



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Memòria del Treball de Fi de Grau**

# ¿Cómo es la limitación del tratamiento de soporte vital para una enfermera de UCI?

Alejandro Ruiz Jiménez

**Grado de Enfermería**

Any acadèmic 2018-19

DNI de l'alumne: 43225300C

Treball tutelat per Cristina Moreno Mulet  
Departament de enfermería y fisioterapia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: Limitación del tratamiento de soporte vital; unidad de cuidados intensivos; bioética; toma de decisiones; cuidados de enfermería.



## **RESUMEN**

**Objetivo:** analizar cómo se pueden identificar pacientes en una posible situación de limitación del tratamiento de soporte vital en una unidad de cuidados intensivos y cuáles son los cuidados de enfermería pertinentes

**Método:** se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, IBECS, CINHALL, Cuiden plus, LILACS, COCHRANE y Biblioteca Virtual de la Salud, además de utilizar el método bola de nieve y haber hecho una búsqueda manual en la revista electrónica “Enfermería Intensiva”.

**Resultado:** se seleccionan un total de 20 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y tras haber descartado aquellos duplicados, entre los cuales encontramos mayoritariamente estudios cualitativos, además de revisiones literarias, estudios de cohortes y estudios observacionales.

**Conclusiones:** a la hora de tomar decisiones relacionadas con la limitación del tratamiento de soporte vital tenemos que tener en cuenta los factores y características de propias cada paciente para individualizar el plan de actuación, y para esto nos ayudaría un protocolo de toma de decisiones. La enfermera es la responsable de llevar a cabo cuidados de bienestar y cumplir con los intereses del paciente y abordar el duelo familiar desde una perspectiva psicoemocional.

**PALABRAS CLAVE:** Limitación del tratamiento de soporte vital, unidad de cuidados intensivos, bioética, toma de decisiones, cuidados de enfermería.

## ÍNDICE

Introducción.....	5
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	7
Resultados.....	12
Discusión.....	12
¿Cómo se toman las decisiones en pacientes de últimos días en una UCI?.....	12
Cuidados de enfermería dirigidos al paciente crítico en contexto de LTSV.....	17
Cuidados de enfermería dirigidos a la familia del paciente crítico en contexto de LTSV.....	19
Conclusiones.....	21
Bibliografía.....	22
Anexos.....	25
Anexo I.....	25
Anexo II.....	26
Anexo III.....	27

## INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de las unidades de cuidados intensivos (UCI) es restaurar la salud de los pacientes críticos con posibilidades de recuperación, mediante el uso de tratamientos avanzados y medidas de soporte vital, en las que la tecnología desempeña un papel importante (1). Sin embargo, muchos pacientes continúan sucumbiendo a sus enfermedades y finalmente mueren en unidades de cuidados intensivos (2). En muchas ocasiones, estas muertes han llegado después de un encarnizamiento terapéutico durante semanas o meses, hasta el punto de que el paciente agonice en sus últimos días de vida y no se le permita morir de forma digna:

«El médico históricamente ha considerado a la muerte como su peor enemiga y, por lo tanto, su desenlace como el fracaso de la praxis médica» (3)

En ocasiones, los profesionales no saben hasta donde pueden llegar las posibilidades del tratamiento, pero, sin lugar a dudas, el criterio fundamental de valoración ha de ser la defender y proteger el bienestar integral del paciente. Por lo tanto, cualquier intervención sobre el paciente no solo está sometida a los límites de lo que es técnicamente posible, sino también es determinada por el respeto al curso de la vida. A partir de este momento, entra en juego el concepto de “limitación del tratamiento de soporte vital” (LTSV) o, también llamado “limitación del esfuerzo terapéutico”. Estos conceptos consisten en adaptar los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos, a la situación integral del paciente para evitar actuaciones que no van a mejorar sus posibilidades de supervivencia (3). Los profesionales sanitarios tienen la obligación de garantizar que los pacientes se sientan cómodos, la obligación ética de evitar que se prolongue el proceso de muerte y la obligación legal de evitar un alargamiento inadecuado del proceso de muerte. No siempre es fácil cumplir con estas obligaciones, y las consecuencias pueden ser significativas. El mal manejo de los síntomas al final de la vida es malo para el paciente, la familia y los cuidadores por igual (4). Pero, ¿sabemos realmente los profesionales sanitarios cómo proceder o actuar delante de estas situaciones?

El diagnóstico clínico de irreversibilidad, a través de indicadores de gravedad, y los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia en la actuación profesional son los elementos que originan la situación de considerar la LTSV (1).

Entre todos los integrantes del equipo sanitario, se sugiere que las enfermeras son las que, soportando más estrés en el cuidado del paciente crítico por su presencia constante a pie de cama, por lo que se presume que las enfermeras de UCI deben estar actualizadas en el campo de la limitación del tratamiento de soporte vital (5).

En este clima emocional intensificado, deben tomarse decisiones éticas que pueden ser divisivas dentro del equipo sanitario multidisciplinar, lo que supone que la figura de la enfermera de UCI debe ser vital a la hora de abordar situaciones de este calibre, tanto en la toma de decisiones como en los aspectos prácticos (6).

Los hallazgos encontrados en la literatura de enfermería sugieren que las enfermeras están involucradas activamente en todas las facetas de la retirada del tratamiento de soporte vital en la unidad de cuidados intensivos, desde las primeras discusiones hasta la atención post muerte (2). Las enfermeras cuentan con una gran variedad de conocimientos pertenecientes a su disciplina, una metodología que defiende la planificación de sus intervenciones, un código deontológico y un marco legal que avala sus acciones (16).

De la enfermera se espera que participe activamente, aportando la visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidado, aportando al equipo sanitario una visión humanizadora y de valores éticos propios de la profesión y contribuyendo a recoger el testimonio del enfermo y su entorno familiar, elementos necesarios para decidir el iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento (1).

La enfermera puede detectar los pacientes sensibles a la LTSV, de forma que se haga una previsión de las intervenciones mejorando no solo la atención al paciente y su familia, sino la seguridad y el compromiso profesional en la toma de decisiones. Puede representar el agente mediador entre la familia y el equipo sanitario, y puede detectar el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes (1).

Las enfermeras con menos experiencia suelen estar más agobiadas con el cuidado del paciente y tienen problemas para obtener una visión amplia de la situación, lo cual es un factor importante para apoyar de forma adecuada el proceso, aunque algunas investigaciones dicen que el buen aprendizaje y la asimilación de los roles explicados se

aprenden con la observación y formación por parte de las enfermeras con más experiencia (16).

Una vez demostrado que la figura de la enfermera es esencial en el fenómeno de limitación de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos, toca reflexionar sobre la manera en que se toman las decisiones de final de vida y qué intervenciones concretas tienen que llevar a cabo las enfermeras realmente. Por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo será conocer cómo se pueden identificar posibles pacientes en situación de limitación de soporte vital y sus respectivos cuidados de enfermería en una unidad de cuidados intensivos, tanto con los propios pacientes como con la familia.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Conocer cómo se pueden identificar posibles pacientes en situación de limitación de tratamiento de soporte vital y sus respectivos cuidados de enfermería en una unidad de cuidados intensivos

### **Objetivos específicos:**

- Identificar aquellas posibles situaciones de limitación de soporte vital en pacientes ingresados en la UCI
- Reconocer qué cuidados de enfermería atienden las necesidades del paciente
- Reconocer qué cuidados de enfermería satisfacen las necesidades de los familiares del paciente

## **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Para iniciar la búsqueda bibliográfica, se transforman las palabras clave de la pregunta PICO en descriptores a través de la plataforma DeCS, tanto en castellano como en inglés (tesauro MeSH) (Anexo I).

A partir de los descriptores de las palabras clave, se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos específicas en ciencias de la salud y con carácter clínico como son: Pubmed, IBECS, CINAHL, Cuiden Plus y LILACS. También se utilizan bases de datos de revisiones como Cochrane y metabuscadores como BVS (Biblioteca Virtual de Salud) (Anexo II).

En la base de datos Pubmed, se introduce la combinación de booleanos (“withholding treatment” [MeSH Terms]) AND (“intensive care units” [MeSH Terms]) AND (“decision making” [MeSH Terms] OR “nursing care” [MeSH Terms]), en la cual se obtiene un resultado de 64 artículos, que, tras la primera lectura, son seleccionados 9 de ellos.

En la base de datos IBECs, se introduce la combinación “Suspensión del tratamiento” AND “Uci” ya que ésta tiene un tesoro propio. Se obtiene un resultado total de 6 artículos, de los cuales se selecciona 1 para la revisión.

En la base de datos CINAHL, también se utiliza la misma combinación con los operadores booleanos “Withholding treatment” AND “Intensive care units” AND (“Decision making” OR “Nursing care”). Se encuentran 21 artículos de los cuales se seleccionan 6 tras la lectura completa de estos.

En la base de datos Cuiden, donde se recogen publicaciones en el campo de la enfermería española y latinoamericana, se realiza una búsqueda específica ya que esta base de datos tiene un tesoro propio, por lo que se utiliza la siguiente combinación: “UCI” AND (“Toma de decisiones” OR “Cuidados de enfermería”) AND “Bioética”. Se obtiene un número de 6 artículos de los cuales se selecciona 1 tras la lectura completa de estos.

En la base de datos LILACS, con la combinación “Privación del tratamiento” AND “Unidad de cuidados intensivos” AND (“Toma de decisiones” OR “Atención de enfermería”) se encuentra 1 artículo relacionado con el tema que se trata, por lo que también es seleccionado para la revisión.

Por último, en la base de datos de revisiones COCHRANE y el metabuscador BVS (Biblioteca Virtual de Salud) también se realiza una búsqueda bibliográfica con la siguiente combinación: “Privación de tratamiento” AND “Unidades de cuidados intensivos” AND (“Toma de decisiones” OR “Atención de enfermería”). Se obtienen 2 y 76 artículos respectivamente, de los cuales no se selecciona ninguno.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión de artículos, se utilizaron los siguientes métodos: para incluir un artículo a la revisión, éste tenía que estar publicado durante los últimos 5 años (2014-2019) en inglés o castellano, se podía admitir cualquier tipo de



estudio y tenían que tener interés para el tema de investigación. Los artículos de interés duplicados en bases de datos eran excluidos, al igual que los artículos que trataban sobre dilemas éticos y unidades de cuidados intensivos neonatales o pediátricas.

Por último, se decide añadir 2 artículos más a la revisión literaria de este trabajo. Uno de ellos es obtenido gracias al método “bola de nieve” y el otro artículo con una búsqueda manual en la revista electrónica “Enfermería Intensiva”. Estos artículos cumplían los criterios de inclusión y daban información relevante para contestar a la pregunta de investigación.

Lectura de título y resumen  
Criterios de inclusión: cualquier tipo de estudio e interés para la investigación.  
Criterios de exclusión: artículo duplicado, dilemas éticos y UCI neonatal/pediátrica



Base de datos	Estrategia de búsqueda	Límites	Artículos hallados	Selección título	Selección resumen	Selección lectura completa
<b>PUBMED</b>	("withholding treatment" [MeSH Terms]) AND ("intensive care units" [MeSH Terms]) AND ("decision making" [MeSH Terms] OR "nursing care" [MeSH Terms])	5 years English/Spanish	64	40	25	9
<b>IBECS</b>	"Suspensión del tratamiento" AND "Uci"	2014-2019 Inglés/Español	6	3	2	1
<b>CINAHL</b>	"Withholding treatment" AND "Intensive care units" AND ("Decision making" OR "Nursing care")	2014-2019 English/Spanish	21	13	9	6
<b>CUIDEN</b>	"UCI" AND ("Toma de decisiones" OR "Cuidados de enfermería") AND "Bioética"	2014-2019 Inglés/Español	6	3	3	1
<b>LILACS</b>	"Privación del tratamiento" AND "Unidad de cuidados intensivos" AND ("Toma de decisiones" OR "Atención de enfermería")	2014-2019 Inglés/Español	1	1	1	1
<b>COCHRANE</b>	"Privación de tratamiento" AND "Unidades de cuidados intensivos" AND ("Toma de decisiones" OR "Atención de enfermería")	2014-2019 Inglés/Español	2	0	0	0
<b>BVS</b>	"Privación de tratamiento" AND "Unidades de cuidados intensivos" AND ("Toma de decisiones" OR "Atención de enfermería")	2014-2019 Inglés/Español	61	35	21	0

<b>Bola de nieve</b>	1
<b>Búsqueda manual</b>	1
<b>ARTÍCULOS TOTALES:</b>	20

## **RESULTADOS**

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica en las bases de datos anteriores y con los descriptores mencionados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se obtienen un total de 20 artículos. De estos artículos, 8 son artículos cualitativos, 5 son revisiones literarias o bibliográficas, encontramos 1 ensayo controlado aleatorizado, 3 estudios de cohortes prospectivos, 1 estudio de cohortes retrospectivo, 1 comentario clínico y 1 estudio observacional descriptivo de corte transversal (Anexo III).

## **DISCUSIÓN**

El envejecimiento y deterioro de la población y el aumento de la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas han hecho que pacientes cada vez más mayores y con más comorbilidades ingresen en la UCI. Estos cambios en el perfil de los pacientes de la UCI se acompañan de la discusión respecto a cuáles son los pacientes que realmente se favorecen del tratamiento intensivo y en cuáles estamos simplemente realizando procedimientos invasivos y caros sin perseguir objetivos claros (7).

### **¿Cómo se toman las decisiones en pacientes de últimos días en una UCI?**

En primer lugar, existen diferencias entre los distintos países y regiones en cuanto al tipo de paciente en que se plantea la limitación de determinados tratamientos y en la forma de llevar a cabo este proceso (1,13). Las diferencias culturales entre países, las del paciente o la religión del médico conduce a la variabilidad en la implementación (11). De esta manera, los países con mayores ingresos toman más frecuentemente este tipo de decisiones al compararlos con aquellos de menores recursos económicos (1). El alto PIB se asoció con un mayor índice de LTSV, mientras que la religiosidad tiene el efecto contrario (10). Entre diferentes países también existen cambios en la frecuencia y forma de llevar adelante la LTSV y se presentan diferencias en la comunicación de estas decisiones, a nivel de participación familiar y en la manera de registrar estas decisiones en la historia clínica del paciente (7). Incluso, en algunos estudios, se ha demostrado que los efectos del país son más importantes que las características del paciente. Varios factores pueden explicar estas diferencias: una población mucho más joven, pacientes menos gravemente enfermos o el momento en que se realizaron los estudios, con cambios en las percepciones de la sociedad en general y los médicos de la UCI en particular (10). Para acabar, las características institucionales más comunes donde se realizaba más comúnmente LTSV fueron hospitales sin servicios de urgencias, en UCI

pequeñas y con una ratio enfermera/paciente más bajo, donde hay un mayor número de médicos por cama, en las que se realizan reuniones interdisciplinarias y en las que enfermeras e intensivistas pasan visita juntos (12). Por lo tanto, a la primera conclusión que se llega es que las prácticas varían en función de muchos factores, entre ellas la geografía, religión, cultura y características institucionales (13,15).

En segundo lugar, hemos de tener en cuenta la edad del paciente y la probabilidad de que se cure completamente durante su estancia en la UCI. En algunos estudios, la edad es uno de los dos factores mayormente asociados a las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico (7). En contraste con esto, otros estudios revelan que, en la actualidad, existe un fuerte consenso de que la edad no tiene que ser considerada un criterio exclusivo para la toma de decisiones y que, las personas mayores deben ser ingresadas en la UCI solo con un objetivo de atención claro y razonable. Si su estado de salud se considera frágil, todas estas personas mayores deben someterse a una reevaluación unos días después del ingreso en la UCI para adecuar su nivel de atención. En la mayoría de los casos, existe una falta de información importante cuando se decide ingresar a un paciente mayor en la UCI: no hay testamento vital, información de la historia clínica incompleta y la esperanza de vida no está clara (12). En este momento varios factores diferentes a la edad cronológica se asocian con la LTSV: ingreso urgente, fragilidad y gravedad de la enfermedad, enfermedad crónica, demencia, metástasis y shock (10,11). Entonces, las posibilidades de supervivencia del paciente con una buena calidad de vida se consideran proporcionadas con respecto a la LTSV. En consonancia con lo dicho anteriormente, los mejores criterios para la adecuación de dicha decisión incluyen la capacidad funcional, la mortalidad y la calidad de vida posteriores al alta. En el momento en que alguno de estos criterios se cumple, se recomienda un diálogo con los miembros de la familia sobre las posibilidades y los posibles resultados pasadas las primeras 72 horas después del ingreso del paciente en UCI. (10). Otros factores asociados a la decisión de retirar todo tratamiento activo son enfermedades graves preexistentes, presencia de más de dos disfunciones orgánicas, comorbilidades severas, la cirugía de urgencia o el ingreso urgente en UCI, la realización de RCP en las 24 h anteriores al ingreso y la necesidad de ventilación o sedación/bloqueo neuromuscular en las primeras 24 horas de ingreso (7,12). Ser dependiente para las actividades básicas de la vida diaria también se asocia con las decisiones de LTSV. Por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que la calidad de vida post-uci es un factor tenido en cuenta frecuentemente a la hora de tomar una decisión

relacionada con LTSV, por lo que no solo se tiene en cuenta exclusivamente la edad a la hora de tomar decisiones (7).

En tercer lugar, la LTSV también dependerá de las características propias del paciente y de su evolución durante el ingreso. Una mayor estancia en UCI se relaciona con un incremento de las decisiones. En este sentido, el fracaso de los tratamientos también se asocia a decisiones de LTSV (7,9). Chawla et al. sostienen que existen dos amplias categorías de pacientes, en las que se nos puede pedir que iniciemos estas discusiones sensibles: un paciente terminal con una enfermedad aguda y empeoramiento de su estado crónico en el momento del ingreso y con su consiguiente fallo multiorgánico a pesar de toda terapia óptima y, en segundo lugar, un paciente con enfermedad crónica debilitante o un paciente geriátrico, que ha estado ingresado en el hospital varias veces y ahora está en tratamiento con máquinas de soporte vital (8). En contraste con esta situación, referente a la prolongación del tiempo de estancia en UCI, la supervivencia de los pacientes quirúrgicos está influenciada principalmente por el historial médico (9). A partir de este momento, ya tenemos contradicciones dentro del campo de la LTSV. La suposición de que el consentimiento para una operación también cubre toda la terapia máxima que podría ser necesaria en el contexto postoperatorio, se conoce como "compra quirúrgica" y se piensa que esta es la razón principal por la que los cirujanos generalmente son más inflexibles a retirar el soporte vital de sus pacientes (9).

De acuerdo con diversos estudios y referencias anteriores, los antecedentes personales de los pacientes influyen en la decisión de plantear alguna LTSV, aunque, en la gran mayoría de casos se propone la limitación tras haberse comprobado que el tratamiento para resolver los problemas patológicos del paciente es inútil (12). Por otra parte, hay consenso en que, si las posibilidades de supervivencia de un paciente son extremadamente bajas o el paciente no desea un tratamiento de soporte vital continuo, la terapia puede ser retenida o retirada. No se llegó a un consenso para retener o retirar los tratamientos de soporte vital solo con el consentimiento o acuerdo del paciente o sustituto (15). Finalmente, algunos testimonios de enfermeras dicen que la aplicación de LTSV puede variar en un solo paciente, y que esta decisión está influenciada por el entorno laboral, la experiencia profesional, las actitudes de cada médico, sus valores y las relaciones con la familia del paciente (11, 12).

Por otro lado, el término de "no escalada de tratamiento" se propone recientemente como un paso intermedio en el proceso de LTSV, entre la terapia completa (encarnizamiento

terapéutico) y las decisiones de retención o retiro. La “no escalada de tratamiento” es una decisión de limitar la iniciación o progresión de una terapia de soporte vital antes de que surja la necesidad. El ejemplo más conocido como no intensificación del tratamiento es la orden de “no reanimación cardiopulmonar” (11,12). Los profesionales sanitarios pueden optar por no intensificar el tratamiento en pacientes con posibilidades de necesitar un tratamiento de soporte vital o prevenir un nuevo tratamiento agresivo después de un tratamiento agresivo inicial que ha tenido éxito. En el proceso de toma de decisiones, este paso intermedio en la LTSV podría ser implementado por profesionales sanitarios que no se encuentren cómodos al tomar una decisión de retiro o retención (11).

Otros tratamientos que son frecuentemente descartados en este proceso intermedio de limitación son las técnicas de reemplazo renal, la transfusión de hemoderivados y el empleo de fármacos vasoactivos. Aunque, lo que más se lleva a cabo es la retirada de todos los tratamientos que no favorecen al paciente salvo aquellos dirigidos a mantener una situación de analgesia y comodidad (12).

Existe otro concepto llamado “negociación reorientada” en el campo de las tomas de decisiones para la LTSV. De la incertidumbre de supervivencia a la mayor certeza de muerte inminente implica que hay un cambio en las actividades que están orientadas hacia la curación. Este tratamiento es reemplazado por un nuevo bloque de intervenciones motivadas por la muerte inminente y reorientadas hacia el objetivo de asegurar una muerte cómoda para el paciente y ayudar a la familia a aceptar lo que está sucediendo. En ese preciso instante, entra en juego el concepto “negociación reorientada”, en el cual las enfermeras desempeñan un papel importante y que consiste en facilitar el cambio a unas prácticas más holísticas, es decir, a un conjunto diferente de actividades dedicadas a la comodidad y el apoyo (14).

Llegados a este momento, nos damos cuenta de todas las posibilidades que existen dentro de la LTSV y todas las variables que hemos de tener en cuenta. Por este motivo, existe tanta variabilidad clínica la hora de tomar decisiones con pacientes en situación de últimos días en la UCI. ¿Cómo podemos solucionar esta situación?

Una vez entendemos que existen miles de posibilidades para proceder, tiene sentido tener un protocolo que asegure la documentación adecuada y ayude a aliviar a los médicos involucrados en tales decisiones. El paso principal sin duda es la necesidad de tener un consenso claro, es decir, qué puntos han de ser discutidos con los miembros de la familia,

qué se incluye el estado clínico, la variedad de opciones de tratamiento ofrecidas y el pronóstico a corto y largo plazo (8). La documentación estandarizada también se puede utilizar como una ayuda para formular la voluntad más probable de un paciente. De hecho, es esta voluntad del paciente la que debe guiar todo el proceso de creación de decisiones al final de la vida (9). El plan de LTSV del paciente de la UCI debe ser individualizado, holístico y documentado adecuadamente (8). También se podría estandarizar los diferentes niveles de tratamiento de retención que se realizan y se podrían usar en las directrices consensuales sobre la atención al final de la vida (11). Por lo tanto, los esfuerzos para desarrollar un consenso o un marco para la toma de decisiones al final de la vida, mientras aseguran que se respetan los valores y objetivos individuales del paciente, ofrecen una oportunidad para reducir esta variabilidad. Actualmente hay una falta de pautas claras sobre la mejor manera de abordar la atención al final de la vida, que es otra fuente potencial de variabilidad en la atención. Cada decisión tomada sobre el cuidado al final de la vida es única y es probable que siga sujeta a factores como la demografía del paciente, valores y objetivos de cuidado, antecedentes médicos y actitudes. Sería interesante investigar si el desarrollo y la implementación de pautas para la toma de decisiones al final de la vida basadas en principios comúnmente aceptados reducen la variabilidad en la atención al final de la vida y mejora la calidad general de la atención. Tales pautas pueden proporcionar un marco para la discusión con los pacientes y familias, y puede reducir la variabilidad mientras se respeta la naturaleza individual de cada fin de vida (13).

El estudio WELPICUS (Consenso para la Práctica Mundial del Fin de Vida para Pacientes en UCI) ha desarrollado un consenso profesional a nivel mundial para las prácticas clave de final de vida. Se creía que, teniendo en cuenta las similitudes y diferencias en las actitudes al final de la vida, los profesionales de la salud podrían brindar una mejor atención a sus pacientes y familias con diferentes opiniones, culturas y religiones. El consenso en torno a la capacidad de toma de decisiones confirmó los elementos clave: la posesión de un conjunto de valores y objetivos necesarios para evaluar diferentes opciones; la capacidad de comunicar y comprender información; y la capacidad de razonar y deliberar sobre las elecciones de uno mismo. Los tratamientos solo deberían usarse si son coherentes con los objetivos y preferencias del paciente y si ofrecen un beneficio y no solo prolongan el proceso de muerte (15).



En conclusión, tener un marco aceptado con consenso profesional puede proporcionar una estructura y una base para la práctica. Se puede obtener una mayor precisión al reconocer las diferencias entre valores, actitudes y elecciones reales de grupos culturalmente diversos para ayudar a alcanzar un mayor consenso para la toma de decisiones al final de la vida. Las declaraciones del consenso pueden ayudar a desarrollar políticas y procedimientos y desarrollar directivas (15).

Otros resultados junto con las recomendaciones del estudio WELPICUS refuerza la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinarios en los que la relación entre el médico y la enfermera desempeña un papel importante en la toma de decisiones al final de la vida. Aunque las leyes definen el marco legal que los profesionales deben respetar, esto no es incompatible con la creación de protocolos y guías clínicas que puedan desarrollar una forma de trabajar centrada en el bienestar del enfermo al final de la vida de la persona (1).

### **Cuidados de enfermería dirigidos al paciente crítico en contexto de LTSV.**

Pese a la aceptación de la práctica de la LTSV, el tratamiento al final de la vida de los pacientes moribundos en la UCI sigue planteando dificultades para los enfermeros por diversos motivos: dificultad para predecir la muerte con precisión y fragmentación del tratamiento entre diferentes especialistas, poca formación en cuidados paliativos, habilidades de comunicación no desarrolladas y considerar que la muerte es lo mismo que fracaso terapéutico (16).

Las enfermeras proporcionan una presencia continua a pie de cama del paciente y son las cuidadoras principales en la etapa final de la vida de los pacientes. Los roles adoptados en estas circunstancias son la defensa del paciente, garantizar cuidados de bienestar, garantizar una muerte digna y dar apoyo emocional y espiritual (16).

En relación con el rol de defensora del paciente, las enfermeras actúan buscando la aceptación y el consenso entre las partes implicadas sobre la LTSV y reorientan la atención hacia los cuidados paliativos cuando perciben el deterioro y la escasa respuesta del paciente a los tratamientos. En estos casos, las enfermeras suelen intervenir transmitiendo los deseos del paciente y su familia y buscando un plan de actuación claro y conciso. También pueden fomentar el uso del registro de voluntades anticipadas del paciente para conocer la opinión del paciente de más cerca. De esta forma, defienden al paciente frente a los deseos de la familia o la presión del equipo médico de mantenerle con vida cueste lo que cueste. Se considera esencial conocer al paciente, el proceso de la

enfermedad, tener información suficiente de todas las partes implicadas y formación adecuada en cuidados paliativos. Por lo tanto, las enfermeras juegan un papel muy importante para saber la voluntad de los pacientes y son guías en la toma de decisiones, procesos y cuidados al final de la vida (9, 14, 16, 20).

Otro aspecto tratado ampliamente en la literatura es el referente a los cuidados de bienestar, ya que cuando se decide la LTSV, las enfermeras brindan al paciente cuidados con el único objetivo de proporcionar bienestar y una muerte digna libre de sufrimiento, por lo que es importante recordar la necesidad de prestar atención al control de síntomas refractarios como el dolor, la agitación, la disnea y reducir el trabajo respiratorio manteniendo la conexión a la ventilación mecánica (16). Para proporcionar estos cuidados se recomienda el uso de fármacos para ayudar a aliviar estos síntomas angustiantes. Se sugieren opioides para el tratamiento del dolor o la disnea y benzodiazepinas para el tratamiento de la ansiedad o la agitación. También se recomiendan el uso de escalas de evaluación del dolor, la agitación y el delirio (4). Todos los medicamentos que no son necesarios deben ser detenidos (14).

Por otro lado, también es importante no dejar de hablar al paciente incluso cuando se encuentra con un bajo nivel de conciencia. Se puede dar información y hablar sobre temas del día a día, los cuidados diarios y las personas de su entorno (16). Las enfermeras han de intentar contrarrestar el impacto deshumanizante de un entorno altamente técnico y priorizar una muerte pacífica cuando ya no es posible curarse (14).

Los dispositivos de monitorización pueden ser desenchufados y los monitores apagados, ya que no son necesarios para evaluar los síntomas y pueden distraer a los miembros de la familia (14). Aunque, otros estudios extrapolan la recomendación de apagar el monitor a las preferencias de la familia, no del profesional de la UCI (19). También se recomienda retirar todos los tubos, vías y drenajes para conseguir una muerte lo más digna posible. La extubación terminal y el destete terminal son métodos aceptables y bastante utilizados para la extracción de ventilación mecánica (14).

Garantizar que el paciente muera acompañado también es una actividad importante y necesaria que debemos asegurar. Para ello las enfermeras debemos realizar acciones que favorezcan el contacto familiar, de forma que su presencia sea constante en la medida de lo posible, ofreciendo consuelo emocional y garantizando el respeto por sus creencias religiosas, personales y culturales. Estas intervenciones están en consonancia con las

exigencias deontológicas de la profesión, ya que hemos de velar por el cumplimiento de los derechos de los pacientes que están a nuestro cargo. Tenemos que evitar que la muerte se produzca en soledad (16).

En conclusión, los siete pasos que debe seguir una enfermera al aplicar el retiro del tratamiento para proporcionar una buena muerte son: hablar con los miembros de la familia, asegurarse de que se escriban todas las órdenes, preparar los medicamentos correspondientes, decidir si extubar o no, decidir si conectar o no el monitor, asegurar la preparación y continuación de los cuidados (1).

### **Cuidados de enfermería dirigidos a la familia del paciente crítico en contexto de LTSV.**

Las enfermeras tienen un papel vital en el afrontamiento de la pérdida de un ser querido y en la reducción del estrés que experimentan las familias en un ambiente desconocido y altamente tecnológico como es la UCI (16).

Se abordan aspectos psicoemocionales de los familiares realizando distintas intervenciones, como son el acceso a la información clínica del estado del paciente asegurándose de que se haya comprendido por parte de los familiares, el apoyo de las decisiones siempre y cuando esté en consonancia con la voluntad del paciente y acompañamiento tanto emocionalmente como espiritualmente durante el proceso (16).

Una vez contemplada la opción de LTSV, la enfermera tiene la obligación de adoptar el rol de orientadora y educadora. En esta fase, la enfermera tiene que valorar el grado de conocimiento que los familiares tienen acerca de lo que es la LTSV y los cuidados de bienestar. Las enfermeras suelen actuar creando espacios que favorecen la manifestación de dudas e inquietudes y la expresión de sentimientos, en ocasiones con el doble propósito de conocer al paciente y permitir que los familiares expresen sus sentimientos y hagan una reflexión sobre el proceso. Las enfermeras tienen que priorizar el tiempo que tienen para hablar con los miembros de la familia mediante la creación de espacios de tiempo exclusivos para ellos (14, 16).

Ante el empeoramiento del pronóstico del paciente y su muerte inminente, las enfermeras tienen que intervenir dirigiendo la atención de la familia hacia el alivio de los síntomas y cuidados de bienestar del paciente, favoreciendo un mayor contacto con el ser querido y apoyando la manifestación de rituales religiosos y de despedida. Ante la posible muerte derivada de la LTSV, las enfermeras tienen que promover la presencia de los familiares,

incluso retrasando el momento de la retirada o la muerte hasta que se garantice su presencia. Es importante proporcionar un entorno íntimo que favorezca la privacidad y que permita dar el soporte espiritual que el paciente y la familia necesite y donde la familia pueda llorar junta (14,16).

El aumento de la privacidad se asocia con una mayor satisfacción familiar con el proceso de LTSV. También aumenta el grado de satisfacción cuando los familiares reciben una buena explicación y tienen la oportunidad de participar en la discusión y hacer preguntas. Se valora de forma positiva que se explique el proceso de morir de forma comprensible, preparando a los miembros de la familia para los signos y síntomas que pueden presenciar y describiendo los patrones de respiración al final de la vida a menudo denominados respiración "agónica" y la respiración ruidosa de las secreciones de las vías respiratorias (4). Las familias suelen estar más satisfechas cuando los pacientes son extubados (7).

La comunicación efectiva entre la enfermera y la familia que conduce al desarrollo de una relación terapéutica positiva es fundamental para la prestación de atención centrada en la familia. La enfermera debe ser experta en identificar y leer las señales verbales y no verbales de las personas, y también evaluar con quién hablar, la forma de hacerlo y de evaluar cómo establecer una buena relación. A parte de la necesidad de demostrar una comunicación altamente efectiva, otras habilidades importantes son la escucha activa y ofrecer tranquilidad. Las enfermeras utilizan conductas no verbales como la postura corporal, los movimientos de la cabeza y el contacto visual para indicar interés, preparación de la información y poder posicional en el proceso de comunicación (17).

Las enfermeras de la UCI tienen que estar disponibles en cualquier momento y estar dispuestas a responder a las preguntas de las familias, cosa que las familias agradecen y notan el respeto que las enfermeras muestran al paciente y a sí mismas. La comunicación inadecuada entre los profesionales de la UCI y la familia, y el hecho de no involucrar a la familia en el cuidado, le puede causar a una familia un síndrome de cuidados post-intensivos (19).

Finalmente, se sugiere que una comunicación efectiva puede estar asociada con una reducción de los síntomas de la depresión en las familias 6 meses después de la muerte del paciente y que tomar decisiones tempranas sobre la retirada del soporte vital puede hacer que se reduzca o, al menos, no aumente la carga psicológica de estas decisiones para las familias. Se necesitan más investigaciones en un futuro para identificar cuáles

son las intervenciones más efectivas para reducir los efectos psicológicos de la familia después del paso de su familiar por UCI (18).

## **CONCLUSIONES**

Está demostrado que existen miles de combinaciones a la hora de tomar decisiones acerca de los pacientes críticos de UCI en situación de últimos días de vida para llevar a cabo la limitación del tratamiento de soporte vital. Se tienen en cuenta muchos factores y características del paciente, tales como la edad, la calidad de vida post-UCI y la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Además, esta decisión también dependerá del país o región donde se lleve a cabo, de la cultura, de los profesionales que la lleven a cabo e, incluso, de las organizaciones institucionales. Por esto, algunos estudios han llegado a la conclusión de que la mejor opción para estos casos es realizar un protocolo de toma de decisiones acerca de la LTSV en la UCI que tenga en cuenta la autonomía del paciente y que sea individualizado, holístico y que respete el consenso del equipo multidisciplinar, de forma que se reduzca la variabilidad práctica.

En cuanto a los cuidados que se tienen que llevar a cabo al paciente limitado, destacan la defensa del paciente, garantizar cuidados de bienestar y asegurar una muerte digna, el apoyo emocional y espiritual.

Finalmente, entre los cuidados de enfermería exclusivos a los familiares de los pacientes limitados, destacan el abordaje de aspectos emocionales mediante la facilitación de información durante todo el proceso, el apoyo a las tomas de decisiones de la familia, favorecer el contacto con el paciente en el momento inminente de muerte y asegurar entornos privados para el duelo familiar. Si se llevan a cabo estos cuidados de forma correcta, aumentamos la satisfacción de los familiares y promovemos la disminución de los niveles de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático después del proceso de muerte.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Velarde-García J, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nursing Ethics*. 2016;25(7):867-879.
2. Vanderspank-Wright B, Efstathiou N, Vandyk A. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 77:15-26.
3. Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández- Plaza M, Fuentes- Milà V, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enfermería Intensiva*. 2016;27(4):138-145.
4. Delaney J, Downar J. How is life support withdrawn in intensive care units: A narrative review. *Journal of Critical Care*. 2018; 77:15-18.
5. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(21-22):3188-3196.
6. Langley G, Kisorio L, Schmollgruber S. Moral distress experienced by intensive care nurses. *Southern African Journal of Critical Care*. 2015;31(2):36.
7. Frache B, Moreira E, Carámbula A, Barbato M, Alzugaray P, Burghi G. Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. *REVISTA MEDICA DEL URUGUAY*. 2018;34(4).
8. Chawla V, Kumar A, Maheshwari N, Psirides A, Mandal A. Framework for decision-making and management of end-of-life decisions in Intensive Care Units: A modified protocol. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2015;19(11):655-660.

9. Graw J, Spies C, Kork F, Wernecke K, Braun J. End-of-life Decisions in Intensive Care Medicine—Shared Decision-Making and Intensive Care Unit Length of Stay. *World Journal of Surgery*. 2014;39(3):644-651.
10. Guidet B, Flaatten H, Boumendil A, Morandi A, Andersen F, Artigas A et al. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults ( $\geq 80$  years) admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2018;44(7):1027-1038.
11. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand P, Goldgran-Toledano D, Jamali S, Laurent V et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Intensive Care Medicine*. 2015;41(10):1763-1772.
12. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, Algora Weber A. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*. 2015;39(7):395-404.
13. Mark N, Rayner S, Lee N, Curtis J. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Medicine*. 2015;41(9):1572-1585.
14. Gallagher A, Bouso R, McCarthy J, Kohlen H, Andrews T, Paganini M et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(4):794-803.
15. Sprung C, Truog R, Curtis J, Joynt G, Baras M, Michalsen A et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2014;190(8):855-866.

16. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín M. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2019;30(2):78-91.
17. Bloomer M, Endacott R, Ranse K, Coombs M. Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;26(5-6):690-697.
18. Curtis J, Treece P, Nielsen E, Gold J, Ciechanowski P, Shannon S et al. Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016;193(2):154-162.
19. Noome M, Dijkstra B, van Leeuwen E, Vloet L. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016; 33:56-64.
20. Guardia Mesa MF, Cobos Vargas A, Montes Vega M, Padial Fregenal C. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. *Metas Enferm*. 2014; 17(6): 58-63.



## ANEXOS

### Anexo I. Descriptores.

Palabra clave	Descriptor en inglés (Mesh)	Descriptor en castellano (DeCS)	Definición
Limitación del tratamiento de soporte vital	Withholding treatment	Privación de tratamiento	Rechazo o retirada de un determinado tratamiento o tratamientos, a menudo (aunque no necesariamente) dirigidos a prolongar la vida, por parte de un paciente o de un sujeto de investigación incurso en un protocolo de investigación.
Unidad de cuidados intensivos	Intensive care units	Unidades de cuidados intensivos	Unidades hospitalarias que proporcionan atención intensiva y continua a pacientes en estado grave.
Toma de decisiones	Decision making	Toma de decisiones	El proceso de hacer un juicio intelectual selectivo cuando son presentadas varias alternativas complejas consistentes de diversas variables, y que generalmente define un modo de acción o una idea.
Cuidados de enfermería	Nursing care	Atención de enfermería	Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.
Bioética	Bioethics	Bioética	Una rama de la ética aplicada que estudia las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos en las ciencias de la vida, medicina y atención en salud.

**Anexo II.** Artículos totales.

<b>Bases de datos</b>	<b>Artículos obtenidos</b>	<b>Artículos escogidos</b>
Pubmed	64	9
IBECS	6	1
CINHAL	21	6
Cuiden	6	1
LILACS	1	1
COCHRANE	2	0
BVS	61	0
Bola de nieve		1
Búsqueda manual		1
<b>TOTAL:</b>	161	20

**Anexo III.** Resultado artículos.

Autor/es	Título	Año	Revista	Tipo de estudio	Resultados
Bloomer M, Endacott R, Ranse K, Coombs M.	Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand	2016	<i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(5-6):690-697	Estudio cualitativo	Este estudio describe cómo se lleva a cabo a la comunicación entre familiares y sanitarios en una situación de limitación de soporte vital y qué habilidades comunicativas tienen que poseer los profesionales sanitarios
Vanderspank-Wright B, Efsthathiou N, Vandyk A.	Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence	2018	<i>International Journal of Nursing Studies</i> , 77:15-26.	Revisión sistemática literaria	Este estudio da a conocer las distintas perspectivas que tienen las enfermeras durante la limitación del tratamiento de soporte vital y poner en evidencia la variabilidad clínica que se produce hoy en día
Curtis J, Treece P, Nielsen E, Gold J, Ciechanowski P, Shannon S et al.	Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care	2016	<i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i> , 193(2):154-162.	Ensayo controlado aleatorizado	Este estudio demuestra si la comunicación de los profesionales sanitarios con las familias durante la limitación del tratamiento de soporte vital de un paciente reduce el estrés y la ansiedad

Noome M, Dijkstra B, van Leeuwen E, Vloet L.	Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study	2016	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 2016; 33:56-64.	Estudio cualitativo	Este estudio describe cómo vivieron las familias de pacientes limitados los cuidados de enfermería y que aspectos valoraban más de estos cuidados
Graw J, Spies C, Kork F, Wernecke K, Braun J.	End-of-life Decisions in Intensive Care Medicine-Shared Decision-Making and Intensive Care Unit Length of Stay	2014	<i>World Journal of Surgery</i> . 39(3):644-651.	Estudio de cohortes retrospectivo	Este estudio explica cómo se lleva a cabo la toma de decisiones de la limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes quirúrgicos y la relación que tiene con la larga estancia en UCI
Guidet B, Flaatten H, Boumendil A, Morandi A, Andersen F, Artigas A et al.	Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults ( $\geq 80$ years) admitted to the intensive care unit	2018	<i>Intensive Care Medicine</i> , 44(7):1027-1038.	Estudio de cohortes prospectivo	Este estudio demuestra qué factores están asociados a la limitación de soporte vital en pacientes mayores en una UCI
Delaney J, Downar J.	How is life support withdrawn in intensive care units: A narrative review	2018	<i>Journal of Critical Care</i> , 77:15-18.	Revisión literaria	Este estudio explica la gran variabilidad clínica que existe en cuanto a la limitación de soporte vital y recomienda realizar guías y protocolos para unificar actuaciones

Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, Algora Weber A.	Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE	2015	<i>Medicina Intensiva</i> , 39(7):395-404.	Estudio de cohortes observacional prospectivo	Este estudio da a conocer como es la LTSV en pacientes de larga estancia en la UCI
Velarde-García J, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D.	Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses	2016	<i>Nursing Ethics</i> ,25(7):867-879.	Estudio cualitativo	Este estudio describe las experiencias de las enfermeras en el proceso de LTSV en una UCI
Chawla V, Kumar A, Maheshwari N, Psirides A, Mandal A	Framework for decision-making and management of end-of-life decisions in Intensive Care Units: A modified protocol	2015	<i>Indian Journal of Critical Care Medicine</i> , 19(11):655-660.	Revisión literaria	Este estudio da a conocer un protocolo de manejo de pacientes en posible situación de limitación de soporte vital y lo compara con otros estudios para explicar sus ventajas y beneficios

.Lautrette A, Garrouste- Orgeas M, Bertrand P, Goldgran- Toledano D, Jamali S, Laurent V et al.	Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group	2015	<i>Intensive Care Medicine, 41(10):1763- 1772.</i>	Estudio de cohortes observacional prospectivo	Este estudio da a conocer el concepto de “no escalada en el tratamiento” dentro de la LTSV y estudia cómo se produce este fenómeno dentro de una UCI y en qué tipo de pacientes se acaba tomando este tipo de decisiones
Mark N, Rayner S, Lee N, Curtis J.	Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review	2015	<i>Intensive Care Medicine, 41(9):1572- 1585.</i>	Revisión literaria sistemática	Este estudio compara las diferencias que hay en cuanto a la toma de decisiones de la LTSV en UCI en los diferentes países, dentro de las distintas UCIs de un mismo país e, incluso, entre diferentes profesionales dentro de una misma UCI
Langley G, Kisorio L, Schmollgruber S.	Moral distress experienced by intensive care nurses	2015	<i>Southern African Journal of Critical Care, 31(2):36.</i>	Estudio descriptivo cualitativo	Este estudio demuestra el estrés y la gran carga psicológica que tienen las enfermeras de UCI cuando tienen que tomar decisiones relacionadas con la LTSV contado por ellas mismas
Gallagher A, Bouso R, McCarthy J, Kohlen H, Andrews T, Paganini M et al.	Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of- life decision-making in the intensive care unit	2015	<i>International Journal of Nursing Studies, 52(4):794- 803</i>	Estudio cualitativo	Este estudio presenta las distintas experiencias y opiniones que tienen las enfermeras a la hora de tomar decisiones de últimos días de vida y se quiere demostrar cuántas de ellas optan por el concepto de “negociación reorientada”

<p>Sprung C, Truog R, Curtis J, Joynt G, Baras M, Michalsen A et al.</p>	<p>Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study</p>	<p>2014</p>	<p><i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 190(8):855-866</i></p>	<p>Comentario clínico</p>	<p>Esta publicación muestra y analiza un protocolo de toma de decisiones para pacientes en situación de últimos días de vida ingresados en la UCI buscando el acuerdo y el consenso entre profesionales sanitarios de distintos países</p>
<p>Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M, Fuentes- Milà V, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G.</p>	<p>Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital.</p>	<p>2016</p>	<p><i>Enfermería Intensiva, 27(4):138-145.</i></p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Este estudio describe qué piensan los profesionales de enfermería sobre la LTSV en UCI mediante entrevistas con estos</p>
<p>Frache B, Moreira E, Carámbula A, Barbato M, Alzugaray P, Burghi G.</p>	<p>Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva</p>	<p>2018</p>	<p><i>REVISTA MEDICA DEL URUGUAY, 34(4).</i></p>	<p>Estudio observacional descriptivo de corte transversal</p>	<p>Este estudio determina cuánto y en qué condiciones se lleva a cabo la LTSV en UCI en pacientes que han fallecido</p>

González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín M.	Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico	2019	<i>Enfermería Intensiva</i> , 30(2):78-91	Revisión bibliográfica	Este estudio analiza cuál es el papel de la enfermera en el proceso de LTSV y en la etapa de últimos días de vida de los pacientes ingresados en la UCI mediante una revisión de la literatura actual
Efstathiou N, Walker W.	Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study	2014	<i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(21-22):3188-3196.	Estudio cualitativo	Este estudio describe cómo fueron las experiencias de las enfermeras tanto con el paciente como con la familia después de que este fuera limitado cuando estaba ingresado en la UCI
Guardia Mesa MF, Cobos Vargas A, Montes Vega M, Padial Fregenal C.	Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos	2014	<i>Metas Enferm.</i> , 17(6): 58-63	Estudio descriptivo cualitativo	Este estudio da a conocer las opiniones sobre la LTSV del personal de enfermería de la UCI de un hospital de Granada