

Percepción familiar en la Orden de No Reanimación

Family perception in the order of non-resuscitation

Recibido: 04/05/2020
Aprobado: 11/06/2020

Autores

- ❖ Daniel Alejandro Maldonado Ortiz-Estudiante del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Navarra-UNINAVARRA-Neiva, Huila.
Correo: daniel.maldonado@uninavarra.edu.co
Orcid: 0000-0002-3297-1915
- ❖ María Angélica Portes Vargas -Estudiante del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Navarra-UNINAVARRA-Neiva, Huila.
Correo: maria.portes@uninavarra.edu.co
Orcid: 0000-0002-7648-9485
- ❖ Sindy Lorena Caviedes Ramírez - Estudiante del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Navarra-UNINAVARRA-Neiva, Huila.
Correo: sindy.caviedes@uninavarra.edu.co

Resumen

La decisión de No Reanimación es una de las cuales el paciente, o el familiar toman en conjunto con el médico tratante de no aplicar Reanimación Cardiopulmonar. La presencia y responsabilidad en las decisiones de los familiares durante la Reanimación Cardiopulmonar, puede desencadenar sentimientos negativos. Los familiares pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión, así como aumento de estrés. A partir de ello, el presente artículo es el resultado de un estudio que parte del objetivo de determinar la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva, en el año 2019. Es un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, de corte transversal, en donde se logró establecer que la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes, es indeterminada a nivel general, dado que las opiniones encontradas fueron muy diversas, donde algunos percibieron la decisión de No Reanimación como un acto de resignación, dado el delicado estado de salud en que se encontró su ser querido. Por otro lado, algunos familiares percibieron tal decisión como algo negativo, en donde manifestaron

que lo importante era mantener con vida al paciente, ignorando las posibles secuelas que podría acarrear el procedimiento.

Palabras clave: Reanimación., sensación., percepción, Orden de No Reanimación (ONR).

Abstract

The DNR decision is one that the patient or family member makes in conjunction with the attending physician not to perform CPR. The presence and responsibility for family members' decisions during CPR may trigger negative feelings. Family members may experience symptoms of anxiety, depression, and increased stress. Based on this, the present article is the result of a study that starts with the objective of determining the family's perception regarding the decision of not resuscitating patients in a third level health care institution in the city of Neiva, in the year 2019. This is an exploratory study with a qualitative approach, of a transversal nature, in which it was established that the family's perception of the decision not to resuscitate patients is indeterminate at a general level, given that the opinions found were very diverse, where some perceived the decision not to resuscitate as an act of resignation given the delicate state of health in which their loved one was found, on the other hand, some relatives perceived such a decision as something negative, where they stated that the important thing was to keep the patient alive, ignoring the possible consequences that the procedure could bring.

Keywords: Resuscitation, Sensation, Perception, Do Not Resuscitate Order (ONR).

Introducción

El Paro Cardiorrespiratorio (PCR) se presenta por el deterioro de la función respiratoria o circulatoria. Aunque raras veces se puede dar un episodio súbito, “el ritmo cardíaco terminal suele ser bradicardia con progresión a la actividad eléctrica sin pulso o asistolia” (1). Una Reanimación Cardiopulmonar (RCP) rápida y eficaz puede considerar una pronta recuperación de la función circulatoria y la supervivencia sin daños neurológicos. “Los datos más significativos ocurren en el paro respiratorio y en la Fibrilación Ventricular (FV). Solo un 2-10 % de los pacientes que presentan un PCR extrahospitalario sobreviven y la mayoría con graves secuelas neurológicas” (1).

Se entiende como una medida terapéutica, en la cual se intenta reestablecer las funciones cardíacas y pulmonares, cuando estas han tenido un cese. Se practican compresiones torácicas y medidas ventilatorias que pueden o no ser invasivas (2). Estas medidas han sido implementadas desde los sesenta y se extendieron a través del mundo como una posibilidad para salvar vidas (2). De hecho:

La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es una actividad médica que presenta importantes aspectos éticos. Al igual que en otras áreas de la ética asistencial, las decisiones en relación con la RCP deben estar basadas en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva (3).

Por otro lado, el no tomar una decisión acertada de cuándo realizar la Reanimación, deriva en pacientes sin una calidad de vida óptima, tal como lo afirma la Guía para el Establecimiento de Órdenes de No Reanimación: “hasta 4 de cada 10 terminan con daño cerebral luego de las maniobras de RCP”, aumentando el sufrimiento y los costos para el sistema de salud (4).

Existen situaciones clínicas en que los pacientes poseen pocas posibilidades de sobrevivir o mantener una calidad de vida aceptable luego de sufrir un paro cardiorrespiratorio. Por ello, una Reanimación Cardiopulmonar (RCP) puede ser considerada como inútil, dado que pueden traer graves consecuencias en su salud, como por ejemplo, daños neurológicos. Por ello,

diferentes grados de dependencia de terapias médicas intensivas, o dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades diarias, es decir, su resultado sería una pérdida de calidad de vida importante con respecto a la situación previa a la parada cardiorrespiratoria (5).

Con lo anterior, se considera aconsejable emitir una Orden de No Reanimación. Por otro lado, también se ha establecido que las órdenes de no reanimación se toman cuando la situación del paciente la constituye una enfermedad incurable, “cuando ha transcurrido demasiado tiempo entre el paro cardio respiratorio y la RCP, o cuando son evidentes los signos de muerte biológica” (6). A partir de ello, es necesario que los profesionales de la salud responsables de los pacientes, en conformidad con los padres o las familias de los mismos, concuerden claramente sobre la decisión de no reanimar. Autores afirman que la implantación de esta medida minimiza los sufrimientos inútiles y “encarnizamientos terapéuticos” (6).

Cuando se toma la decisión de no reanimar, la institución de salud no abandonará el paciente, por lo que se adecuarán tratamientos dirigidos al *confort* y bienestar, que permiten minimizar el sufrimiento y agonía, aplicando los cuidados de final de la vida que el paciente requiera (5). La familia desempeña un papel importante, dado que, en la mayoría de los casos, son quienes se encargan de tomar la decisión de la No Reanimación. Las acciones de No

Reanimación se llevan a cabo por medio de las decisiones familiares y médicas a partir de un diálogo con el equipo médico en donde se resalta la autonomía personal sobre la médica.

De hecho, la participación de la familia en escenarios avanzado de cuidado del paciente, sobre todo en reanimación, se convierte en un factor fundamental que permite disminuir la ansiedad e incrementar la seguridad en los procedimientos realizados y sobre la toma de decisiones (7). No obstante, se presentan grandes controversias ante los sentimientos y experiencias de los familiares, pues la No Reanimación supone un término negativo, debido a que “da la sensación a los familiares de estar precipitando la muerte a su familiar, al aceptar esta recomendación de que no se le someta a maniobras” (8).

Las situaciones de emergencia vital, suponen grandes dificultades en la toma de decisiones, y el hecho de que se trate de un menor de edad, supone en sus familiares situaciones con altos niveles de estrés y sentimientos negativos asociados a la muerte, lo cual afecta en la decisión sobre la reanimación. La presencia y decisión de los familiares sobre la RCP ha sido un tema muy controvertido (3).

La No Reanimación aparte de tener una connotación negativa por parte de los familiares, dada la omisión de acciones que según ellos podrían servir en la situación de salud de su ser querido, y el hecho de negarse a ello, puede ocasionar frecuentemente conflictos. Pues, “estimula una visión de la muerte como un fracaso médico y como una catástrofe inevitable, tornando más difícil la posibilidad de prepararse” (9).

Por tal razón, la presencia y responsabilidad en las decisiones de los familiares durante la reanimación cardiopulmonar, puede desencadenar sentimientos negativos, los familiares pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión, así como aumento de estrés (10). Así mismo, se ha demostrado que existe una gran repercusión psicológica que implica la experiencia de permanencia en la UCI (11).

Por otro lado, se evidenció que en la familia se pueden presentar síntomas ansiosos, depresivos y en algunos casos estrés post traumático a partir de la experiencia y en la toma de decisiones sobre la reanimación. La muerte es uno de los principales temores que debe enfrentar la familia, algunos síntomas como ansiedad, depresión pueden aparecer y mantenerse en el tiempo (12).

Metodología

Tipo de estudio: Se utilizó un enfoque cualitativo con un método fenomenológico. Se utilizaron métodos de recolección de datos de tipo descriptivo, para descubrir de manera discursiva categorías conceptuales a partir de dicha información.

Población: Familiares de pacientes con decisión de No Reanimación que se encuentran en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva.

Muestra: Para seleccionar la muestra de estudio, se utilizó una técnica de muestreo no probabilística por conveniencia, mediante el cumplimiento de criterios de selección.

Criterios de inclusión: Familiares de pacientes con orden de No Reanimación de su ser querido.

Criterios de exclusión: Familiares de pacientes que no accedan de manera voluntaria a participar en el estudio. Familiares cuyo estado de salud mental y física impida la participación en el presente estudio.

Recolección de información: La recolección de la información se llevó a cabo por medio de una Entrevista semiestructurada, la cual se aplicó en un entorno privado y cómodo, que garantizó la fluidez y veracidad de la información. Las entrevistas fueron grabadas para su posterior análisis, por medio de su transcripción y categorización de conceptos.

Tabla 13. Operacionalización de variables sociodemográficas.

Variable	Definición	Operacionalización	Indicador y categoría	Nivel de medición
<i>Género</i>	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Género del familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Femenino Masculino	Nominal
		Género del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Femenino Masculino	Nominal
<i>Edad</i>	Período medido en años desde el Nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad cumplida por el familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Años	Razón
		Edad cumplida por el paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Años	Razón

<i>Escolaridad</i>	Nivel educativo obtenido y certificado de manera formal, según la clasificación colombiana.	Nivel educativo del familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Sin estudios. Educación básica primaria Educación básica secundaria Educación media Educación superior	Ordinal
<i>Situación laboral</i>	Ocupación en que se encuentra la persona en el momento de la entrevista.	Situación laboral actual del familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Ama de casa Estudiante Empleado Independiente Pensionado Desempleado	Ordinal
<i>Estado civil</i>	Condición legal de sociedad de una persona según el registro civil.	Estado civil del familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) En Unión Libre Separado(a)	Ordinal
<i>Estrato socioeconómico</i>	Clases o grupos en que se divide la población de acuerdo con el distinto poder adquisitivo y nivel social.	Estrato socioeconómico del familiar del paciente crítico con decisión de No Reanimación.	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Ordinal
<i>Grado de consanguinidad</i>	Distancias de parentesco que se establecen entre dos miembros de una familia.	Grado de consanguinidad del familiar del paciente crítico internado en UCI pediátrica con decisión de No Reanimación.	Primer grado: Padre y madre Hijos e hijas Segundo grado: Abuelos y abuelas Nietos y nietas Hermanos y hermanas	Nominal

Fuente: Elaboración autores.

Resultados

Características sociodemográficas de los participantes

A partir del muestreo por conveniencia, y la aceptación en la participación en el presente estudio, se obtuvo una muestra de estudio de 6 familiares de pacientes con decisión de no reanimación que se encontraban en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva. A través de la descripción de características socio-demográficas de los familiares de pacientes con orden de no reanimación, se tuvo que, la edad de los pacientes tuvo un promedio de 65 años, con una edad mínima en hombres de 32 años y en mujeres de 60 años, y una edad máxima de 84 años en hombres y de 77 años en mujeres. En cuanto a la edad de los familiares de los pacientes, se obtuvo un promedio de 48 años, con una mínima de 33 años y una edad máxima de 77 años (Tabla2).

Tabla 2. Características sociodemográficas.

Característica	Indicador	Cantidad (familiares consultados)
Género del paciente	Masculino	3
	Femenino	3
Género del familiar	Masculino	1
	Femenino	5
Escolaridad del familiar	Básica secundaria	4
	Educación media	1
	Sin estudio	1
Situación laboral del familiar	Ama de casa	4
	Pensionado	1
	Empleado	1
Estrato socioeconómico del familiar	Estrato 1	1
	Estrato 2	4
	Estrato 3	1
Estado civil del familiar	Separado	1
	Unión libre	1
	Soltero	2
	Casado	2
Grado de consanguinidad con el paciente	Hijo/Hija	5
	Padre/Madre	1

Fuente: Elaboración autores.

Se encontró que la mayoría de familiares son del género femenino, de educación básica secundaria, amas de casa, de estrato 2, siendo solteras y viudas, y, en su mayoría fueron hijos o hijas de los pacientes internados.

Percepción familiar frente a la decisión de la no reanimación

Luego de la realización de las entrevistas, se tomaron las grabaciones obtenidas de cada una, a las que se les realizó la debida transcripción completa. Con base en las conversaciones obtenidas, se pudo establecer que la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva, en el año 2019, es indeterminada a nivel general, en los casos estudiados, dado que las opiniones encontradas fueron muy diversas, donde algunos percibieron la decisión de No Reanimación como un acto de resignación, por el delicado estado de salud en que se encontró su ser querido. Por otro lado, algunos familiares percibieron tal decisión como algo negativo, en donde manifestaron que lo importante era mantener con vida al paciente, ignorando las posibles secuelas que podría acarrear el procedimiento.

Cabe recalcar que, a partir de la aplicación de las entrevistas, las investigadoras y el investigador, pudieron observar que los familiares se

encontraban algo distraídos, debido a la delicada situación en que se encontraban sus seres queridos, por lo que algunas respuestas obtenidas pudieron verse afectadas por su estado emocional en el momento de la toma.

Experiencias familiares frente a la decisión de la no reanimación

Se identificaron categorías de análisis por medio de las respuestas obtenidas. Se realizó una categorización de temas relacionados a la percepción familiar frente a la decisión de la no reanimación, para conocer las experiencias familiares frente a la decisión de la no reanimación. Anexo a ello, se describieron las respuestas más significativas de los familiares en la No Reanimación de su ser querido.

Categorías de análisis

Categoría 1: Conocimiento del estado de salud del familiar

De los 6 familiares consultados, 4 afirmaron tener conocimiento sobre el estado de salud de su ser querido. En uno de los casos, un familiar reportó que su ser querido *“ya no aguanta porque el corazón de ella lo tiene hinchado, además le dio un derrame frontal por eso es que ella es no reanimarle, por eso está delicada”*, corroborando que sabe el porqué su caso no es reanimable.

Sin embargo, en 2 de los casos consultados, los familiares manifestaron no tener conocimiento específico sobre el estado de salud de su ser querido, dado que, no poseen claridad sobre las explicaciones dadas por el personal de la salud, teniendo en cuenta los complejos términos clínicos utilizados. Ante ello, uno de los familiares consultados expresó: *“sí lo conozco, pero no lo conozco, sí sé que tiene él, a nosotros nos dijeron que él tenía cáncer, pero no sabemos la gravedad”*.

Por otro lado, el familiar consultó por fuentes externas en donde corroboró que la enfermedad padecida por su familiar era un cáncer que ya había hecho metástasis. También, el familiar de este caso, manifestó que el personal de la salud le solicitó que las preguntas se las hiciera delante del paciente, a lo que se negó por miedo a incomodar: *“porque para el paciente es duro, por eso es que nosotros nos cuidamos de que él sepa la totalidad de todo lo que está pasando. Yo la verdad me sentí como regañada cuando él me dijo eso y la verdad por eso no quise volver a preguntar”*, refirió.

Categoría 2: Conocimiento sobre reanimación

Los familiares consultados se refirieron a la acción de reanimación como al hecho de “revivir” al paciente que, según ellos, se pueda encontrar sin signos vitales o en paro cardiaco, a través de choques eléctricos. Por otro lado, uno de los familiares manifestó que en este caso se realizaban masajes cardiacos para que el paciente volviera a la normalidad. Y otro familiar, reportó que este procedimiento se realiza a través de la administración de medicamentos y respiración, a través de primeros auxilios. *“Uno asocia no reanimación a que la persona está delicada, que ya no hay nada que hacer”*, refirió el familiar.

Sin embargo, aunque todos los familiares entrevistados manifestaron tener conocimiento sobre el proceso de reanimación, 4 de ellos afirmaron que no conocen las secuelas de tal procedimiento. Solo 2 entrevistados expresaron que conocen acerca de las posibles secuelas de la reanimación. Uno de ellos afirmó: *“Sí, no quedaría igual porque la reanimación, lo dejaría con algunos cambios, como si a uno no lo conociera la persona”*.

En cuanto a la utilidad de la reanimación, las opiniones estuvieron divididas en partes iguales, donde la mitad de los entrevistados afirmó que sí sería útil la reanimación del paciente, uno de ellos expresó: *“Si, sería útil, siempre y cuando la persona se encuentre bien”*. No obstante, la otra mitad de los familiares entrevistados expresó que no sería útil la reanimación, dado el estado de salud en que se encontraban los pacientes: *“No sería útil para las personas que se encuentran en un estado de salud muy mal. De igual forma no lo tengo claro”*, expresó uno de los familiares.

Categoría 3: Desacuerdos con opiniones médicas

Se destacó como categoría de análisis el desacuerdo con las opiniones médicas, que, aunque no se presentó en la mayoría de los casos consultados, es importante analizarlo dado que, posiblemente, algunos familiares por el hecho de no comprender completamente el procedimiento de reanimación y sus consecuencias, puedan oponerse a tal decisión. Uno de los familiares expresó:

“Lo que me dijo el médico es que está muy delicada y que si entra en paro cardiaco y la reaniman, ya no es lógico, porque ella está muy delicada. Yo diría que sí es útil porque ante todo prima la vida. La opinión del médico es que no, pero uno piensa otra cosa, yo diría que hagan todo lo posible, pero ellos piensan eso, ya ahí que hace uno”.

Lo anterior, indica que, aunque los familiares puedan tener algún conocimiento sobre el procedimiento, para ellos prima la vida del paciente.

Categoría 4: Creencias religiosas

El soporte del familiar sobre sus creencias religiosas se presentó en 3 de los casos consultados, donde manifestaron que realizan oraciones a Dios, pidiendo por ayuda y recuperación de su ser querido, y pidiendo la fortaleza para tomar una mejor decisión sobre la reanimación: *“Estoy orando y pido mucha fortaleza para poder escoger o tomar una decisión”*, manifestó un familiar. Por otro lado, uno de los familiares expresó: *“Solo es que Dios haga su santa voluntad, porque mi mamá está muy enferma y, pues no quiero que sufra”*. Lo anterior indica que el familiar se apoya en Dios para la situación que pueda presentarse.

Categoría 5: Entendimiento del procedimiento

Esta categoría fue la más destacada de las entrevistas realizadas, dado que, por el *shock* de la situación para los familiares, muchos se encontraban confusos y distraídos. Situación por la cual, manifestaron no comprender completamente algunos temas. Adicional a ello, algunos entrevistados expresaron el miedo de preguntar al personal de la salud, sobre el estado del paciente y los procesos a realizar, esto debido a que no querían que tales inquietudes fueran resueltas delante de su ser querido, con el miedo de perturbar su tranquilidad. Ante ello, uno de los familiares manifestó: *“Me gustaría que los médicos fueran claros, me permitieran privacidad cuando me vayan a decir las cosas”*, y luego reiteró: *“no me atrevo a volver preguntar por miedo a que me digan las cosas delante de él”*.

Sin embargo, aunque algunos familiares manifestaron no tener claridad sobre los procedimientos, hubo otros que resaltaron la claridad con que eran explicados los asuntos por parte del personal de la salud. Ante ello, uno de los familiares confirmó: *“Los médicos han sido muy claros, yo les pregunto y ellos me responden de buena manera. Por ejemplo, en la uci cardiovascular los intensivistas me explicaban muy muy bien”*.

En otro de los casos, donde el personal de la salud no creía conveniente realizar la reanimación, el familiar manifestó que tal situación fue explicada por el personal expresando: *“Si, ellos me explicaron; que por lo de derrame en la cabeza, ella ya no reacciona, y que pierde la capacidad mental, por eso no la*

van a reanimar... fueron amables; me explicaron del deterioro de ella, que el corazón está cansado”.

Categoría 6: Sentimientos encontrados

El principal sentimiento expresado por los familiares fue la tristeza. Uno de ellos manifestó que, durante la decisión de la no reanimación sintió *“tristeza porque es una decisión difícil.”* Sin embargo, se presentó también el dolor, impotencia, rabia, dudas, entre otros. En uno de los casos se presentó llanto y silencio, donde el familiar sólo manifestó su deseo de llevar a su ser querido a casa. Por otro lado, uno de los entrevistados expresó sus sentimientos de tristeza, diciendo: *“Tristeza y dolor. Yo quisiera tener a mi mamá conmigo, es mi única compañía y en algún momento siento que me va hacer mucha falta”.*

Factores que influyen en el afrontamiento adecuado de la ONR

Para establecer los principales factores que influyen en el afrontamiento adecuado de la ONR, se analizaron cada una de las categorías de análisis, encontrando posibles factores influyentes como el miedo, los sentimientos de tristeza y rabia, que pueden interferir en el claro entendimiento de la información dada por el personal de la salud a la hora de dar a conocer el estado en que se encuentran los pacientes y los procedimientos necesarios a realizar, entre ellos, la Orden de No Reanimación, en donde el personal se encarga de informar a los familiares las acciones a realizar y las posibles secuelas para el paciente.

Por otro lado, las inconformidades a partir de sentimientos y creencias religiosas, pueden influir también en el afrontamiento adecuado de la decisión de la no reanimación. El desconocimiento sobre los procedimientos y estado de salud de los pacientes, también pueden influir de manera negativa en el afrontamiento adecuado de la decisión de la No Reanimación, dado que, a partir de ello, no es posible identificar las consecuencias posibles en caso de llevar a cabo tal procedimiento.

Discusión

A partir de las entrevistas realizadas, el presente estudio destacó 6 categorías de análisis: conocimiento del estado de salud del familiar, conocimiento sobre reanimación, desacuerdos con opiniones médicas, creencias religiosas,

entendimiento del procedimiento y sentimientos encontrados, donde se pudo destacar que, la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva, en el año 2019, es indeterminada a nivel general, en los casos estudiados, dado que las opiniones encontradas fueron muy diversas, donde algunos percibieron la decisión de No Reanimación como un acto de resignación, dado el delicado estado de salud en que se encontró su ser querido. Por otro lado, algunos familiares percibieron tal decisión como algo negativo, en donde manifestaron que lo importante era mantener con vida al paciente, ignorando las posibles secuelas que podría acarrear el procedimiento.

Ante ello, se reconoce como factores influyentes el miedo, la tristeza y el desconocimiento de la enfermedad y del procedimiento de reanimación, para afrontar tales situaciones. Con lo anterior, es posible encontrar similitudes frente a los resultados del estudio realizado en España, en donde los investigadores encontraron 3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales. También, afirmaron que la “RCP es un constructo social influido por los valores de los contextos socioculturales específicos” (15). En su estudio, los familiares y pacientes manifestaron sentir temor y resistencia al presenciar la RCP.

En el presente estudio, la categoría de sentimientos encontrados, hace alusión a la tristeza, como el principal sentimiento presentado por los familiares entrevistados, en donde las investigadoras presenciaron llanto y silencio al tocar el tema relacionado a la No Reanimación de su ser querido. Por otro lado, se presentó también el dolor, impotencia, rabia, dudas, entre otros. Lo anterior se asemeja al estudio realizado en Bogotá, en donde se encontró que los familiares pueden presentar síntomas de ansiedad, depresión, así como aumento de estrés (10). De igual forma, en la misma ciudad, un estudio demostró que existe una gran repercusión psicológica que implica la experiencia de permanencia en la UCIP (11).

Al igual que los anteriores estudios, otro concuerda en que en la familia se pueden presentar síntomas ansiosos, depresivos y en algunos casos estrés post traumático a partir de la experiencia de acompañar al paciente familiar en UCI. La muerte es uno de los principales temores que debe enfrentar la familia. Por tal razón:

Es importante tener en cuenta que la muerte en UCI es una posibilidad, algunos síntomas como ansiedad, depresión pueden aparecer y mantenerse en el tiempo, centrar el cuidado en la familia permite tomar las decisiones basados en el diagnóstico y pronóstico y promueve expectativas realistas (12).

De las categorías encontradas, se destacó el desacuerdo con las opiniones médicas, que, aunque no se presentó en la mayoría de los casos consultados, es importante analizarlo, dado que algunos familiares por el hecho de no comprender completamente el procedimiento de reanimación y sus consecuencias, puedan oponerse a tal decisión. Lo anterior, coincide con el estudio en donde se encontró que

la presencia de testigos del proceso de reanimación aumenta el estrés y ansiedad, que pueden tener consecuencias negativas, como el temor de que se cometan errores y que estos, al ser presenciados por la familia den pie para que se genere una desconfianza del personal de la salud o en el peor de los casos donde el paciente fallezca (10).

Teniendo en cuenta que a nivel internacional, nacional y regional no se encontraron estudios relacionados directamente a la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes, el presente estudio ofrece un aporte de conocimientos sobre las experiencias y la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva, que puede servir de referencia para el desarrollo de futuras investigaciones y estrategias sanitarias que apoyen los cuidados holísticos al paciente, integrando a la familia y respetando los principios bioéticos

Conclusiones

El presente estudio fue aplicado a 6 familiares de pacientes con decisión de No Reanimación que se encontraban en una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Neiva. A través de la descripción de características socio-demográficas de los familiares, se tuvo que, la edad de los pacientes tuvo un promedio de 65 años, con una edad mínima en hombres de 32 años y en mujeres de 60 años, y una edad máxima de 84 años en hombres y de 77 años en mujeres.

En cuanto a la edad de los familiares de los pacientes, se obtuvo un promedio de 48 años, con una mínima de 33 años y una edad máxima de 77 años. Por otro lado, se encontró que la mayoría de familiares fueron del género femenino, de

educación básica secundaria, amas de casa, de estrato 2, siendo solteras y viudas, y, en su mayoría fueron hijos o hijas de los pacientes internados.

Se pudo establecer que la percepción familiar frente a la decisión de la No Reanimación de pacientes, es indeterminada a nivel general, dado que las opiniones encontradas fueron muy diversas, donde algunos percibieron la decisión de No Reanimación como un acto de resignación, por el delicado estado de salud en que se encontró su ser querido. Por otro lado, algunos familiares percibieron tal decisión como algo negativo, en donde manifestaron que lo importante era mantener con vida al paciente, ignorando las posibles secuelas que podría acarrear el procedimiento.

Se logró observar que los familiares se encontraban algo distraídos, debido a la delicada situación en que se encontraban sus seres queridos, por lo que algunas respuestas obtenidas pudieron verse afectadas por su estado emocional en el momento de la toma. Así mismo, el presente estudio destacó 6 categorías de análisis: conocimiento del estado de salud del familiar, conocimiento sobre reanimación, desacuerdos con opiniones médicas, creencias religiosas, entendimiento del procedimiento y sentimientos encontrados.

Se establecieron como factores que influyen en el afrontamiento adecuado de la ONR, el miedo, los sentimientos de tristeza y rabia, que pueden interferir en el claro entendimiento de la información dada por el personal de la salud, a la hora de dar a conocer el estado en que se encuentran los pacientes y los procedimientos necesarios a realizar, entre ellos, la orden de No Reanimación, en donde el personal se encarga de informar a los familiares las acciones a realizar y las posibles secuelas para el paciente. Por otro lado, las inconformidades a partir de sentimientos y creencias religiosas, pueden influir también en el afrontamiento adecuado de la decisión de la No Reanimación.

Por último, el desconocimiento sobre los procedimientos y estado de salud de los pacientes, también pueden influir de manera negativa en el afrontamiento adecuado de la decisión de la No Reanimación, dado que, a partir de ello, no es posible identificar las consecuencias posibles en caso de llevar a cabo tal procedimiento.

Responsabilidades morales, éticas y bioéticas

Protección de personas y animales: Los autores declaramos que, para este estudio, no se realizó experimentación en seres humanos ni en animales.

Este trabajo de investigación no implica riesgos ni dilemas éticos, por cuanto su desarrollo se hizo con temporalidad retrospectiva. El proyecto fue revisado y aprobado por el comité de investigación de la institución. En todo momento se cuidó el anonimato y confidencialidad de los datos, así como la integridad de los participantes.

Confidencialidad de datos: Los autores declaramos que se han seguido los protocolos de los centros de trabajo en salud, sobre la publicación de los datos presentados de los participantes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores declaramos que en este escrito académico no aparecen datos privados, personales o de juicio de recato propio de los participantes.

Financiación: No existió financiación para el desarrollo, sustentación académica y difusión pedagógica.

Potencial Conflicto de Interés(es): Los autores manifiestan que no existe ningún(os) conflicto(s) de interés(es), en lo expuesto en este escrito estrictamente académico.



Referencias

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones de reanimación Cardiopulmonar Pediátrica. FUNDASAP, editor. Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos Programa de Emergencias y Reanimación Avanzada (E.R.A). 2013.
2. Carlos Echeverría B., Alejandro Goic, Carlos Quintana V., Alejandro Serani M., Paulina Taboada R., Ricardo Vacarezza Y. La reanimación cardiorespiratoria y la orden de no reanimar. 2007.
3. Núñez AR, Cid JL, Hermana M, Rey C. Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica. An Pediatr. 2007;66(1):45–50.
4. Guía para el establecimiento de las órdenes de no reanimación cardiopulmonar. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León.
5. Hospital General Valencia. Órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR). Comité de Bioética Asistencial Departamento Hospital General Valencia. 2016.
6. Sánchez R, Cuentas R, Carreño J. Reanimación cardiopulmonar pediátrica . Conceptos generales y prevención. CCAP. 6(4):5–14.
7. Achury D, Arango O, Garcia G, Herrera N. Percepciones relacionadas con

la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. *Investig Enferm Imagen Desarro.* 2012;14(1):77–92.

8. Luis Cereceda G. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2011 May;22(3):369–76.
9. Cereceda G. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema; Don not resuscitate order: some considerations about this problem. *Rev Méd Clín Condes.* 2011;22(3):369–76.
10. García F. Presencia de los familiares durante la reanimación cardiopulmonar. *Αγαη.* 2019.
11. Torres-Ospina JN, Vanegas-Díaz CA, Yepes-Delgado CE. Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev Gerenc y Polit Salud.* 2016;15(31):190–201.
12. Tarquino L. La familia del paciente en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Universidad del Rosario. 2014.
13. Guillén DG. Establecimiento de las órdenes de no reanimación cardiopulmonar. *Com Bioética Castilla y León.*
14. Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación 6^o Edición. Mcgraw Hil. INTERAMERICANA EDITORES SADCV, editor. México; 2014. 634 p.
15. Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodriguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
16. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética De Las Decisiones En Resucitación Cardiopulmonar. *Med Intensiva.* 2010;34(8):534–49.
17. Alberti M, Lores R, Menchaca A. Modos de morir en la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Médica del Uruguay.* 2008;24(3):175–84