



FORMACIÓN CONTINUADA Y AUTOEVALUACIÓN

Revisión de conocimientos sobre bioética en la atención al paciente crítico

Review of the knowledge on bioethics in attention to the critical patient, building safety in intensive cares

C. Zazpe Oyarzun

Diplomada en Enfermería, Enfermera especialista en Cuidados Intensivos, Certificación de Enfermería en la Atención del Paciente Crítico (CEEC), Hospital de Navarra, Pamplona, España

ENFERMERÍA INTENSIVA Incorpora un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un Programa de Formación Continuada sobre la revisión de conocimientos para la atención de enfermería al paciente adulto en estado crítico. Uno de los objetivos de ENFERMERÍA INTENSIVA es que sirva como instrumento educativo y formativo en esta área y estimule el estudio continuado.

Las personas interesadas en acceder a la obtención de los créditos de Formación Continuada, que a través de la SEEIUC otorga la Comisión Nacional de Formación Continuada, deberán remitir cumplimentada la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias), dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número, a la *Secretaría de la SEEIUC. Vicente Caballero, 17. 28007 Madrid.*

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

1. La acción que por sí misma o en la intención de quien la realiza tiene como objetivo la muerte de la persona para evitarle el sufrimiento, se denomina:
 - a) Distanasia.
 - b) Ortotanasia.
 - c) Eutanasia.
 - d) Eutanasia pasiva.
 - e) Ninguna respuesta es correcta.
2. Es una característica de la eutanasia:
 - a) Querer adelantar intencionadamente la muerte.
 - b) Solicitarla en un paciente con enfermedad incurable.
 - c) Solicitarla en un paciente con sufrimientos insopportables.
 - d) Solicitarla libre y reiteradamente.
 - e) Todas son ciertas.
3. La decisión sobre la restricción o cancelación de las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica, se denomina:
 - a) Eutanasia pasiva.
 - b) Limitación del tratamiento de soporte vital.
 - c) Limitación del esfuerzo terapéutico.
 - d) b y c son ciertas.
 - e) Todas son ciertas.

Correo electrónico: fjamores@retena.com

4. La característica que se atribuye a un tratamiento médico que se considera inútil porque el objetivo de aportar beneficios al paciente tiene altas probabilidades de fracasar, se denomina:
- Inutilidad.
 - Futilidad.
 - Equidad.
 - Iatrogenia.
 - Ninguna es correcta.
5. Cualquier intervención, procedimental o farmacológica, realizada en un paciente con el objetivo de retrasar su proceso de morir, con independencia de que dicha intervención se efectúe en relación con la patología de base o con el proceso biológico causal o no, se denomina:
- Limitación del soporte vital.
 - Medidas ordinarias.
 - Directrices previas.
 - Medida de soporte vital.
 - Todas son ciertas.
6. La guía del *Hastings Center* de EE. UU. incluye como medidas de soporte vital todas las siguientes, excepto:
- La higiene corporal y cambios posturales.
 - La reanimación cardiopulmonar.
 - La conexión a ventilador.
 - La hemodiálisis.
 - La nutrición enteral o parenteral.
7. Asegurar que cuando el paciente haya perdido la capacidad de participar en la toma de decisiones, la atención sanitaria sea conforme a las preferencias que expresó previamente, es el objetivo principal del documento de:
- Voluntades anticipadas.
 - Directrices previas.
 - Testamento vital.
 - a y c son ciertas.
 - Todas son ciertas.
8. Entre las ventajas que presenta el documento de voluntades anticipadas se encuentran todas las siguientes, excepto:
- Aumenta el riesgo de que se realicen tratamientos no deseados.
 - Mejora la calidad de la relación médico-paciente.
 - Facilita la toma de decisiones terapéuticas.
 - Evita que se realicen tratamientos no deseados.
 - Aporta seguridad ética y jurídica a los profesionales sanitarios.
9. La bioética se define como la disciplina que estudia:
- Los problemas éticos de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica a las personas, sanas y enfermas.
 - Los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, y de las relaciones del hombre con el resto de seres vivos.
 - La capacidad de la persona para tomar decisiones libremente y gestionar aspectos de la propia vida y muerte.
 - La aptitud de un paciente para comprender la situación a la que se enfrenta y las alternativas posibles de actuación con las consecuencias previsibles de cada una de ellas.
 - La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente capaz y adecuadamente informado, para que tenga lugar una actuación sanitaria que afecte a su salud.
10. Con relación al estudio SUPPORT -estudio para comprender el pronóstico y las preferencias según los resultados y riesgos del tratamiento- todas las siguientes afirmaciones son ciertas, excepto:
- Uno de sus objetivos fue mejorar la toma de decisiones en el final de la vida.
 - Uno de sus objetivos fue reducir la prolongación del proceso de morir.
 - No fue concluyente en sus resultados.
 - La muestra estudiada fue muy reducida.
 - Fue un estudio multicéntrico.
11. El estudio Ethicus (2003) demostró que la limitación del tratamiento de soporte vital en las UCIs europeas:
- Es una práctica común y con una frecuencia de realización variable.
 - Se asocia a factores como edad del paciente, diagnóstico, días de estancia en la UCI,...
 - Las decisiones del paciente solo se conocen en el 20% de los casos.
 - La participación de las enfermeras/os en la toma de decisiones al final de la vida varía ostensiblemente según los países.
 - Todas son ciertas.
12. Entre los principios y valores éticos de la enfermera/o en relación con el paciente y su familia destacan:
- Actitud vocacional.
 - Responsabilidad profesional.
 - Integridad moral.
 - Compasión.
 - Todas son ciertas.
13. La capacidad que deben tener los profesionales sanitarios de sentir y comprender el sufrimiento y la desgracia de otra persona, se denomina:
- Vocación.
 - Responsabilidad profesional.
 - Compasión.
 - Integridad moral.
 - Ninguna es cierta.
14. En 1997, el Instituto de Medicina enunció los aspectos que debe reunir el buen morir:
- Evitar el estrés y el sufrimiento.
 - Acorde con las preferencias y deseos del paciente.
 - Acorde con los estándares clínicos.
 - Acorde con los estándares culturales.
 - Todas son ciertas.

15. **La sedación ante el estrés y el sufrimiento intratable de la muerte se denomina:**
- Sedación total.
 - Sedación paliativa.
 - Sedación terminal.
 - Sedación controlada.
 - Todas son ciertas.
16. **Los cuidados destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, cuando afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida, a través de la prevención del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, la evaluación y el tratamiento cuidadoso de todos los problemas que afectan al paciente, se denominan**
- Cuidados paliativos.
 - Cuidados intensivos.
 - Cuidados integrales.
 - Cuidado total.
 - Todas son ciertas.
17. **La definición de enfermedad terminal incluye los siguientes aspectos:**
- Avanzada e irreversible.
 - No afecta a la autonomía y a la calidad de vida del paciente.
 - Con un pronóstico de vida limitado a meses.
 - a y c son ciertas.
 - a, b y c son ciertas.
18. **El principio de no-maleficencia se refiere a:**
- Tratar a todos por igual, sin discriminación alguna y con la misma consideración y respeto.
 - Buscar el mayor beneficio para cada paciente en particular consiguiendo el equilibrio entre riesgos y beneficios.
 - No realizar ninguna acción que provoque un perjuicio al paciente.
 - a y c son ciertas.
 - Todas son ciertas.
19. **Cuando se respeta el derecho del paciente a ser libre de decidir acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se quiere someter, con la responsabilidad que esto conlleva y previa información por el médico responsable, se refiere al principio de:**
- Justicia.
 - Beneficencia.
 - Autonomía.
 - No-maleficencia.
 - Todas son falsas.
20. **La disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos se denomina:**
- Biología.
 - Anatomopatología.
 - Tanatología.
 - Tanatopraxia.
 - Ninguna es correcta.
21. **Según la *American Association of Colleges of Nursing (AACN)*, entre las competencias de enfermería necesarias para dar una alta calidad de cuidado al paciente y familia al final de la vida, destacan:**
- Promover el confort del paciente como componente del cuidado integral.
 - Comunicarse adecuadamente con el paciente y familia sobre aspectos del final de la vida.
 - Demostrar respeto por los deseos del paciente.
 - Evaluar el impacto de los tratamientos médicos o tecnológicos sobre los objetivos del paciente.
 - Todas son ciertas.
22. **En una UCI, los cuidados paliativos inciden en varios campos de actuación, excepto:**
- Intentar acelerar o posponer la muerte.
 - Aliviar el dolor y otros síntomas estresantes.
 - Integrar aspectos psicosociales y espirituales en el cuidado del paciente.
 - Intentar mejorar la calidad de vida del paciente.
 - Ofrecer sistemas de apoyo a las familias para hacer frente a la enfermedad.
23. **Entre las áreas de actuación de los cuidados al final de la vida en UCI, identificadas por Clarke y colaboradores en 2003, se encuentran todas las siguientes excepto:**
- Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia.
 - Evitar la comunicación entre el equipo asistencial y el paciente y su familia.
 - Dar continuidad al cuidado.
 - Adecuado manejo de los síntomas del paciente y promover el confort.
 - Dar apoyo espiritual al paciente y su familia.
24. **Entre los aspectos del ambiente de UCI que más ayudan a las enfermeras para conseguir la adecuada atención al paciente al final de la vida, destacan todos los siguientes, excepto:**
- Que exista acuerdo en el equipo médico con respecto al enfoque de los cuidados.
 - Que el paciente presente dolor difícil de controlar.
 - Que la familia acepte que el paciente se está muriendo.
 - Que se proporcione a la familia un entorno tranquilo tras el fallecimiento.
 - Que la unidad disponga de un lugar privado para la familia.
25. **Entre los aspectos del ambiente de UCI que representan mayor obstáculo para las enfermeras para conseguir la adecuada atención al paciente al final de la vida, destacan todos los siguientes, excepto:**
- Que el paciente tenga dolor difícil de controlar.
 - Que se proporcionen cuidados dolorosos al paciente terminal.
 - Que los médicos tengan una actitud evasiva y eviten a la familia.
 - Que la familia acepte que el paciente se está muriendo.
 - Que la familia reclame medidas para salvar la vida del paciente contrariamente al deseo del paciente.

Bibliografía. Fuentes consultadas para el estudio del tema

- American Association of Colleges of Nursing. Peaceful Death: Recommended Competencies and Curricular Guidelines for End-of-Life Nursing Care. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>
- Carlet J, Thijs L, Antonelli M, Cassel J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-lifecare in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical care. *Intensive Care Med.* 2004;30:770–84.
- Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al. Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2003;31(9):2255–62.
- Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ, Goldman L, Knaus WA, et al. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA.* 1995;274:1591–8.
- Consejo estatal de estudiantes de medicina. Comisión de bioética. Disponible en: <http://www.ceem.org.es/web/03.05.php>
- Del Barrio Linares M, Jimeno San Martín L, López Alfaro P, Ezenarro Muruemendaraz A, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007;18(1):3–14.
- Escalada H. Medicina y Salud: Cuidados Paliativos. *Revista zona hospitalaria.com.* 2007;(6). Disponible en: http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh.6/cuidados_final_vida.shtml
- Falcó-Pegueroles A. Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enferm Clínica.* 2005;15(5):287–90.
- Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del esfuerzo del tratamiento de soporte vital en las unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos éticos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva.* 2009;20(3):104–9.
- Field MJ, Cassel CK, editors. Approaching death: improving care at the end of life. Committee on Care at the End of Life, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press. 1997. Available from: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=5801&page=R1
- Fundación bioética. Eutanasia. Disponible en: <http://www.bioeticacs.org/?dst=eutanasia>
- Gómez Batiste X. Decisiones al final de la vida: aspectos éticos, asistenciales y jurisdiccionales. En: Decisiones al final de la vida. Normas y textos jurídicos. Madrid. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo General del Poder Judicial, 1999;29–37.
- Gómez Merino M, Santander F, Goikoetxea M, Garikano M, Díez Fortuny L, Tapiz V, et al. Voluntades anticipadas. Consideraciones y recomendaciones. Grupo de Trabajo de Voluntades anticipadas. Osakidetza/SVS. Disponible en http://www.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/doc_sal/articulos/voluntades_anticipadas.Paco.Villar.doc (20 agosto 2010)
- Martínez Urionabarrenetxea K. La dignidad del paciente terminal. En: Masiá Clavel J, editor. Ser humano, Persona y Dignidad. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2005. p. 167–197.
- Masiá J. Dignidad humana y situaciones terminales. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30(Sup 3):39–55.
- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20(7):391–5
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovi-lehto S, et al. End of life practices in European Intensive Care Units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003;290:790–7.
- Tanatología. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tanatología>
- World Health Organization (2005). WHO definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>