, para prevenir resultados adversos y complicaciones. A la luz científica existen discrepancias acerca del manejo del recién nacido de la mujer gestante infectada por COVID-19, sin embargo, la academia mediante la actualización científica es capaz de protocolizar medidas tendientes a minimizar los efectos, siendo necesaria esta unificación de conceptos.

Por lo expuesto, el manejo del equipo multidisciplinario es trascendental para el abordaje de los pacientes en el contexto pandémico desde su inicio hasta la actualidad, y promete mantenerse en la palestra del trabajo sanitario y académico por larga data, mientras la enfermedad tenga vigencia. Finalmente, la generación de ideas para delinear el camino a seguir es una misión que tenemos desde la academia. Los conocimientos y las opiniones que se generen no solamente contribuirán

a mejorar la estrategia con la que abordamos a la pandemia sino que promoverá las transformaciones que necesita nuestra sociedad.

Quiero reconocer la aceptación a ser parte de este evento de grandes expositores de renombre nacional e internacional que han aceptado acompañarnos en esta jornada; contamos con docentes de España, México, Venezuela, Chile, Colombia y Estados Unidos.

El congreso lo desarrollaremos con una programación que prevé diferentes temáticas a través de conferencias en las jornadas de las mañanas y mesas redondas para las tardes. Se lo ha estructurado en dos bloques y ejes temáticos.

Bloque I

Eje temático 1: Antecedentes sociales, políticos, económicos, culturales, epidemiológicos y sus repercusiones de la pandemia por coronavirus.

Eje temático 2: Diagnóstico de la enfermedad COVID- 19.

Eje temático 3: Intervenciones individuales, familiares y comunitarias en pacientes COVID- 19.

Bloque II: Mesas redondas

Mesa 1. Tema: Debilidades y Fortalezas de la Atención Primaria de la Salud frente a la pandemia por SARS-CoV-2: Una mirada retrospectiva.

Mesa 2. Tema: Visión Interdisciplinaria en Bioética en tiempos de COVID- 19.

Mesa 3. Tema: La pandemia por COVID-19: Retos y oportunidades en la investigación científica

Se considera otorgar un certificado por asistencia y aprobación de 60 horas virtuales, cuando se cumpla con los requisitos del 90% de asistencia y obtener una calificación de 7/10 (para lo cual se contempla una evaluación final)

Además el congreso cuenta con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y de la Asociación de Facultades Ecuatorianas Ciencias Médicas y de la Salud. (AFEME).

Señoras y Señores, bienvenidos.

INFORME Y RESOLUCIONES

**1^{ER} CONGRESO INTERNACIONAL
CONMEMORATIVO UCE 400 AÑOS:
LA SALUD DURANTE Y DESPUÉS DE
LA PANDEMIA POR LA COVID-19, UN
ABORDAJE ACADÉMICO
MULTIDISCIPLINAR**

29 DE ENERO 2021



A finales del año 2019, en el mes de diciembre se reportaron los primeros casos de la enfermedad la COVID-19 en la ciudad China de Wuhan. Los reportes oficiales indicaron que el brote inicial de la corona virus fue en un mercado de dicha ciudad, los primeros pacientes diagnosticados en ese momento fueron como casos de neumonía de origen desconocido. El patógeno que ocasiona esta enfermedad es el Beta coronavirus de ARN y causa afectaciones graves en el sistema respiratorio principalmente; por tal motivo este virus ha sido denominado Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2 o SARS CoV-2.

Para el mes de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la comunidad internacional la Emergencia Sanitaria, a causa del COVID-19, por los acelerados niveles de expansión y complejidad que alcanzó este virus, siendo en el mes de marzo declarado como pandemia de forma oficial.

Por estos motivos esta nueva enfermedad se presentó como una gran amenaza y un gran reto a los sistemas nacionales de salud, sobretodo de países con recursos económicos

medios y bajos, ya que el afrontar esta crisis conlleva una gran inversión en el sector sanitario principalmente. Por lo que, muchos países alrededor del mundo siguen intentando prevenir y retrasar el contagio de su población, para no saturar sus sistemas sanitarios, obligando en diversos periodos al confinamiento, cierre de lugares de aglomeración de personas, ordenando aislamiento físico, obligando a teletrabajo, a clases virtuales y el fomento de medidas de bioseguridad, entre otras medidas.

En este contexto la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador a través del Subdecanato y su Comisión de Educación Continua planificó y ejecutó este Primer Congreso Internacional Conmemorativo UCE 400 años: La salud durante y después de la pandemia por la Covid-19, un abordaje académico multidisciplinar, en el que además fue un honor haber trabajado arduamente con un doble objetivo al coincidir la conmemoración de los 400 años de nuestra Alma Mater en donde qué mejor que celebrarla con un evento académico de alto nivel que a su vez responda a las necesidades reales del momento frente a esta pandemia que nos ha afectado no solo en el ámbito sanitario, sino también crucialmente en los aspectos éticos, sociales y económicos a nivel mundial.

El congreso abordó la pandemia desde una visión multidisciplinar partiendo de que la Facultad de Ciencias Médicas está conformada por 5 carreras, como son medicina, enfermería, obstetricia, radiología y laboratorio clínico e histotecnológico, cada una de ellas con un objeto de estudio diferencial y que en esta época de la pandemia su rol e intervención han sido fundamentales.

Me voy a permitir brevemente señalar algunos aspectos más relevantes de los diversos temas abordados en el congreso en cada uno de los días ejecutados:

Iniciamos con un abordaje de riesgo de la salud mental de las personas, siendo la pandemia de la COVID-19, probablemente una amenaza, que supone el incremento de los casos de violencia al interior del hogar, haciendo que esta cifra crezca con múltiples efectos en el bienestar de las mujeres, su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su exposición a sufrir malos tratos en el hogar, independientemente de su edad, raza, género, orientación sexual, religión o clase social. Siendo necesario crear canales seguros para que las víctimas puedan pedir ayuda sin despertar las sospechas de sus maltratadores, como sistemas de alerta.

La pandemia también ha generado inquietudes respecto a las decisiones terapéuticas que los profesionales deberán tomar; y es así que en el ámbito de la oncología enfrenta restos y preguntas sobre el manejo de pacientes con cáncer durante la pandemia, siendo importante determinar parámetros a seguir para la atención de las personas con cáncer; a través de la elaboración de guías de manejo ante la exposición a la infección y el inicio del tratamiento o la continuidad del mismo. La atención por el equipo multidisciplinario es otra de las acciones muy importantes ya que permite una evaluación integral para la toma de decisiones y definir cuál es el mejor momento para iniciar o suspender los tratamientos, y su respectivo manejo de acuerdo a cada grupo etario, al contexto, al tipo de tratamiento y del riesgo que pudiera sobrellevar un procedimiento.

La enfermedad de la COVID-19 no es única, por tanto, el enfrentarse a patologías que deban ser resueltas en tiempos de pandemia, coloca a los profesionales de la salud especializados en cirugía en un momento crítico, debiendo establecer la resolución de las de cirugías electivas y cirugías de emergencia.

A medida que los hospitales han logrado la estabilización de los protocolos de bioseguridad de COVID-19, surge la necesidad de saber cómo se recuperarán las instituciones en la realidad quirúrgica, enfrentando muchos desafíos, para los servicios de cirugía en la atención peri operatoria óptima a los pacientes, la protección a los trabajadores de la salud, a otros pacientes y a la familia en caso de contraer la enfermedad, por tal razón los centros sanitarios han diferido los procedimientos no esenciales, la implementación de medidas peri operatorias estandarizadas a la nueva realidad quirúrgica han sido una estrategia, el uso de los elementos de protección personal es la prioridad, se incluye los tests preoperatorios obligatorios y la categorización de las patologías más importantes para controlar la transmisión de enfermedades y evitar complicaciones.

La población de adultos mayores es la más vulnerable, ya que los cambios dados por el envejecimiento fisiológico, produce fragilidad y comorbilidades, generando una condición de riesgo significativo, de complicaciones, en el diagnóstico y tratamiento, ya que la presentación de las patologías en personas mayores cursa frecuentemente con síntomas atípicos, disminución de la reserva funcional, que a su vez reduce la capacidad intrínseca y la resilien-

cia, dificultando la lucha contra las enfermedades y las infecciones. Por lo que es necesario dar prioridad en la atención terapéutica de los adultos mayores acompañada del respeto, consideración, afecto, paciencia y amor.

La pandemia puso a prueba a los modelos de salud y es la atención primaria en salud que debe basar su atención en las personas, familia y comunidades, tomando en cuenta la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado, siendo elementos irrenunciables en tiempos de crisis sanitaria y social. Este tema fue ampliamente analizado en la primera mesa redonda en donde se resaltó la necesidad de afrontar la enfermedad de forma diferente para tener una mejor gestión de la situación en el primer nivel de atención con capacidad de resolución, conocimiento de la población, conocimiento del territorio, clasificación del riesgo y estrategias de atención de la COVID- 19.

También tuvimos un abordaje de temas diferentes que pusieron de relieve la necesidad de un diagnóstico de la COVID-19 y que requiere técnicas de imagen como RX y TC que son métodos coadyuvantes, cuya principal fortaleza es permitir observar las etapas en la que se encuentran la enfermedad, la TC no puede ser considerada como una prueba de cribado para pacientes asintomáticos.

Los métodos de imagen de RX y TC que tienen un importante papel en cuanto al estadio o fase de la enfermedad, teniendo en cuenta que tanto los RX como la TC tienen limitaciones en la información del COVID-19. Los RX de tórax es la prueba de imagen de primera instancia con la sugerencia de siempre realizar dos proyecciones, aunque está limitada por su baja especificidad en la enfermedad.

Acompañado de las normas en cada unidad de salud son de suma importancia ya que permiten tener zonas diferenciadas entre pacientes con COVID-19 y con pacientes sin COVID-19, y así evitar un mayor contagio. Las medidas de bioseguridad, deben convertirse en hábitos diarios de seguridad, para evitar la transmisión del virus.

La TC es más específica y sensible para detectar hallazgos en COVID-19 al igual que es útil en la detección de las posibles complicaciones. Sin embargo, hay que considerar que estos métodos de imagen deben ser tomados en cuenta con la valoración de los síntomas del paciente y con el aporte de otras pruebas específicas de laboratorio.

La inteligencia artificial en el ámbito de la salud y en el momento que atravesamos en esta pandemia, podría minimizar el tiempo de lectura de imágenes y conceder más detalles o claridad al imagenólogo, para que este realice un diagnóstico más eficaz, por medio del estudio de datos de una pluralidad de fuentes, en vez de solo datos basados en imágenes.

Otro aspecto relevante en la actualidad es el laboratorio clínico que nos permite evaluar la severidad de la enfermedad, el pronóstico y el seguimiento a los tratamientos del SARS-CoV-2/ COVID-19. El rol esencial que juega el laboratorio clínico nunca antes ha sido tan visible como en la crisis actual.

El plasma de pacientes recuperados de infección por COVID-19 contiene anticuerpos contra SARS-CoV-2, el cual puede tener efecto de neutralización viral, y mostrar una mejoría clínica como se demuestra en varios estudios publicados.

Las medidas de bioseguridad que han demostrado mayor evidencia para la contención de la transmisión del virus son el lavado de manos, uso de tapabocas y Elementos de Protección Personal.

El impacto de la pandemia de los cuidadores familiares se ha enfocado en la concentración de esfuerzos en contener la pandemia, demostrando limitaciones para acceso al sistema de salud, así como restricciones de recursos de apoyo, incertidumbre y miedo.

La Situación de la Investigación en la pandemia fue analizada en una mesa temática muy abarcadora en donde sus participantes con gran experiencia y formación señalaron como la investigación científica ha debido enfrentar múltiples oportunidades y desafíos durante la pandemia de COVID-19 desde utilizar la capacidad de adaptación y creatividad en el diseño de soluciones para gestionar y ejecutar los proyectos de investigación en curso hasta la de detectar proyectos que no presenten factibilidad de cumplir sus objetivos, derivados de recursos limitados o impedimentos burocráticos y la naturaleza cambiante de la pandemia.

Otra mesa temática que determinó gran participación y debate fue la de Bioética con un abordaje multidisciplinar, pues en la pandemia surgen también varios aspectos médico- legales que no han sido analizados a profundidad, por lo tanto, la necesidad de los comités de ética asistenciales hospitalarios son fundamentales para aportar en la toma de decisiones frente a diversos dilemas éticos en unidades de cuida-

dos intensivos u otros servicios para atención de pacientes con COVID-19.

Los seres humanos nos hemos adaptado a esta pandemia de manera resiliente, como en otros momentos a lo largo de la historia de la humanidad que han servido para preservar nuestra especie.

En la pandemia de la COVID-19, se ha generado mucha información real y falsa, lo que dado como consecuencia una comunicación deficiente entre la población y las autoridades.

Por lo tanto, se plantea las siguientes estrategias:

- Contar con verdaderos sistemas de verificación de información.
- Tener una ciudadanía digitalmente madura capaz de entender y poder reconocer una noticia verdadera y falsa.
- Crear y divulgar campañas masivas sobre comportamientos deseables frente a la pandemia, identificando lenguajes, realidades sociales y culturales, medios de comunicación y actividades.

En un mundo que está a travesando por la pandemia de la COVID-19, la actitud ética de los profesionales de la salud debe ser la línea conductora que guía su labor diaria. Y así poder brindar una atención de calidad y con calidez ahora más que nunca.

El personal de enfermería ha sido pieza fundamental de los sistemas sanitarios en todo el mundo arriesgando sus vidas y la de los seres cercanos, para preservar la vida de la población, con fuerza, constancia, sacrificio y manteniendo su mística de trabajo y vocación en cada una de sus desgastantes jornadas.

La acción de educación de las enfermeras dentro de las unidades de salud ha sido relevante ya que son las encargadas de orientar, asesorar y educar al paciente y a su familia sobre las medidas de aislamiento, detección de signos de alarma y complicaciones, autocuidado y protección profesional con base en los recursos disponibles.

Por eso se debe reconocer el trabajo y esfuerzo el personal de enfermería en todo el mundo y de igual forma reconocer el esfuerzo de todas las personas que forman parte del equipo de salud.

Otras temáticas que abordaron el rol de enfermería en la pandemia resaltan algunos desafíos para la profesión:

- Reconocimiento a su rol protagónico y de gestión en el área de Salud.
- Oportunidades de capacitación permanente.
- Creación de incentivos económicos y de otros tipos
- Soporte legal y acompañamiento multidisciplinar
- Participación en áreas estratégicas relacionadas con las prioridades de investigación y gestión.

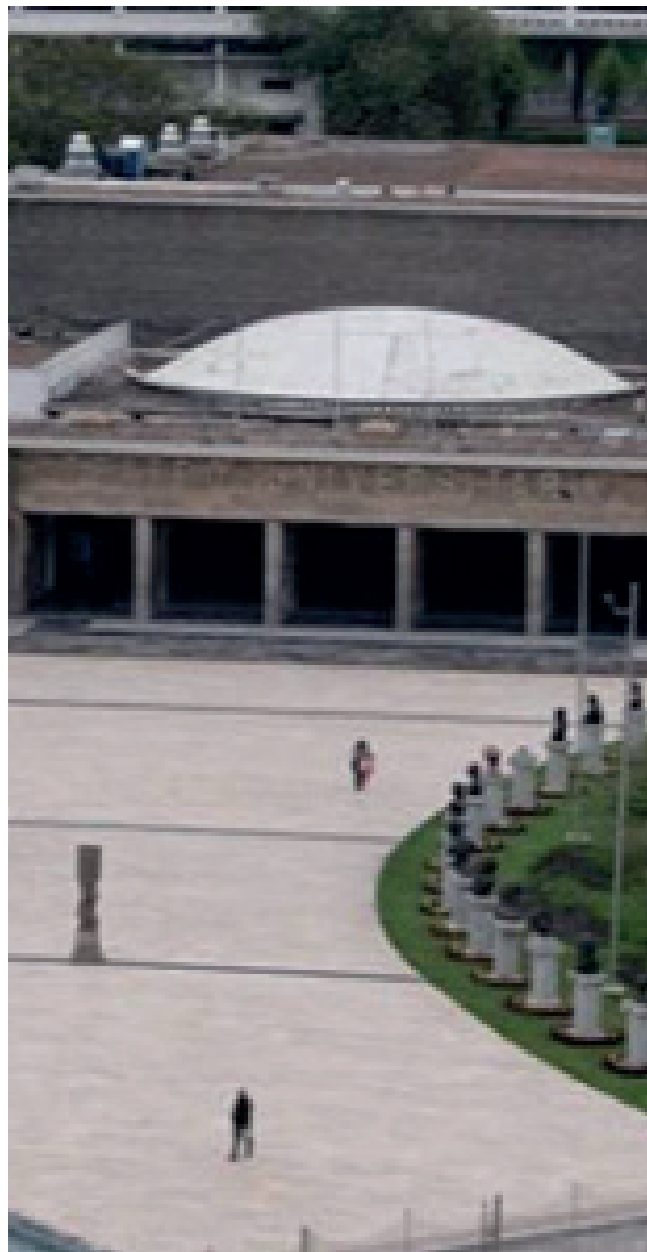
Por lo tanto, la salud laboral de las profesionales de enfermería de primera línea en la atención a pacientes COVID -19, es importante ya que está constituido sobre todo por mujeres que sufren factores de riesgo ambientales y psicosociales (turnos y horarios extenuantes, aspectos y riesgos familiares, entre otros).

En relación a las ponencias sobre el grupo poblacional madre niño, se resaltó que al parecer los niños no se infectan verticalmente en la mayoría de los casos. Aunque existe poca evidencia de transmisión vertical, si es un hecho probable en el primer trimestre, se reporta además que no es tan frecuente en el último semestre, posiblemente porque con la edad gestacional, va disminuyendo la cantidad de receptores que permiten una infección. Además, existen obstáculos físicos como el trofoblasto, una respuesta inmune en el que las células inmunes como las Natural Killer protegen al feto.

Sobre las formas de parto se observa que no existe diferencia entre el número de niños con COVID -19 positivos que nacen por parto céfalo vaginal y cesárea, por lo tanto, depende del criterio clínico la elección del parto.

Para las madres con COVID- 19, las normas de bioseguridad son las mismas que se plantean para toda la población en relación a higiene y al uso de mascarilla. Existen normas específicas como que el niño duerma a 2 metros de la madre y que se amamante directamente y se evite el uso de biberón.

En relación al niño y la lactancia materna la OMS, OPS, UNICEF recomiendan que se continúe dando de amamantar al lactante en tiempos de COVID-19 y que los gobiernos impulsen esta práctica ya que la leche materna cobra importancia en tiempos de Pandemia, porque es el alimento más relevante por los beneficios de anticuerpos y oligosacáridos. En relación a la COVID- 19 se observa menos infecciones y patologías asociadas al tracto respiratorio. De todas maneras, el manejo debe ser en conjunto: la diada madre y niño, sin separarlos. Se reco-



mienda el contacto piel con piel que previene complicaciones del neonato.

La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID- 19 es otro de los componentes importantes que debe ser tomado en cuenta, la misma que debe ser saludable y debe estar en concordancia con los derechos, con la dignidad, equidad de género. Pudiendo observarse en la pandemia aumento en el abuso, la desigualdad, embarazos adolescentes, y otros.

Los derechos de la salud sexual y reproductiva deben ser universales, de acceso libre a bienes y servicios relacionados con la misma.

Las Naciones Unidas, el Banco Mundial, entre otros indican el impacto negativo de la Pandemia por la COVID -19 en Ecuador, relacionado a las condiciones de vida sobre todo a la salud, seguridad alimentaria, desnutrición, pobreza,

dando como resultado la disminución de recursos para atender centros gerontológicos, centros infantiles, instituciones educativas, analfabetismo e inequidad.

Una presentación diferente fue la abordada por el Prefecto de Tungurahua, médico con una práctica intercultural, quien señaló que en esta provincia se observa un incremento de enfermos y fallecidos por COVID -19, por lo que se desarrolló el Plan Estratégico llamado Plan Minga por la Salud”; el que permitió la entrega de insumos de protección, arcos de desinfección, kits alimenticios y medicinas, aplicación de pruebas rápidas sin costo, visita de brigadas médicas sobre todo a las áreas rurales y en el páramo. El GAD Provincial de Tungurahua ha apoyado al personal de Salud que está en las zonas rurales y comunidades indígenas a través de la entrega de equipo de bioseguridad, se ha apoyado en el cumplimiento de los cercos epidemiológicos, la desinfección de lugares públicos y se ha realizado triaje en sitios en los que pueden producirse contagios, dando cuenta de la necesidad de una atención a pacientes COVID -19, desde un enfoque intercultural.

Un tema diferente fue el abordaje de la Crisis de la evidencia y transparencia presente en tiempos de pandemia por la COVID -19, que muestra que a lo largo de la historia se han planteado hipótesis erradas, las mismas que han sido descartadas gracias al método científico y la transparencia en el manejo de la información generada. Por lo tanto, en la actualidad, en relación al tema de medicamentos y vacunas para la COVID -19 se ha propuesto que se siga utilizando herramientas metodológicas basadas en estudios de calidad, seguridad y eficacia, además realizar revisiones, meta análisis, en la cual se incluya a un porcentaje de la población representativa tanto en número y en diversidad étnica, cultural y otros. Entonces, es importante entender cómo se construye la información y buscarla con calidad. Además, los medios de comunicación deberían ser veraces, mantenido la ética en la publicación, como es el caso de los fármacos que muchas veces no tienen registro sanitario, no se cumplen las Leyes como lo indica la Ley Orgánica de Salud, por lo que surge la necesidad de generar veedurías, espacios para debatir ya que estamos intoxicándonos por mala información.

La industria de los medicamentos investiga, reporta, publica y dice qué hacer. La supervisión y evaluación debe ser por parte de los Gobiernos. Las negociaciones deberían ser en bloque de países y responder a un bien común. Finalmente se espera y aspira transparencia en estos momentos de vacunación que debería ser masiva y en cumplimiento al principio de justicia distributiva

Para concluir, en la última jornada de la mañana se procedió a la presentación de póster y temas libres inscritos para el evento. Se genera un acta final de resultados y declaratoria de ganadores del concurso, que se transcribe textual:

En Quito, D.M. siendo los 29 días del mes de enero de 2021, se reúne el tribunal evaluador conformado por: Lic. Indira López, Lic. Martha Parra y Dra. Imelda Villota en su calidad de miembros de la Comisión Académica designadas para el Congreso Internacional Conmemorativo UCE 400 años: la salud durante y después de la pandemia de la COVID-19, un abordaje académico multidisciplinar.

El tribunal procede a realizar la selección de los trabajos científicos presentados en las dos modalidades conforme a la convocatoria: Tema Libre y Póster Científico.

Con el objeto de reconocer los mejores trabajos en cada categoría, se tomaron como criterios de evaluación los establecidos en el reglamento del Congreso, el cual establece lo siguiente: solidez científica o académica, originalidad, oportunidad y pertinencia de la información, acatamiento de las normas éticas en investigación científica, presentación de manera clara y precisa, así como una adecuada utilización de los recursos visuales.

Los trabajos seleccionados son:

MODALIDAD TEMA LIBRE:

Primer Lugar:

AUTORES:

Lincango Juiña E y Ruiz Cacay V

TÍTULO:

DEPRESIÓN Y CONFINAMIENTO POR EMERGENCIA SANITARIA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN UNA PARROQUIA DE QUITO POSTERIOR A LA SEMAFORIZACIÓN

MODALIDAD PÓSTER CIENTÍFICO:

Primer Lugar:

AUTORES:

Rivadeneira M, Salvador C y Achig M.

TÍTULO:

ALFABETIZACIÓN DIGITAL EN SALUD EN RELACIÓN CON COVID-19 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Para dar constancia de lo actuado firman el presente documento:

Comisión Académica	
Nombres del tribunal evaluador	Firma del tribunal evaluador
Lic. Indira López	
Lic. Martha Parra Aguirre	
Dra. Imelda Villota Villota Msc	

Finalmente, como responsable del evento quiero reconocer y señalar el aporte, compromiso y trabajo de quienes fueron parte de la planificación y ejecución del Congreso como integrantes de la Comisión de Educación Continua de la Facultad de Ciencias Médicas:

M.Sc. Indira López de la Carrera de Enfermería
M.Sc. Norman Olmedo de la Carrera de Radiología
M.Sc. Mayra Cruz de la Carrera de Obstetricia
Dra. Carmen Salvador de la Carrera de Medicina
M.Sc. Dany Asimbaya de la Carrera de Laboratorio Clínico e Histotecnológico
Máster Alfonso Portilla y su equipo de Ingenieros Myriam Pérez, Belén Pérez y Walter Carrera
Lcda. Erika González de Prensa y Comunicación de la FCM
Sra. Lucía Vaca Secretaria Subdecanato

Para terminar mi reconocimiento y gratitud a las autoridades de la Universidad Central del Ecuador, al Dr. Fernando Sempértegui PhD. Rector de la Universidad y a la Dra. María Augusta Espín PhD. Vicerrectora Académica y de Postgrados, como también de la Facultad de Ciencias Médicas al señor Decano Dr. Ramiro Estrella por su acompañamiento en este evento.

Quiero concluir indicando que tuvimos una audiencia diaria promedio de 450 participantes entre inscritos y por Facebook y en la semana llegamos a superar más de 22.000 reproducciones.

Aunque mi situación personal por mi condición de enfermedad me limitó las dos semanas previas al evento, he realizado un esfuerzo especial para estar presente en toda la jornada del congreso y espero haber cumplido a cabalidad con el compromiso que me impuse desde el mes de agosto del 2020 en ejecutar este evento académico de elevado nivel en estos momentos trascendentes de pandemia y por sobre todo al pretender celebrar los 400 años de nuestra Alma Mater como se merece, con un acto académico universitario de primer nivel.

Atentamente,

M.Sc. Jacqueline Bonilla
SUBDECANA FCM

EDITORIAL
BOLETÍN ESPECIAL SOBRE
VINCULACIÓN FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS

5 DE MARZO 2021

A partir del periodo académico 2020 – 2020 y en base al cumplimiento de lo que señala el estatuto universitario el subdecanato se hace cargo de la coordinación de la vinculación con la sociedad en la facultad, estableciendo la pertinencia entre las necesidades de la población y los perfiles profesionales declarados en cada malla curricular.

En este marco se generan actividades y productos elaborados por los estudiantes de las diversas carreras, bajo el acompañamiento de los respectivos responsables de vinculación de cada una de ellas.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador viene implementando desde hace 5 años el PROGRAMA “PRIMEROS 1000 DIAS DE VIDA DEL NIÑO NIÑA Y SU FAMILIA” cuyo propósito es contribuir a mejorar las condiciones de vida de la embarazada, de la mujer en periodo de lactancia, del niño menor de 2 años, de su familia y la comunidad en general, el que se cumple a través de 5 proyectos correspondientes a cada una de las Carreras. Por la pandemia del COVID-19 en el periodo académico 2020-2020 fueron desarrollados en la Parroquia de Tupigachi del Cantón Pedro Moncayo y en la modalidad virtual los diversos proyectos aprobados en las instancias correspondientes. Se ejecutó también un proyecto diferente de la carrera de enfermería denominado: Seguimiento domiciliario al recién nacido de riesgo que egresa del servicio de Neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”.

El trabajo de planificación, ejecución y evaluación se lo realiza con la Dra. Alicia Rodríguez y con cada coordinador de proyecto por carreras y se mantiene comunicación con la Dirección de Vinculación de la Universidad Central de Ecuador. En este sentido y con el propósito de visibilizar el trabajo realizado se propusieron algunas actividades:

1. Jornada virtual de Vinculación con la Sociedad, cuyo evento central fue el jueves 17 de diciembre a las 18h00 con la participación de las autoridades, en el que se difundió un informe global del Programa “Primeros 1000 días de vida del niño y su familia” y de los proyectos de cada una de las carreras. Se compartió



material didáctico elaborado por los estudiantes y trabajados con la comunidad, en el período académico con modalidad virtual que concluyó.

2. Se contará con un blog adjunto a la web de la universidad, para compartir más detalladamente las actividades realizadas en cada una de las carreras y presentar los productos elaborados. Se considera pertinente esta propuesta, manteniendo lineamientos, normas y con el apoyo y asesoramiento desde la Dirección de vinculación con la sociedad de la universidad.

3. Un compromiso especial fue divulgar estos resultados a través del boletín de la Facultad de Ciencias Médicas, con un ejemplar específico que ahora lo presentamos y esperamos sea propicio para compartir los resultados generales y logros alcanzados.

**DISCURSO DE ORDEN
DE LA SESIÓN SOLEMNE
CONMEMORATIVA POR LOS
328 AÑOS DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS**

16 DE ABRIL 2021



Reseña histórica

El 13 de abril de 1693, después de 128 años de fundado el primer Hospital y 107 años después de constituida la primera Universidad en suelo quiteño, el Rey Carlos II de España, mediante Cédula Real, hace exactamente, 328 años, funda la Cátedra de Medicina en la dominicana Real Universidad de Santo Tomás de Aquino, gracias al esfuerzo de Fray Ignacio de Quesada y de Fray Bartolomé García, que con la ayuda económica de Pedro de Aguayo, logran que la Real Audiencia de Quito tenga un centro de formación dedicado a curar e investigar las enfermedades que torturaban y diezmaban a la población quiteña. Nace así la primera Facultad de Medicina en la Real Audiencia de Quito, siendo una de las primeras de América Hispánica. La Cátedra de Medicina se organiza con un plan de estudios inspirado en las facultades de medicina europeas, especialmente españolas, debido a la influencia del coloniaje ibérico en todos los campos del vivir. (Ramírez, 2018)

Los Betlehemitas son los que en verdad inician la actividad médica en el Hospital de la Misericordia, el que a partir de 1708 se lo conocerá como Hospital San Juan de Dios, nombre que lo

conserva hasta que cierra definitivamente sus puertas como casa de salud en 1974, luego de 409 años de servicio a la comunidad quiteña, de los que 268 años los dedicó a la atención y curación de enfermos y a la formación de cientos de generaciones de médicos ecuatorianos. (Hervás, 2018)

En la Universidad de Santo Tomás de Aquino claustro universitario que acuñó a nuestra Facultad, un 22 de julio de 1767 obtiene hace 256 años, el título de Doctor en Medicina, el gran Eugenio Francisco Xavier de Santa Cruz y Espejo, orgullo y Padre de la Medicina Ecuatoriana. (Ramírez, 2018)

La Real y Pontificia Universidad de San Gregorio Magno se fusiona con la Universidad de Santo Tomás de Aquino el 4 de abril de 1786, dando nacimiento a “La Real Universidad de Santo Tomás”, que por Decreto Real del 9 de abril de 1788 se convierte en Real Universidad Pública”, en cuya Facultad de Medicina, en 1805 según cuenta la historia, “...luego de lavar su nombre por ser hijo natural...” se gradúa de Bachiller en Medicina otra gloria quiteña, José Mejía Lequerica, cuñado de Espejo, aunque por celos profesionales y enemistades políticas Mejía Lequerica nunca pudo ejercer como médico en la Real Audiencia de Quito. La Real Universidad Pública enseñó a más de Medicina, Derecho Público, Economía, Filosofía Política y Gubernativa. (Estévez, 2017)

En 1788 la formación médica se la realiza en 4 años. A partir de 1794 se otorgan los grados de Bachiller luego de ejercer la medicina durante dos años de práctica, junto a un profesional de reconocido prestigio y de ser evaluado por un Tribunal nombrado por el Cabildo Civil. El grado de Licenciado permitía impartir docencia, en tanto que el grado de Doctor fue de carácter honorífico. El Título adquirido era otorgado con la solemnidad del caso, dependiendo del nivel del grado obtenido.

El 18 de marzo de 1826 el Congreso de Cundinamarca dictamina la creación de las Universidades Centrales en las capitales de Cundinamarca, Venezuela y Quito. La Real Universidad Pública de Santo Tomás se convierte en la Universidad Central de Quito y se instituye la Escuela de Medicina, Cirugía y Farmacia. En enero de 1827 dispone que la Carrera de Medicina debe realizarse en 6 años, los tres primeros permiten obtener el grado de Bachiller y los otros 3 el de Licenciado y Doctor. (Paladines, 2019)



El 26 de octubre de 1827, en el despacho de la Universidad Central y Pública Gran Colombiana de Quito, se constituye la Facultad Médica de la Universidad Central, que comprende Medicina, Cirugía y Farmacia, designando al Dr. Juan Manuel de la Gala, Catedrático Primero de Medicina, como su Primer Director. Muchas fueron las actividades encargadas a la Facultad: "...Un estricto control a médicos y empíricos; creación de medidas sanitarias e higiénicas; reglamentación de boticas, hospitales y cementerios; análisis de las enfermedades y pestes reinantes; investigación y estudio de los nuevos adelantos terapéuticos; la Física, la Química, la Zoología y la Botánica, llenaban por completo el vasto horizonte en el cual debía desarrollar sus actividades. (Ramírez, 2018)

El 26 de febrero de 1836, el Presidente Vicente Rocafuerte mediante el Decreto Orgánico de la Enseñanza Pública reforma la educación superior, introduce cambios en los planes de estudio e instaura nuevas asignaturas en la formación

de las diferentes profesiones. Es así como establece la obligatoriedad de realizar prácticas hospitalarias como parte esencial en la formación médica. Ordena que las cátedras deban llenarse por concurso y dispone que los Grados de Maestro, Bachiller, Licenciado y de Doctor sean otorgados, exclusivamente, por el Rector de la Universidad y en Sesión Solemne.

Vicente Rocafuerte, mediante Decreto Orgánico de Enseñanza Pública del 20 de diciembre de 1836, ordena: Artículo 7: "La Universidad de Quito es la Central de la República del Ecuador", conservando desde entonces hasta nuestros días, el nombre de Universidad Central del Ecuador. En 1837, Rocafuerte consciente que el estudio de la anatomía es fundamental en la formación médica y siendo ésta, hasta entonces, exclusivamente teórica, establece que el Anfiteatro Anatómico funcione adjunto al Hospital San Juan de Dios. El doctor José Manuel Espinosa hace realidad el proyecto, iniciándose la enseñanza y el aprendizaje práctico de esta disciplina. (Hervás, 2018)

Vicente Rocafuerte crea la Escuela de Obstetricia el 12 de abril de 1835. Se ratifica su fundación en la Segunda Presidencia del General Flores, el 12 de marzo de 1839. La Escuela de Obstetricia inicia su actividad docente un mes después, siendo su primera Directora la señora Cipriana Dueñas partera formada en Lima. Poco después, la Escuela de Obstetricia por problemas económicos e inestabilidad política tan propios de la historia republicana, cierra sus puertas. Vicente Ramón Roca en 1847 apoya la reapertura de la Escuela de Obstetricia, nombra nuevamente directora a la señora Dueñas y encarga al Dr. Juan de Acevedo, la enseñanza "del arte de parrear", denominación, impartida a la época, para la labor obstétrica. (Ramírez, 2018)

Vicente Rocafuerte, convencido de la importancia de la excelencia en la formación médica, promueve a través del Congreso de la República un decreto mediante el cual funda, por segunda ocasión la Facultad de Medicina de la Universidad Central el 26 de septiembre de 1847, disponiendo que se integren a ella, todos los Médicos Cirujanos y Farmacéuticos del país, nacionales y extranjeros, con la finalidad de mejorar la enseñanza y lograr el progreso de la Salud Pública.

Durante los gobiernos de Urbina y Robles, la vida universitaria se torna muy difícil por la desidia militar frente a la educación nacional, que condujo al declive de la calidad de la enseñan-

za, en general. De esta situación anárquica y catastrófica, la Facultad de Medicina no pudo escapar. En 1857 Gabriel García Moreno, constata la penuria universitaria, la falta de docentes, de laboratorios y de bibliotecas que impiden y atentan contra su desarrollo. Se esmera por cambiar dicha realidad. En 1860, ya en el poder, impulsa el engrandecimiento y prestigio de la Facultad de Medicina, ordena construir un edificio para la Universidad en el centro de la ciudad y le otorga lo necesario para que el estudio de la medicina esté al nivel de la medicina europea. (Hervás, 2018)

El 13 de febrero de 1869, el Jefe Supremo García Moreno clausura la Universidad Central, respetando el funcionamiento de la Facultad de Medicina. Con el Decreto del 27 de agosto de 1869, transforma a la Universidad Central en Escuela Politécnica. Mediante Decreto del 28 de agosto de aquel año se entrega la administración de los hospitales a las Hermanas de la Caridad, disposición que se ejecutará en julio de 1870, cuando ellas llegan al Ecuador desde Francia.

En este año Gabriel García Moreno insatisfecho con la enseñanza de la obstetricia y deseoso de proteger a la mujer embarazada y a su hijo, confía la Dirección de la incipiente Maternidad quiteña, anexa al Hospital San Juan de Dios, a la francesa Amelia Siov. En 1872 se reabre la Escuela de Obstetricia en la quinta Yavirá, refaccionada de acuerdo a las exigencias de la época. Por ser la quiteña Juana Miranda la alumna más destacada de la primera promoción, García Moreno le ofrece ser la sucesora de Amelia Siov. El 13 de febrero de 1890, la instrucción de la Obstetricia da un giro fundamental cuando se elabora el Reglamento para su enseñanza y es Juana Miranda la encargada de dar las clases prácticas, que se reciben en la “Sala Santa Rita” del Hospital San Juan de Dios, a partir de 1892. (Ramírez, 2018)

El Jefe Supremo de la República General Ignacio de Veintimilla, el 8 de septiembre de 1876 dispone mediante el Decreto sobre Instrucción Pública, que la Universidad recobre su organización conforme a la Ley de 1863, permitiendo que la Universidad Central del Ecuador recupere su nombre.

En el gobierno de Eloy Alfaro y de Plaza Gutiérrez se implanta el laicismo en la educación ecuatoriana. En 1908, la Facultad de Medicina se la designa como Facultad de Medicina, Cirugía, Farmacia y Odontología.

En los gobiernos de Alfaro y Plaza ocurren cam-



bios relevantes en la educación médica al incorporar nuevas cátedras: Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia, Radiología, Dermatología y Sifilografía. Además, auspicia que médicos ecuatorianos estudiaran en Europa y Norteamérica para que, al retornar al país, innovaran la enseñanza y la práctica médica. (Ramírez, 2018)

El desarrollo de la práctica de la enfermería, en tiempos de la colonia y de la república, fue más difícil y espinoso que el desarrollo de la medicina. Manuela Espejo es la primera mujer que cultiva y ejerce la enfermería en Quito, bajo el cobijo de su hermano Eugenio Espejo, quien en sus Reflexiones sobre las viruelas, sugiere la construcción de un hospital en el norte de Quito para que sea atendido por mujeres. En Manuela Espejo debemos ver a la pionera de la enfermería ecuatoriana. Otro valioso aporte al desarrollo de la enfermería en nuestro medio es la presencia de las Hermanas de la Caridad en el Ecuador a partir de julio de 1870. En 1917, en la Presidencia de Alfredo Baquerizo Moreno, el doctor Isidro Ayora Cueva funda y dirige en la Facultad de



Medicina de Quito, la incipiente Escuela de Enfermeras. (Ramírez, 2018)

El 30 de Octubre de 1942, el Presidente José María Velasco Ibarra funda la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, otorgándole personería jurídica, que se ratifica en el Registro Oficial N° 1030 del 3 de febrero de 1944. Al amparo de la Facultad de Medicina, la Escuela de Enfermería fue vigorizándose. En el período 1942-1949, destaca el apoyo recibido de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana y de Asuntos Interamericanos de Salud Pública. La Norteamericana Ana Caciopo (1945-1958) es la primera Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras. Le sucede en la Dirección (1958-1970) la licenciada ecuatoriana Ligia Gomezjurado. La Facultad de Medicina confiere a las egresadas de enfermería la Licenciatura a partir de 1967. La carrera de enfermería durante sus 77 años de vida institucional como parte de la FCM se convierte en la más representativa y reconocida del país. (Ramírez, 2018)

El 25 de febrero de 1968 se inauguró la Escuela de Fisioterapia y, tres años más tarde anexa a la Escuela de Medicina, se inicia la enseñanza en Laboratorio Clínico e Histopatológico.

En 1970 el Ministerio de Salud Pública crea el año de Medicina Rural obligatorio, previo al ejercicio profesional en medicina, enfermería, obstetricia y odontología. Los egresados a pesar de que la Universidad Central del Ecuador estaba clausurada, participan en este programa y acuden cargados de ilusiones, esperanza y entrega a ejercer su actividad profesional en los lugares más recónditos de la Patria.

En 1972 se constituye la Escuela de Tecnología Médica gracias a la fusión de las áreas de Fisioterapia con el Laboratorio Clínico e Histopatológico. En forma sucesiva se implementa la Terapia de Lenguaje y Terapia Ocupacional, el curso de Dietistas y Nutricionistas, Radiología, de Estadística y Registros de Salud. En el 2005 se incorpora el área de Atención Pre-Hospitalaria y en Emergencias. En el año 2006 se abre Electromedicina. Se establece el plan de estudios para las diferentes Tecnologías, en tres años. El Honorable Consejo Universitario aprueba el Plan de Estudios de cuatro años, por lo que, a partir del año 2000, la Facultad de Ciencias Médicas extiende el título de Licenciado a los egresados de las distintas áreas de la Tecnología Médica.

El 31 de marzo de 2015, el Honorable Consejo Universitario crea la Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Pre-Hospitalaria y Desastres, conformada con todas las áreas de la ex Tecnología Médica, excepto Radiología y el Laboratorio Clínico que permanecen como Carreras de la Facultad de Ciencias Médicas.

El 27 de enero de 1972 se crea el Departamento de Graduados. El primer Programa que se ejecuta es el Posgrado de Gineco-Obstetricia; en 1973 se abren los Posgrados de Medicina Interna, Ortopedia y Traumatología; en 1974 se inician los Posgrados de Radiodiagnóstico, Pediatría, Patología y Laboratorio Clínico. El 17 de febrero de 1987 el Honorable Consejo Universitario “aprueba el Reglamento Interno de la Facultad de Ciencias Médicas” en el que se incluye la Escuela de Graduados. El 23 de diciembre de 1997 el Honorable Consejo Universitario “aprueba el Reglamento general para la estructuración y funcionamiento del consejo y de los institutos de posgrado” de la UCE. (Ramírez, 2018)



La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador ha influenciado notablemente, durante toda la vida colonial y republicana de nuestro país. Los profesionales de la salud formados en nuestra institución, han propulsado la creación de otras facultades en ciencias de la salud a lo largo y ancho de nuestro Ecuador, potencializando de esta manera la trascendencia de la Universidad Central del Ecuador en todos los confines patrios. La Facultad de Ciencias Médicas, en acción recíproca con las instituciones sanitarias ha entregado en todas las ramas de la salud, profesionales de altísima calidad científica e investigativa, sensibles a toda condición humana. Nuestra entrañable facultad, a través de sus distintas carreras, demanda a sus educandos humanismo con el sano y el desvalido. Por lo tanto: afecto, comprensión, solidaridad, amabilidad y respeto por la salud y la vida.

La Facultad de Ciencias Médicas, es una comunidad de académicos que otorga grados y títulos profesionales, pero es sobre todo, un signo de identidad, un conjunto de oportunidades para el desarrollo y el progreso de la ciudad y

el país y además una fuente de formación, de generación de conocimiento y de transmisión de valores, que ayudan sin duda a mejorar la sociedad ecuatoriana. Esto ha permitido que los profesionales formados en el claustro universitario centralino, se hayan proyectado no solo al interior de la misma universidad, sino fuera de ella. Como no podía ser de otra manera, de nuestra facultad han surgido docentes que por su capacidad, honestidad y méritos propios, han llegado, en múltiples ocasiones, al Rectorado de la Universidad y de otros centros universitarios del país; han incursionado en los diferentes campos de la cultura con trascendencia, aún, fuera de las fronteras patrias; han participado en la política llegando inclusive a dirigir el destino de la nación desde el más alto sitio, la Presidencia de la República, todo ello, sin olvidar su obligación humanista a través de la docencia y la práctica sanitaria.

En efecto, durante su larga y exitosa existencia, ha brindado a la Patria personas ilustres, hombres y mujeres, que han sembrado de orgullo y gloria nuestra historia nacional, americana y mundial en los más distintos campos de la ciencia, la política, la literatura y las artes, que más ejemplo que nuestro Señor rector el doctor Fernando Sempértegui Ontaneda graduado de nuestra facultad y quien a partir de septiembre del 2015 viene desempeñando de manera exitosa la dura y comprometida función de conducir los destinos de la Universidad Central del Ecuador.

Otro aspecto importante de señalar es que los procesos formativos en la facultad se inscriben dentro de los principios de la educación pública a nivel superior, que se convierte en un motor irrenunciable de un amplio proyecto humanista y ciudadano, y su sentido es mantener la integración, conectar los diferentes actores de la sociedad, superar los prejuicios de clase, fomentar el pluralismo, cruzar diversas miradas dentro del escenario colectivo, estimular la dignidad y el respeto a los demás. Todo ello, por cierto, sin dañar, sin inhibir la diversidad, sino estimulándola. En un mundo crecientemente comercializado, donde cada cosa que podamos desear tiene un precio y se transa en el mercado, la educación pública que se oferta en nuestra Facultad es un resguardo de los valores colectivos y una garantía de un futuro adecuado para los jóvenes que aquí se forman.

Un elemento relevante también es mencionar que en base a las normativas de la educación superior vigente en el país y específicamente



del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación (CACES) la Carrera de Medicina acreditó en el 2015 de manera exitosa. En Julio del 2017 la Carrera de Enfermería afrontó el proceso de acreditación, en la visita in situ para la evaluación del entorno obtuvo el 81%, al examen de acreditación se presentaron 145 estudiantes del Internado Rotativo del séptimo y octavo semestre, el 100% lo aprobó. Con estos resultados nuestra Carrera de Enfermería acreditó como la mejor del país.

Actualidad

Al momento, un evento inesperado y que cambió la realidad mundial ha sido vivir por más de un año una pandemia, cuando a finales del 2019 en el mes de diciembre, Wuhan, China se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de etiología desconocida que no cedía ante tratamientos actualmente utilizados. En pocos días los contagios aumentaron exponencialmente, no solo en China Continental sino tam-

bién en diferentes países. El agente causal fue identificado, un nuevo coronavirus posteriormente clasificado como SARS-CoV2 causante de la enfermedad COVID-19. El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de Salud declara a esta enfermedad como una pandemia.

Como la vida nos cambió, como vivimos experiencias personales y colectivas aterradoras como las imágenes de los camiones militares llevándose cadáveres de las ciudades italianas, las de nuestro personal sanitario protegiéndose con bolsas de basura, las fosas comunes en Nueva York, el “todo va a salir bien” de los murales infantiles, las colas del hambre, o la incredulidad de los ancianos que agonizaban en la más absoluta soledad, nos han despertado de la nebulosa de aparente seguridad en que hemos vivido, al menos en Occidente, en las últimas décadas.

De ahí que en nuestra facultad lo hemos vivido y asumido esta realidad, nos obligamos a vivir en confinamiento y tuvimos que aprender a trabajar la docencia desde la virtualidad, experiencia compleja, nueva y que nos deja grandes vacíos considerando que la esencia de la formación en las ciencias de la salud es eminentemente práctica.

Vivimos esta realidad particular con cada uno de los profesionales de la salud, así por ejemplo para los médicos ha sido una oportunidad ya que los coloca en una posición de privilegio en el manejo clínico de los pacientes con COVID-19 y se constituye en un pilar fundamental para enfrentar a la pandemia, sin embargo para la gran mayoría de los profesionales de la medicina, de diferentes países del mundo, este es un momento trascendental, debido a que no solamente existe la incertidumbre sobre el manejo del paciente, sino que se enfrenta al temor que implica el contagio y la enfermedad, ya que tienen la responsabilidad de contribuir con la construcción de un nuevo puente entre el desarrollo de sus competencias profesionales y el cuidado del paciente sin renunciar a su bienestar e integridad personal.

El rol fundamental del profesional de radiología considerando que la imagenología como auxiliar diagnóstico de enfermedades respiratorias tiene una gran relevancia en los sistemas sanitarios del mundo, y al ser el aparato respiratorio el primero en afectarse ante una infección por COVID-19, algunas técnicas de imagen han cobrado relevancia en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad.

El papel del laboratorista clínico se extiende mucho más allá del diagnóstico etiológico y la vigilancia epidemiológica; ciertos parámetros analíticos se usan para evaluar la gravedad de la enfermedad, definir el pronóstico, guiar el tratamiento y para el monitoreo terapéutico constituye una de las partes esenciales en el proceso de toma de decisiones clínicas.

La enfermería adquirió un rol protagónico, al liderar la llamada primera línea no solo por el cuidado directo a pacientes, sino también por su labor imprescindible, dedicación, entrega con conocimientos científicos, experiencia y competencias profesionales, que ha puesto al servicio de la comunidad, realizando además acciones de prevención para proteger y mantener la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general.

La obstetricia inmersa en la problemática actual, trabajando por la mujer gestante infectada y su neonato identificándolos y valorándolos precozmente, de manera individual y multidisciplinar, para prevenir resultados adversos y complicaciones.

De manera tangible la labor y compromiso con la comunidad de parte de docentes y estudiantes de la facultad se evidenció a través del trabajo en primera línea de atención por parte de docentes, postgradistas y estudiantes internos rotativos de medicina, enfermería y obstetricia que nunca dejaron de cumplir con su rol asistencial pese al inicio no contar con mínimas barreras de protección y realizando sus actividades a expensas de adquirir la enfermedad y hasta morir con así sucedió lamentablemente en algunos casos que hoy serán reconocidos. Por otro lado se inició y se mantiene hasta el momento las actividades de telesalud desarrolladas por docentes de la Facultad de Ciencias Médicas a partir del mes de abril del 2020 en jornadas de 6,30 a 22h con una cobertura específica de nuestra institución hasta el momento de 1500 personas atendidas. Iniciaron 18 profesionales entre docentes y voluntarios involucrándose además estudiantes de medicina de octavo, noveno y décimo semestres en el soporte para el manejo de la plataforma. Al momento se mantienen 8 profesionales cumpliendo esta actividad. Como no destacar

también el rol que ha venido cumpliendo la Comisión de Salud Pública de la facultad con un trabajo arduo y permanente de docentes y estudiantes aportando a la comunidad en estos tiempos terribles de la pandemia.

Finalmente al celebrar un nuevo aniversario, tenemos mucho que agradecer y reconocer, por sobre todo a los docentes, personal administrativo y de servicio que cumplen sus 20, 25, 30, 35, 40 y 45 años de labor, a aquellos que se acogieron a su jubilación y a los que nos mantenemos laborando, son ellas y ellos quienes hicieron y hacen que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador sea un referente en la formación de profesionales de la salud a nivel nacional, que orgullo pertenecer a esta institución que sigue teniendo en sus aulas a las y los estudiantes universitarios más talentosos del país, como los mejores graduados de nuestras carreras que hoy nos acompañan independientemente de su condición socio económica y de su modo de pensar; a los mejores y más comprometidos docentes de la ciudad y del país, quienes forman profesionales con sólidos conocimientos científicos, técnicos y humanos en ambientes de libertad intelectual; y a funcionarias y funcionarios que con profesionalismo, lealtad y compromiso contribuyen a que esos logros sean posibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Estévez, E. (2017). La Formación Médica y la Asistencia Sanitaria en la Audiencia de Quito. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 48-53.
- Hervás, H. (2018). La enseñanza en la antigua Facultad de Medicina en el siglo XVIII. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 60-65.
- Paladines, C. (2019). Una nueva política sanitaria para la Real Audiencia de Quito y para el Imperio Español: Eugenio Espejo y Francisco Gil. Revista Historia de la Educación Colombiana, 253-283.
- Ramírez, H. (2018). 325 años de aporte social y humanístico de la Facultad de Ciencias Médicas, un modelo de las artes liberales. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 19-28.

**DISCURSO DE
BIENVENIDA AL II CONGRESO
NACIONAL PERSONAS
ADULTAS MAYORES
SALUDABLES (PAMS)**

8 DE NOVIEMBRE 2021

El incremento de la población de los adultos mayores, es uno de los fenómenos sociales de trascendencia en el mundo actual, que amerita ser analizado desde varias perspectivas. En este sentido, la Universidad Central del Ecuador a través de la Dirección de Vinculación y la Facultad de Ciencias Médicas, conjuntamente con el Programa del Adulto Mayor de la Universidad de Cuenca y la Asociación de Jubilados de la Universidad Central dan la bienvenida a este magno evento denominado Segundo Congreso Nacional Adulto Mayor Saludable, para propiciar el mejoramiento de su calidad de vida, y crear un espacio científico y académico que permita elaborar insumos generadores de políticas públicas en favor de las personas adultas mayores.

El objetivo es promover y apoyar el desarrollo personal y social de las personas adultas mayores, de su entorno, la familia y de la comunidad académica, con la finalidad de desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para mejorar su calidad de vida.

El congreso está estructurado por un bloque de contenidos, donde el profesional experto disertará sobre los más diversos temas, se realizarán simposios y también talleres inmersos en los siguientes módulos, distribuidos en dos salas simultaneas:

lunes 8:

Calidad vida saludable

Módulo epidemiología, investigación, atención sanitaria

martes 9:

Atención integral

Legislación

miércoles 10:

Organizaciones, aseguramiento y redes

Educación

jueves 11:

Prevención

Sociedad y PAM

viernes 12:

Edad avanzada, bioética, servicios y jubilación

Este evento académico se desarrolla gratuitamente, en forma virtual por zoom Facebook live, el congreso tiene aval académico institucional y una duración de 40h.

Es un honor tener la participación de más de 80 expositores entre nacionales y extranjeros expertos en temas relacionados con el adulto mayor de Perú, Cuba, Chile y México

Además, se cuenta también con el auspicio de la Universidad San Francisco y de la Sociedad Ecuatoriana de Geriatria

Tenemos al momento la asistencia masiva de centenares de adultos mayores ecuatorianos, más profesionales y estudiantes en el ámbito sanitario y demás carreras vinculadas con el adulto mayor saludable.

Debo expresar mi reconocimiento y gratitud al trabajo comprometido de todos quienes aportaron en la fase de planificación y en estos momentos de ejecución del congreso en las personas del Dr. Raúl Terán y Dr. Francisco Vallejo como delegados en su momento desde vinculación para la estructuración del evento, al comité organizador conformado por el Msc. Pedro Iván Moreno, Dr. Ramiro López, Msc. Marcelo Pérez, Dr. Francisco Vintimilla y quien les habla; al comité académico integrado por el Dr. Diego Martínez, Msc. Jacqueline Bonilla, Dr. Cesar Hermida, Msc. Marcelo Pérez, Dr. Jhonatan Guillemont, Dra. Susana Tito y Msc. Patricia Guato, a la Msc, Nora Silva, Lcda. Erika González, Msc. Elizabeth Minda y al equipo de informáticos de la Facultad de Ciencia Médicas y de vinculación.

De manera particular mi reconocimiento al apoyo brindado por nuestro señor rector el Dr. Fernando Sempértegui que hoy nos acompaña en este acto inaugural y con la primera conferencia del congreso, como también a la Dra Ma Augusta Espín que ha estado presta para brindar su contingente en diversos momentos que lo hemos requerido.

En mi calidad de Subdecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador les invito a participar activamente de este magno evento, auguro éxitos y el cumplimiento de las expectativas generadas. Recuerden que los adultos mayores pueden y deben amar, avanzar, aprender....

Señoras y señores, bienvenidos.

**DISCURSO DE
BIENVENIDA AL SEGUNDO
CONGRESO INTERNACIONAL
CLINICO QUIRURGICO CON-
MEMORATIVO POR LOS 100
AÑOS DE GRADUADA DE MA-
TILDE HIDALGO DE PROCEL
COMO LA PRIMERA MÉDICA
ECUATORIANA**

24 DE NOVIEMBRE 2021



La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador tiene como misión formar profesionales críticos en el campo de la salud con competencias éticas, humanísticas, técnicas, científicas y de investigación, bajo esta ruta a seguir el Subdecanato y su Comisión de Educación Continua vienen estructurando desde agosto la organización del SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL CLINICO QUIRURGICO CONMEMORATIVO POR LOS 100 años de graduada de Matilde Hidalgo de Procel como la primera médica ecuatoriana.

Para la facultad es un honor haber trabajado arduamente con un doble objetivo al coincidir la conmemoración de los 100 años de graduación de esta ilustre mujer. Me voy a permitir brevemente relatar algunos de sus méritos por lo cual resolvimos denominar así al presente evento: Matilde Hidalgo de Procel, nació en Loja – Ecuador el 29 de septiembre de 1889.

Si hay un adjetivo que la describe es ser pionera. Fue la primera mujer en graduarse de una escuela secundaria en Ecuador, la primera médica ecuatoriana y también la primera en ocupar cargos de elección popular.

Se doctoró en 1921 en la Universidad Central del Ecuador, después de haberse graduado como médica en la Universidad de Azuay (hoy Universidad de Cuenca).

Además de la medicina, a Matilde Hidalgo le gustaba la poesía y publicó varios poemas en los que abordaba temas como la naturaleza, la ciencia o el amor.

En 1924 se dieron elecciones legislativas en que se abrieron los registros de empadronamiento, Hidalgo pidió ser registrada para votar, los funcionarios le negaron el derecho al voto. Sin embargo, lo consiguió. Cinco años más tarde en 1929 el país aprobó el sufragio femenino, convirtiéndolo en el primer país latinoamericano – junto a Puerto Rico.

Una década después, en 1941 volvería a hacer historia, al ser la primera mujer en postularse a elección popular en Ecuador y la primera elegida como administradora pública.

El gobierno ecuatoriano reconoció sus logros, premiándola con la Medalla al Mérito y la Medalla de Salud Pública y en su Loja nativa construyeron un museo en su honor.

Murió en Guayaquil a sus 84 años el 20 de febrero de 1974.

Su legado y trascendencia lo expondremos y reconocemos en el programa especial de este evento que lo realizaremos el día de hoy a partir de las 17h.

En cuanto al otro objetivo del congreso es generar un encuentro académico para la actualización en el área de la clínica y cirugía con un enfoque humanista, científico y tecnológico en el ámbito sanitario.

Además, se pretende

- Integrar al cuerpo académico (estudiantes, egresados, docentes, profesionales investigadores), interesados en la divulgación científica y tecnológica en el área de las ciencias de la salud, propiciando un espacio para la discusión de varias temáticas.
- Presentar avances en la investigación científica, a través de temas libres y póster.
- Fortalecer la investigación científica académica, en los ámbitos relacionados con el manejo de la clínica y cirugía.
- Incrementar y unificar los conocimientos teóricos en los profesionales de las ciencias de la salud.
- Propiciar en el personal de salud una postura académica y humana basada en principios de la bioética en el manejo de la clínica y cirugía.

La participación de todas las carreras de la Facultad de Ciencias Médicas garantizará que este evento sea un espacio de intercambio de ideas entre diferentes actores, que los conocimientos y las opiniones que se generen contribuirán a mejorar la estrategia de atención en salud con visión multidisciplinaria para promover las transformaciones que necesita nuestra sociedad.

El congreso está compuesto por un bloque de contenidos, donde el profesional dispondrá de los temas correspondientes a áreas de la clínica y cirugía y un bloque de mesas redondas.

Mesa 1

Tema: El legado histórico médico de la Dra. Matilde Hidalgo Navarro

Mesa 2

Tema: Abordaje de la pandemia de la COVID. 19: Un enfoque multidisciplinario desde la academia

Mesa 3.

Tema: Retos y desafíos para la mujer universitaria

Quiero reconocer la aceptación a ser parte de este evento de grandes expositores de renombre nacional, como también a los docentes internacionales de Chile, Costa Rica y Perú que

aportarán con sus conocimientos y experticia en este encuentro académico.

Se considera otorgar un certificado por asistencia y aprobación de 40 horas virtuales, cuando se cumpla con los requisitos del 90% de asistencia y obtener una calificación de 7/10 (para lo cual se contempla una evaluación final)

Además, el congreso cuenta con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y de la Asociación de Facultades Ecuatorianas Ciencias Médicas y de la Salud. (AFEME).

Finalmente permítanme reconocer y agradecer el apoyo de las autoridades de la universidad y la facultad y de manera particular al equipo

docente que conforma la Comisión de educación continua en los nombres de la Msc. Indira López de la carrera de enfermería, Msc. Dany Asimbaya de la carrera de Laboratorio Clínico, la Msc. Carmen Bermeo de Obstetricia, La Dra. Glenda Guayasamín de Medicina y de la Msc. Elida Hidalgo de Radiología, al equipo de informáticos de la FCM integrados por Msc. Alfonso Portilla. Ing. Walter Carrera, Ing. Belén Pérez. De comunicación a Lcda. Erika González, la Ing. Elizabeth Minda como anfitriona y la Tecnóloga Lucia Vaca en calidad de secretaria.

Gracias a todos por ser parte de este magno evento académico y bienvenidos.

Señoras y Señores.

DISCURSO
EN RECONOCIMIENTO A
MATILDE HIDALGO NAVARRO
DE PROCEL

27 DE NOVIEMBRE 2021





Bienvenidos todos, a propósito de cumplirse los 100 años de graduación de Matilde Hidalgo de Procel como la primera médica ecuatoriana, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador ha organizado el presente congreso académico internacional en donde uno de sus objetivos más relevantes fue destinar en la programación un acto significativo y especial para reconocer el legado histórico de esta grandiosa mujer ecuatoriana.

Brevemente quiero señalar algunos elementos más relevantes que luego serán detallados tanto en la conferencia inicial de este homenaje como también en la mesa redonda prevista para el efecto.

Fue una mujer sencilla, valiente, marcada de desafíos y éxitos inéditos. Matilde Hidalgo venció los prejuicios imperantes, en un tiempo en donde el hombre ocupaba todos los espacios de poder, logrando ser la primera mujer en obtener un doctorado en medicina en Ecuador y a su vez, la primera profesional académica del país, entre muchos otros logros a lo largo de su vida. Si hay un adjetivo que describe a la ecuatoriana Matilde Hidalgo de Procel es ser pionera. Nació en Loja, el 29 de septiembre de 1889. Sus padres fueron: Juan Manuel Hidalgo Pauta y Carmen Navarro del Castillo. A pesar de la ausencia de su padre, quien falleció antes de su nacimiento Matilde desde muy pequeña demostró una gran aptitud para el aprendizaje y destacarse ante los retos de la vida. Antes de los cuatro años ya dominaba la lectura y la escritura, tocaba el piano y recitaba versos clásicos, gracias al apoyo que le brindó su hermano mayor, Antonio.

En 1895, ingresó a la escuela La Inmaculada para cumplir su educación primaria.

Fue la primera mujer en graduarse de una escuela secundaria en Ecuador, la primera médica ecuatoriana y también la primera en ocupar cargos de elección popular.

Se doctoró el 21 de noviembre de 1921 en la Universidad Central del Ecuador, después de haberse graduado como médica en la Universidad de Azuay hoy Universidad de Cuenca. Además de la medicina, a Matilde Hidalgo le gustaba la poesía y publicó varios poemas en los que abordaba temas como la naturaleza, la ciencia o el amor.

En 1924 en un proceso de elecciones legislativas en que se abrieron los registros de empadronamiento, Hidalgo pidió ser registrada para votar, los funcionarios le negaron el derecho al voto. Ella respondió Sé leer y escribir... ¡puedo votar! Y así lo hizo.

En 1924 luego de vencer algunas dificultades, logra convertirse en la primera sufragista del Ecuador y América Latina, derecho negado a la mujer en nuestro país hasta ese entonces.

Cinco años más tarde en 1929 el Ecuador aprobó el sufragio femenino, convirtiéndolo en el primer país latinoamericano – junto a Puerto Rico. Una década después, en 1941 volvería a hacer historia, al ser la primera mujer en postularse a elección popular en Ecuador y la primera elegida como administradora pública.

La ocupación política de Hidalgo no significó que dejara de lado su verdadera vocación: la medicina. Ejerció esta disciplina en Guayaquil hasta 1949, año en el que le fue concedida una beca de especialización en Pediatría, Neurología y Dietética en Argentina.

Al regresar a su país, se dedicó a desarrollar obras sociales.

En 1954 desempeña el cargo de jefe Político y es la primera mujer concejal del Municipio de Machala.

Fue nombrada como vicepresidenta de la Casa de la Cultura Ecuatoriana, Núcleo de El Oro en 1954.

Le designaron como presidenta de Honor Vitalicia del Comité de Damas de la Cruz Roja Provincial de El Oro.

Fue declarada LOJANA ILUSTRE por la Municipalidad de esta ciudad el 28 de abril de 1966. El gobierno ecuatoriano reconoció sus logros,

premiándola con la Medalla al Mérito y la Medalla de Salud Pública y en su Loja nativa construyeron un museo en su honor

Se señalan algunos RECONOCIMIENTOS

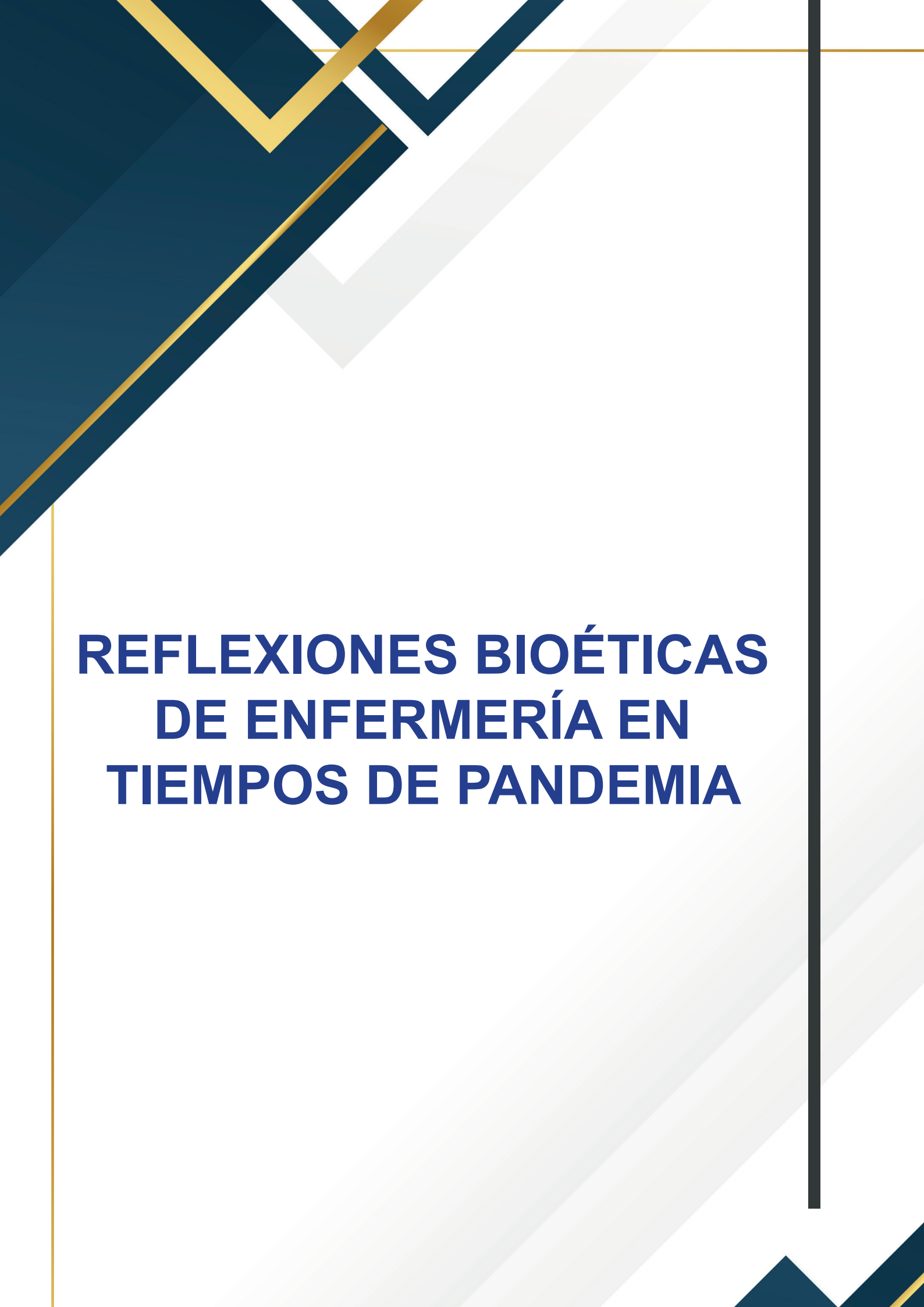
- Recibe la condecoración Nacional “Al mérito” en el Grado de Oficial, otorgada por Decreto Presidencial de 1956.
- Como homenaje de la ciudad de Loja, la declararon “Mujer Ilustre” 1966
- Obtuvo la condecoración Nacional “Al Mérito” de Salud pública, otorgada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 1971
- Le entregan la medalla de “Servicios” Cruz Roja del Ecuador en 1959
- En su honor se han denominado diferentes avenidas de las ciudades de Guayaquil, Cuenca, Quito, Loja.
- Lleva su nombre un hospital Maternidad de Guayaquil
- Se destaca un busto de bronce en su honor en la ciudad de Guayaquil
- Existe como un acto de reconocimiento el Museo “Matilde Hidalgo de Procel” en el edificio del Consejo Provincial de Loja.

En 1973 un ataque de apoplejía paralizó su cuerpo y mente; nada pudieron hacer familiares y reconocidos médicos de esa época. Falleció en Guayaquil a sus 84 años, el 20 de febrero de 1974.

Su legado y ejemplo están latentes a 100 años de su graduación y la Facultad de Ciencias Médicas particularmente las mujeres que la integramos nos identificamos con su accionar y lucha para reivindicar derechos y evidenciar que tanto hombres como mujeres estamos preparados científica y técnicamente para ejercer diversas profesiones sanitarias y cargos de representatividad en cualquier instancia.

En mi experiencia personal debo manifestar que la designación de Subdecana en una facultad de más de 328 años, hegemónica de médicos y hombres resultó un verdadero reto personal y profesional para demostrar con mi trabajo, conocimiento, profesionalismo y dedicación que como mujer y enfermera estamos en condiciones de cumplir con estos roles exigentes y de compromiso académico y social.

Muchas gracias a todos quienes nos acompañan en este acto especial: autoridades de la Universidad Central del Ecuador y de la Facultad de Ciencias Médicas, docentes, profesionales sanitarios, estudiantes de pre y postgrado, trabajadores de la salud, público en general y particularmente a sus nietos y demás familiares que se encuentran con nosotros es este momento y al Dr. Byron Núñez quien ha sido uno de los gestores de este acto de reconocimiento. Un abrazo a todos y bienvenidos



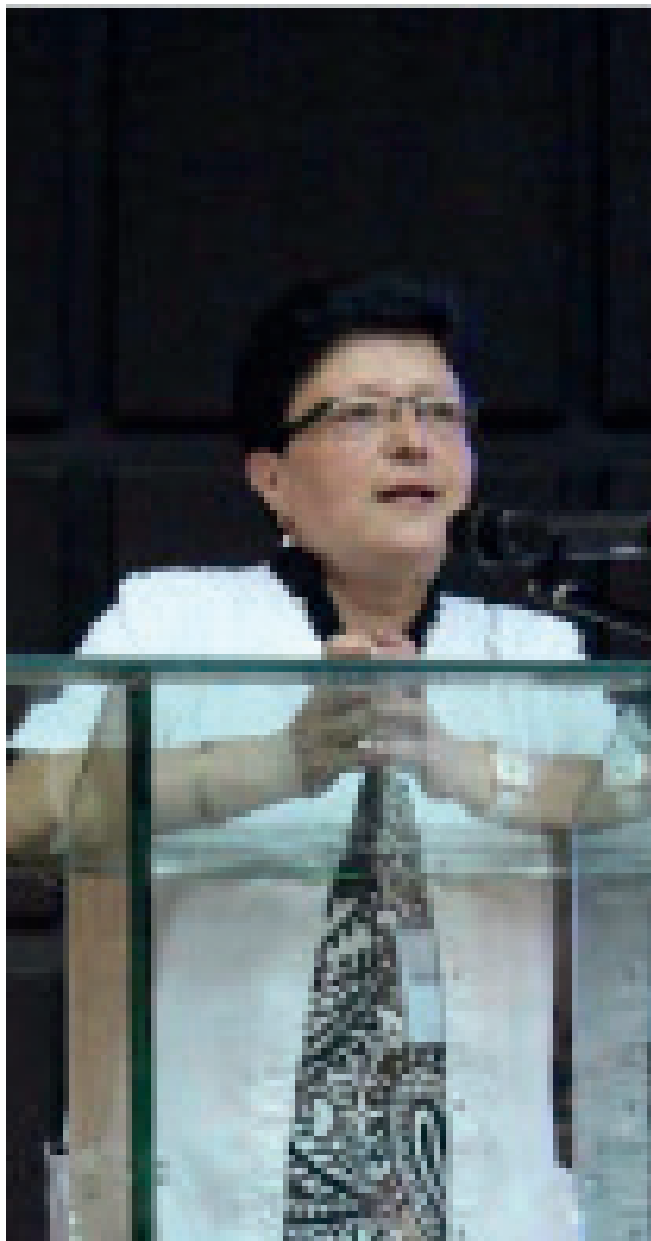
REFLEXIONES BIOÉTICAS DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE PANDEMIA



DESDE LA ÓPTICA DE UNA ENFERMERA EN MOMENTOS DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

MAYO 2020





La pandemia del coronavirus decretada por la Organización Mundial de la Salud, se convierte en un gran reto humano para los países afectados por sus múltiples contagios. Además, se entiende como un gran desafío profesional y ético en una realidad que presenta pobres presupuestos sanitarios, falta de recursos e insuficiente personal-y mal remunerado-, como también un gran reto para los investigadores que hacen todos sus esfuerzos y en el menor tiempo posible para encontrar tratamientos y/o vacunas.

Los dilemas éticos que se plantean a cada persona, en su condición de ciudadano y como un ente social interdependiente, se refieren a cómo cada uno debe enfrentar esta pandemia. Como seres humanos necesitamos tomar decisiones en relación a la manera en que llevamos nuestras vidas. En este tiempo, especialmente, frente a la posibilidad de poder contagiar a

otros, a asumir y a aceptar varias restricciones en nuestras actividades cotidianas que, sin duda, constituyen un verdadero problema para el cumplimiento de metas, intereses y proyectos personales. Por otra parte, nos vemos en la obligación de aceptar las directrices que las autoridades determinan en base a prioridades supuestamente establecidas con criterios de justicia sanitaria.

Entre las medidas necesarias que cada gobierno implementa se incluyen por ejemplo determinar centros de atención centinela para casos confirmados, priorizar ciertos servicios médicos necesarios y postergar otras prestaciones de salud. Por otro lado, se ha forzado a la población a modificar sus sistemas de vida con respecto a movilización pública, suspensión de clases o de reuniones, y vivir periodos de aislamientos. Pero más complejas y más críticas son las decisiones que frente a la imposibilidad de responder a todas las necesidades, se vuelve imprescindible determinar a qué grupos humanos privilegiar en el acceso a recursos limitados de medicamentos exclusivos, hospitalización, ventilación mecánica o tratamientos especiales; qué difícil escoger quizá a los más críticos, a los más jóvenes, a los de mayor vulnerabilidad, a los que más producen, o a quienes trabajan en servicios de salud u otros servicios públicos fundamentales para el país. En estas dolorosas condiciones la actitud ética de los médicos y otros profesionales de la salud adquiere una relevancia especial y se convierten en dilemas que seguro marcarán sus vidas a futuro.

Por otro lado, es evidente que la pandemia puso al descubierto lo que en el mundo venía sucediendo, desigualdades económicas y sociales marcadas en cada realidad, entre países y hasta entre continentes. En este momento se impone una distribución justa y no que las naciones más ricas monopolicen los recursos en perjuicio de las más pobres. Vivimos una guerra comercial y una competencia egoísta por la adquisición de material sanitario con total falta de ética en medio de una crisis humanitaria.

De ahí que toda esta realidad nos obliga a replantearnos varios aspectos: estamos siendo exterminados por un enemigo invisible, el bien individual tendrá que cambiar, deberemos aprender a desarrollar una democracia participativa, aprender a ser ciudadanos con visión colectiva, aprender a ver la salud desde un punto de vista social, deberemos aprender a vivir con humildad reconociéndonos todos vulnerables, sabiendo que lo que nos depara el futuro

será una vida más insegura y que requeriremos siempre la ayuda de los demás.

Esta circunstancia nos obliga a convertirnos en cuidadores de nosotros mismos y del prójimo, a prevalecer valores éticos como la solidaridad, responsabilidad, a superar los miedos y temores a volvernos a ver sin rencores, a caminar juntos y ser testigos de reencuentros, que nos comprometan a crear un mundo mejor, solidario y más seguro.

Como enfermera que soy quiero señalar que particularmente a medida que se propaga la epidemia, cada vez hay más colegas cuidando de pacientes enfermos y sujetas al estrés y a la presión que conlleva. De ahí que se vuelve fundamental cuidar de su bienestar físico y psicológico para que puedan continuar con su labor fundamental de proteger a los pacientes, sus familias y las comunidades en las que viven.

Finalmente, es momento de reconocer y valorar el trabajo de los profesionales de la salud que estuvieron allí dando sus vidas por los demás, y por sobre todo me siento inmensamente orgullosa por la manera en que las enfermeras a nivel global y particularmente las enfermeras ecuatorianas van venciendo todas las limitaciones y adversidades de nuestra realidad, están realizando sacrificios y poniendo a los pacientes en primer lugar a través del cuidado holístico que están brindando, al mismo tiempo que también se ha puesto de relieve el año del reconocimiento al trabajo de la enfermería y la necesidad de contar con más enfermeras en el mundo, también en puestos de gestión y liderazgo, avaladas por su desempeño trascendental durante esta pandemia. En hora buena en este momento en que pronto celebraremos el día internacional de nuestra noble profesión.



LIDERAZGO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENTRE LA LUCHA POR EL PODER Y UNA BATALLA INVISIBLE

AGOSTO 2020





Revisando la historia de la humanidad nos encontramos con un sinnúmero de personas que han contribuido a su desarrollo y pasaron inadvertidas. Aquellas nunca recibieron el reconocimiento que merecían o simplemente sus nombres no tuvieron relevancia ante la opinión pública. En efecto, se trata de seres humanos excepcionales, desconocidos que ayudaron a muchas personas vulnerables, evitaron catástrofes o cambiaron positivamente el curso de la historia de la humanidad. Caso similar se está viviendo en esta época donde muchos médicos, enfermeras y otros profesionales o no de la salud, en su tarea asistencial se contagiaron del virus y ofrendaron sus vidas por los demás.

Según Roberto Cataldi Amatriain no todos recibieron el reconocimiento del que fueron objeto, personajes como Florence Nightingale, precursora de la enfermería, gracias a su labor abnegada durante la Guerra de Crimea. Además, Oskar Schindler quien salvó la vida de más de mil trescientos judíos en época del terror nazi; también de Alexander Fleming descubridor de la penicilina o de Marie Curie quien descubrió

el radio y el polonio, siendo pionera en el tratamiento del cáncer. Seguro estos personajes cumplieron con un «imperativo moral» como diría Kant, hicieron lo que les imponía su conciencia y, seguramente no pensaron ser reconocidos como salvadores de la humanidad.

En esta época de pandemia, vemos tristemente cómo varios líderes políticos con ansias de mayor poder y gloria están cada día librando estrategias para sobresalir, por ejemplo, a través del descubrimiento de una vacuna que los haga inmortalizados y hegemónicos o que les sirva para sus fines particulares. Este es el caso del presidente estadounidense Donald Trump, quien pretende conseguir este propósito antes de las elecciones presidenciales y a quien lo que suceda con el resto de la población mundial le parece poco relevante. De igual forma, lamentablemente otros países desarrollados, tampoco se sumaron al compromiso de un proyecto común avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cooperar en el desarrollo, distribución y acceso de la vacuna para combatir la COVID-19 en todo el mundo.

Asimismo, es desafortunado reconocer la realidad de las poblaciones en países subdesarrollados donde se ha evidenciado una violación evidente de los derechos humanos al considerarlos varias veces como el conejillo de indias más apropiado para probar medicamentos antes de ser autorizados en los países desarrollados.

Igualmente, otros líderes a nivel mundial como el Presidente ruso Putin, o el Primer Mandatario chino, Xi Jinping, entre otros, luchan una competencia y buscan alcanzar el primer lugar a la meta del poder con la obtención de una vacuna. Lamentablemente sus intenciones son poco altruistas, apuntando principalmente a la “gloria política mundial” y no precisamente a la salvación de la humanidad.

Por otro lado, se ha visto durante este tiempo a líderes como Boris Johnson, Primer Ministro del Reino Unido y a Jair Bolsonaro, Presidente de Brasil no tomar a la enfermedad con la seriedad que merece. Así, Johnson, optó por la visita de hospitales y el acercamiento sin ningún tipo de medidas de protección con personas infectadas del virus, hasta finalmente contagiarse y enfrentar una batalla entre la vida y la muerte. De la misma manera, Bolsonaro, con escepticismo, calificó a la enfermedad de “gripecita”.

Al final, es doloroso mirar el liderazgo de estos individuos que con su ego no han sabido

reconocer evidencias científicas, opinión de expertos y quienes con sus comentarios han demostrado gran desconocimiento, conductas individualistas y total falta de solidaridad con su población. Y qué decir de nuestras autoridades a nivel nacional que no demuestran ningún tipo de liderazgo. En estas circunstancias no requerimos de esta calidad de representantes inertes que no han logrado aportar nada, sino de ciudadanos comunes, que logren un correcto proceso de adaptarse, aprender, escuchar y luego liderar; y, que además promuevan la convivencia más allá de las fronteras, dentro de un marco ético de trabajo en equipo efectivo y afectivo.



TESTIMONIO
DE HABER VIVIDO LA
EXPERIENCIA COMO
PROFESIONAL SANITARIO
Y COMO PACIENTE COVID

FEBRERO 2021

Que difícil reconocer como esta pandemia nos cambió la vida, como vivimos experiencias personales y colectivas aterrorizadoras, como las imágenes de los camiones militares llevándose cadáveres de las ciudades italianas, las de nuestro personal sanitario protegiéndose con bolsas de basura, las fosas comunes en Nueva York, el “todo va a salir bien” de los murales infantiles, las colas del hambre, o la incredulidad de los ancianos que agonizaban en la más absoluta soledad, nos han despertado de la nebulosa de aparente seguridad en que hemos vivido, al menos en Occidente, en las últimas décadas.

Pero como era de esperarse, pese a todos los cuidados y precauciones durante un año, llegó el momento de contagiarme y presentar esta terrible enfermedad, en donde lamentablemente toda la familia fue afectada, tres fuimos los más graves, mi hermano y suegra que fueron ingresados al Hospital Eugenio Espejo y yo al Hospital Carlos Andrade Marín. Como no recordar con terror los momentos vividos, cuando un domingo en la mañana, posterior a realizarme una tomografía se confirmaba mi diagnóstico y como acompañada por mi esposo acudí a la emergencia del hospital donde fui valorada y me dieron el ingreso al servicio de COVID 1.

Quiero comenzar aliviando y reconociendo el trabajo y atención de los profesionales sanitarios en general y de todo el personal de apoyo, pero de manera muy particular el excepcional trabajo de enfermería.

Relato brevemente mi experiencia. Fue terrible cuando una señora auxiliar toda cubierta, vino con una silla de ruedas y me dijo que me llevaría al servicio, que duro fue despedirme de mi esposo, ver su rostro de desesperación e impotencia y no saber si nos volveríamos a ver, que eterno se me hizo el trayecto hasta llegar al servicio y que angustia y miedo sentía. Al fin llegué, me recibieron 2 señoras auxiliares, me pesaron y me condujeron a la habitación y cama 8.

Que incertidumbre y terror me embargaba, luego llegó la Lcda. de enfermería de turno con todas las medidas de protección, a quien difícilmente pude identificar, con gran amabilidad me dio una bienvenida y procedió a lo que el protocolo señala, controlarme signos vitales, canalizar una vía periférica, conectarme una fuente de oxígeno, administrar medicación, que bueno fue poder hablar un momento y pedir información de muchas cosas que me angustiaban. Los próximos días tuve muy poco contacto

con otros profesionales sanitarios y de hecho me fue difícil entender que esta realidad sucedería durante todos los días de hospitalización en este servicio y que quien estaría a mi cargo y actuaría directamente sería enfermería.

Qué duro como profesional de salud que soy reconocer la gravedad de la enfermedad, el cambio de medicamentos porque el tratamiento inicial no daba resultados favorables, la preocupación de quienes estaban más cerca de mí, como no creer en Dios y pedirle a él ilumine al accionar del personal sanitario a mi cargo, son estas circunstancias en las que uno valora lo que es estar del otro lado y convertirse en paciente y ser sujeto de atención y cuidado.

Y quienes estuvieron todo el tiempo cercanos a mí en esta difícil situación: Los profesionales de enfermería que permanecen jornadas agotadoras, entre 7 y 8 horas colocadas equipos de protección personal, que no sé cómo los soportan, dan cuidado directo todo este tiempo a los pacientes asignados, realizan procedimientos que antes no les eran usuales en la atención a pacientes críticos con insuficiencia respiratoria, apoyan cuando se deprimen por la falta de contacto con el exterior, por el aislamiento y miedo a la muerte, son aquellas que permanecen junto al paciente crítico, en su proceso de agonía, sabiendo que son los momentos más difíciles en donde, en otras circunstancias debería estar su familia al final de la vida.

Que dura experiencia la vivida, y que gratificante al mismo tiempo haber compartido con un sinnúmero de profesionales de enfermería de diversas universidades del país, estos días difíciles que nunca olvidaré, y a ellas y ellos los recordaré y agradeceré por siempre, y de manera muy particular a la supervisora del servicio de COVID 1 por su gestión de liderazgo, administración del servicio y humanismo.

Por todo esto quisiera resaltar algunos elementos:

Como enfermera que soy, reconozco que a medida que se propagó la enfermedad, cada vez fueron más los colegas cuidando de pacientes enfermos y sujetos al estrés y a la presión que conlleva. De ahí que se vuelve fundamental cuidar de su bienestar físico y psicológico para que puedan continuar con su labor fundamental de proteger a los pacientes, sus familias y las comunidades en las que viven.

Al igual que en crisis sanitarias anteriores, las enfermeras/os de todo el mundo han dado un

paso adelante y se han colocado en primera línea para combatir la propagación de COVID-19, convirtiéndose en los verdaderos protagonistas del cuidado.

Su trabajo va desde brindar atención y cuidados directos a pacientes hospitalizados/UCI hasta participar activamente en otras intervenciones a gran escala, particularmente en servicios de atención primaria.

Están siempre al frente trabajando las 24 horas para proteger y mantener la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general.

Han liderado las campañas de vacunación por su dominio en el tema, experticia y compromiso. Las enfermeras de hoy son líderes de equipos que han demostrado profesionalismo y entrega absoluta aportando su conocimiento, experiencia y competencia.

La atención sanitaria pese a la profunda mercantilización de las últimas décadas, también ha evidenciado su visión social y humanitaria.

Con todos estos antecedentes, quiero señalar que me siento inmensamente orgullosa por la manera en que las enfermeras a nivel global y particularmente las enfermeras ecuatorianas, han logrado ir venciendo todas las limitaciones y adversidades de nuestra realidad, están realizando sacrificios y poniendo a los pacientes en primer lugar a través del cuidado holístico que están brindando. Merecen todo el reconocimiento, traducido en mejoras de sueldos, horarios, estabilidad laboral y otros beneficios con un verdadero re direccionamiento de las inversiones del Estado en las tareas de cuidado y asistencia.

Para finalizar debo recalcar que toda esta realidad nos obliga a reconocer que la pandemia nos puso de manifiesto el alcance de las desigualdades sociales y la enorme tendencia a la concentración de la riqueza y la pobreza que existe en el planeta, a señalar que la suerte no está echada, que existen oportunidades para una acción transformadora a nivel mundial y local en medio del desastre. Esta dura experiencia nos obliga a replantearnos varios aspectos: estamos siendo exterminados por un enemigo invisible, el bien individual tendrá que cambiar, deberemos aprender a desarrollar una democracia participativa, aprender a ser ciudadanos con visión colectiva, aprender a ver la salud desde un punto de vista social, deberemos aprender a vivir con humildad reconociéndonos todos vulnerables, sabiendo que lo que nos depara el futuro será una vida más insegura y que requeriremos siempre la ayuda de los demás.

Esta circunstancia determina la necesidad de convertirnos en cuidadores de nosotros mismos y del prójimo, requiere el desarrollo de un nuevo paradigma relacional que implica el reconocimiento y el respeto del otro, la conciencia de que la supervivencia es un problema que nos incumbe como humanidad y nos involucra como seres sociales, a colocar en el centro nociones como la de interdependencia, reciprocidad y complementariedad, a prevalecer valores éticos como la solidaridad, responsabilidad, a superar los miedos y temores a volvernos a ver sin rencores, a caminar juntos y ser testigos de reencuentros, que nos comprometan a crear un mundo mejor, solidario y más seguro.

ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE COVID 19

MARZO 2021





La pandemia del coronavirus decretada por la Organización Mundial de la Salud, se convirtió en un gran reto humano para los países afectados por sus múltiples contagios. Además, se entiende como un gran desafío profesional y ético en una realidad que presenta pobres presupuestos sanitarios, falta de recursos e insuficiente personal-y mal remunerado-, como también un gran reto para los investigadores que hacen todos sus esfuerzos y en el menor tiempo posible para encontrar nuevos tratamientos y/o opciones de vacunas.

Los dilemas éticos que se plantean a cada persona, en su condición de ciudadano y como un ente social interdependiente, se refieren a cómo cada uno debe enfrentar esta pandemia. Como seres humanos necesitamos tomar decisiones en relación a la manera en que llevamos nuestras vidas. En este tiempo, especialmen-

te, frente a la posibilidad de poder contagiar a otros, a asumir y a aceptar varias restricciones en nuestras actividades cotidianas que, sin duda, constituyen un verdadero problema para el cumplimiento de metas, intereses y proyectos personales. Por otra parte, nos vimos en la obligación de aceptar las directrices que las autoridades determinan en base a prioridades supuestamente establecidas con criterios de justicia sanitaria.

Entre las medidas necesarias que cada gobierno implementó se incluyeron por ejemplo determinar centros de atención centinela para casos confirmados, priorizar ciertos servicios médicos necesarios y postergar otras prestaciones de salud. *Por otro lado, se ha forzado a la población a modificar sus sistemas de vida con respecto a movilización pública, suspensión de clases o de reuniones, y vivir periodos de aislamientos. Pero más complejas y más críticas fueron las decisiones que frente a la imposibilidad de responder a todas las necesidades, se volvió imprescindible determinar a qué grupos humanos privilegiar en el acceso a recursos limitados de medicamentos exclusivos, hospitalización, ventilación mecánica o tratamientos especiales; qué difícil escoger quizá a los más críticos, a los más jóvenes, a los de mayor vulnerabilidad, a los que más producen, o a quienes trabajan en servicios de salud u otros servicios públicos fundamentales para el país. Estas dolorosas condiciones la actitud ética de los profesionales de la salud adquiere una relevancia especial y se convierten en dilemas que seguro marcarán sus vidas a futuro.*

Por otro lado, es evidente que la pandemia puso al descubierto lo que en el mundo venía sucediendo, desigualdades económicas y sociales marcadas en cada realidad, entre países y hasta entre continentes. En este momento se impone una distribución justa y no que las naciones más ricas monopolicen los recursos en perjuicio de las más pobres. *Vivimos una guerra comercial y una competencia egoísta por la adquisición de material sanitario, vacunas con total falta de ética en medio de una crisis humanitaria.*

De ahí que toda esta realidad nos obliga a replantearnos varios aspectos: estamos siendo exterminados por un enemigo invisible, el bien individual tendrá que cambiar, deberemos aprender a desarrollar una democracia participativa, aprender a ser ciudadanos con visión colectiva, *aprender a ver la salud desde un punto de vista social, deberemos aprender a vivir*

con humildad reconociéndonos todos vulnerables, sabiendo que lo que nos depara el futuro será una vida más insegura y que requeriremos siempre la ayuda de los demás. Esta circunstancia nos obliga a convertirnos en cuidadores de nosotros mismos y del prójimo, a prevalecer valores éticos como la solidaridad, responsabilidad, a superar los miedos y temores a volvernos a ver sin rencores, a caminar juntos y ser testigos de reencuentros, que nos comprometan a crear un mundo mejor, solidario y más seguro.

Como enfermera que soy quiero señalar que particularmente a medida que se propagó la pandemia cada vez fueron más los colegas cuidando de pacientes enfermos y sujetas al estrés y a la presión que conlleva y al igual que en crisis sanitarias anteriores, las enfermeras de todo el mundo han dado un paso adelante y se han colocado en primera línea para combatir la propagación de COVID-19. Su rol va desde brindar atención y cuidados directos a pacientes hospitalizados, en unidades de cuidados intensivos, emergencias, como también participar activamente en otras intervenciones a gran escala. Sus jornadas las cumplen en horarios agotadores trabajando las 24 horas para proteger y mantener la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general. *Las enfermeras de hoy son líderes de equipos que han demostrado profesionalismo, humanismo y entrega absoluta aportando su conocimiento, experiencia y competencia.*

En cuanto a su participación en atención primaria trabajan en la prevención de la enfermedad, protección ante el virus, asesoramiento, educación y orientación al paciente y a su familia sobre medidas de aislamiento, son el enlace entre el sujeto de cuidado y las indicaciones de prevención y tratamiento. Trabajan en la detección de signos de alarma y complicaciones en pro de favorecer el cuidado oportuno de la persona que acude a la unidad primaria de atención, mantienen comunicación con el paciente y su familia para favorecer la comprensión y adopción de las medidas de aislamiento, como también desarrollan autocuidado y protección profesional con los limitados recursos disponibles. De ahí que se vuelve fundamental cuidar de su bienestar físico y psicológico para que puedan continuar con su labor fundamental de proteger a los pacientes, sus familias y las comunidades en las que viven.

Finalmente se ha puesto de relieve el rol profesional de la enfermera/o en esta pandemia y coincidió con el año 2020 como el del reconoci-

miento por parte de la Organización Mundial de la Salud al trabajo de la enfermería en el mundo. Hoy es evidente la necesidad de contar con más enfermeras a nivel global y local, también en puestos de gestión y liderazgo, avaladas por su formación profesional científica, técnica y humana como también por el desempeño trascendental durante esta pandemia. Sin duda los profesionales de enfermería son el pilar fundamental y sostén de los sistemas sanitarios en el mundo.

BIBLIOGRAFIA

- Bonilla, J. (2015). Biética para Enfermería: Aspectos Teóricos y Prácticos. Quito: EDI-MEC.
- León, F., & Franco, Z. (2018). Enfermería en Atención Hospitalaria. Estudios desde la Bioética. Santiago: Fundación Interamericana Ciencia y Vida.
- https://www.corachan.com/es/blog/la-importancia-de-la-enfermera-en-epoca-de-covid-19_77751
- <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/2020-el-ano-de-la-pandemia-el-ano-de-las-enfermeras/>
- <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/331/seguridad-de-la-atencion-en-tiempos-de-pandemia-una-mirada-desde-enfermeria/>



ASPECTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA

MAYO 2021



La pandemia provocada por el virus SARS-Cov-2 es, sin duda, una de las más grandes tragedias humanas y sanitarias que se ha vivido en tiempos actuales.

La crisis sanitaria por la pandemia de Covid-19 ha desencadenado muchos problemas éticos en la prestación de los cuidados de enfermería en los centros asistenciales que tienen que ver específicamente con la prestación de cuidados en contextos de escasez de recursos y alto riesgo de contagio. Además de considerar la importancia del autocuidado y por supuesto, la preservación de los derechos del paciente.

Como sucedió en la mayoría de los países del mundo, en nuestra realidad tuvimos servicios de emergencia con acúmulo de pacientes, desabastecimiento no sólo de recursos materiales sino también humanos, obligando al personal

de la salud a atender en circunstancias extremas y en condiciones de riesgo. La situación diaria se convirtió en un torbellino en donde los pacientes eran graves y con severas complicaciones, al no contar con áreas de monitoreo, sin fuentes suficientes de oxígeno para mantener los requerimientos respiratorios necesarios y la escasa aplicación de tratamientos específicos para mejorar sus condiciones de salud.

En estos tiempos de pandemia el cuidado humano se ha visto afectado, sin lugar a dudas, por el exceso de pacientes, el miedo implícito que causa esta enfermedad por su alta contagiosidad y la escasez de equipos de protección. Por otro lado, el tratamiento ha demandado la presencia de recursos especiales que otorgan un sentido incluso más complicado a la situación como en el caso del vestuario de protección especial del personal sanitario, y cuando se dispone de dichas indumentarias los vemos como verdaderos extraterrestres y hasta resulta complicado identificar quienes son.

En estas circunstancias, además se vuelven testigos presenciales del dolor, incertidumbre y sufrimiento de las personas más vulnerables, experimentando sentimientos de impotencia al ver morir a numerosos pacientes cada día. Pero la situación se vuelve todavía más difícil cuando tienen que cumplir largas jornadas laborales que llevan a cabo por la escasez de personal de salud, ya sea porque resultaron contagiados y ahora se han convertido en pacientes que deben estar aislados en sus respectivos hogares, o simplemente porque renunciaron por el miedo de contagiarse y contagiar a su propia familia.

Además de lo sucedido desde el punto de vista sanitario, se evidenció un trauma en el manejo del proceso de duelo. Hubo momentos desoladores en donde el paciente agónico prácticamente perdió el derecho a tener la cercanía de su familia, y en los peores casos, los cuerpos de las personas fallecidas tampoco recibieron atención post mortem. Así, lamentablemente en varios lugares, dichos cuerpos incluso se convirtieron en un acúmulo olvidado de basura, que nadie quería recoger, negándoles a las familias la posibilidad de acercamiento a su ser querido, aumentando el sufrimiento de soledad y desamparo sin que nadie les pueda fortalecer en estos momentos dolorosos.

Por tanto, junto con el virus ha proliferado el miedo, la ansiedad y la incertidumbre demandando así la importancia de retomar o centrar mejores prácticas alrededor de la comunica-

ción, empatía y compasión. Frente a ello, el desafío del equipo de salud y particularmente de enfermería será no deshumanizarse en esta pandemia y brindar un cuidado holístico, sobre la base de los pilares de la Bioética, del respeto a la dignidad del ser humano y desde una perspectiva de respeto sus derechos. Frente a esta dura realidad surgen varias circunstancias que deben ser consideradas:

Importancia del cuidado: El objeto de la profesión de enfermería es el cuidado. En ese sentido el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) enfatiza que la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas que necesiten cuidados de enfermería, pero, al mismo tiempo, recalca que la enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. En estas condiciones especiales de la pandemia, estos dos principios entran en gran conflicto. Pero el único riesgo no es solo el infectarse, se deben contemplar los riesgos provenientes de jornadas laborales extendidas, la angustia psicológica por miedo a infectarse y contagiar a sus familias, miedo inminente a la muerte, la fatiga, el estrés emocional, el estigma. Muchos de ellos afectan a la salud física y mental del profesional de enfermería.

Cuidados de calidad, priorización de recursos y maximización de su utilidad: Como consecuencia de una crisis sanitaria, los escasos recursos para trabajar pueden poner al personal de enfermería en situación de tener que decidir a qué paciente se prioriza en ofertar los cuidados. Esas decisiones pueden resultar realmente complicadas, evidenciando una situación que bajo ninguna circunstancia debería darse: la priorización de un recurso que no alcanza para todos, además del enorme incremento de ingresos en las UCIS que determinó un drástico aumento de la cobertura de pacientes por profesional de enfermería.

La pandemia actual colapsa los sistemas de salud, las carencias no se limitan solo a unidades específicas, alcanza a todo el sistema y repercute en la asistencia y los cuidados de pacientes con otras enfermedades y otros requerimientos. La insuficiencia de recursos exige un reparto equitativo, primando las urgencias vitales pero sin descuidar otras graves situaciones que si no reciben la atención requerida, pueden determinar condiciones irreversibles y la muerte.

Importancia del autocuidado: Como en pandemias anteriores, el profesional de enfermería



comanda la primera línea y se convierte en un baluarte del sistema de salud tanto por razones de justicia sanitaria como de utilidad general. Por lo tanto, resulta prioritario velar por su cuidado: la enfermera tiene el deber de cuidarse, y el sistema de salud el deber de cuidarla, para que no enferme y para que se recupere lo más pronto posible si se infectó.

El deber de autocuidado incluye el descanso físico y psíquico, así como la resiliencia moral y emocional. Evidentemente ese cuidado no es responsabilidad exclusiva de la enfermera. Más aún, en estos contextos la administración sanitaria tiene una responsabilidad reforzada de procurarlo.

Dentro del deber de cuidar, se puede resaltar:

- Rechazo de toda discriminación o estigmatización a las enfermeras por parte de la población que las ven como una amenaza para su salud. La misma enfermera que es aplaudida por ayudar a salvar vidas, es rechazada por



sus vecinos como posible agente infeccioso. En hora buena en nuestra realidad no han sido muy frecuentes estas situaciones, pero se vuelve prioritario promover una educación colectiva que deshaga prejuicios fundados en el desconocimiento.

- Apoyo ético. En las circunstancias actuales es inevitable que surjan variados problemas éticos en donde estén inmersos profesionales de enfermería, que pueden generar angustia y dificultar el desarrollo de la actividad profesional diaria en condiciones adecuadas. Se vuelve indispensable generar un trabajo permanente de los comités de ética asistencial para tratar sobre los casos difíciles que se presenten, y para comentar las inquietudes éticas que se le planteen a cada uno, recordando que su rol es asesor y no tienen facultad decisoria.

Defensa de los derechos del paciente: En esta pandemia pudo ser necesario limitar el ejercicio de los derechos, sin querer decir de ninguna forma que desaparezcan. Se suele entender que

el profesional de enfermería es uno de los principales defensores de los derechos del paciente y, en las circunstancias presentes, debe seguir siendo así. Por mucho que el sistema esté completamente desbordado en un momento determinado, siempre se debe garantizar al paciente que no será abandonado, que se respetarán su dignidad y derechos, y que recibirá los cuidados que requiera en el marco de la realidad actual. Se subrayan derechos como al acompañamiento, la asistencia espiritual, respeto a la intimidad, a recibir cuidados holísticos y humanizados.

Humanización de la atención de salud hacia el final de la vida en medio de la pandemia: Acompañamiento y ayuda espiritual son dos expresiones fundamentales de una asistencia humanizada. El ser humano no tiene como fin último de su existencia la mera supervivencia, sino disfrutar de una vida plena con sentido. La compañía en la enfermedad, y especialmente en la muerte, así como la asistencia espiritual son dos aspectos relevantes que no se debería negar a la persona.

En este contexto cuando el desenlace ha sido la muerte, se experimentan durísimas experiencias, pues al conocer que el cadáver de una persona con el virus continúa contagiando, no pueden ser despedidas, ni veladas y se sugiere la cremación, obligando incluso a modificar exigencias y creencias religiosas. Entonces se vuelve tan necesario que la atención en los momentos finales de su vida sea con la mayor calidad asistencial y humana posible, que en concordancia con los preceptos de los cuidados paliativos, incluyen criterios de atención psicológica, emocional, espiritual, y de acompañamiento familiar, pues todos ellos contribuirán a evitar duelos patológicos y al agravamiento de las situaciones de vulnerabilidad.

Frente a toda esta realidad es donde la bioética cobra su importancia, recordándonos la parte más humana de nuestra profesión. La pandemia por la COVID 19 a nivel mundial cambió la realidad y expuso toda una serie de problemáticas económicas, sociales y por sobre todo sanitarias que involucraron a la población en general sin importar su condición, profesión y credo. Ningún país estuvo preparado para afrontarla priorizando a la persona como centro de la atención. Surge una serie de eventos de controversia entre ética y economía, se evidencia cada día más corrupción y gasto de dinero y la ausencia de capital moral de quienes lo administran, más hambre, desempleo, pobreza y delincuencia.

Desde la bioética principialista se analiza brevemente sus cuatro principios:

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se ha visto afectada la capacidad de decidir con libertad y autonomía, no es posible la participación del paciente crítico para la toma de decisiones y tampoco en esta época de pandemia los familiares han podido aportar mucho. Durante la hospitalización la familia no ha podido ver a sus pacientes y peor aún han podido acompañarlos en sus periodos de agonía y muerte.

PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA

Han surgido muchos dilemas con el encarnizamiento o ensañamiento terapéutico al emplear ciertos tratamientos invasivos o hasta medidas heroicas fútiles. El reto ha sido asegurarse de no causar daño intencional a nadie. Además se ha tenido que reconocer cuanto dolor ha surgido derivado del aislamiento y la cuarentena, debiendo prestar especial atención a la violencia intrafamiliar, al estrés y al abandono de actitudes saludables

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Surgieron varios dilemas al proporcionar o no pruebas diagnósticas, discontinuidad asistencial en pacientes crónicos. Se evidenciaron circunstancias difíciles como no tener acceso a tratamientos, afectación de controles periódicos, ajustes de medicación, teniendo en cuenta que la gran mayoría son pacientes frágiles que requieren seguimiento y tratamiento continuo de otras patologías. También se ha visto que muchos pacientes con patologías agudas y graves no han podido asistir a sus consultas de especialidad pese a requerirlo, por miedo y por la dificultad actual para llegar al sistema sanitario público y hasta privado.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Se ha evidenciado dilemas para distribuir la poca asignación de recursos, mal manejo de los mismos y una política sanitaria que no ha logrado responder a esta circunstancia de pandemia, corrupción a todo nivel.

Para concluir quisiera resaltar la labor del personal de enfermería, quienes con gran profesionalismo, creatividad, compromiso y perseverancia continúan estando en la primera línea brindando cuidados integrales y holísticos a los



enfermos afectados por esta terrible enfermedad, como también a aquellos profesionales que hoy se encuentran desarrollando acciones educativas, promoviendo prácticas saludables e implementando intervenciones sanitarias en el ámbito de la prevención y control de la propagación de la enfermedad en la comunidad, brindando atención a las familias de las personas enfermas/fallecidas y a miembros de grupos vulnerables. Como docente de enfermería señalo además la necesidad de actualizar nuestras mallas curriculares, ajustando a nuevas competencias profesionales y reforzando el liderazgo y la humanización del cuidado.

Finalmente, quisiera expresar un saludo afectuoso y de reconocimiento a los profesionales de enfermería en este su día, en donde se debe relieves su trabajo y la necesidad de contar con más enfermeras en el mundo, también en puestos de gestión y liderazgo, avaladas por su formación profesional científica, técnica y humana como también por el desempeño trascendental demostrado durante esta pandemia.

BIBLIOGRAFÍA:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569x2018000100039 [Links]
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962020000100011 [Links]
- <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/2290/2863> [Links]
- https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2683 [Links]
- <http://www.asociacionbioetica.com/imagenes/publicaciones/ficheros/publicacion-fichero-46.pdf> [Links]
- <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45337> [Links]
- http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID19.pdf [Links]
- <file:///c:/users/pc/downloads/aspectos-eticos-la-enfermeria-la-crisis-pandemia-covid-19.pdf> [Links]
- Comisión Nacional de Bioética. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito, 2021



