



**Universitat de les
Illes Balears**

Memoria del Trabajo de Final de Grado

**PAPEL DE LA ENFERMERA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y CONSECUENCIAS
PSICOEMOCIONALES.**

Jose Carlos Zarcos Paredes

Grado de Enfermería

Año académico 2019-20

DNI del alumno: 20226701-H

Trabajo tutelado por Joan Ernest De Pedro Gómez

Departamento de Enfermería y Fisioterapia.

Se autoriza a la Universidad a incluir este Trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

DeCS: limitación del esfuerzo terapéutico, enfermería, unidad de cuidados intensivos, cuidados paliativos, estrés moral.

MeSH: withholding treatment, nurse, intensive care unit, palliative care, moral distress.

RESUMEN.

Objetivo: analizar las actuaciones de enfermería en el proceso de LET en las UCIs y las consecuencias psicoemocionales.

Método: revisión de la literatura científica mediante la búsqueda bibliográfica de forma prospectiva y en bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Scielo, Science direct, CUIDEN, CINAHL y COCRHANE.

Resultados: se obtienen 643 artículos que cumplen con los criterios de inclusión. De estos se seleccionan 23 artículos que han sido encontrados en diferentes bases de datos. A estos artículos añaden 2 artículos por búsqueda prospectiva dando un total de 25 artículos seleccionados para llevar a cabo el estudio.

Se generan tres apartados de interés relacionados con la LET: la participación enfermera en la toma de decisiones, la relación de ayuda a la familia y los cuidados dirigidos al paciente y consecuencias psicoemocionales derivadas de la LET.

Enfermería desempeña un papel importante en los últimos momentos de vida del paciente de UCI, sin embargo, la participación de las enfermeras en la toma de decisiones LET es escasa. Además, el profesional de enfermería es fundamental para proporcionar las medidas de implantación de la LET, así como en la atención a las necesidades de la familia.

Todo esto proceso puede causar problemas psicoemocionales a los profesionales implicados; produciendo sentimientos de estrés que mantenido en el tiempo desembocan en el síndrome de burnout profesional.

Conclusión: se evidencia la necesidad de llevar a cabo toma de decisiones multidisciplinares en los procesos LET, así como la necesidad de formación en competencias de comunicación y en los ámbitos de la ética y los cuidados paliativos por parte de los profesionales para proporcionar una atención de calidad al final de la vida, lo que junto a reuniones multidisciplinares en las que se expusieran los sentimientos experimentados durante el proceso ayudaría a disminuir los sentimientos de estrés moral y por consiguiente los niveles de burnout en los profesionales.

Palabras clave: limitación del esfuerzo terapéutico, enfermería, unidad de cuidados intensivos, cuidados paliativos, estrés moral.

ABSTRACT.

Objective: analyze nursing actions in the LET process in ICUs and the psycho-emotional consequences

Method: review of the scientific literature by prospective bibliographic search and in Health Sciences databases: PubMed, Scielo, Science direct, CUIDEN, CINAHL and COCRHANE.

Results: 643 articles that meet the inclusion criteria are obtained. From these 23 articles are selected that have been found in different databases. To these articles they add 2 articles for prospective search, giving a total of 25 articles selected to carry out the study.

Three sections of interest related to LET are generated: nurse participation in decision-making, the family support relationship and patient-directed care, and psycho-emotional consequences derived from LET.

Nursing plays an important role in the last moments of the ICU patient's life, however, the participation of nurses in LET decision-making is low. In addition, the nursing professional is essential to provide LET implementation measures, as well as in attending to the needs of the family.

All this process can cause psycho-emotional problems for the professionals involved; producing feelings of stress that maintained over time lead to professional burnout syndrome.

Conclusion: It is necessary to carry out multidisciplinary decision-making in LET processes, as well as the need for training in communication skills, in the fields of ethics and palliative care by professionals to provide in palliative care for quality at the end of life. Including this with multidisciplinary meetings in which the feelings experienced during the process were exposed would help to decrease the feelings of moral stress and consequently the levels of burnout in professionals.

Key words: Withholding treatment, nurse, intensive care unit, palliative care, moral distress.

INDICE

Introducción	Pág. 4
Objetivos	Pág. 6
Metodología	Pág. 7
Resultados	Pág. 11
Discusión	Pág. 12
Conclusiones	Pág. 18
Bibliografía	Pág. 19
Anexo 1	Pág. 21

INTRODUCCIÓN.

La muerte, además de ser un hecho biológico, posee una dimensión cultural y social muy importante. En la sociedad occidental de nuestro tiempo se ha producido un fenómeno llamativo, el desplazamiento de la muerte en los hogares a los hospitales (Muñoz Camargo et al., 2012), ocurriendo cerca del 20% de los exitus en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (Bueno Muñoz, 2013)

Desde que nació la Medicina Intensiva, hace ya más de un siglo, las cosas han cambiado mucho. Las UCIs, que fueron creadas para salvar a pacientes cuyas vidas estaban siendo amenazadas por una o varias enfermedades graves, gracias a las tecnologías de soporte vital y al personal especializado, son cada vez más utilizadas por personas de edad avanzada, con patologías crónicas de base, que elevan la tasa de mortalidad en las UCIs de países desarrollados. (Bueno Muñoz, 2013)

El uso de las unidades de críticos para el tratamiento de este tipo de pacientes ha hecho que los profesionales de la salud se dieran cuenta que utilizar tratamientos agresivos en estas situaciones no implica una mejoría del paciente, sino más bien todo lo contrario; al final la muerte es inevitable y lo único que se consigue es alargar el sufrimiento.

Fue así como surgió el concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el cual fue ampliamente desarrollado y aceptado durante la década de los 90 por las comunicadas científicas internacionales. (Rojas G. et al., 2013) Es descrito en la bibliografía como la retención (withholding treatment) o no implantación de tratamiento de soporte vital (Withdrawing Treatment) a un paciente cuando dicho tratamiento no va a producir ningún beneficio a este, sino que dará lugar a una prolongación del sufrimiento que acabará en exitus, dada la situación del paciente. Llegado ese punto de LET, es muy importante la participación de la medicina paliativa, la cual proporciona un cuidado integral del paciente, para que tenga una muerte digna, además de acompañar a los familiares y prepararlos para poder decirle adiós a su ser querido.

La práctica diaria evidencia que la LET lleva implícito dos tipos de acciones: la toma de decisiones y la aplicación de estas. Cuando se lleva a cabo la toma de decisiones en UCI por parte del personal médico, se hace sin incluir a la familia excepto en algunas ocasiones. La familia, en estas ocasiones, no suele estar preparada psicológicamente y tampoco dispone de la formación necesaria para entender la información que se les da sobre el estado del paciente, alternativas del tratamiento y cuidados necesarios.

En general, no se tiene en cuenta la opinión de las enfermeras a la hora de tomar la decisión LET por parte del personal médico. Esta decisión, la debe tomar el médico junto con la familia, pero el personal de enfermería podría aportar un enfoque más personalizado de los cuidados del paciente. Esto daría lugar a un equipo multidisciplinar para proporcionar un cuidado integral e individualizado tanto del paciente, como de la familia

Cuando se desconoce el momento en el que se va a producir la muerte, tomar la decisión LET puede resultar difícil. Esto puede generar un estrés intelectual y emocional en todas las personas implicadas en el proceso. No obstante, el proceso LET no significa que el esfuerzo finalice, lo que ocurre es que la finalidad de los cuidados

cambia: se centra en el confort del paciente, llevando a cabo actividades como la sedación, la analgesia o el apoyo psicológico al final de la vida. (Bueno Muñoz, 2013)

Una vez tomada la decisión LET, es la enfermera la que tiene que llevar a cabo la implantación de las medidas acordadas, pasando de un cuidado curativo a un cuidado paliativo, proporcionando un proceso de muerte digna, sin dolor y respetando los deseos del paciente. Dentro del cuidado integral del paciente crítico, la enfermera ha de tener en cuenta a la familia, a la cual debe proporcionar un cuidado encaminado a la aceptación del proceso de muerte de su familiar y al apoyo emocional, espiritual y psicológico, debido a que en muchas ocasiones la familia no está preparada para decirle adiós a su ser querido. El objetivo es facilitar la despedida y disminuir los sentimientos de angustia que puedan padecer los familiares durante el proceso de muerte.

Durante todo este proceso, los profesionales de la salud pueden sufrir conflictos éticos con ellos mismos o con sus compañeros, dando lugar a un sentimiento de angustia moral que, prolongado en el tiempo, puede desembocar en el burnout. Este sentimiento es experimentado sobre todo por las enfermeras de UCI, debido al rol de cuidadora y protectora de los deseos y derechos del paciente y de la familia que desempeñan durante este proceso, así como su poca representación en el proceso de toma de decisiones LET.

Todo el proceso limitación del esfuerzo terapéutico se ve reflejado en el Código Deontológico de la Enfermería Española elaborado en 1973 por el Consejo Internacional de Enfermería. Aparece en los artículos 8;” cuando *el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados de este*”, y en el artículo 55; “*la enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamiento fútiles o a que se le niegue la asistencia*”. El código deontológico a su vez fue creado para que las enfermeras puedan utilizarlo como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de su profesión pudiera plantear. (Comité-de-Enfermería, 1988)

En las Islas Baleares se promulgó la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir, redactada por la Comunidad Autónoma de las Illes Balears y publicada en el BOE el 22 de abril de 2015. El artículo 1 recoge lo siguiente: “*Esta ley tiene por objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona durante su proceso de morir, los deberes del profesional sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias está obligadas a proporcionar respecto a este proceso*”. Se ratifica así el derecho a recibir unos cuidados paliativos al final de la vida y la obligación por parte de los profesionales de salud de proveer dichos cuidados. (Autónoma & Illes, 2015)

En base a todo lo mencionado anteriormente, se procede a realizar una revisión de las publicaciones científicas de los últimos años, para conocer cual es el papel real del profesional de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico y los cuidados que estos deben proporcionar al paciente crítico y a su familia, así como el impacto emocional y psicológico que todo este proceso produce en las enfermeras.

OBJETIVOS:

El objetivo general del trabajo es analizar las actuaciones-papel de la enfermera de cuidados crítico en la limitación del esfuerzo terapéutico y las consecuencias psicoemocionales que se pueden producir.

Los objetivos secundarios son:

- Determinar cuales son los cuidados proporcionados al paciente y la familia tras la decisión LET.
- Analizar consecuencias psicoemocionales para enfermería durante el proceso de la LET.

METODOLOGÍA:

Tras definir la pregunta de investigación y los objetivos a los que se quería dar respuesta, se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos para proceder a la revisión de la literatura.

Para llevar a cabo la búsqueda de la literatura, se definieron en primer lugar las palabras clave, que fueron traducidas al lenguaje documental mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para búsquedas en castellano y en Medical Subject Headings (MESH) para búsquedas en inglés. Se obtuvieron los siguientes descriptores:

	DeCS	MeSH
Descriptores primarios	Limitación del esfuerzo terapéutico. Eutanasia pasiva.	Withholding treatment. Euthanasia passive.
Descriptores secundarios	Enfermera y enfermería. Rol de enfermería. Unidad de cuidados intensivos.	Nurs*. Rol of nurse. Intensive care unit.
Descriptores marginales	Niño	Children

Las bases de datos consultadas han sido: Science Direct, PubMed, CINAHL, CUIDEN, Scielo y COCRHANE.

La búsqueda bibliográfica se hizo incluyendo tres niveles; descriptores primarios, descriptores secundarios y descriptores marginales. Se unieron con los booleanos AND y NOT, formando una única combinación que se replicó en todas las bases de datos.

- Primer nivel: *(Role of nurse OR nur*) AND (Withholding treatment OR euthanasia passive)*
- Segundo nivel: *(Role of nurse OR nur*) AND (Withholding treatment OR euthanasia passive) AND Intensive care unit.*
- Tercer nivel: *(Role of nurse OR nur*) AND (Withholding treatment OR euthanasia passive) AND Intensive care unit NOT child.*

Para la selección de los artículos se han utilizado los siguientes criterios de inclusión:

- Personas adultas mayores de 18 años ingresadas en una UCI de adultos.
- Enfermeras que trabajan en UCI de adultos.
- Artículos escritos en inglés y castellano.
- Artículos publicados en los últimos 10 años (2010/2020)

Se excluyeron los artículos donde la población diana era pediátrica o menor de 18 años, los artículos en los que intervenían enfermeras pediátricas o en los que solo se habla de la disciplina médica, además de aquellos artículos escritos en idiomas diferentes al inglés o castellano y que fueron publicados antes del año 2010.

En base a estos criterios, se aplica el límite por fecha de publicación para los últimos diez años (2010/2020) en las bases de datos dando como resultado lo siguiente:

BASE DE DATOS: <i>Pubmed</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	654		
2 ^o Nivel	142		
3 ^{er} Nivel	103	24	11
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 años últimos años.			

BASE DE DATOS: <i>CINAHL</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	407		
2 ^o Nivel	148		
3 ^{er} Nivel	133	21	6
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 años últimos años.			

BASE DE DATOS: <i>Science direct</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	2131		
2 ^o Nivel	846		
3 ^{er} Nivel	397	20	7
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 años últimos años.			

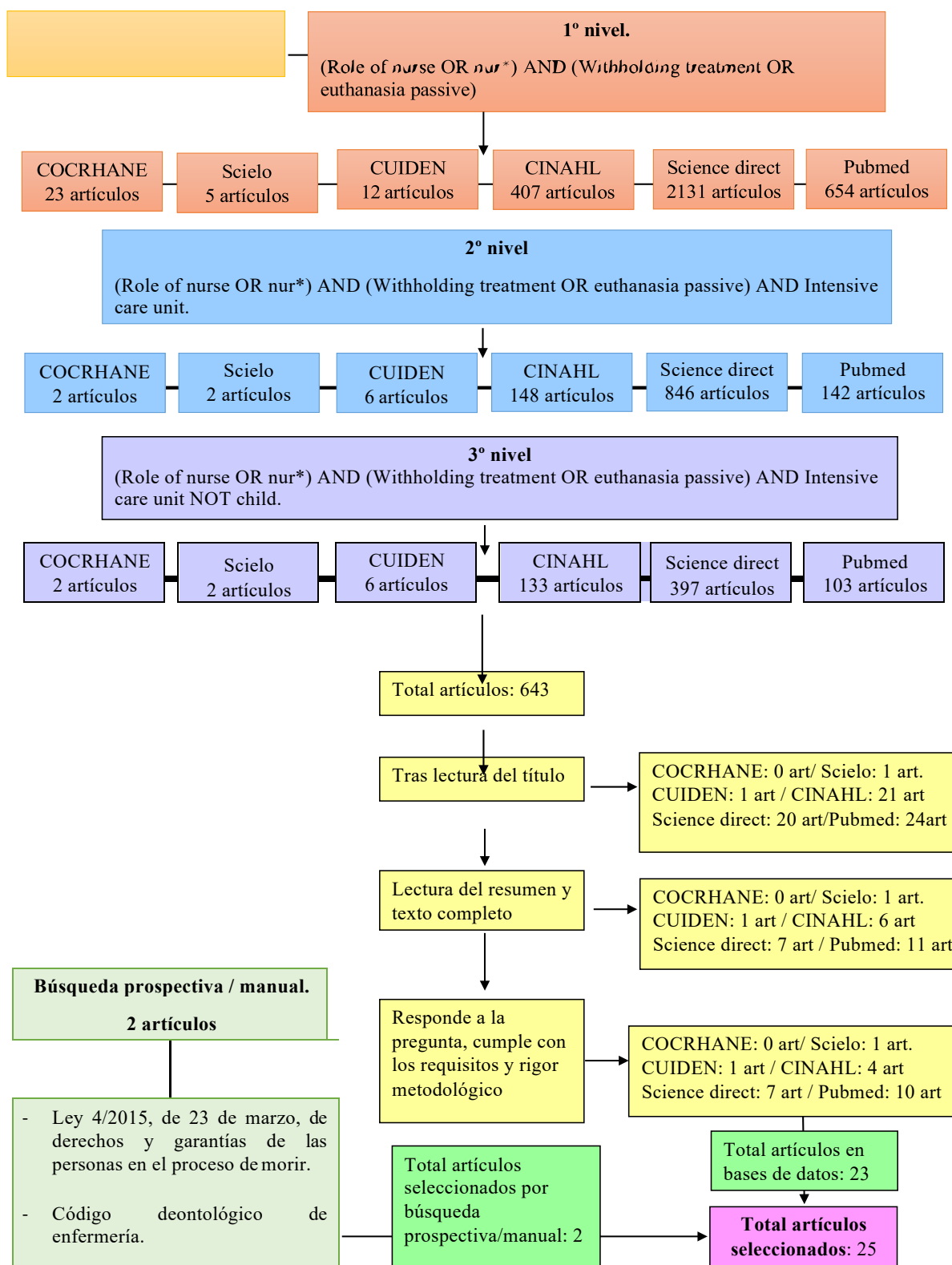
BASE DE DATOS: <i>COCHRANE</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	23		
2 ^o Nivel	2		
3 ^{er} Nivel	2	0	0
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 años últimos años.			

BASE DE DATOS: <i>CUIDEN</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	12		
2 ^o Nivel	6		
3 ^{er} Nivel	6	4	1
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 años últimos años			

BASE DE DATOS <i>Scielo</i>	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS INCLUIDOS
1 ^{er} Nivel	5		
2 ^o Nivel	2		
3 ^{er} Nivel	2	1	1
Filtros aplicados: artículos escritos en los 10 últimos años.			

Tras la búsqueda en las bases de datos se obtiene 643 artículos. Se realiza una lectura del título y del resumen, lo que reduce a 68 los artículos. Estos artículos son analizados con mayor profundidad mediante una lectura del resumen y texto completo reduciendo el número de artículos a 26. Tras realizar una lectura más exhaustiva, se procedió a pasar la lista de comprobación CASPe en cada uno de los artículos, escogiendo la que más se adaptaba a la tipología del estudio. Una vez realizada la lectura crítica en profundidad y pasada la lista de comprobación se confirman 23 artículos, a los cuales se añaden 2 artículos más por búsqueda prospectiva debido a su relevancia para el estudio, dando un total de 25 artículos.

A continuación, se procede a especificar el proceso de selección mediante el diagrama de flujo. (Figura 1):



(figura 1: diagrama de flujo)

RESULTADOS.

Tras el proceso de selección, el marco teórico de nuestra revisión bibliográfica está compuesto finalmente por 25 artículos, todos ellos publicados entre el año 2010 y 2020.

En cuanto al tipo de artículos que se han incluido encontramos 9 estudios cualitativos de tipo descriptivo, 5 estudios cualitativos de tipo fenomenológico, 1 estudio cualitativo transversal, 1 estudio cualitativo basado en una investigación naturalista, 5 artículos los cuales son revisiones bibliográficas, 1 estudio de opinión de expertos y 1 revisión sistemática, todos ellos provenientes de las diferentes bases de datos, las cuales han sido detalladas anteriormente.

Del mismo modo, tras una búsqueda prospectiva se añade el código deontológico de enfermería y la ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, los cuales aportan información sobre el marco teórico y legal en el que se deben basar las enfermeras para tomar decisiones éticas relacionadas con el cuidado de la familia y el paciente en sus últimos días de vida tras la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico.

En relación al origen de los artículos, 5 se realizaron en España, 2 en Chile, 2 en Australia, 2 en Estados Unidos, 2 en Inglaterra, 2 en Países Bajos, 2 en Canadá, 1 en Noruega, 1 en Portugal, 1 en Suráfrica, 1 con investigadores procedentes de Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda, 1 con investigadores procedentes de Palestina, Brasil, Irlanda, Inglaterra y Alemania, 1 artículos con investigadores de diversas partes del mundo creando en este último la opinión de expertos incluida en el estudio.

De estos artículos, los estudios cuantitativos fueron evaluados mediante escala SIGN. Tras su evaluación se obtiene que los artículos cualitativos seleccionados poseen un nivel de evidencia 1+ y un grado de recomendación B, siendo estos, dos estudios procedentes de España, (Bueno Muñoz, 2013; Cilla Intxaurreaga & Martínez Martín, 2018) dos estudios procedentes de Chile, (Rojas G. et al., 2013; Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018) un estudio procedente de Australia (Flannery et al., 2016) y un estudio procedente de Canadá (Vanderspank-Wright et al., 2018), del mismo modo, un estudio mundial en el que se recoge la opinión de expertos sobre la práctica profesional al final de la vida (Sprung et al., 2014) fue evaluado con un nivel de evidencia 4 y un grado de recomendación B.

Por otro lado, los estudios cualitativos fueron evaluados con la lista de comprobación CASPe, cuyo resultado fue valorado como el nivel de evidencia del artículo, rondando los valores entre 6 y 9, asimismo, se crea una tabla (ANEXO 1) con la que poder determinar el grado de recomendación de estos artículos siendo este entre A y B en todos los estudios cualitativos.

De los 23 artículos seleccionados, se realiza una división por temas, los cuales dan respuesta a los objetivos específicos propuestos para este estudio, donde el resultado es:

Toma de decisiones multidisciplinar para limitar el esfuerzo terapéutico en un paciente de UCI. En este apartado los artículos seleccionados hablan sobre la necesidad de una toma de decisiones multidisciplinar en la que se incluya la figura de la

enfermera, la cual puede aportar información muy relevante sobre los deseos del paciente en su etapa de final de vida, además de tener un papel fundamental.

Cuidado integral del paciente, todos los estudios seleccionados revelan la importancia de que la enfermera esté presente en todo momento durante el proceso de final de vida, evitando que el paciente experimente dolor y realizando los cuidados necesarios para proporcionarle confort en sus últimos momentos de vida. Además, estos estudios también describen la necesidad de que la enfermera acompañe a los familiares en el proceso de muerte cubriendo sus necesidades, emocionales, psicológicas y espirituales.

Burnout y angustia moral en las enfermeras. Los estudios seleccionados describen una relación positiva entre la toma de decisiones LET y la angustia moral, así como una relación positiva entre el cuidado integral del paciente con limitación del esfuerzo terapéutico, más en concreto el cuidado a la familia con un aumento del burnout y de angustia moral en los profesionales de enfermería.

Estos tres temas son descritos con mayor detalle en el apartado de discusión.

DISCUSIÓN.

Hasta hace algunos años, las personas solían fallecer en el domicilio, rodeados de la familia. Esto ha ido cambiando y, hoy en día, el hospital es el lugar de elección. La UCI, debido al tipo de pacientes que manejan (enfermos críticos), es la unidad de hospitalización donde se produce un mayor número de fallecimientos. La tecnología avanzada y especializada de los profesionales de estas unidades (médicos y enfermeras) les permite salvar muchas vidas, pero también, les pone en situaciones de enorme complejidad. (Santana Cabrera et al., 2010)

Durante el proceso de LET hay dos momentos importantes; la toma de decisiones y la aplicación de las medidas acordadas. La enfermera responsable realiza actividades relacionadas con el cuidado del paciente y de la familia, en cada fase del proceso. (Rojas G. et al., 2013)

Papel de la enfermera en la toma de decisiones LET.

La decisión de la LET se justifica por la futilidad del tratamiento curativo debido a la irreversibilidad de la clínica del paciente. Los principios bioéticos de justicia, autonomía, dignidad, beneficencia, no maleficencia y vulnerabilidad, hacen que sea difícil tomar la decisión. La LET se debería organizar y planificar con la participación y el consenso de todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente. (Rojas G. et al., 2013)

Las enfermeras de la UCI también deberían participar en el proceso de toma de decisiones LET. Estas pueden ayudar en la negociación entre familiares y el equipo médico, dotando al proceso de una visión multidisciplinar. (Velarde-García et al., 2018)

Esto queda reflejado en el estudio WELPICUS, que describe cómo las unidades de cuidados críticos de todo el mundo se ponen de acuerdo en que tanto el personal médico y como el de enfermería han de llegar a un consenso para la toma de decisiones

relacionadas con la atención al final de la vida. Estas decisiones deben ser tomadas por un equipo multidisciplinar (intensivistas, enfermeras de cuidados intensivos y otros profesionales de la UCI), y siempre después de haber sido consultadas con el paciente y/o familiares. (Sprung et al., 2014)

El acuerdo al que se llegó con el estudio WELPICUS se pone en práctica en pocas ocasiones. Solo uno de los artículos revisados resalta la importancia de la información aportada por el equipo de enfermería en la toma de decisiones por parte de los profesionales médicos, “*las enfermeras pueden aportar información relevante sobre el paciente y su familia*”; y aunque éstas tienen la sensación de que sus opiniones no son valoradas, para los profesionales médicos, esta información y el conocimiento de las enfermeras sobre el paciente y su familia, fueron esenciales a la hora de tomar una decisión. (Flannery et al., 2019)

La relevancia de esta información es apoyada por otro estudio, en el que se expone que la participación de las enfermeras en la toma de decisiones es fundamental, no solo porque ellas son las ejecutoras de las acciones que derivan de la LET, sino porque son la voz del paciente y su familia, y, por tanto, pueden representar mejor sus intereses. Además, su implicación en el proceso es una oportunidad para incorporar el enfoque de cuidado integral y humanizado, necesario para una atención de calidad en el final de la vida. (Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

Un estudio realizado en Australia consistió en revisar la literatura cualitativa y cuantitativa sobre el tema; se consideró a la enfermera como el profesional más propenso a reconocer el momento donde el tratamiento del paciente deja de ser efectivo, ya que pasa la mayor parte de su tiempo a pie de cama con el paciente. A pesar de que el 64% de las ellas lo detectaron e iniciaron sesiones sobre el final de vida, solo el 48% fueron incluidas en el proceso de toma de decisiones. (Flannery et al., 2016)

Varios estudios señalan el factor de la experiencia profesional como determinante a la hora de participar en la toma de decisiones sobre la LET; debido a la mayor complejidad en los cuidados del paciente crítico y, por lo tanto, a los conocimientos que se requieren para realizarlos, las enfermeras de UCI con más años de experiencia son consideradas por los médicos como personas de confianza e invitadas a participar en el proceso. (Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018). No obstante, algunos trabajos destacan que las decisiones sobre la LET se toman sin tener en cuenta la opinión de las enfermeras y en muchas ocasiones, además de no ser consultadas, no son informadas de los motivos por los que se va a llevar a cabo. (Bueno Muñoz, 2013)

En algunos países, las enfermeras no siempre pueden adoptar un rol activo en la LET. Un estudio comparó la visión de la enfermera en diferentes países. Se determinó que en Brasil y Palestina no se tiene en cuenta el papel de la enfermera en la toma de decisiones, debido a sus valores culturales y religiosos. Sin embargo, en Inglaterra, Irlanda y Alemania, aunque las enfermeras no eran las que tomaban las decisiones sobre la LET, los médicos si buscaban el consenso con ellas; aunque esto varía dependiendo de la dinámica de poder en las relaciones entre enfermeras y médicos, especialmente en situaciones en las que las perspectivas culturales sobre el final de vida y el desarrollo de cuidados paliativos no van unidos. (Gallagher et al., 2015)

La no inclusión del personal de enfermería en la toma de decisiones LET, hace que lleven a cabo actitudes de protección como son el distanciamiento con el paciente y su familia, que se impliquen poco en el proceso o que realicen unos cuidados poco humanizados e integrales.

Uno de los estudios concluye que los profesionales de enfermería, en más de 1/3, piensa que no deben participar en la toma de decisiones LET, lo que demuestra que el personal de enfermería no es consciente de la importancia que tiene en el proceso, ya que es el profesional que más interactúa con el paciente y su familia, lo que le da una posición privilegiada a la hora de respetar los deseos y las voluntades del paciente y los familiares. (Santana Cabrera et al., 2010)

El mismo estudio también reflejó que un importante número de enfermeras excluía a la familia y al propio paciente en la toma de decisión sobre la LET. Esto generaba que la decisión recayera sobre el médico, y éste, en casos complejos, acababa consultando con el comité ético para tomar la decisión. (Santana Cabrera et al., 2010) Lo ideal sería que el propio paciente pudiera tomar la decisión, pero en muchas ocasiones su situación es crítica y esto le impide ejercer el derecho a decidir sobre su salud. (Cilla Intxaurreaga & Martínez Martín, 2018). Es, en estos casos, donde la familia debe suplirle (decisión subrogada) con ayuda del equipo de UCI que debe facilitarle la información necesaria y suficiente. (Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

Aunque en muchas ocasiones los familiares facilitan el proceso, en otras ocasiones lo dificultan debido a la falta de información, sus condiciones psicoemocionales o por no aceptar el proceso de muerte de su familiar, lo que provoca una prórroga en la implantación de la LET. Para que esto no ocurra, algunos autores abogan por desarrollar una buena comunicación entre los profesionales y la familia. Para lograrlo, es necesario crear un clima tranquilo y de confianza, en el que puedan expresar sus dudas, emociones y miedos acerca de todo el proceso. (Cilla Intxaurreaga & Martínez Martín, 2018; Rojas G. et al., 2013; Muñoz Camargo et al., 2012)

Una buena comunicación es esencial, sobre todo por parte de enfermería. Para ello, es importante realizar una buena evaluación del interlocutor; se han de valorar aspectos como la comunicación verbal y la no verbal, determinar quien es el interlocutor, averiguar si es necesario adaptar la información a sus conocimientos y su capacidad de afrontamiento, y cual es el momento adecuado para dar la información. Si la comunicación resulta efectiva, la LET se producirá de manera que provoque menos estrés y angustia en los familiares de los pacientes. (Bloomer et al., 2017; Rojas G. et al., 2013)

La enfermera de cuidados críticos hace de mediadora entre el médico y la familia del paciente (Bueno Muñoz, 2013). Este papel lo realiza mediante el uso de estrategias que garantizan que las inquietudes, deseos y voluntades de los familiares lleguen al médico, lo que hace que se cree un vínculo de confianza entre la familia y el personal de enfermería. Al mismo tiempo, las enfermeras actúan como facilitadoras de información tanto a la familia como a los médicos, además de verificar los niveles de comprensión de los familiares sobre todos los procedimientos que se realizan. (Gallagher et al., 2015)

Cuidado del paciente y la familia tras la decisión LET.

Las experiencias de las enfermeras que llevan a cabo el cuidado de final de vida, cuando se decide la LET, fueron descritas como “*haciendo lo mejor para facilitar una muerte cómoda y digna*”, “*proporcionando y alentando la presencia de la familia*”, “*conectando al paciente y la familia*”, “*lidiando con las emociones y la ambigüedad*”. (Efstathiou & Walker, 2014)

Una vez tomada la decisión, las enfermeras de cuidados críticos, junto a otros profesionales, son esenciales en la atención y el apoyo a las familias de los pacientes que mueren tras la retirada del tratamiento. Deben facilitar el proceso de muerte controlando los posibles síntomas que puedan aparecer, y, por lo tanto, favorecer un proceso de final de vida confortable, tanto para el paciente y como para su familia. (Wiegand, 2016)

De este modo, los cuidados curativos dan paso a los cuidados paliativos. Esta transición debe realizarse mediante la creación de un plan de cuidados individualizado para el paciente, donde se tenga en cuenta las voluntades, cultura y creencias tanto del paciente como de su familia, siendo todos ellos el eje central de los cuidados. (Gallagher et al., 2015)

Integrar los cuidados paliativos en las UCIs es complicado debido a la poca colaboración que hay entre los miembros del equipo asistencial, la inexperiencia y el propio entorno hostil de la UCI. No obstante, para el profesional de enfermería es importante que el paciente tenga una muerte digna y consideran que la UCI no es la unidad más apropiada para proporcionarla. (Cilla Intxaurreaga & Martínez Martín, 2018)

A pesar de las dificultades mencionadas, el objetivo del cuidado al final de la vida en UCI debe ser el de proporcionar una muerte digna; reconectando al paciente con la familia, asegurando un entorno cómodo e íntimo y creando un ambiente tranquilo en el que la familia tiene como apoyo a la enfermera. (Vanderspank-Wright et al., 2011) Para favorecer un ambiente tranquilo y cómodo, las enfermeras suelen reducir al máximo los cambios posturales y priorizan la higiene del paciente para asegurar que éste se vea decente. La higiene aparece como un elemento primordial a la hora de proporcionar una muerte digna; además, la familia lo percibe como una continuidad del cuidado. (Efstathiou & Ives, 2018; Noome, Dijkstra, van Leeuwen, et al., 2016; Noome, Dijkstra, Van Leeuwen, et al., 2016)

En la literatura revisada otro de los cuidados que aparece, por parte de enfermería, es la defensa del paciente hasta el último momento; deben asegurarse de que se le administra la medicación correcta para controlar el dolor, y procurar que sus últimos deseos se respeten. (Arbour & Wiegand, 2014). No obstante, en un estudio se describe que, en ocasiones, se tiene más en cuenta los deseos de los familiares que los del paciente. (Efstathiou & Ives, 2018)

En la misma línea, otro estudio describe como uno de los cuidados más importantes de las enfermeras es el de gestionar los síntomas durante el proceso de muerte; conseguir la ausencia de síntomas y facilitar una buena muerte proporciona una mejor experiencia a la familia y a ellas mismas. (Arbour & Wiegand, 2014). Además, la enfermera debe

usar estrategias para dar apoyo emocional y facilitar la presencia de la familia en todo el proceso.

Estas estrategias consisten en proporcionar recuerdos positivos a los familiares, mantener al paciente cómodo y sin dolor, ayudar a la familia a despedirse de él, permitir que estén el tiempo que necesiten sin limitación de horarios ni personas dentro de la habitación, facilitar la práctica de rituales o la presencia de un sacerdote, y dar importancia a los pequeños detalles como la retirada de toda la monitorización que no sea necesaria. Si bien, la eliminación de los aparatos técnicos y del tubo, proporcionaban al paciente una muerte más natural, en ocasiones era una fuente de estrés para la familia, ya que se producían signos refractarios que no eran controlables con medicación. (Arbour & Wiegand, 2014; Efstathiou & Ives, 2018; Efstathiou & Walker, 2014; Noome, Dijkstra, van Leeuwen, et al., 2016; Noome, Dijkstra, Van Leeuwen, et al., 2016; Vanderspank-Wright et al., 2011, 2018)

En todos los estudios revisados se remarca la importancia de que la enfermera esté siempre disponible y de que exista una relación previa entre la familia y la enfermera; el cuidado y el respeto hacia el paciente en sus últimos días hace que la familia se sienta agradecida y arropada. La información que se le proporciona a la familia también ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés que están viviendo en ese momento.

Los cuidados de enfermería no deberían terminar una vez fallecido el paciente, ya que se debería seguir proporcionando cuidados a la familia, a través de consultas de seguimiento, para detectar posibles problemas en el duelo y poder hacer una evaluación del resultado de las estrategias llevadas a cabo. Esto no siempre se hace. (Noome, Dijkstra, Van Leeuwen, et al., 2016)

Consecuencias psicoemocionales para enfermería durante el proceso de la LET.

Los profesionales de enfermería que desempeñan su trabajo en una UCI asumen distintas responsabilidades relacionadas con la sobrevida del paciente. Estas responsabilidades junto con la sobrecarga laboral y psicoemocional hacen que algunos vivan con angustia la muerte de un paciente. La valoración ética frente a la muerte y la toma de decisiones en el paciente terminal es un tema relevante ya que conlleva problemas éticos que provocan un estrés psicológico a todo el personal asistencial. (Muñoz Camargo et al., 2012; Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

El cuidado al final de la vida puede causar en la enfermera una confusión en su rol que provocaría estrés moral y limitaría la eficacia en la atención prestada. Esta sensación de estrés moral mantenida en el tiempo puede desencadenar un estado de burnout o agotamiento profesional. El burnout tiene consecuencias no solo a nivel personal sino también a nivel profesional; puede provocar absentismo laboral, deseos de abandonar la profesión y, lo que es más importante, a nivel asistencial, un cuidado del paciente despersonalizado y deshumanizado. (Arbour & Wiegand, 2014; Teixeira et al., 2014)

Diversos artículos destacan el alto nivel de estrés psicológico al que se ven sometidos los profesionales de enfermería que dan cuidados a pacientes en LET, debido a la escasez de redes de apoyo institucional. Éstos necesitan desarrollar estrategias de protección, pero en muchas ocasiones la institución no proporciona los recursos

necesarios. Las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar los propios profesionales son el distanciamiento con el paciente, la supresión de las emociones y la aceptación de la situación. (Langley et al., 2015; Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

El proceso de la toma de decisión de la LET y la transición de los cuidados curativos a los cuidados paliativos generan situaciones de alta complejidad que crean conflictos y tensiones interpersonales entre el equipo asistencial. La situación descrita como la más compleja es el periodo de toma de decisiones, ya que la retirada del tratamiento crea dilemas morales y estrés emocional. En países donde el médico tiene la autoridad exclusiva de sus pacientes, esta situación se puede complicar, pudiendo llegar a producir estrés moral que mantenido en el tiempo desemboca en burnout. (Gallagher et al., 2015; Vanderspank-Wright et al., 2018; Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

Una de las implicaciones que tiene el que las enfermeras de UCI no participen en la toma de decisiones LET, pero sí que tengan que llevar a cabo los cuidados relacionados, es que se queden con la sensación de ser meros verdugos. Esto puede generar sentimientos de ansiedad y frustración que pueden dificultar la comunicación con la familia y crear conflictos con el equipo asistencial, ya que dentro de las competencias de enfermería se encuentra la de velar por los intereses del paciente y su familia. (Flannery et al., 2016; Langley et al., 2015; Vanderspank-Wright et al., 2018; Velarde-García et al., 2018; Yáñez-dabdoub & Vargas-Celis, 2018)

Uno de los momentos que más estrés y angustia moral produce es el momento de la extubación del paciente para que la muerte se desarrolle de la forma más natural y estética posible. En ocasiones, la extubación produce síntomas que no se pueden controlar, lo que provoca estrés y preocupación en los profesionales por la angustia de los familiares. Además, son invadidas por el sentimiento de abandono al no aplicar ningún tratamiento, a la vez que sienten que su acción acelera la muerte del paciente. Algunas enfermeras pueden sentirse responsables, siendo este pensamiento más común en las enfermeras con menos experiencia y produciendo niveles altos de estrés moral que, con el tiempo, también puede llegar a causar burnout. (Efstathiou & Walker, 2014; Taylor et al., 2019; Vanderspank-Wright et al., 2018; Velarde-García et al., 2018)

No obstante, las enfermeras también describen como, en la mayoría de los casos, la retirada del tratamiento fue un proceso digno y pacífico, aunque en ocasiones se vieron afectadas emocionalmente al llevar a cabo procesos en los que el paciente estaba sobretutado o en situaciones donde se produjeron conflictos interdisciplinarios o interfamiliares. Las emociones a las que se enfrentan las enfermeras se viven de una manera más intensa cuando hay una conexión con el paciente y la familia después de haber cuidado de ellos durante un largo periodo de tiempo. (Langley et al., 2015; Taylor et al., 2019)

Finalmente, los profesionales de enfermería refieren que no se les proporciona apoyo emocional una vez que el paciente ha fallecido. Las reuniones multidisciplinarias podrían proporcionarles apoyo emocional tras todo el proceso, y el agotamiento y el conflicto interno se podrían reducir mediante una buena comunicación, lo que daría más sentido a los cuidados en la LET. Una mayor formación en bioética y en cuidados paliativos evitaría o minimizaría el estrés moral y el burnout. (Arbour & Wiegand, 2014; Bueno Muñoz, 2013; Langley et al., 2015; Noome, Dijkstra, Van Leeuwen, et al., 2016; Taylor et al., 2019; Teixeira et al., 2014; Vanderspank-Wright et al., 2018)

CONCLUSIONES.

En la literatura revisada, un porcentaje elevado de las enfermeras de UCI no participan, en la toma de decisiones de LET. Sin embargo, hay estudios que avalan la necesidad de incluirlas en el proceso creando equipos multidisciplinares (médico y enfermera) para la toma de este tipo de decisiones, ya que los profesionales de enfermería establecen un vínculo de confianza con el paciente y los familiares, que les permiten tener una visión más integral y humana del cuidado.

En relación con los cuidados, es necesaria la creación de un plan de cuidados individualizado que tenga en cuenta las voluntades, la cultura y las creencias del paciente y de su familia. A pesar de ser que la UCI no es un entorno adecuado para proporcionar cuidados paliativos, es necesario adoptar medidas que faciliten una muerte digna al paciente. Estas medidas deben ir dirigidas a cubrir las necesidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales, no solo del paciente sino también de su familia. Los cuidados de enfermería no deben terminar una vez fallecido el paciente, ya que se debería hacer un seguimiento del proceso de duelo en los familiares.

Durante todo el proceso de LET, los profesionales de enfermería están sometidos a altos niveles de estrés moral. Las estrategias que más utilizan para contrarrestar el estrés son el distanciamiento con el paciente, la supresión de las emociones y la aceptación de la situación. No obstante, este nivel de estrés, mantenido en el tiempo, puede ocasionar burnout o incluso el abandono de la profesión, por lo que se deberían llevar a cabo técnicas que lo disminuyan, como reuniones multidisciplinares en las que se trabajen las emociones o la ampliación de formación en cuidados paliativos y bioética. Para ello, es necesario e imprescindible el apoyo institucional.

BIBLIOGRAFÍA.

- Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 211–218. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002>
- Autónoma, C., & Illes, D. (2015). *LeyDerechosGarantiasProcesoMorir_Baleares_BOE-A-2015-4332-consolidado*. 1–21.
- Bloomer, M. J., Endacott, R., Ranse, K., & Coombs, M. A. (2017). 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*, 26(5–6), 690–697. <https://doi.org/10.1111/jocn.13585>
- Bueno Muñoz, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>
- Cilla Intxaurreaga, A., & Martínez Martín, M. L. (2018). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 25(3), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003>
- Comité-de-Enfermería. (1988). Código Deontológico De La Enfermería Española. *Código Deontológico Estatal*, 7–26.
- Efstathiou, N., & Ives, J. (2019). Compassionate care during withdrawal of treatment: A secondary analysis of ICU nurses' experiences. *Nursing Ethics*, 25(8), 1075–1086. <https://doi.org/10.1177/0969733016687159>
- Efstathiou, N., & Walker, W. (2016). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3188–3196. <https://doi.org/10.1111/jocn.12565>
- Flannery, L., Peters, K., & Ramjan, L. M. (2019). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, xxx, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.004>
- Flannery, L., Ramjan, L. M., & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Australian Critical Care*, 29(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.07.004>
- Gallagher, A., Bousso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Abu-El-Noor, N. I., Cox, A., Haas, M., Arber, A., Abu-El-Noor, M. K., Baliza, M. F., & Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794–803. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003>
- Langley, G. C., Kisorio, L., & Schmollgruber, S. (2015, November 1). Moral distress experienced by intensive care nurses. *Southern African Journal of Critical Care*, 31(2), 36–41. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2015.v31i2.235>
- Muñoz Camargo, J. C., Martín Tercero, M. P., Nuñez Lopez, M. P., Espadas Maeso, M. J., Pérez Fernandez-Infantes, S., Cinjordis Valverde, P., Leon Rodríguez, A., Moreno Ortiz, J., & Huertas Díaz, M. P. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 104–114. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.008>
- Noome, M., Dijkstra, B. M., van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). Exploring

- family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 56–64.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004>
- Noome, M., Dijkstra, B. M., Van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 18(3), 212–218.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000221>
- Rojas G., I., Vargas C., I., & Ferrer L., L. (2013). Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Ciencia y Enfermería*, 19(3), 41–50.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000300005>
- Santana Cabrera, L., Gil Hernández, N., Méndez Santana, A., Marrero Sosa, I., Alayón Cabrera, S., Martín González, J. C., & Sánchez Palacios, M. (2010). Percepción de las actitudes de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 142–149.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.06.001>
- Sprung, C. L., Truog, R. D., Curtis, J. R., Joynt, G. M., Baras, M., Michalsen, A., Briegel, J., Kesecioglu, J., Efferen, L., De Robertis, E., Bulpa, P., Metnitz, P., Patil, N., Hawryluck, L., Manthous, C., Moreno, R., Leonard, S., Hill, N. S., Wennberg, E., ... Avidan, A. (2014). 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*, 190(8), 855–866. <https://doi.org/10.1164/rccm.201403-0593CC>
- Taylor, I. H. F., Dihle, A., Hofsvø, K., & Steindal, S. A. (2019). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 56(xxxx), 102768.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768>
- Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Ethical decision making in intensive care units: A burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *Journal of Medical Ethics*, 40(2), 97–103. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100619>
- Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N., & Vandyk, A. D. (2018). Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 77(December 2016), 15–26.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012>
- Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., & Gagnon, P. (2011). Caring for patients and families at end of life: the experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 22(4), 31–35.
- Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., Cardenete-Reyes, C., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2018). Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nursing Ethics*, 25(7), 867–879.
<https://doi.org/10.1177/0969733016679471>
- Wiegand, D. L. (2016). Family experiences during the dying process after withdrawal of life-sustaining therapy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(3), 160–166.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000174>
- Yáñez-dabdoub, M., & Vargas-Celis, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: Desafíos para enfermería. *Persona y Bioética*, 22(1), 56–75.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>

ANEXO 1.

Escala para valorar el grado de recomendación de estudios cualitativos:

- A:** Muy recomendable para este estudio.
- B:** Recomendación favorable para este estudio.
- C:** Recomendación favorable pero no concluyente en el estudio.
- D:** Ni se recomienda, ni se desaprueba.

ANEXO 2

ANEXO 2.

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Arbour, R. B., & Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 30(4), 211-218. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.002		
Base de datos de procedencia:	Science direct		
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	8/10
		Grado de Recomendación*	A
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>En ocasiones debido a la situación del paciente en UCI, se debe pasar de un cuidado curativo a un cuidado paliativo, esto implica implantar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).</p> <p>Varios factores influyen en como las enfermeras se preocupan por proporcionar una muerte digna al paciente y proporcionar confort a la familia en esta etapa.</p> <p>Este cuidado al final de la vida puede causar a las enfermeras una confusión en su rol produciéndole estrés, que limita la eficacia en la prestación de atención y agrava sus respuestas de duelo, además, la sensación de estrés y pena puede conducir a un estrés acumulativo, afrontamiento ineficaz y agotamiento.</p> <p>Por otro lado, los investigadores han descrito el papel importante de las enfermeras a la hora de cuidar y presentar al paciente moribundo a la familia, brindándoles, además, cuidado y atención durante el proceso.</p> <p>Del mismo modo, las enfermeras de críticos tienen un papel vital de intermediaria entre la familia y los médicos, además de desempeñar un papel activo en la retirada del tratamiento, asegurándose de que la familia tiene tiempo para estar al lado de su familiar y despedirse.</p>	
	Objetivo del estudio	Comprender las experiencias de las enfermeras de cuidados críticos y comprender sus percepciones de las actividades y roles que desempeñaron mientras cuidaban a paciente y familiares durante la transición de cuidados de curación a cuidados paliativos.	
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio cualitativo, descriptivo fenomenológico	
	Año de realización	2014	
	Técnica de recogida de datos***	Entrevistas y cuestionarios.	
	Población y muestra	19 enfermeras de cuidados críticos con experiencia en el cuidado de pacientes con LET.	
Resultados relevantes	<p>Tras la evaluación de los datos de las entrevistas y cuestionarios, se describen diferentes categorías, que ayudan a comprender las experiencias de las enfermeras y los roles que usan cuando atienden a pacientes moribundos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Educación a la familia.</u> El rol de educadora del paciente al final de la vida es una forma de atender a las familias y de cubrir sus necesidades emocionales proporcionándole una explicación sobre los tratamientos que tiene el paciente y como se va a producir su retirada, además de explicar las medidas que se van a tomar para proporcionar consuelo espiritual y emocional al paciente. Esto le proporciona a la familia consuelo, disminuyendo la ansiedad y el estrés de ver a su familiar en sus últimos momentos. <u>Abogando por el paciente.</u> Otro papel importante descrito es la defensa del paciente, asegurándose de que se le da la medicación correcta para el dolor, procurando que los últimos deseos de este se lleven a cabo. <u>Fomentar y apoyar la presencia familiar.</u> Fomentar la presencia de la familia al final de la vida permite que esta se pueda despedir de sus seres queridos y que le puedan decir las últimas palabras. Del mismo modo, ayudamos a la familia resolviendo sus dudas y acompañándolos durante todo el proceso. <u>Manejo de síntomas.</u> 		

	<p>Una de las funciones más importantes de la enfermera es gestionar los síntomas del paciente durante el proceso de muerte.</p> <p>Las enfermeras describen que proporcionar y facilitar la ausencia de síntomas y una buena muerte influyen en cómo se sintió ella después del turno de trabajo</p> <p>5. <u>Proteger a las familias y crear recuerdos positivos.</u></p> <p>Otro papel fundamental de la enfermera en el cuidado de la familia de pacientes en LET es el proteger sus recuerdos e intentar crear recuerdos positivos de esta experiencia, esto lo llevan a cabo minimizando la tecnología y manteniendo al paciente cómodo y sin dolor, ayudando a la familia a despedirse de él, proporcionándole un ambiente cómodo e íntimo.</p> <p>6. <u>Apoyo familiar.</u></p> <p>Este apartado fue llevado a cabo por las enfermeras de la UCI proporcionándole a la familia toda la información que ellos pedían, proporcionándole además apoyo emocional, tranquilidad y ayudándole a aceptar la situación de su familiar, teniendo en cuenta los deseos y las necesidades de la familia.</p>
Discusión planteada	<p>La función de la enfermera de apoyo/defensa familiar puede llevar a cabo apoyando a las familias en los procesos de toma de decisiones, brindando apoyo espiritual y proporcionando apoyo emocional, así como ayudando a la familia en la preparación para la muerte.</p> <p>En este aspecto, los pequeños detalles de cómo se ve el paciente y facilitar un ambiente más hogareño, eliminando la tecnología y monitores no esenciales puede ayudar a proporcionar recuerdos positivos.</p> <p>Por otro lado, también es importante el papel de la comunicación con los miembros de la familia y del equipo de atención médica, así como la importancia de proporcionar una buena muerte manejando de forma efectiva los síntomas que se puedan producir al final de la vida.</p> <p>Asimismo, los datos obtenidos de los participantes del estudio ofrecen información sobre los roles que han experimentado las enfermeras al cuidado de paciente moribundos y sus familias.</p> <p>Estos roles se expresan de diferentes formas, aunque las enfermeras buscaron no solo proporcionar una muerte digna al paciente, sino también proporcionar una experiencia familiar más positiva y menos estresante.</p> <p>Este estudio a su vez describe que una comprensión de los roles de las enfermeras y los médicos, pueden mejorar la prestación de atención y satisfacción del cuidado al final de la vida del paciente y la familia.</p> <p>Por otro lado, este estudio refleja que una mejor prestación de la atención puede mejorar la autoestima del clínico y alentar futuras participaciones con pacientes moribundos y sus familias.</p> <p>Del mismo modo, las enfermeras entrevistadas describen que no tener claro cuál es su rol puede afectar directamente en la calidad de la atención provocando fatiga emocional y agotamiento, causando problemas de asistencia o incluso el abandono de la profesión, es por ello por lo que se hace énfasis en el apoyo y reconocimiento/gestión de síntomas de angustia en las enfermeras que brindan cuidados al final de la vida para prevenir y controlar la dramatización indirecta y estrés laboral a largo plazo.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Las enfermeras de UCI pueden no estar preparadas para los roles que deben tener en el cuidado del paciente moribundo, por tres razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de práctica y no tener experiencia en estas situaciones, provocándoles ansiedad y renuncia a enfrentarse con cuidados al final de la vida. - Experiencias previas relacionadas con la muerte de un amigo o un familiar. - Poca formación en los cuidados al final de la vida y cómo afrontar esta etapa.

Cita bibliográfica (APA)	Autónoma, C., & Illes, D. (2015). LeyDerechosGarantiasProcesoMorir_Baleares_BOE-A-2015-4332-consolidado. 1-21.
Procedencia:	Búsqueda prospectiva.
Interés para el trabajo	Este documento nos permite conocer cómo se regulan los derechos de las personas durante el proceso de morir, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a proporcionar a este proceso en la comunidad autónoma de las Islas Baleares.

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Bloomer, M. J., Endacott, R., Ranse, K., & Coombs, M. A. (2017). Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(5-6), 690-697. https://doi.org/10.1111/jocn.13585			
Base de datos de procedencia:	Pubmed			
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	8 /10	Grado de Recomendación* A
Introducción:	Resumen de la introducción	A pesar de que el objetivo principal de nuestros cuidados es que el paciente sobreviva a enfermedades críticas, esto no es posible en algunas ocasiones, siendo la mayoría de las muertes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) precedida por la decisión de retirar el tratamiento de soporte vital. Comunicarse con la familia y darle toda la información posible es muy importante en el momento de tomar decisiones sobre retirar el tratamiento, disminuyendo de este modo los niveles de ansiedad y depresión, y aunque esto está claro para los profesionales, en la mayoría de las ocasiones la familia no entiende que es lo que se le está diciendo. Es por ello por lo que una buena comunicación es esencial en este proceso sobre todo por parte de enfermería, ya que de la comunicación depende el desarrollo de una buena relación terapéutica y una comprensión mutua.		
	Objetivo del estudio	Explorar como las enfermeras navegan en la comunicación con las familias durante la retirada del tratamiento de soporte vital en cuidados intensivos		
Metodología:	Tipo de estudio**	Descriptivo cualitativo		
	Año de realización	2017		
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista guiada		
	Población y muestra	21 enfermeras de la UCI de dos hospitales de Australia y dos hospitales de Nueva Zelanda.		
Resultados relevantes	<p>El análisis del contenido inductivo reveló cinco temas relacionados con la forma en que las enfermeras se comunican con la familia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Estableciendo el QUIÉN.</u> Dentro de este apartado hay dos subtemas, <i>leyendo la sala</i>, que quiere decir que las enfermeras comenzaron buscando señales verbales y no verbales en los miembros de la familia para iniciar una conversación, los participantes describen que una de estas señales es la mirada atenta de algún miembro hacia ti. Sin embargo, la familia también puede dar señales de que la comunicación no funciona, como pueden ser el ver sus ojos vidriosos. El otro subtema del que está formado este apartado es el de <i>Construir conexiones</i>. Después de ver los signos verbales y no verbales, los participantes describen que el próximo paso es construir conexiones con aquellos familiares que están dispuestos a entablar una conversación. Esta relación es muy importante ya que es la enfermera la que trata con la familia en cualquier etapa de la retirada del tratamiento. Del mismo modo, el estudio realizado describe como el brindar atención al paciente y la familia, reconocer la situación de la familia y ser compasivo, es otra forma de crear una conexión con ellos. <u>Averiguar CÓMO.</u> Los participantes describieron que la forma en la que se da la información es igual de importante que la información que se da, esto debe a su vez ajustarse a las características de la familia. Observar el lenguaje utilizado por las familias fue considerado importante para evaluar a la familia y saber cómo dar la información. Otra consideración fue que las familias pueden tener dificultades para hacer frente a la información sobre la retirada del tratamiento, es por ello por lo que, los participantes daban la información de una forma gradual. Las señales que las enfermeras veían en la familia durante la comunicación sirvieron para determinar si esta estaba siendo efectiva. <u>Juzgar CUANDO.</u> Ser capaz de evaluar cuando comunicarse fue descrito como igual de importante para ayudar a la comprensión familiar y el afrontamiento. Unos de los momentos que utilizan las enfermeras del estudio para comunicarse con la familia es después de la reunión con el médico, siendo la sala de reuniones un lugar íntimo donde pueden expresar sus sentimientos sin miedo. 			

	<p>Por otro lado, los gestos y comportamientos no verbales deben ser evaluados por las enfermeras para determinar si es buen momento para hablar con la familia, aunque a veces resulta complejo de llevar a cabo.</p> <p>4. <u>Evaluar el QUÉ.</u> Está claro que los participantes usaban pautas para guiar e informar a la familia con respecto a la retirada del tratamiento y la atención al final de la vida. Sin embargo, estas pautas fueron adaptadas a las necesidades individuales de la familia, por lo que los participantes utilizaron preguntas abiertas para guiar el nivel, el contenido de la comunicación y la entrega de información, del mismo modo, esto también requiere de una comprensión de las necesidades de los miembros de la familia.</p> <p>5. <u>DONDE se aprendieron estas habilidades.</u> Los participantes describen que las habilidades de comunicación, especialmente aquella que son necesarias en situaciones altamente emotivas como la de retirada del tratamiento, no fueron enseñadas formalmente. Uno de los participantes relata que “uno aprende sobre los pasos”. La ausencia de capacitación formal en comunicación, la dependencia de otras formas de aprendizaje en el periodo previo y durante el retiro fue descrito por varios participantes como: “aprendemos sobre el proceso porque las primeras veces lo haces tú mismo”. Es por ello por lo que los participantes sugieren que “debería ser parte de nuestro programa de formación” sugiriendo que estas habilidades deberían de enseñarse a aquellos que trabajan en la UCI.</p>
Discusión planteada	<p>Una comunicación efectiva entre la enfermera y la familia hace que se cree una relación terapéutica, la cual es esencial a la hora de prestarle atención.</p> <p>En este estudio se ha demostrado que existe un desafío considerable para comunicarse con la familia durante el proceso de retirada del tratamiento, ya que la enfermera necesita ser hábil para identificar y leer verbalmente las señales no verbales de los individuos.</p> <p>Este estudio demuestra que habilidades no tangibles como puede ser, determinar con quién comunicarse, como y cuando hacerlo y evaluar la velocidad con la cual se da la información también es muy importante.</p> <p>Del mismo modo, las enfermeras utilizaban los gestos no verbales para darle sentido a la comunicación verbal, además de poder determinar con estos si la familia estaba satisfecha con la comunicación.</p> <p>Este estudio también plantea la cuestión de como las enfermeras desarrollan esas habilidades, es por ello por lo que los participantes expresan su preocupación de que haya pocas oportunidades de aprender formalmente estas habilidades.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Este estudio reconoce que el papel de la enfermera en el cuidado centrado en la familia va más allá que dar información, ya que las habilidades de comunicación son fundamentales para llevar a cabo una comunicación efectiva.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Bueno Muñoz, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. <i>Enfermería Intensiva</i> , 24(4), 167-174. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003		
Base de datos de procedencia:	Science direct.		
Lista de verificación CASPe	7/10	Nivel de evidencia	1+
		Grado de Recomendación	B
Introducción:	<i>Resumen de la introducción</i>	<p>Dentro de la mortalidad hospitalaria, cerca del 20% se produce en una unidad de cuidados intensivos (UCI), es por ello por lo que se ha producido un cambio en las UCIs, ya que en la actualidad son más utilizadas por pacientes crónicos de edad avanzada.</p> <p>Es por ello por lo que cada vez parece más clara la necesidad de integrar en</p>	

		<p>ellas los principios de cuidados paliativos, creando un equilibrio entre medicina intensiva y medicina paliativa.</p> <p>En ocasiones en las que se debate si la situación del paciente es reversible o no, el empleo de la tecnología permite prolongar la vida o prolongar el proceso de muerte, elevando de este modo el sufrimiento del paciente y la familia.</p> <p>Pero cuando el final de vida no esto clara la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico (LET) produce estrés moral y emocional a las personas que tienen la responsabilidad de decidir.</p>
	Objetivo del estudio	Alcanzar a través de una revisión bibliográfica, una aproximación a la situación actual de la limitación de la LET.
Metodología:	Tipo de estudio**	Revisión bibliográfica.
	Año de realización	2013
	Técnica de recogida de datos***	Búsqueda de la literatura científica relacionada con el tema en diferentes bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud.
	Población y muestra	Médicos y enfermeras que trabajan en una UCI.
Desarrollo y discusión planteada	<p>La alta tecnología y la especialización de médicos y enfermeras en UCI ha salvado muchas vidas, pero también ha enfrentado a estos profesionales a situaciones muy complejas como son la decisión de LET, siendo esta decisión cada vez más frecuente en las UCI españolas.</p> <p>Los criterios de aplicación de la LET no son uniformes y dependen de la población, ya que los factores para tener en cuenta no son solo clínicos, aunque en adultos la razón principal es un mal pronóstico de la enfermedad, y la segunda el sufrimiento del paciente.</p> <p>La decisión de LET es tomada por el médico y la familia participa en ciertas ocasiones, aunque en más de una cuarta parte la familia no se tuvo en cuenta.</p> <p>Por otro lado, los conflictos entre profesionales y familia se deben a la falta de habilidades de comunicación, ya que en varios estudios revisados describen que una buena comunicación entre los profesionales y la familia facilita en gran medida el proceso de muerte, además de tener un efecto significativo en la calidad del cuidado y la satisfacción de la familia.</p> <p>La toma de decisiones sobre la LET también produce discrepancias, pero en este caso entre médicos y enfermeras, ya que, aunque los primeros son los encargados de tomar la decisión, los segundos son los encargados de ejecutarla, siendo muy importante la comunicación interna para alcanzar un mismo objetivo de cuidados, del mismo modo la enfermera de UCI tiene un papel muy importante como mediadora comunicadora entre el médico y la familia.</p> <p>En cuanto al papel de la enfermería en la LET, todos los autores que tocan el tema coinciden en la importancia de esta, enfatizando en que las decisiones se deberían tomar conjuntamente y por consenso, siendo básica la comunicación interna entre los profesionales.</p> <p>Sin embargo, la mayoría de los estudios hablan de que no se tienen en cuenta a la enfermera en la toma de decisiones y en muchas ocasiones no se les informan de los porqués de tales decisiones.</p> <p>Las recomendaciones de la SEMICYUC en relación con el papel de la enfermería señalan que la decisión de LET debe discutirse colectivamente y tomarse por consenso, del mismo modo, dos artículos del código deontológico de la enfermería hablan del papel de la enfermera ante un paciente moribundo.</p> <p>Las decisiones LET pueden ser controversia y causar conflictos en los equipos, por lo que es necesario diferenciar el nivel técnico, del ético, aunque a nivel técnico la decisión de LET está más definida que a nivel ético.</p> <p>Es por ello por lo que en muchas ocasiones las enfermeras se encuentran ante el dilema de una orden médica de LET, con la cual ellas no están de acuerdo, produciendo obstinación laboral.</p> <p>En este caso si el enfermero entiende que la orden es maleficente, es decir que está contra indicada, podría negarse a llevarla a cabo, aunque en el caso de negarse tendría que razonarlo y reflejarlo por escrito en la historia clínica.</p> <p>Son muchos los artículos que destacan la visión humanizadora de la enfermera en los cuidados, sin embargo, también se describe que las decisiones de LET se toma sin tener en cuenta la opinión de la enfermera e incluso, en algunos casos sin informarla de los motivos, siendo esta la que ejecuta las acciones.</p>	
Conclusiones del estudio	Aunque la LET se encuentra muy consolidada, queda mucho por hacer: mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales, mejorar el trabajo en equipo dentro de la UCI (compartiendo la toma de decisiones y facilitando la comunicación entre médicos y enfermería), mejorar la formación en temas relacionados con el final de vida y fomentar el uso de las voluntades anticipadas.	

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Cilla Intxaurraga, A., & Martínez Martín, M. L. (2018). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. <i>Medicina Paliativa</i> , 25(3), 195-202. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003		
Base de datos de procedencia:	Science direct		
Lista de verificación CASPe	9 /10	Nivel de evidencia	1+ Grado de Recomendación B
Introducción:	Resumen de la introducción	Cada vez son más las situaciones en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en las que el tratamiento que se le ofrece al paciente lo único que hará será alargarle la agonía y el sufrimiento en el proceso de muerte, es en ese contexto donde se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), transfiriendo de este modo los cuidados a otras dimensiones como la analgesia, la sedación y el apoyo psicológico garantizando una muerte digna y con menor sufrimiento. Durante este proceso se debe destacar la figura de la enfermera ya que desempeña la función de agente de información y de representante de los intereses del paciente, además su visión integral del paciente le permite identificar cuando un tratamiento ha dejado de ser efectivo y propone la reorientación de este. Una vez tomada la decisión de LET, se pasa de un enfoque curativo a un enfoque paliativo, el cual es competencia de la enfermera. Esta situación conlleva una gran inseguridad en los familiares, por lo que la enfermera debe apoyarlos y acompañarlo.	
	Objetivo del estudio	Analizar la competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos.	
Metodología:	Tipo de estudio**	Revisión de la bibliografía escrita sobre el tema en diferentes bases de datos.	
	Año de realización	2018	
	Técnica de recogida de datos***	Búsqueda en bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud.	
	Población y muestra	Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos (UCI)	
Resultados relevantes	<p>Tras realizar la búsqueda se seleccionaron 23 artículos, cuyos resultados se agruparon en 3 categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> Participación enfermera en la toma de decisiones. Una vez que la situación del paciente es irreversible se procede a la toma de decisiones, esta idealmente debería ser tomada por el paciente apelando a su principio de autonomía, pero en la mayoría de las ocasiones el estado del paciente no lo permite, por lo que se debería de tomar una decisión en consenso, aunque en este sentido son las enfermeras las que perciben que no se las tienen en cuenta a pesar de ser ellas quienes llevan a cabo las acciones. Algunos autores indican que la decisión suele retrasarse debido al equipo médico, lo que es visto por las enfermeras como un obstáculo para ejecutar de forma apropiada la LET. Del mismo modo, enfermería es la que en ocasiones decide no implicarse en el proceso de toma de decisiones, en un estudio de Santana et al. refiere que el 36.5% de las enfermeras perciben que la decisión es del médico, decidiendo apartarse por temor a no controlar la situación y por no ser conscientes de lo mucho que pueden aportar. No obstante, todos los autores coinciden en la importancia del rol de la enfermera en la LET por su visión holística y como defensora de los deseos del paciente, siendo todo esto debido a que las enfermeras es el profesional que más tiempo pasa con el paciente. Relación de ayuda a la familia. El ingreso de un familiar en UCI acarrea sentimientos de estrés y ansiedad, viéndose estos agravados por la decisión de LET. Aunque en la mayoría de las ocasiones la familia tiene una actitud facilitadora, en otras se convierte en un impedimento prolongando la retirada o no iniciación de tratamiento. Para evitar esta situación, los autores abogan por desarrollar una buena comunicación y un clima tranquilo que favorezca la manifestación de dudas, preocupaciones, etc. La enfermera es vista durante el proceso como un apoyo espiritual, emocional y psicológico. Cuidados dirigidos al bienestar del paciente. Una vez aplicada la LET, los cuidados pasan a ser individualizados ajustándose a la voluntad, cultura y creencias del paciente y su familia, generando una situación de bienestar y comodidad. 		

	<p>La integración de estos cuidados paliativos en UCI es difícil debido a la falta de experiencia de las enfermeras de UCI y el propio entorno hostil de la unidad y aunque las enfermeras hacen todo lo posible porque el paciente muera dignamente, los autores defienden que la UCI no es el mejor lugar para morir por la dificultad de comunicación entre el equipo sanitario y las familias. No obstante, las enfermeras refieren que estas situaciones les provocan conflictos emocionales, ya que no se ven capaces de paliar las necesidades del paciente paliativo y frustración por prolongar el sufrimiento de este.</p>
Discusión planteada	<p>La finalidad de la UCI es devolver al paciente su estado de salud, por lo que la muerte es percibida como un fracaso, esto evidencia la necesidad de humanizar estas unidades y que la muerte sea vista como un parte de la vida.</p> <p>Por ello cuando un tratamiento no funciona se debe plantear la LET, tras conocer las preferencias del paciente y la familia, sin embargo, tras el análisis de la literatura se destaca que la figura de la enfermera en la toma de decisiones es muy escasa, a pesar de ser esencial su participación.</p> <p>La LET implica reorientar los objetivos del tratamiento a mitigar los síntomas físicos, proporcionando una muerte dignidad, bienestar y apoyo psicosocial, respetando los deseos y creencias de la persona.</p> <p>Un estudio revisado identifica que en España el 80% de estas decisiones son tomadas por la familia, creándoles un gran impacto psicológico a consecuencia de la responsabilidad que tienen que asumir.</p> <p>Es por ello por lo que la atención al final de la vida debe centrarse en el paciente y en la familia, resolviendo sus dudas, explicándole el procedimiento, acompañándola y apoyándola en el proceso de muerte.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Se evidencia la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación del equipo sanitario con el paciente y la familia y de elaborar guías clínicas, protocolos, etc. que respalden los procedimientos a llevar a cabo en la LET.</p> <p>Además, se evidencia la necesidad de formar a los profesionales en el ámbito ético del cuidado e impulsar un trabajo multidisciplinar que reconozca la competencia de la enfermera en el proceso.</p>
Cita bibliográfica (APA)	Comité-de-Enfermería. (1988). Código Deontológico De La Enfermería Española. Código deontológico estatal, 7-26.
Procedencia:	Búsqueda prospectiva.
Interés para el trabajo	Dan una visión general, sobre el papel que debe tener una enfermera en el desarrollo de su ejercicio profesional y de cómo debería de actuar una enfermera para resolver los problemas éticos que puedan surgir en el cuidado de un paciente al final de la vida.

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Efstathiou, N., & Ives, J. (2018). Compassionate care during withdrawal of treatment: A secondary analysis of ICU nurses' experiences. <i>Nursing Ethics</i> , 25(8), 1075-1086. https://doi.org/10.1177/0969733016687159				
Base de datos de procedencia:	Pubmed				
Lista de verificación	CASPe	Nivel de evidencia	7/10	Grado de Recomendación*	B
Introducción:	<i>Resumen de la introducción</i>	<p>La retirada del tratamiento es una práctica común en las unidades de cuidados intensivos (UCI) . Dentro de esta retirada del tratamiento, la toma de decisiones ha sido muy estudiada, siendo importante una toma de decisiones multidisciplinar, reconociendo los deseos del paciente y la familia, sin embargo, el proceso de retirada no ha sido tan investigado, aunque si se enfatiza en que el manejo de la atención del paciente debe ser compasivo y los métodos de retirada deben adaptarse al paciente y su familia.</p> <p>Aunque se recomienda una atención compasiva durante este proceso, esta es difícil de definir, siendo esta definida en el ámbito sanitario como la conciencia de la angustia de otro y motivación para aliviarlo.</p> <p>En este estudio la compasión puede ser reflejada, elegida y aprendida, siendo la persona responsable de la falta de compasión en su carácter, sin embargo, esta falta de compasión puede llevar a un sufrimiento innecesario al final de la vida, por lo que muchos países han avanzado informes sobre la atención compasiva.</p> <p>Este cuidado compasivo no tiene una definición clara, debido a que</p>			

		es un término relativamente nuevo y combina valores y prácticas relacionadas con la compasión, aunque un análisis reciente se centró en la compasión en enfermería identificando como atributos definitorios, la bondad, empatía y la dignidad.
	<i>Objetivo del estudio</i>	Examinar como el concepto de compasión es enmarcado, utilizado y comunicado por las enfermeras de cuidados intensivos en el contexto de retiro del tratamiento.
Metodología:	<i>Tipo de estudio**</i>	Cualitativo, realizando un análisis secundario de un conjunto de datos originales.
	<i>Año de realización</i>	2018
	<i>Técnica de recogida de datos***</i>	Registro y análisis de datos cualitativos.
	<i>Población y muestra</i>	13 enfermeras de tres unidades de cuidados intensivos de un gran hospital de Reino Unido.
Resultados relevantes	<p>El cuidado compasivo no fue un tema del que hablaron explícitamente los participantes, siendo este término utilizado por tres participantes, pero si se identificaron dos subcategorías que fueron respaldadas por las citas de los participantes y citas de apoyo adicional. Estas dos subcategorías son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Compasión a través de la dignidad.</u> La dignidad se concibió como un aspecto fundamental de la atención, asegurando la eliminación de la atención técnica no necesaria en el proceso de muerte. El concepto de muerte digna fue descrito por los pacientes como el fin de un cuidado compasivo. Se debe destacar que una muerte digna para ellos no se limitaba a las preocupaciones sobre comodidad del paciente, sino que se incorporaron preocupaciones más amplias, incluidas las de la familia. Esto se ilustra a través del control de síntomas, limpieza física y eliminación de aparatos técnicos. Los aparatos técnicos son descritos también por las enfermeras como un punto de distracción para las familias que debían centrarse en el paciente. 2. <u>Compasión a través del cuidado y el apoyo emocional a la familia.</u> La compasión también se expresó a través del apoyo y la atención emocional a los miembros de la familia. Esta se demostró escuchando a la familia, dándole apoyo emocional, permitiendo visitar a su familiar a cualquier hora, dando información... También se informó que en ocasiones la preocupación de la familia tenía prioridad ante los deseos del paciente, un ejemplo de ello fue cuando se retrasó el retiro del tratamiento para que toda la familia pudiera estar en ese momento. Algunos participantes informaron que en ocasiones el cuidado compasivo hacia las familias requería abrirse y mostrar sus emociones, percibiendo esto como importante para la humanización de la interacción entre la familia y el profesional sanitario. 	

<p>Discusión planteada</p>	<p>La compasión es considerada un aspecto esencial de la asistencia sanitaria, este estudio habla de atención compasiva como los actos que tenían como objetivo mantener la dignidad del paciente moribundo, así como el control de síntomas, la limpieza y la eliminación de aparatos técnicos, además la atención compasiva también se promovió a través de la atención y apoyo emocional a la familia.</p> <p>Hubo preocupación por el bienestar y la comodidad del paciente y de la familia para proporcionar una muerte digna, pero, sin embargo, participantes del estudio describen que en ocasiones se tiene más en cuenta los deseos de la familia que los del paciente.</p> <p>Por otro lado, la limpieza se mostró en este estudio y en otros revisados como un elemento primordial para proporcionar una muerte digna, siendo beneficioso también para la familia que lo vio como una continuación de la atención.</p> <p>Al igual, la eliminación de los aparatos técnicos fue considerada importante para crear una muerte natural, creando un ambiente propio de la atención compasiva, sin embargo, esto es percibido por algunas enfermeras como una posible fuente de estrés para la familia la cual puede pensar que es un cese del cuidado compasivo, lo que demostró nuevamente una mayor preocupación por la familia que por el paciente.</p> <p>Una vez retirado el tratamiento, las intervenciones se dirigieron a la familia, dándoles apoyo, proporcionando tiempo, espacio, lo que fue descrito por algunas enfermeras como un cuidado en detrimento del paciente.</p> <p>Los participantes del estudio también describen que el trato dado a la familia y al paciente fue proporcionado desde el pensamiento de cómo les gustaría que los trataran a ellos y a su familia, lo que es considerado también un cuidado compasivo.</p> <p>Apoyar a la familia de una manera compasiva, también fue incluido en el compromiso emocional de los participantes, que, en ocasiones, tuvieron dificultades para contener sus emociones, lo que les preocupaba que esto fuese tomado por la familia como una carga, sin embargo, se reconoce que establecer un sistema de gestión de las emociones en el cuidado compasivo es difícil y debe ser gestionado por las organizaciones sanitarias.</p> <p>El cuidado por compasión rara vez fue mencionado por los participantes, lo que refleja que este concepto sigue siendo abstracto. Al mismo tiempo, ‘pequeñas cosas’, ‘pequeños actos de bondad’, ‘ir más allá’ y ‘relación emocional’ fueron claramente visibles en la narrativa de las enfermeras como actos compasivos.</p>			
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Este análisis secundario sobre la atención compasiva puede ayudar a enfermeras y médicos a comprender y desarrollar su función, además de poder mejorar la atención al paciente y la familia. Los hallazgos plantean preguntas importantes en torno a la forma apropiada de representar la compasión en este contexto, en particular, llama la atención la pregunta sobre quien debe ser el destinatario de la atención compasiva.</p> <p>Estas preguntas son desafiantes para las enfermeras, ya que la atención compasiva puede llevarlas a plantearse dilemas éticos de difícil solución.</p>			
<p>Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)</p>	<p>Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: A qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(21-22), 3188-3196. https://doi.org/10.1111/jocn.12565</p>			
<p>Base de datos de procedencia:</p>	<p>Pubmed</p>			
<p>Lista de verificación:</p>	<p>CASPe</p>	<p>Nivel de evidencia</p>	<p>8/10</p>	<p>Grado de Recomendación* A</p>
<p>Introducción:</p>	<p><i>Resumen de la introducción</i></p>	<p>Morir en una unidad de cuidados intensivos (UCI), suele estar precedido de la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico (LET) debido a la falta de respuesta al tratamiento por parte del paciente.</p> <p>El proceso de retirada del tratamiento puede controlarse para garantizar apoyo y la atención oportuna al final de la vida, sin embargo, este proceso produce tensiones emocionales extra en las enfermeras.</p> <p>Este aumento del estrés es debido a su presencia constata al lado de la cama, incentivada además por, problemas de comunicación entre los profesionales de la salud y familiares, falta de tiempo, falta de educación en cuidados al final de la vida y dificultades para tener al paciente cómodo.</p> <p>Por otro lado, las enfermeras de UCI ven fundamental la presencia de la familia durante el proceso de muerte, ya que crear un vínculo con la familia y el paciente se asocia con la provisión de mejores cuidados.</p>		

	Objetivo del estudio	Explorar las experiencias de enfermeras de cuidados intensivos que proporcionan atención al final de la vida a pacientes adultos y sus familias, después de haber tomado la decisión de retirar el tratamiento.
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio exploratorio cualitativo descriptivo
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista estructurada.
	Población y muestra	13 enfermeras de cuidados intensivos.
Resultados relevantes	<p>LA esencia de la experiencia de las enfermeras al proporcionar cuidados al final de la vida tras la LET fue interpretado como, ‘hacer lo mejor para facilitar una muerte digna y cómoda’, estas actividades se agruparon de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Cuidar del paciente moribundo y su familia.</u> La mayoría de las intervenciones por parte de las enfermeras iban encaminadas al cuidado físico y el manejo de los síntomas en búsqueda de una muerte cómoda y digna. Del mismo modo, mientras se administraban estos cuidados, la falta de comunicación con el participante fue visto como una barrera. Los participantes enfatizaron la importancia de incluir a la familia en el cuidado, ya que esto les permitía desarrollar una relación íntima, escuchando, brindando información y ofreciendo seguridad. <u>Proporcionar y fomentar la presencia.</u> Las enfermeras destacaron la importancia de que la familia estuviera presente durante el proceso de muerte del paciente, pero sugirieron que en el caso en que la familia no estuviera presente, sería la enfermera quien estaría al lado del paciente durante todo el tiempo, aunque algunas enfermeras describen que en ciertos casos se retaso la retirada del tratamiento para permitir que la familia estuviera presente, causando estrés moral en las enfermeras. <u>Reconectar al paciente y la familia.</u> Volver a conectar al paciente y la familia, fue uno de los objetivos principales para las enfermeras, para ello las enfermeras quitaron los equipos de monitorización, creando un entorno menos técnico e involucrando más a los familiares en el cuidado físico del paciente. Otra forma de conectar a los pacientes y la familia fue el dejarles intimidad y espacio para que pudieran expresar sus emociones. <u>Hacer frente a las emociones y a la ambigüedad.</u> Tratar las emociones y la ambigüedad incluyó temas subordinados como incertidumbre y que es lo que hay que hacer. Esta incertidumbre se describe en las relaciones que se producen entre las enfermeras y la familia y las emociones que se tienen en el momento de retirada del tratamiento. Además, esta incertidumbre también fue descrita a la hora de aplicar un tratamiento debido a la falta de comunicación entre médicos y enfermeras sobre cuál será el proceso ras la retirada del tratamiento. Del mismo modo, una vez retirado el tratamiento, los cuidados se centraron en la familia, produciendo incertidumbre en las enfermeras sobre a quién deberían enfocar sus cuidados. 	

Discusión planteada	<p>El cuidado al final de la vida fue visto por las enfermeras como algo importante tanto para el paciente como para ellas.</p> <p>En estas últimas etapas, el cuidado del paciente se centró en la parte física, buscando la comodidad del paciente, y en la parte emocional en la familia, proporcionándole además consuelo y acompañándola en esta etapa.</p> <p>Sabo (2011) identifico que las enfermeras se centraban en realizar el cuidado físico del paciente, en lugar de establecer una conexión debido a la incapacidad del paciente de comunicarse.</p> <p>Sin embargo, esta conexión es más evidente en la familia, la cual, si puede expresarse, en este cuidado se incluía el escuchar, proporcionar información, ofrecer tranquilidad.</p> <p>Del mismo modo, los participantes consideraron la presencia de la familia al final de la vida como esencial, siendo ese un tema común en varios estudios, además, para los participantes, la presencia de la familia en la retirada del tratamiento era tan importante, que en ocasiones se retrasó esta retirada del tratamiento para que pudieran estar presentes.</p> <p>Por otro lado, los participantes destacaron como importante reconectar al paciente y su familia en esta etapa final de vida, esto se llevó a cabo involucrando a la familia en los cuidados del paciente y modificando el entorno físico.</p> <p>De la misma forma, los participantes expresaron dificultades para equilibrar los sentimientos personales y el rol de enfermera, haciendo que estas se preguntaran si lo estaban haciendo bien y experimentando sentimientos de ambigüedad.</p> <p>Una incertidumbre adicional descrita por los participantes de este estudio es el enfoque del cuidado hacia los familiares una vez instaurada la LET, esta situación produce angustia moral en las enfermeras debido al sentimiento de abandono al paciente que la situación les produce.</p> <p>Todas estas incertidumbres pueden crear estrés en las enfermeras y conducir al agotamiento emocional.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Una vez tomada la decisión de LET, las enfermeras hacen todo lo posible por brindar una muerte cómoda y digna tanto para el paciente como para la familia, sin embargo, hay situaciones durante este proceso que pueden llevar a producir en las enfermeras agotamiento emocional.</p> <p>Este estudio puede ayudar a las enfermeras de UCI a comprender su papel en el cuidado al final de la vida una vez tomada la decisión de retirar el tratamiento.</p> <p>Además, para llevar a cabo de manera adecuada este proceso, se debe mejorar la comunicación entre las enfermeras y los médicos, se deben desarrollar pautas para reducir la ambigüedad de este proceso y poder dar unos cuidados de alta calidad.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Flannery, L., Peters, K., & Ramjan, L. M. (2019). The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. Australian Critical Care, (xxxx), 6-11. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.08.004					
Base de datos de procedencia:	Science Direct					
Lista de verificación:	de	CASPe	Nivel de evidencia	8 /10	Grado de Recomendación*	A
Introducción:	<i>Resumen de la introducción</i>		<p>Debido al envejecimiento y los avances de la medicina, las unidades de cuidados intensivos (UCI) de Australia son desafiadas con decisiones sobre el final de la vida. Este aumento de la demanda de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) viene acompañado de una falta de formación y de pautas para llevarlo a cabo, produciendo incertidumbre y prácticas diferentes, excluyendo en la mayoría de los casos la figura de la enfermera.</p> <p>A la rutina diaria de la UCI, tras la introducción de la LET, se incorpora la revisión, discusión y planificación de cuidados de cada paciente, siendo el intensivista que esté a cargo del paciente ese día el que debe tomar la decisión de retirar o no implantar un tratamiento. Al ser la enfermera la que está más tiempo con el paciente, esta proporciona información al médico respecto a la condición del paciente, así como el estado de la familia y los deseos del paciente acerca de la LET.</p> <p>Esta exclusión en el proceso de toma de decisiones produce en las enfermeras angustia psicológica y agotamiento.</p>			
	<i>Objetivo del estudio</i>		Explorar las perspectivas de los médicos y enfermeras			

		involucrados en el proceso de toma de decisiones de final de vida en una UCI.
Metodología:	<i>Tipo de estudio**</i>	Cualitativo basado en la investigación naturalista.
	<i>Año de realización</i>	2019
	<i>Técnica de recogida de datos***</i>	Entrevistas semiestructuradas.
	<i>Población y muestra</i>	122 médicos y enfermeras de un Hospital público de Sydney.
Resultados relevantes	<p>Este estudio arrojó dos temas de investigación:</p> <p>1. <u>Roles de médicos y enfermeras en la toma de decisiones.</u> Los médicos son la figura principal en la toma de decisiones, mientras que las enfermeras de este estudio mostraron opiniones diferentes en cuanto a su inclusión en este proceso, ya que algunas de ellas declararon no tener mucho que decir en cuanto la toma de decisiones. Otras enfermeras expresaron su opinión de que, aunque no eran quienes tomaban la decisión, tenían un papel muy importante y obligación con el paciente y su familia. Debido a la estrecha relación con el paciente y su familia, la enfermera en ocasiones asume el papel de defensoras del paciente, ya que poseen información y conocimientos únicos sobre él y su familia, lo que les otorga una posición privilegiada para abogar por ellos. Por otro lado, los médicos piensan que ellos son los que deben tomar la decisión final, pero identificaron la necesidad de los aportes de las enfermeras para obtener información del paciente y de la familia. Del mismo modo, la sensación de exclusión del proceso que sienten las enfermeras viene dada por el lugar donde se toma la decisión, que es en las reuniones con los familiares, en las cuales ellas no participan, pero en contraste con esta opinión, los médicos afirman que la decisión de retirar el tratamiento o no iniciarlo la toman al recopilar toda la información posible, tanto de las enfermeras, como de los familiares del paciente. Otro problema encontrado por los médicos y enfermeras en el proceso de la LET, son las dificultades que se creaban cuando la decisión sobre la LET había sido iniciada por otro médico en el turno anterior, debido a los diferentes puntos de vista de los profesionales.</p> <p>2. <u>Manejando las expectativas familiares:</u> En los puntos clave de proceso de toma de decisiones, los médicos y enfermeras expresaron diferentes experiencias con las familias. Por un lado, las enfermeras hablaron de querer minimizar el sufrimiento del paciente que no está respondiendo al tratamiento. Por otro lado, los médicos se centraron en las necesidades de las familias y en el tiempo permitido para que las familias lleguen a un acuerdo. Tanto los médicos, como las enfermeras coincidían en que la decisión de LET fue dictada en gran medida por la capacidad de la familia para aceptar que el paciente se estaba muriendo, siendo este proceso visto por las enfermeras como una fuente de frustración y angustia. Todas las enfermeras identificaron que prolongar el tratamiento cuando no era beneficioso para el paciente como otra fuente de angustia para ellos.</p>	
Discusión planteada	<p>En este estudio se describen los diferentes roles dentro del entorno clínico que tienen las enfermeras y los médicos y como sus percepciones en el proceso de toma de decisiones creó perspectivas muy diferentes. Estas diferencias causaron dificultades de comunicación entre ambas disciplinas, lo que impacta directamente con la colaboración efectiva para la decisión del LET. A pesar de los estándares de enfermería de cuidados críticos para la práctica, que incluyen un enfoque interprofesional para la atención centrada en el paciente, muchos estudios identifican que las enfermeras sienten que los médicos no valoran su aporte en las decisiones de LET, esto se vio reflejado en este estudio, ya que las enfermeras entrevistadas sintieron que su aporte en la LET no fue valorado. Si bien los médicos de esta investigación percibieron que tenían una idea clara del papel de las enfermeras en la toma de decisiones de LET y que tenían en cuenta sus opiniones a la hora de tomar la decisión. De forma similar, la diferente perspectiva que tienen médicos y enfermeras del proceso de toma de decisiones hace que esto sea un conflicto entre ambas profesiones. Tal conflicto puede resultar contraproducente cuando impide la toma de decisiones creando estrés en ambos. Estos puntos de vista diferentes hacen que las enfermeras se centren en el paciente y que una prolongación en el tiempo de la toma de decisiones les cause frustración, mientras que los médicos se centran en las familias dándoles todo el tiempo posible para que puedan aceptar la muerte inminente de su familiar. Los puntos de vista diferentes son importantes en la toma de decisiones en colaboración porque</p>	

	<p>permite que todos los lados sean representados y luego considerados en la decisión final. Por otro lado, aunque la decisión final es del médico, las enfermeras pueden aportar sus conocimientos sobre las necesidades y preferencias del paciente y de la familia, así como su habilidad de pensamiento crítico, convirtiéndose la información aportada por ella, en una parte fundamental a la hora de tomar una decisión. La colaboración entre médicos y enfermeras tiene la capacidad de igualar los desequilibrios de poder entre las dos disciplinas, reconociendo de este modo la autonomía de la enfermera y disminuyendo su agotamiento emocional, teniendo como resultado sentimientos de valoración por parte de las enfermeras en el proceso de toma de decisiones.</p>				
Conclusiones del estudio	<p>En este estudio queda claro que las enfermeras experimentaron incertidumbre en torno a su papel en la toma de decisiones sobre la LET. Las enfermeras estuvieron de acuerdo en que fueron incluidas en la toma de decisiones, pero declararon que su contribución no se valoró, lo que contrasta con la opinión del médico. Por otro lado, en este estudio las enfermeras se centraron en las necesidades de los pacientes, mientras que los médicos se centraron en las necesidades de la familia. Se destaca la necesidad de educación profesional y colaboración entre las dos decuplicas, así como la <u>necesidad de mejorar los procesos de toma de decisiones.</u></p>				
Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	<p>Flannery, L., Ramjan, L. M., & Peters, K. (2016). End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. Australian Critical Care, 29(2), 97-103. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.07.004</p>				
Base de datos de procedencia:	<p>Science direct</p>				
Lista de verificación CASPe:	9/10	Nivel de evidencia	1+	Grado de Recomendación	B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>Las decisiones de final de vida en los hospitales de agudos y sobre todo en las UCI aumentan conforme la población envejece. Es por ello por lo que cuando un paciente se espera que muera, las enfermeras y médicos se enfrentan a dilemas éticos asociados a la retirada del soporte vital. Si bien los médicos y enfermeras están bien formados para tomar estas decisiones, la literatura habla sobre la mala comunicación entre ambos, la ambigüedad en el papel del médico y las enfermeras y la falta de orientación para tomar decisiones sobre el final de vida, como factores clave que impiden una toma de decisiones al final de la vida óptima. Estas decisiones a su vez dan responsabilidad a la familia y al personal de la UCI, ya que el paciente suele estar sedado, esto puede producir una carga emocional significativa sobre la familia y los profesionales, siendo la toma de decisiones un momento de estrés extremo. Debido a la alta demanda de estas decisiones en los últimos años, se deben desarrollar recursos educativos y cuidados estándares, para apoyar un enfoque más satisfactorio en las decisiones de final de vida.</p>			
	Objetivo del estudio	<p>Revisar la literatura relacionada con la decisión al final de vida entre médicos y enfermeras de la UCI, centrándose en tres áreas: 1. ¿Quién participa en la decisión de final de vida en UCI? 2. ¿Qué desafíos enfrentan los médicos y las enfermeras de la UCI al tomar la decisión? 3. ¿Son estas decisiones una fuente de angustia moral para médicos y enfermeras de la UCI?</p>			
Metodología:	Tipo de estudio**	<p>Revisión de la literatura científica cualitativa y cuántica desde 2006 hasta 2014</p>			
	Año de realización	<p>2016</p>			
	Técnica de recogida de datos***	<p>Búsqueda de artículos en bases de datos científicas mediante descriptores, con criterios de inclusión y exclusión.</p>			
	Población y muestra	<p>Médicos y enfermeras de la UCI.</p>			
Resultados	<p>Esta revisión divide en 4 temas la información encontrada:</p>				

relevantes	<p>1. <u>¿Quién participa en la toma de decisiones al final de la vida?</u> Las enfermeras y los médicos han acordado que es el médico quien debe tomar las decisiones finales sobre el final de vida. Si bien, las enfermeras la que pasan la mayoría del tiempo con el paciente y la familia, por lo que son ellas las que tienen conocimientos sobre los deseos del paciente al final de la vida. Del mismo modo, la literatura indica que las enfermeras no son integradas en el proceso de toma de decisiones, siendo un estudio de Heland et al. el que hace referencia a que en algunas UCIs de Australia las decisiones sobre el final de vida son tomadas de forma unilateral por el médico, aunque Latuor et al. identifica la inclusión de la enfermera en el final de vida. Las dudas conducen a la falta de uniformidad y a la ambigüedad de roles para las enfermeras. Estudios cualitativos describen como el médico es el encargado de tomar la decisión de retirar el tratamiento, pero en algunas ocasiones esta decisión es incentivada por la enfermera al detectar que el tratamiento proporcionado no está procediendo mejoría en el paciente. Baggs et al. concluyó que no hay una política estructurada sobre quien participa en la atención al final de la vida, por lo que se toma al médico como dirigente en la toma de decisiones de fin de vida, siendo la participación de las enfermeras en estas decisiones variable, y comúnmente atribuido al nivel de experiencia. El hilo común entre los estudios fue la identificación del médico como el principal tomador de decisiones, con ambigüedad en torno al papel de la enfermera en la toma de decisiones sobre le final de la vida, dependiendo su participación de la experiencia, antigüedad en el equipo o de la preferencia del médico.</p> <p>2. <u>Desafíos en la toma de decisiones al final de la vida.</u> La literatura identifica como desafío los problemas de comunicación en las decisiones de fin de vida, como uno de los más importantes. Un ejemplo de mala comunicación incluye una subrepresentación de las enfermeras en las discusiones sobre el final de la vida, a pesar de que son las enfermeras las principales proveedoras del cuidado. Por otro lado, estudios previos describen sentimiento de ira, ansiedad y frustración en las enfermeras, si no estaban de acuerdo con las decisiones de fin de vida, asociando estos sentimientos con el agotamiento profesional. En un estudio realizado en las UCIs de Australia, 12 enfermeras describieron que si no estaban de acuerdo con la decisión, la comunicación con la familia se convirtió en difícil entrando en conflicto interno. Además, este mismo estudio, describe una falta de participación en el proceso de limitación del esfuerzo terapéutico por parte del médico una vez se ha tomado la decisión de retirada del tratamiento, aumentando los sentimientos de las enfermeras de aislamiento y dificultades de comunicación.</p> <p>3. <u>¿Son estas decisiones una fuente de angustia moral para los médicos y enfermeras de la UCI?</u> La toma de decisiones tiene varios impactos, dependiendo de cómo se aborde la discusión sobre qué hacer, siendo uno de estos impactos una fuente de angustia moral. McMillen et al, en su estudio revela que las enfermeras pueden presentar estrés moral si no están de acuerdo con las decisiones al final de la vida, relacionando esta angustia moral con un estado de agotamiento, llevando a las enfermeras a abandonar su trabajo, así como a afectar el bienestar psicológico de estas.</p> <p>4. <u>Implicaciones para la práctica y cuidados críticos.</u> La literatura indica una clara necesidad de mejorar los enfoques en la toma de decisiones al final de la vida. Este enfoque se centra en la mejora de la calidad en la comunicación en torno a las decisiones de final de vida, así como educar al personal e implementar un marco compartido de toma de decisiones. Estos son elementos clave, ya que muchas de las dificultades están asociadas con la falta de preparación e inconsistencia en los enfoques para la toma de decisiones. Los médicos experimentados tienen a incluir a las enfermeras en el proceso de toma de decisiones, evitando prolongar la vida del paciente más allá del punto de inutilidad. Estas acciones incrementan el valor de la enfermera en el proceso de toma de decisiones y disminuye considerablemente los conflictos y dificultades de la comunicación.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Esta revisión resalta la falta de un enfoque estandarizado para la decisión de final de vida en la toma de decisiones. El médico es el líder en la toma de decisiones con la familia del paciente, mientras que el papel de la enfermera en el proceso de toma de decisiones no está claramente definido. En general el papel de las enfermeras en la toma de decisiones al final de la vida es informal.</p>

Cita bibliográfica (APA)	Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., ... Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 52(4), 794-803. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.003		
Base de datos de procedencia:	Pubmed		
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	8/10 Grado de Recomendación* A
Introducción:	Resumen de la introducción	Las unidades de cuidados intensivos (UCI) cada vez proporcionan cuidados más sofisticados, es por ellos que necesitan de profesionales con altos conocimientos y habilidades de negociación. Cuando un tratamiento ya no causa beneficio al paciente, los profesionales de la salud deben negociar su retirada y pasar a los cuidados paliativos. Estas decisiones deben equilibrar los principios éticos de autonomía, no mal eficiencia y justicia. Este estudio pretende dar remedio a la falta de investigación que hay sobre la toma de decisiones por parte de las enfermeras en el mundo.	
	Objetivo del estudio	Comprender las prácticas de toma de decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) de las enfermeras de UCI en diferentes contextos culturales.	
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo (teoría fundamentada)	
	Año de realización	2015	
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista estructurada.	
	Población y muestra	51 enfermeras de UCI de diferentes países (Brasil, Inglaterra, Alemania, Irlanda y Palestina).	
Resultados relevantes	<p>Las situaciones de final de vida en la UCI implican incertidumbre sobre el pronóstico del paciente, en cambio cuando el momento de muerte se acerca, el objetivo de curar pasa a ser el de cuidar, centrando ahora la atención en el confort del paciente y la familia, es por ello por lo que la enfermera tiene un papel importante en la reorientación negociada, ya que reemplaza las actividades destinadas a la cura por actividades destinadas al cuidado.</p> <p>Es por ello por lo que la reorientación negociada tiene dos prácticas centrales:</p> <ol style="list-style-type: none"> Búsqueda de consenso. En muchas ocasiones son las enfermeras las que se dan cuenta del tratamiento de un paciente no le aporta beneficio, por lo que deciden iniciar la conversación con el médico sobre si es necesaria la retirada del tratamiento. Una vez esto ocurre, ayuda a la familia en el proceso de toma de decisiones dándole información y voz, para de este modo llegar a un consenso con el médico en la toma de decisiones. En general, aunque las enfermeras no desean alargar el tratamiento y con ello el sufrimiento del paciente, son conscientes de las implicaciones morales que tiene la LET influyendo en su participación en la toma de decisiones, estos además están influidas por las creencias religiosas y la experiencia de las enfermeras. Del mismo modo, la incertidumbre en el pronóstico del paciente puede hacer que una enfermera persuada al médico para no retirar el tratamiento, además las enfermeras intentan asegurarse de que la familia esta reparada y participe en cualquier decisión sobre la retirada del tratamiento. Las enfermas a su vez tienen un papel importante a la hora de informar a la familia y cubrir sus necesidades. En cuanto a la primera, las enfermeras deben averiguar que sabe la familia y si quiere conocer más información para proporcionársela posteriormente. En países donde la opinión de la enfermera no se tiene en cuenta, los médicos no comparten con la familia de forma clara y transparente la información del paciente, causando frustración y una actitud pasiva en las enfermeras, siendo estas situaciones más comunes en Brasil y Palestina. Retención emocional. En las situaciones de LET, las enfermeras priorizan el tiempo de hablar con los miembros de la familia para crear un clima de confort, espacio para los rituales religiosos, etc. En este momento la enfermera está disponible en cualquier momento para la familia, brindándole apoyo emocional, resolviendo las dudas que puedan surgir y ayudándola a que acepte la situación de su familiar. Asimismo, si la enfermera percibe religiosidad en la familia, esta puede apelar a algunos rituales religiosos como la oración, textos religiosos... Por otro lado, en ocasiones en las que no todos los familiares están presentes, la enfermera negocia 		

	<p>con el médico el aplazamiento de la retirada para poder darle tiempo a la familia a llegar y así darle la oportunidad de despedirse del paciente.</p> <p>Las enfermeras también intentan en estos momentos, que la familia pase todo el tiempo posible con el paciente y se puedan despedir de él.</p> <p>Las enfermeras también tienen un papel muy importante en el proceso de muerte del paciente, ya que son las responsables de proporcionarle comodidad (manteniendo una buena higiene, vestir al paciente, etc.) y aliviar su dolor, pero en países donde el médico tiene la autoridad exclusiva de sus pacientes, la situación se complica, pudiendo provocar en las enfermeras angustia moral.</p> <p>Del mismo modo, la comodidad de la familia en este proceso también es importante, por ello la enfermera se hace cargo de esta esfera, atendiendo las necesidades, necesidades que cambiarían en función de la cultura y creencias de las familias.</p>
Discusión planteada	<p>Investigaciones previas relacionadas con la toma de decisiones LET por parte de las enfermeras detallan los roles que cumplen asumiendo la transición de la cura al cuidado y el proceso de muerte negociada.</p> <p>Del mismo modo la reorientación negociada se encuentra descrita en investigaciones previas, donde el papel de la enfermera de UCI es importante para la toma de decisiones ética de la LET.</p> <p>Adams et al. identifica varios roles que cumplen las enfermeras, además de describir la importancia de tener en cuenta los valores culturales y religiosos de los pacientes.</p> <p>El estudio realizado realza la importancia de la educación que facilita la reflexión sobre las emociones, actitudes, experiencias y del cuidado por compasión, evitando de este modo la angustia moral.</p> <p>Del mismo modo, sugiere que las enfermeras deben tener en cuenta las perspectivas personales, culturales y religiosas de la familia para proporcionar un cuidado de calidad tanto al paciente, como a su familia durante el proceso de muerte.</p> <p>Finalmente, la necesidad de tener un ambiente para el cuidado compasivo, digno y humano es destacado como importante para que las enfermeras se sientan seguras y no tengan sentimientos de haber fallado al paciente.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Este estudio destaca la importancia de las enfermeras en la toma de decisiones sobre la LET y en el cuidado del paciente.</p> <p>El artículo sugiere que las enfermeras tienen claro cuál es su papel para jugar en la toma de decisiones LET, es por ello por lo que piden una decisión multiprofesional, de este modo se mejoraría su confianza en el área.</p> <p>Además, el estudio destaca la falta de cuidados paliativos en Palestina y en Brasil, siendo las enfermeras alemanas las más preparadas en cuidados paliativos, también destaca la necesidad de las enfermeras y organizaciones de enfermería para abogar por el interés de los pacientes y la familia en servicios subdesarrollados.</p>

Cita bibliografía (Según Vancouver APA)	Langley, G. C., Kisorio, L., & Schmollgruber, S. (2015, noviembre 1). Moral distress experienced by intensive care nurses. <i>Southern African Journal of Critical Care</i> , Vol. 31, pp. 36-41. https://doi.org/10.7196/SAJCC.2015.v31i2.235				
Base de datos de procedencia:	SciELO				
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	7/10	Grado de Recomendación*	B
Introducción:	Resumen de la introducción	La angustia moral se puede experimentar por todos los profesionales de la salud en ciertas ocasiones debido a la toma de decisiones difíciles, conflicto entre los componentes de un equipo... produciendo síntomas emocionales, físicos y personales. Este estudio se centra en los profesionales de enfermería y las diferentes situaciones que pueden producirle angustia moral, además de los sentimientos y síntomas físicos que esta puede producir			
	Objetivo del estudio	Explorar y describir las experiencias de las enfermeras en situaciones que involucran cuidados al final de la vida y evocan angustia moral en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de dos hospitales públicos de nivel terciario en Sudáfrica (SA), las consecuencias personales de estas situaciones y los medios empleados para manejar su angustia.			
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo, descriptivo			
	Año de realización	2015			

	Técnica de recogida de datos***	Entrevista individual con preguntas abiertas.
	Población y muestra	100 enfermeras registradas e inscritas de los dos hospitales especializados principales.
Resultados relevantes	<p>Se identifican 5 temas que causan estrés moral a las enfermeras de UCI que tratan con pacientes en limitación del esfuerzo terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Incompetencia colegial o inexperiencia:</u> En este apartado se describe como las enfermeras de UCI experimentan estrés moral debido a la inexperiencia e incompetencia de sus compañeras enfermeras y médicos ya que esta pone en riesgo la situación del paciente. 2. <u>Limitación de recursos.</u> La limitación de personal y recursos es otra causa de estrés moral debido a que esto lo perciben como peligroso para el paciente, ya que no pueden dedicarle todo el tiempo y los recursos suficientes para darle el mejor cuidado, lo que produce en las enfermeras sentimientos de culpabilidad. 3. <u>Falta de comunicación, consulta y negociación.</u> En este apartado las enfermeras hablan sobre la comunicación ineficaz que se produce tanto con las familias, como con sus compañeros médicos, ya que sienten que estos últimos no tienen en cuenta sus opiniones sobre la futilidad de algunos tratamientos prescritos y que no tienen en cuenta sus opiniones a la hora de tomar ciertas decisiones, como puede ser la de limitar el esfuerzo terapéutico, lo que les produce estrés moral y angustia. 4. <u>Problemas de final de vida: mantenimiento fútil del cuidado o retirada del tratamiento.</u> Pacientes que han sido diagnosticados con limitación del esfuerzo terapéutico siguen con tratamientos activos o con medicación como los inotrópicos, así como el no estar de acuerdo con el tratamiento que se le administra o el tratar con pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico que están próximos a la muerte son causa de estrés moral para estas enfermeras. 5. <u>Apoyo.</u> Haber estado sometidas a situaciones de mucho estrés de forma continua puede provocarles síndrome de estrés posttraumático o incluso llevarlas a dejar la profesión, es por ello que el no recibir apoyo de sus compañeros, ni de la administración y que el apoyo que en ocasiones se les proporciona por parte de esta sea insuficiente, lleva a las enfermeras a sufrir altos niveles de estrés moral. Por ello proponen realizar sesiones informativas y de apoyo emocional para los profesionales, las cuales les ayudarían a aumentar su autoconciencia, autocuidados y ofrecer apoyo a otros profesionales para disminuir el estrés moral y la angustia que sienten. 	
Discusión planteada	<p>En este estudio se describen las situaciones que más causan angustia moral a las enfermeras de UCI de dos hospitales de tercer nivel de Suráfrica que tratan con pacientes a los que se les ha aplicado la limitación del esfuerzo terapéutico, siendo estas situaciones, el encontrarse sin apoyo de la administración, ni de los compañeros, que sus opinión no sea valorada por los compañeros médicos, etc. todo esto se ve agravado por la falta de personal de enfermería formado, así como por la jerarquización y la situación racial, cultural, económica y social que se viven en estos momentos en Suráfrica.</p> <p>Estas enfermeras proponen realizar reuniones de apoyo que las puedan ayudar, ya que en muchas ocasiones el único consuelo lo encuentran en Dios y en la oración.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>Las desigualdades y divisiones de la sociedad se ven exacerbadas en las UCI, reforzando la jerarquía médico-enfermera, limitando de este modo la autonomía y responsabilidad de la enfermera, contribuyendo a la angustia moral y agotamiento de este.</p>	

Cita bibliografía (Según Vancouver APA)	Muñoz Camargo, J. C., Martín Tercero, M. P., Nuñez Lopez, M. P., Espadas Maeso, M. J., Pérez Fernandez-Infantes, S., Cinjordis Valverde, P., ... Huertas Díaz, M. P. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería Intensiva, 23(3), 104-114. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.008		
Base de datos de procedencia:	CUIDEN		
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	7/10
		Grado de Recomendación*	B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>El desplazamiento de los moribundos y de la muerte de los hogares al hospital, hace que el proceso de muerte deba ser gestionado de forma crucial por los centros sanitarios, proporcionando una muerte digna, respetando los valores y creencias de la persona.</p> <p>Para ello el paciente tiene que recibir toda la información sobre su situación y poder negarse a recibir tratamiento, así como se debe</p>	

		<p>respetar su decisión ya que en muchas ocasiones la opinión del médico o de los familiares prevalece sobre ella.</p> <p>Desde el punto de vista ético, la decisión de retirar el soporte vital no es diferente de la decisión de no iniciarlo, pero es muy importante diferenciar lo que significa limitación del esfuerzo terapéutico (retirar un tratamiento o no implantarlo), de eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa o rechazo del tratamiento.</p> <p>Este estudio se pretende realizar una aproximación objetiva sobre los dilemas éticos que son frecuentes en la práctica clínica.</p>
	Objetivo del estudio	Conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios del centro, respecto a las medidas extraordinarias de soporte vital
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo descriptivo prospectivo.
	Año de realización	2012
	Técnica de recogida de datos***	Cuestionario que incluye variables sociodemográficas y una encuesta validada y adaptada por Llaja Rojas y Sarria Joya.
	Población y muestra	189 profesionales de la salud (enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería) del Hospital General Universitario de Ciudad Real.
Resultados relevantes	<p>Tras llevar a cabo el cuestionario se encuentran los siguientes resultados:</p> <p>El 95.7% de los encuestados tendría en cuenta la decisión del paciente, en el caso de que el paciente no pudiese expresar sus deseos, el 90.9% de los encuestados tendría en cuenta la decisión de la familia sobre el nivel de las medidas de soporte vital.</p> <p>El 71% de los encuestados piensa que no es lo mismo, no instaurar un tratamiento que retirarlo.</p> <p>En cuanto a la eutanasia el 70.9% de los encuestado estaría de acuerdo en legalizarla, siendo el colectivo médico el más contrario a su instauración.</p> <p>En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con ventilación mecánica, el 90.4% está de acuerdo en que el ventilador mecánico implica una baja calidad de vida.</p> <p>En cuanto al paciente agónico, el 79.9% está a favor de la eutanasia, el 92.6% a favor de la antidistansasaia (no resucitación) y un 99.5% a favor de proporcionar una muerte digna.</p> <p>El 93.6% de los encuestados están en contra del encarnizamiento terapéutico, siendo un dato interesante el que el 67.6% de los profesionales evalúan negativamente el sentido de la muerte y admiten su temor hacia ella.</p>	
Discusión planteada	<p>La valoración ética frente a la muerte y su consecuente toma de decisiones ante un paciente terminal, es un tema de relevancia en los últimos años, debido al avance de la tecnología y a una mayor toma de decisiones por parte de los pacientes.</p> <p>En este trabajo se demuestra que la mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente y que en el caso de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se tendría en cuenta la opinión de la familia, es por ello por lo que los profesionales tienen la obligación de informar y respetar la capacidad de decisión del paciente y de la familia.</p> <p>Aunque en este estudio no se recoge, el personal médico tiende a tener una actitud paternalista hacia el paciente, al no tener en cuenta a los profesionales del cuidado, las enfermeras, siendo estas las que en muchas ocasiones perciben la desproporción entre los fines y los medios, por lo que deberían participar en las decisiones del equipo de inicio o retirada del tratamiento.</p> <p>Una vez tomada la decisión LET, existe la obligación ética de no abandonar al paciente durante el proceso de la muerte y garantizar que recibe las necesarias medidas de bienestar, cuidados, analgesia y sedación asegurando la ausencia de dolor físico y psíquico.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>La mayoría de los profesionales tendrían en cuenta la decisión del paciente para limitar las medidas extraordinarias en situaciones de enfermedad irreversible.</p> <p>También revela la efectividad utilidad de incluir una evaluación ética por parte de los profesionales con el paciente.</p>	

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Noome, M., Dijkstra, B. M., van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 33, 56-64. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004			
Base de datos de procedencia:	Pubmed			
Lista de verificación	CASPe	Nivel de evidencia	6/10	Grado de Recomendación* B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>En Países Bajos, el 85% de las muertes en la unidad de cuidados intensivos UCI, se producen a causa de la retirada de la retirada del tratamiento de soporte vital.</p> <p>Durante la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), los pacientes y la familia necesitan de los cuidados al final de la vida por parte de la enfermera, es con ellas con las que en muchas ocasiones la familia discute y reflexiona sobre la retirada del tratamiento, siendo el médico el que toma la decisión final.</p> <p>Por otro lado, el cuidado de enfermería en estas situaciones se enfoca en el apoyo espiritual y emocional del paciente y la familia, ya que la pérdida de una persona amada puede causar ansiedad, depresión e incluso estrés post traumático.</p> <p>Las familias calificaron como adecuados los cuidados proporcionados por las enfermeras para asegurar su comodidad, aunque, por otro lado, la familia describió una pérdida de apoyo por parte de las enfermeras en la toma de decisión, al no tener su participación.</p>		
	Objetivo del estudio	Examinar las experiencias de la familia con la enfermería, aspectos de atención al final de la vida en la UCI, después de una decisión de terminar con el tratamiento de soporte vital y describir cuales son los cuidados de enfermería más apreciados y los que faltaron.		
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio cualitativo fenomenológico.		
	Año de realización	2016		
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista.		
	Población y muestra	26 familiares de enfermos críticos fallecidos		
Resultados relevantes	<p>Aunque la mayoría de los familiares entrevistados tuvieron experiencias positivas con los cuidados de enfermería al final de la vida, hubo algunos que no lo estuvieron.</p> <p>Las experiencias e los familiares se organizaron en cuatro temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Comunicación entre enfermeras de la UCI, pacientes y familia.</u> Lo más apreciado fue que las enfermeras estaban disponibles en cualquier momento y resolver las dudas que le surgían a las familias, estas agradecían la forma en la que eran tratadas por las enfermeras. Un familiar mencionó que la enfermera lo ayudaba en las reuniones con el médico haciendo preguntas por él, sobre el proceso de muerte, cuidado al paciente... <u>Atención de enfermería a pacientes en UCI.</u> Todos los familiares agradecieron el cuidado que las enfermeras brindaron al paciente, ya que este denotaba respeto hacia él, proporcionando un proceso de muerte calmado, permitiendo a los familiares decir adiós. <u>Atención de enfermería para familiares de pacientes en UCI.</u> Las familias agradecieron la posibilidad de poder llevar a cabo sus propios rituales durante el proceso de muerte. Por otro lado, algunos miembros de las familias fueron invitados a participar en el cuidado del paciente, otros no estaban al tanto y manifestaron que les hubiera gustado participar. Los familiares también agradecieron que las enfermeras estuvieran atentas con ellos y que les ayudaran a cubrir sus necesidades. <u>Condiciones previas.</u> Todos los familiares agradecieron la atención que se les dio en el proceso de muerte, haciendo de este algo íntimo, además de agradecer la flexibilidad en el horario de las visitas, aunque algunos miembros echaron de menos que se les ofreciera la figura del cura. 			

	Del mismo modo, la mayoría de los familiares no recordaban la posibilidad de la reunión de seguimiento, quejándose de que el momento en el que se lo dijeron no era el oportuno, ya que acaba de fallecer su familiar.
Discusión planteada	<p>En este estudio se trató de examinar la experiencia de las familias en el cuidado de enfermería durante el final de la vida en UCI después de tomar la decisión de retirar el tratamiento.</p> <p>La comunicación con las enfermeras fue descrita como positivo por parte de los familiares, ya que estas estaban disponibles en todo momento. Las familias también apreciaron el cuidado y el respeto con el que se trató al paciente en sus últimos momentos, agradeciendo del mismo modo las habitaciones individuales.</p> <p>Sin embargo, pocos familiares fueron invitados a participar en el cuidado del paciente, manifestando en las posteriores entrevistas que les hubiera gustado participar.</p> <p>Del mismo modo, algunas familias manifestaron que echaron en falta la figura de la enfermera en las reuniones de toma de decisiones, sintiéndose de este modo responsables de obtener información.</p> <p>Por otro, lado las familias agradecieron la atención y el apoyo provisto por las enfermera de la UCI dándole el tiempo necesario para avisar a todos los familiares y que todos se pudieran despedir de su ser querido, aunque si se quejaron de una comunicación inadecuada con los profesionales, que en ocasiones no involucraban a la familia en el proceso de retirada del tratamiento, además de no ofrecerle la posibilidad de que les visitase un cura, así como tampoco se mencionó la posibilidad de ayudar en el cuidado del paciente.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Las familias detectaron algunas fortalezas y debilidades de las enfermeras en sus experiencias en la UCI.</p> <p>La familia agradeció el cuidado de final de vida por parte de la enfermera, especialmente el proporcionado a su familiar y a ellos mismos.</p> <p>Del mismo modo, también mencionaron temas que necesitan mejorar como, la información dada, un mayor apoyo para la familia y una habitación en la que pueda estar toda la familia con el paciente.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Noome, M., Dijkstra, B. M., Van Leeuwen, E., & Vloet, L. C. M. (2016). The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i> , 18(3), 212-218. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000221				
Base de datos de procedencia:	CINAHL				
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	8/10	Grado de Recomendación*	A
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>La mayoría de las muertes en UCI en todos los países se producen tras la decisión de retirar el soporte vital, dando paso a los cuidados al final de la vida.</p> <p>En Países Bajos, la decisión de retirar o no instaurar tratamiento la lleva a cabo el equipo médico, sin embargo, la información de la decisión clínica y psicológica del paciente, incluida la respuesta de las preguntas de la familia es dada por las enfermeras.</p> <p>Muchos estudios abalan que la opinión de la enfermera sea tomada en cuenta en la toma de decisiones y que esta además, esté presente en las reuniones con la familia, para de este modo puedan dar apoyo a la familia y al paciente una vez tomada la decisión.</p> <p>Durante todo el proceso la enfermera apoya y acompaña a la familia en el proceso de duelo, aunque en determinadas ocasiones le es complicado apoyar a la familia de forma correcta debido a la carga de trabajo, del mismo modo se encarga del confort del paciente, priorizando su comodidad y el alivio del dolor.</p> <p>Todo esto puede llevar a las enfermeras a su vez a padecer angustia moral, ya que estas situaciones les provocan miedo a cometer errores y por el conflicto ético de terminar o prolongar la vida del paciente.</p>			
	Objetivo del estudio	Determinar cómo se puede mejorar el cuidado al final de la vida en la UCI, conociendo las diferentes opiniones de las enfermeras y determinar cómo serían los cuidados al final de la vida en una situación ideal para estas enfermeras.			
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio cualitativo			
	Año de realización	2016			

	Técnica de recogida de datos***	Entrevistas individuales.
	Población y muestra	20 enfermeras de UCI de 1 hospital universitario y 3 hospitales comunitarios de Holanda.
Resultados relevantes	<p>Se entrevistaron a 20 enfermeras, de las cuales, la mayoría estaban satisfechas con los cuidados de final de vida que había proporcionado, sin embargo, los investigadores encontraron 5 temas que les ayudarían a proporcionar unos cuidados ideales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Colaboración con otros profesionales.</u> Todas las enfermeras coincidieron en que su papel en la toma de decisiones es muy importante ya que pasan la mayor parte de su tiempo en los pies de la cama, lo que las lleva a conocer en profundidad al paciente y la familia. Esta inclusión en las reuniones de toma de decisiones les permitiría compartir sus conocimientos sobre el paciente y la familia con otros profesionales, de este modo 5 enfermeras dijeron al ser entrevistadas que no son la persona o el profesional que debe tomar la decisión, 10 enfermeras preferían discutir el contenido de la reunión con la familia antes y discutir a su vez la forma de retener el tratamiento. 2. <u>Comunicación entre las enfermeras de UCI, los pacientes de UCI y los familiares.</u> Todas las enfermeras asistieron a las reuniones con las familias y aportaron la información que ellas tenían, pero detectaron que no todas las familias podrían escuchar la información al completo, por lo que tras la reunión familiar, las enfermeras tuvieron la oportunidad de repetir la información a la familia. 3. <u>Cuidados de enfermería para pacientes de la UCI.</u> Todas intentaron crear una situación pacífica para el paciente y proporcionar un cuidado especial, cinco enfermeras decidieron cambiar la posición de los pacientes para prevenir úlceras, otras decidieron asegurarse de que el paciente se viese decente y limpio, pero todas buscaban la comodidad del paciente. En cambio, solo ofrecieron la posibilidad del trabajador social, sacerdote.... Cuando eran preguntadas por la familia. 4. <u>Cuidados de enfermería a los familiares de pacientes de la UCI.</u> 18 enfermeras consideraron el tiempo y la oportunidad de decir adiós como importante para la familia, 15 enfermeras intentaron implicar a las familias en la situación diciéndoles que podían tocarlo, abrazarlo... En cuanto a la retirada del tubo, algunas enfermeras preferían que la familia decidiera habiéndole explicado todas las opciones antes de llevar a cabo el procedimiento. Por otro lado, las enfermeras ven importante implicar a la familia en el cuidado del paciente. Todo este cuidado a la familia se lleva a cabo sin olvidar al paciente que es el eje central del cuidado. 5. <u>Aspecto organizacional del cuidado al final de la vida.</u> Todas las enfermeras trataron de realizar la reunión con las familias y llevar a cabo la retirada del tratamiento en el mismo turno para asegurar la continuidad del cuidado. 15 enfermeras dijeron que estaban dispuestas a quedarse más tiempo cuando el final de la vida del paciente estaba cerca. 17 enfermeras quieren una guía para ver si ha realizado todos los cuidados posibles. Todas las enfermeras consideran que la educación sobre los cuidados al final de la vida es muy importantes para tomar conciencia del proceso y escuchar nuevas ideas. Del mismo modo no a todas las enfermeras les dieron la opción de realizar la reunión de seguimiento con la familia pasado un tiempo de la muerte del paciente. 	
Discusión planteada	<p>En este artículo se pretende determinar cómo se puede mejorar el cuidado al final de la vida según las enfermeras de UCI</p> <p>Para obtener esta situación ideal, las enfermeras necesitaban pasar más tiempo con el paciente y la familia, un papel más explícito en la toma de decisiones y una comunicación adecuada entre las enfermeras, médicos, familiares y pacientes.</p> <p>Este deseo de más implicación en la toma de decisiones deriva de la necesidad de proporcionar información más reciente sobre la situación de los pacientes y las familias, así como compartir sus ideas y observaciones, para continuar o retirar el tratamiento.</p> <p>Como parte del proceso de toma de decisiones, varios estudios mencionan la importancia de la comunicación con la familia y el suministro de información. Las enfermeras en este estudio ajustan la información a la familia, basando estos ajustes en sus experiencias y sentimientos, ya que cada paciente y su familia son únicos.</p> <p>Este estudio también hace referencia a la lista de verificación de los cuidados, la cual puede darle a las enfermeras la oportunidad de verificar si brindaron toda la atención posible.</p>	

	<p>Del mismo modo, a las enfermeras de este estudio se les proporcionó apoyo práctico durante el proceso de final de vida, pero no se les proporcionó apoyo emocional una vez fallecido el paciente, mencionando estas la necesidad de apoyo y descanso tras la muerte de un paciente.</p> <p>Por otro lado, ninguna enfermera de este estudio dio la oportunidad a la familia de participar en el cuidado del paciente, ya que consideraban que consumía mucho tiempo, aunque si pensaban que era importante.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Las enfermeras de UCI están satisfechas con el cuidado actual al final de la vida, pero identificaron las siguientes omisiones: las enfermeras de UCI carecían de papel activo en la toma de decisiones, cooperación con el equipo multidisciplinario, conocimiento del cuidado al final de vida, falta de una lista de verificación, más tiempo para cuidar al paciente y la familia, si todo esto se implicara en el cuidado al final de la vida, este sería de más calidad.</p>

Cita bibliografía (Según Vancouver APA)	Rojas G., I., Vargas C., I., & Ferrer L., L. (2013). Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. <i>Ciencia y Enfermería</i> , 19(3), 41-50. https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000300005				
Base de datos de procedencia:	CINAHL				
Lista de verificación CASPe:	8/10	Nivel de evidencia	1+	Grado de Recomendación	B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>La UCI nació a principios del siglo XX, junto con máquinas que proporcionaban soporte vital. El paso del tiempo llevo a los profesionales a entender que había situaciones en las que continuar con las terapias de soporte vital no causaba beneficio para el paciente. De esa reflexión nació la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).</p> <p>En algunas ocasiones esta decisión choca con los principios éticos y morales de los profesionales, ya que la LET implica tomar y aplicar la retinar o no inicio de un tratamiento, y aunque es el médico y la familia quien deben tomar la decisión, las enfermeras no están siendo consultadas, siendo ellas las que ejecutan estas decisiones.</p> <p>Este estudio pretende realizar una revisión del rol que tiene la enfermera en el proceso de toma de decisiones y la aplicación de estas.</p>			
	Objetivo del estudio	<p>Analizar la bibliografía existente en relación con el rol de enfermería en el proceso de la toma de decisiones y aplicación del LET.</p>			
Metodología:	Tipo de estudio**	Revisión bibliográfica.			
	Año de realización	2013			
	Técnica de recogida de datos***	Revisión de la literatura científica desde 2007/2012 en relación con el tema a tratar.			
	Población y muestra	Enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos. Se seleccionaron 18 artículos que aportan información relevante sobre el tema a tratar.			
Resultados relevantes	<p>En el proceso de LET hay dos momentos importantes, la toma de decisiones y su aplicación. La enfermera a cargo debe desarrollar una serie de actividades relacionadas con el cuidado en cada fase, este cuidado irá dirigido tanto al paciente, como a los familiares.</p> <p>La literatura que habla sobre el rol de la enfermera en estas situaciones es limitada, ya que hay pocos estudios que se centren en describir un rol específico para las enfermeras en esta fase, pero destacan Adams et al. y Gardaz et al.</p> <p>El primero describe los roles, estrategias y objetivos que llevan a cabo las enfermeras en la toma de decisiones al final de la vida y el segundo describe un modelo de trabajo aplicable a las realidades hospitalarias donde se incluye a las enfermeras.</p> <p>Jensen et al. Determina el nivel de colaboración entre profesionales y resalta la necesidad de clarificar el rol de la enfermera.</p> <p>El artículo a su vez describe los roles que deben desempeñar las enfermeras según la literatura revisada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Recomendación de acompañamiento al final de la vida: distribución de roles.</u> <p>Destacan las recomendaciones aportadas por Gardaz et al, como son un rol activo de las enfermeras</p>				

	<p>durante todo el proceso, a su vez Gardaz et al. Plantea una estrategia: tomar una decisión tras la evaluación de la situación por parte de médico y enfermera procediendo a una toma de decisiones conjunta (medico, enfermera y familia).</p> <p>2. <u>Proceso de toma de decisiones.</u> Randall y Vicent destacan que la toma de decisiones debe llevarse a cabo después de una discusión entre todos los miembros del equipo, teniendo la enfermera un papel privilegiado que le permite conocer los diferentes puntos de vista y aportar información en el proceso de toma de decisiones.</p> <p>3. <u>Abogacía.</u> Enfermera como abogada de los deseos del paciente, defendiendo y velando por su bienestar y el de su familia, ayudando a la toma de decisiones, creando la mejor experiencia posible al final de la vida, ayudando a los familiares en el proceso de muerte y evitando que el paciente tenga dolor.</p> <p>4. <u>Agente de información.</u> La información es uno de los procesos más importantes y una de las necesidades más referenciadas. Algunos autores describen el rol de la enfermera como la encargada de dar información acerca del estado emocional y psicológico del paciente, así como de expresar los deseos del paciente y la familia en la toma de decisiones.</p> <p>5. <u>Soporte al familiar.</u> La toma de decisiones produce estrés en los familiares por lo que necesitan acompañamiento, siendo la enfermera la encargada de brindar ese soporte.</p> <p>6. <u>Aplicación.</u> La suspensión de las terapias es uno de ellos cuidados de enfermería, es la enfermera y el medico los que realizan juntamente la suspensión de los tratamientos considerados fútiles. Este proceso es considerado por las enfermeras más fácil cuando se ha tenido en cuenta su opinión, disminuyendo la sensación de soledad y de implicación moral.</p>					
<p>Discusión y conclusión planteada</p>	<p>Los roles de los profesionales implicados en la LET no están descritos, sin embargo, la literatura nos hace tener una idea del papel que desempeña cada uno.</p> <p>Rulan y Moore en su teoría de final tranquilo de vida, ponen la base para describir cual sería el rol de la enfermera en el contexto de LET, esta a su vez, debe ser una práctica organizada y planificada, lo cual requiere la participación y consenso de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, siendo el papel de la enfermera fundamental en la evaluación de la situación del paciente, ya que es la que puede alertar al resto del equipo sobre la futilidad de un tratamiento.</p> <p>A continuación, el médico lidera la discusión de retirar el tratamiento, el papel de la enfermera dentro de la discusión es dar una visión holística del paciente, abogando por sus necesidades, respeto, deseos, dignidad y preferencias.</p> <p>De este modo, una de las principales quejas de las enfermeras durante el procedimiento es la incertidumbre por falta de objetivos claros en el tratamiento, siendo la mejor forma de clarificar esta incertidumbre promover la participación por parte de todos los profesionales involucrados.</p> <p>Es por ello por lo que la literatura nos habla de que cuando el papel de la enfermera no está definido en el contexto de LET, esta debe ser la encargada de liderar la planificación de cuidados del paciente, determinando junto al médico las terapias a suspender los procedimientos a llevar a cabo y quien los realizará, además de organizar los cuidados que se le realizará al paciente y la periodicidad.</p> <p>La TFV señala que la enfermera se debe encargar de proporcionar una experiencia de bienestar al paciente, con la prevención y control de molestias físicas.</p> <p>Finalmente, el cuidado al final de la vida debe implicar al paciente y la familia, dando información, apoyo emocional y espiritual.</p> <p>La presente revisión evidencia la falta de rol de la enfermera en la LET, además de destacar que los profesionales de enfermería deben empoderarse con el rol de líder en el proceso de LET, planificando los cuidados, dando información y haciendo de intermediaria entre los médicos y la familia.</p>					
<p>Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)</p>	<p>Santana Cabrera, L., Gil Hernández, N., Méndez Santana, A., Marrero Sosa, I., Alayón Cabrera, S., Martín González, J. C., & Sánchez Palacios, M. (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. <i>Enfermería Intensiva</i>, 21(4), 142-149. https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.06.001</p>					
<p>Base de datos de procedencia:</p>	<p>CINAHL</p>					
<p>Lista de verificación:</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="379 1895 612 2000"> <p>CASPe</p> </td> <td data-bbox="612 1895 845 2000"> <p>Nivel de evidencia</p> </td> <td data-bbox="845 1895 1078 2000"> <p>8/10</p> </td> <td data-bbox="1078 1895 1311 2000"> <p>Grado de Recomendación*</p> </td> <td data-bbox="1311 1895 1544 2000"> <p>A</p> </td> </tr> </table>	<p>CASPe</p>	<p>Nivel de evidencia</p>	<p>8/10</p>	<p>Grado de Recomendación*</p>	<p>A</p>
<p>CASPe</p>	<p>Nivel de evidencia</p>	<p>8/10</p>	<p>Grado de Recomendación*</p>	<p>A</p>		
<p>Introducción:</p>	<p><i>Resumen de la introducción</i> Es en la UCI donde hay que tomar la decisión sobre si un tratamiento va a beneficiar al paciente o no va a hacer que este mejore prolongando así</p>					

		<p>su mala calidad de vida.</p> <p>Si se considera la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) debe hacerse en base a los principios de, autonomía, justicia y no maleficencia.</p> <p>Este es un momento muy importante para la vida de los pacientes y se espera que la enfermera participe aportando su visión humanizadora.</p>
	Objetivo del estudio	Analizar la percepción de las enfermeras de cuidados intensivos a cerca de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio cualitativo transversal descriptivo.
	Año de realización	2010
	Técnica de recogida de datos***	Encuesta anónima
	Población y muestra	60 profesionales de enfermería de la UCI del hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Resultados relevantes	<p>Se entrevistaron a 52 enfermeras de UCI, de las cuales, solo el 17.7% tenía formación suplementaria en ética.</p> <p>El 23.1% desconoce la existencia de guías consensuadas sobre LET y el 25% opinaba que las ordenes de no resucitación son verbales y solo se aplican si el paciente se encuentra muy mal, sin embargo, el 75% restante afirma que este tipo de órdenes suelen ser por escrito.</p> <p>Para el 94.2% las órdenes se deberían haber consensuado con la familia y el paciente previamente.</p> <p>La percepción de las enfermeras sobre el tratamiento que se le ofrece a los pacientes con pocas posibilidades de supervivencia en UCI es que se practican todas las posibilidades.</p> <p>El 17.3% opina que limitar un tratamiento es una forma de eutanasia pasiva.</p> <p>El 69.2% de los encuestado prefiere administrar el tratamiento, aunque después se tenga que retirar, frente al 25% que prefiere no administrarlo a tener que retirarlo.</p> <p>El 36.5% de los encuestado opina que enfermería no debería participar en la decisión de limitar el tratamiento, así como tampoco lo debería de hacer el paciente (34.6%), ni la familia (23.1%).</p> <p>44.2% afirma que no se sienten cómodos al hablar con la familia sobre la limitación del tratamiento, por otro lado, el 80% opinaba que casi siempre sería útil la ayuda de un experto en ética a la hora de tomar decisiones relativas al limitación del tratamiento.</p>	
Discusión planteada	<p>El resultado más llamativo es que, una tercera parte de las enfermeras opinan que no deben participar en la toma de decisiones sobre la limitación del tratamiento. Las enfermeras no son conscientes de la importancia de su papel en la toma de decisiones, ya que aportan una visión humanizada y ética del cuidado, esto puede ser debido a los turnos rotatorios y al no tener un contacto continuo con el paciente y su entorno.</p> <p>También encontramos un alto porcentaje que excluye al paciente y los familiares de la toma de decisiones sobre la limitación del tratamiento.</p> <p>Por otro lado, que la mayoría destaca la importancia de incorporar la figura de un experto en ética en la toma de decisiones, lo que hace pensar que los profesionales tienen carencias en sus conocimientos sobre ética o que no quieren ser partícipes en la toma de decisiones, siendo lo ideal aportar los conocimientos básicos a los profesionales para que puedan afrontar el problema, ya que los que conocen al paciente y a los familiares son las enfermeras que los tratan no el profesional experto.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>En este estudio se demuestra que las enfermeras no disponen de conocimientos y actitudes necesarias para participar en la limitación del tratamiento, debido a la falta de hábito de participar en estas decisiones, la falta de formación en bioética y las rotaciones que no facilitan el contacto continuo con el paciente y la familia.</p> <p>Las enfermeras no son conscientes de su importancia junto a la familia, en la toma de decisiones sobre la LET, ya que estas aportan una visión humana y ética del cuidado.</p>	

Cita bibliográfica (APA)	Sprung, C. L., Truog, R. D., Curtis, J. R., Joynt, G. M., Baras, M., Michalsen, A., ... Avidan, A. (2014). 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, 190(8), 855-866. https://doi.org/10.1164/rccm.201403-0593CC				
Base de datos de procedencia:	Pubmed				
Lista de verificación	No tiene comprobación	Nivel de evidencia	4	Grado de recomendación	D

Tipo de estudio**	Opinión de expertos.
Año de realización	2014
Aportación del estudio	Dar una visión de cómo deberían de ser los cuidados al final de la vida en un paciente de UCI desde un punto de vista multidisciplinario.

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Taylor, I. H. F., Dihle, A., Hofsø, K., & Steindal, S. A. (2019). Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 56(xxxx), 102768. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768
Base de datos de procedencia:	Science direct

Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	9/10	Grado de Recomendación*	A
-------------------------------	-------	---------------------------	------	--------------------------------	---

Introducción:	Resumen de la introducción	<p>Los pacientes de UCI están gravemente enfermos y se enfrentan a la posibilidad de morir, en muchos casos cuando los tratamientos no son exitosos, es necesario retirar un tratamiento para liberar al paciente de un sufrimiento prolongado.</p> <p>Estudios anteriores han descrito la importancia de que las enfermeras velen por que se cumplan los deseos del paciente, así como de educar, dar información, acompañar y dar apoyo emocional a la familia, otros estudios hablan sobre la importancia del trabajo en equipo, la colaboración y la comunicación entre médicos y enfermeras con respecto a la toma de decisiones sobre la retirada del tratamiento.</p> <p>Por otro lado, varios estudios describen como las enfermeras se sienten poco representadas y experimentan problemas de comunicación durante el proceso de toma de decisiones, llevándolas a experimentar sentimientos de ira y frustración, lo que puede limitar su capacidad de proporcionar cuidados.</p> <p>Kisorio y Langley, encuentran que la participación de las enfermeras en las decisiones de final de vida puede mejorar el trabajo en equipo y contribuir con información del paciente.</p>
	Objetivo del estudio	Explorar la experiencia de las enfermeras de cuidados intensivos cuando participan en la retirada de los tratamientos de soporte vital.

Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo, descriptivo y exploratorio.
	Año de realización	2019
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista semiestructurada.
	Población y muestra	Nueve enfermeras de cuatro UCIs de adulto diferentes.

Resultados relevantes	<p>Del análisis de los datos obtenidos surgieron tres categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Experiencias de estrés de las enfermeras de la UCI en el proceso de retirada del tratamiento.</u> Todos los participantes describieron haber tenido una experiencia indeseable en el proceso de retirada del tratamiento. Los participantes describen como desacuerdos entre los miembros del equipo o con la familia podían alargar también la toma de decisiones sobre la retirada del tratamiento, produciendo un sobretratamiento del paciente. Por otro lado, el estudio describe que el proceso de extubación puede producir angustia en los profesionales debido a los síntomas que podía presentar el paciente, aunque relatan que la extubación proporciona una muerte más natural y digna. Los conflictos con los miembros de la familia fueron descritos por los participantes como particularmente difíciles a la hora de realizar la retirada del tratamiento de una manera digna, Del mismo modo, los participantes describieron la necesidad de no sobre implicarse, ya que esto les podría producir un estrés y angustia mayor cuando consolaban a la familia, también describen que el llevar a cabo tratamientos indignos conducían a los participantes a experimentar sentimientos de despersonalización. <u>Un requisito para el apoyo interdisciplinario y la cooperación.</u>
------------------------------	---

	<p>Los participantes consideran que la cooperación y el apoyo interdisciplinario es un aspecto importante para hacer frente a la retirada del tratamiento de soporte vital, siendo igualmente descrito como necesario realizar reuniones en las que se diera apoyo interdisciplinario y poder escuchados por sus compañeros después de situaciones difíciles.</p> <p>Por otro lado, también se describen situaciones desafiantes para los participantes como son aquellas en las que hay falta de comunicación y reuniones interdisciplinarias irregulares sobre el proceso de retirada del tratamiento, ya que no siempre se reconocen los puntos de vista de las enfermeras o se evalúan los casos de los pacientes de forma correcta, llevando a situaciones de difícil afrontamiento y preparación para la retirada de tratamiento.</p> <p>3. <u>Elementos para lograr un proceso digno de retiro del tratamiento.</u></p> <p>Los elementos que contribuyeron a garantizar un trato digno durante el proceso de retirada fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Un plan completo para el proceso de retirada</i>, tanto para el paciente como para la familia, pudiéndola preparar para llevar a cabo el proceso de retirada. - <i>Comunicación con la familia</i>, siendo esta tarea una de las más importantes que deben llevar a cabo los participantes. <p>Además, la preparación de la familia durante el proceso fue considerado como un requisito que muy importante para que esta aceptase la muerte de su familiar.</p> <p>Por otro lado, los participantes explicaron la importancia de hablar con la familia después de la muerte del paciente, siendo visto como beneficioso en términos de ayuda a la familia en su proceso de duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Administrar alivio y una muerte estética</i>, los participantes remarca que un proceso pacifico de muerte es aquella sin dolor, ni molestias, por lo que es importante gestionar la comodidad del paciente y aliviar su dolor, además de proporcionar una muerte lo más natural y estética posible - <i>Creando un ambiente pacífico</i>, en los últimos momentos de vida del paciente la atención se enfocó en la familia, proporcionándoles comodidad y apagando todos los monitores, evitando ruidos y facilitando el proceso de retiro de tratamiento.
<p>Discusión planteada</p>	<p>Los hallazgos de este estudio proporcionan ideas sobre las experiencias de estrés de la enfermera en el proceso de retirada del tratamiento, la necesidad de apoyo interdisciplinario y cooperación y los elementos que se combinan para lograr un trato digno de retirada del tratamiento.</p> <p>Los participantes de este estudio dijeron que en la mayoría de las ocasiones la retirada del tratamiento fue un proceso digno y pacífico, aunque en ocasiones se vieron afectados emocionalmente al llevar a cabo procesos en los que el paciente estaban sobretatados o en situaciones donde ocurrieron conflictos interdisciplinarios o dentro de la familia.</p> <p>Las emociones a las que se enfrentan las enfermeras se viven de manera más intensa cuando hay una conexión con el paciente y la familia después de haber cuidado de ellos durante un largo periodo de tiempo.</p> <p>Después de un proceso de retirada indigno, los participantes describieron haberse sentido impotente para actuar, haber perdido la voluntad, sentir estrés y pérdida del coraje para participar en situaciones de retirada del tratamiento.</p> <p>Por otro lado, las enfermeras de UCI experimentan unos mayores niveles de estrés emocional, sobre todo cuando hay falta de continuidad en el proceso de retirada del tratamiento, falta de competencias y falta de aporte emocional.</p> <p>El estudio actual sugiere que las participantes con poca experiencia laboral se ven más afectadas y tienen sentimientos de estrés en situaciones indignas de forma más fácil que las experimentadas, ya que estas pueden carecer de confianza para comunicar preocupaciones sobre el cuidado del paciente.</p> <p>Del mismo modo, las enfermeras con emociones persistentes de estrés debido a experiencias anteriores pueden alejarse de situaciones potencialmente estresantes y pasar menos tiempo con el paciente y su familia, brindando una peor atención al final de la vida.</p> <p>Asimismo, en el estudio actual, los roles de los participantes incluyeron organizar y planificar reuniones interdisciplinarias con todas las partes involucradas en el tratamiento del paciente para discutir un plan de retirada de tratamiento, aunque a veces, las enfermeras participantes sintieron que no fueron escuchadas ni informadas por los médicos del plan a seguir, haciendo énfasis en la mala comunicación entre las dos disciplinas.</p> <p>Por otra parte, las participantes del estudio consideraron la comodidad del paciente y la familia al final de la vida como una de sus tareas más importantes, preservando la dignidad e imagen del paciente ante la familia y ayudando a esta a crear un ambiente más cómodo e íntimo posible, quitando las alarmas y eliminando los aparatos técnicos, sin embargo, las enfermeras de la UCI pueden dudar sobre quitar el equipo de monitoreo ya que puede ayudar a la familia a estar más tranquila.</p> <p>Finalmente, las enfermeras encontraron que extubar y paliar los síntomas que se puedan producir proporcionaba al paciente una muerte más natural y digna que proporcionar ventilación no invasiva.</p>

Conclusiones del estudio	<p>Las enfermeras entrevistadas percibieron su papel como importante en la retirada del tratamiento vital, además de la necesidad de enfocarse en proporcionar un ambiente cómodo y digno a la familia.</p> <p>Las enfermeras a veces se sintieron solas y asiladas, sobre todo cuando participaban en la retirada de un tratamiento que se estaba alargando, o cuando las enfermeras no estaban de acuerdo con la decisión tomada o sentían que infligían molestias adicionales al paciente.</p> <p>En situaciones difíciles las enfermeras experimentaron estrés y pérdida de voluntad para participar en situaciones similares, considerando las reuniones interdisciplinarias como beneficioso a la hora de trabajar sus emociones, aunque estas reuniones en muchas ocasiones no se llevan a cabo.</p> <p>Finalmente, una buena planificación, comunicación, alivio del dolor y creación de un ambiente pacífico fueron elementos importantes para una retirada de tratamiento digna.</p>
---------------------------------	--

Cita bibliográfica (APA)	Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Ethical decision making in intensive care units: A burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. <i>Journal of Medical Ethics</i> , 40(2), 97-103. https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100619			
Base de datos de procedencia:	Pubmed			
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	8 /10	Grado de Recomendación* A
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>Los cuidados al final de la vida en las UCI se han relacionado con problemas éticos.</p> <p>Según Embriaco et al. el cuidado de un paciente con enfermedades agudas puede causar agotamiento y angustia emocional en los profesionales, ya que en muchas ocasiones las profesiones de UCI sienten tener la vida de otra persona en las manos, es por todo esto que el síndrome de burnout es común en las enfermeras de UCI.</p> <p>Por otro lado, una de las decisiones más importantes de los profesionales de UCI es la de retirar el tratamiento debido a su futilidad, creando un dilema ético en ellos debido a la responsabilidad con respecto a la supervivencia del paciente.</p> <p>Todos estos sentimientos de agotamiento, angustia emocional, burnout ... pueden producir problemas personales y profesionales a médicos y enfermeras, debido a que esto aumenta su vulnerabilidad, despersonalización... conduciendo al absentismo laboral y el deseo de cambiar el ambiente de trabajo.</p>		
	Objetivos del estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las decisiones éticas más importantes que deben tomar las enfermeras y médicos de UCI. - Identificar las diferencias entre médico y enfermera en la toma de decisiones éticas. - Correlacionar los niveles de agotamiento de los médicos y enfermeras con su necesidad de tomar decisiones éticas. 		
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo descriptivo.		
	Año de realización	2014		
	Técnica de recogida de datos***	Cuestionario estructurado.		
	Población y muestra	300 profesionales (médicos y enfermeras) de UCI de un hospital del norte de Portugal.		
Resultados relevantes	<p>Las decisiones éticas tomadas por médicos y enfermeras se identificaron una semana después de tener en cuenta su experiencia.</p> <p>Los problemas éticos más comunes tenían que ver con la mala comunicación entre profesionales y familia (58%), la decisión de retirar o no el tratamiento (36%), la necesidad de informar al paciente de su diagnóstico y pronóstico (27%), realizar una sedación terminal (27%).</p> <p>Tanto para médicos como para enfermeras, la mayoría de las decisiones éticas se refieren a la comunicación con la familia y la retención del tratamiento.</p> <p>Por otro lado, se encontró una relación positiva en las enfermeras, entre la toma de decisiones éticas y los niveles de agotamiento.</p>			
Discusión	La decisión ética más común realizada por médicos y enfermeras portuguesas fue la de dar información a			

planteada	<p>los familiares de los pacientes sobre la retirada del tratamiento, esto es común en UCI, ya que los pacientes se encuentran sedados y es la familia quien debe tomar las decisiones, jugando la comunicación un papel central en UCI. Es por ello por lo que los profesionales de la salud deben crear una relación de colaboración con la familia, produciéndose un intercambio de información dirigido a ayudar a la familia a sobrellevar la angustia.</p> <p>Otra de las decisiones éticas encontradas en el estudio fue la de retirar el tratamiento al paciente, esta decisión es mayormente tomada por el médico, sintiéndose la enfermera excluida en la toma de decisiones, por lo que los niveles de preocupación en esta decisión son más grandes en los médicos que en las enfermeras.</p> <p>La donación de órganos y los asuntos religiosos fueron las decisiones éticas menos frecuentes, ya que la mayoría de los profesionales no lo ven como una cuestión ética. Estas decisiones son reflejadas por varios estudios como esenciales para poder dar al paciente un cuidado holístico.</p> <p>Asimismo, no se encuentra ninguna asociación estadística entre el nivel educativo y de agotamiento, del mismo modo que no se encuentra asociación entre el burnout y la formación en postgrado.</p> <p>El personal de cuidados intensivos está expuesto repetidamente a situaciones exigentes y encuentros con la ética en el final de la vida de un paciente, siendo esta una de las situaciones más estresantes para el profesional.</p> <p>En este estudio se encontró relación entre la toma de decisiones éticas y el agotamiento en las enfermeras, así como en la retirada del tratamiento y la implantación de la sedación paliativa.</p> <p>Por otro lado, el estrés emocional es uno de los componentes principales que produce agotamiento en los profesionales, además las enfermeras pueden experimentar altas tasas de estrés emocional debido a la relación enfermera paciente, con la que crean fuertes lazos emocionales.</p> <p>Este estudio considera que el no involucrar a las enfermeras en el proceso de toma de decisiones también hace que el nivel de estrés emocional aumente en ellas.</p> <p>El proceso de muerte es común en UCI y normalmente viene precedido de la decisión de retirar el tratamiento, este momento es uno de los más estresantes para el profesional, creando fuertes conflictos éticos y aumentando el nivel de agotamiento en el profesional.</p> <p>Varios autores indican que este agotamiento y conflicto se puede reducir mediante una buena comunicación y dándole sentido a lo que se va a llevar a cabo.</p>
Conclusiones del estudio	<p>La frecuencia y el tipo de dilemas éticos que se producen en las enfermeras y los médicos del norte de Portugal son diferentes.</p> <p>Las decisiones éticas y el final de la vida son algunos de las experiencias más estresantes para los profesionales. Este estudio destaca la relación entre la toma de decisiones y el aumento del agotamiento en el profesional.</p> <p>En cuanto a las enfermeras, la decisión de retirar el tratamiento y proceder a la sedación paliativa se destaca en este estudio como una de las que más estrés moral y agotamiento producen en ellas.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N., & Vandyk, A. D. (2018). Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 77(December 2016), 15-26. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012		
Base de datos de procedencia:	Pubmed		
Lista de verificación CASPe	9/10	Nivel de evidencia	1+ Grado de recomendación B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>Los pacientes son ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) como resultado de una exacerbación grave de su patología, por lo que los pacientes requieren de tecnología de soporte vital.</p> <p>A parte de las muertes por causa natural, la mayoría de las muertes en este contexto ocurren después de una toma de decisiones de limitar el esfuerzo terapéutico (LET), la evidencia sugiere que más de un tercio de todos los pacientes que mueren en UCI lo hacen a causa de la LET, siendo esta decisión tomada por médicos, enfermeras y la familia.</p> <p>Como profesionales que llevan a cabo la retirada de del tratamiento, las enfermeras son situadas como cuidadoras primarias en situaciones que son altamente emocionales, tecnológicamente complejas y éticamente desafiantes.</p>	
	Objetivo del estudio	Sintetizar la evidencia cualitativa sobre las experiencias de enfermeras	

		de cuidados críticos que han cuidado a pacientes y familias durante todo el proceso de retirada del tratamiento de soporte vital.
Metodología:	<i>Tipo de estudio**</i>	Revisión sistemática
	<i>Año de realización</i>	2017
	<i>Técnica de recogida de datos***</i>	Revisión de la literatura cualitativa que aborda el tema a estudio.
	<i>Población y muestra</i>	Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos.
Resultados relevantes	<p>Se seleccionaron 13 artículos que hablaban sobre las experiencias de las enfermeras de UCI que atendían a los pacientes con LET, desarrollando de este modo cuatro hallazgos sintetizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Navegar por la complejidad y los conflictos.</u> En la mayoría de los estudios, los procesos de toma de decisiones y la operacionalización de la retirada del tratamiento estaba estrechamente vinculada con altos niveles de complejidad, creando conflictos y tensiones interpersonales y entre el equipo. La situación descrita como más compleja es el periodo de toma de decisiones, ya que, los factores de tiempo y la necesidad de consideración particular, incluía navegar por la complejidad de comorbilidades y el pronóstico del paciente. Del mismo modo, el conflicto entre médicos y enfermeras se producía por la diferencia de opiniones y perspectivas del proceso, además, algunos informes describen una falta de colaboración entre médicos y enfermeras durante la toma de decisiones. <u>Centrándose en el paciente.</u> Enfocarse en el paciente a través de las medidas de confort, proporcionándole alivio del dolor a través del manejo de síntomas, fueron uno de los hallazgos predominantes en los estudios. Por otro lado, la presencia de la familia al lado de la cama fue identificada como primordial, percibiendo como inhumano permitir que el paciente muriese solo. La comodidad del paciente y de la familia fue considerada como una de las cosas más importantes de este proceso por las enfermeras. <u>Trabajando con la familia.</u> Las familias comprendían una parte abrumadora de las narrativas de las enfermeras de UCI revisadas, ya que esas percibían que la familia era una parte integral del cuidado. El cuidado a la familia se llevó a cabo, compartiendo información, contextualizando los aspectos complejos y centrándose en su bienestar proporcionando un espacio definido para la presencia de la familia. Asimismo, el tiempo fue identificado como otro factor influyente para proporcionar confort a la familia, dándole tiempo para despedirse, etc. <u>Tratar las emociones relacionadas con la retirada del tratamiento.</u> Los resultados de los estudios revisados sugieren que las experiencias del cuidado de pacientes y familiares durante la retirada del tratamiento puede crear dilemas morales y angustia emocional, además, tras la muerte del paciente las enfermeras relatan que se sentían agotadas y en duelo. Se reconoció que los efectos emocionales eran menos cuando la enfermera conocía los deseos del paciente y la familia. Los dilemas morales surgieron cuando las enfermeras intentaron distanciarse para evitar implicarse emocionalmente, cuando estas no pudieron aliviar la angustia de la familia. Las sesiones informativas, se consideraron beneficiosas tras la muerte del paciente. 	
Discusión planteada	<p>Esta revisión describe que las enfermeras, tras la decisión de retirar el tratamiento, hacían todo lo posible para facilitar una muerte digna enfocándose en la comodidad del paciente y apoyando a las familias, a pesar de las complejidades y la angustia emocional. La operacionalización de la retirada del tratamiento se identificó como una tarea compleja que requiere una buena coordinación y comunicación entre enfermeras, médicos y familias para proporcionar una muerte digna al paciente. Por otro lado, los conflictos entre enfermeras y médicos se veían agravados cuando se prolongaba la retirada de tratamiento, ya que estos retrasos no son percibidos como beneficiosos para el paciente. En los estudios revisados, estos conflictos estaban relacionados también con la falta de comunicación clara y orientación durante el retiro del tratamiento. Durante la retirada de las medidas de soporte vital, las enfermeras en los estudios revisados se aseguraron de estar a los pies de la cama, evaluando la situación y proporcionando comodidad al paciente y su familia, proporcionando así alivio de los síntomas que se iban produciendo y una muerte digna. Otro ítem descrito como importante tras la revisión fue que las enfermeras conocieran al paciente, ya que eso les permitía ajustar su atención de acuerdo con lo que el paciente preferiría y brindaría atención personalizada con los deseos de este. Por otra parte, los sentimientos de dolor expresados por enfermeras estaban presentes en toda la literatura</p>	

	<p>revisada, asimismo, la intensidad de las respuestas emocionales se intensificaba en enfermeras recién tituladas, esta pena y angustia moral tuvieron un impacto prolongado en la materia de las enfermeras. Del mismo modo, la evidencia sugiere mecanismos como, la reunión informativa, como métodos que podrían ayudar a las enfermeras a afrontar estas situaciones y disminuir estos sentimientos.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Las experiencias de las enfermeras son complejas, multifacéticas y tienen similitudes en todo el mundo. Las enfermeras de UCI se enfrentan a muchos desafíos, esforzándose por hacer todo lo posible por pacientes y familia. Este estudio sugiere áreas de desarrollo de nuevos conocimientos mediante la identificación clara de las áreas que se han descrito en el estudio.</p>

Cita bibliografía (Según Vancouver APA)	Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtmán, S., & Gagnon, P. (2011). Caring for patients and families at end of life: the experiences of nurses during withdrawal of life-sustaining treatment. <i>Dynamics (Pembroke, Ont.)</i> , 22(4), 31-35.			
Base de datos de procedencia:	CINAHL			
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	7/10	Grado de Recomendación* B
Introducción:	Resumen de la introducción	A pesar de los avances médicos y tecnológicos, el 27% de las muertes en los hospitales de Canadá se produce en las UCI, muchos de los ingresos en esta unidad son pacientes con múltiples patologías cardíacas, pulmonares, sepsis, etc. Los avances tecnológicos han hecho posible mantener a estos pacientes con vida durante periodos prolongados, sin embargo, la mayoría de las muertes en UCI viene precedida por la toma de decisión de la familia y el equipo médico de retirar esta tecnología. Las enfermeras suelen ser el principal cuidador de los pacientes terminales y su familia, es por ello por lo que está directamente involucrada en la atención al final de vida y en la retirada del tratamiento. Además, las enfermeras en este ambiente altamente sofisticado y tecnológico deben promover medida de confort y bienestar tanto al paciente, como a la familia, sin embargo, la literatura que describe el papel que juega la enfermera de UCI respecto a los pacientes que mueren en ella es escasa.		
	Objetivo del estudio	Explorar la experiencia de enfermeras de cuidados críticos que atienden a pacientes durante el proceso de retirada del tratamiento de soporte vital.		
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo fenomenológico interpretativo		
	Año de realización	2011		
	Técnica de recogida de datos***	Entrevistas individuales.		
	Población y muestra	6 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Ontario.		
Resultados relevantes	<p>La esencia de esta experiencia fue tratar de hacer lo correcto, siendo capturados tres temas principales bajo esta premisa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Un viaje: crear comodidad en el camino.</u> Antes de la retirada se hizo un acompañamiento a la familia ayudándoles a aceptar la muerte de su familiar, durante la retirada las enfermeras se centraron en la comodidad del paciente y de la familia y al final del viaje se dio apoyo a todos los familiares. Cuidar al paciente y a la familia, construyendo relaciones, asegurándoles un sitio cómodo e íntimo, creando de este modo un escenario de tranquilidad en el que la familia tiene como apoyo a la enfermera <u>Trabajar en angustia profesional:</u> Aquí tratan el aspecto de la mala comunicación entre el equipo profesional y como las enfermeras tienen que navegar en dicho conflicto, por la falta de claridad y coherencia. Además, las enfermeras se convirtieron en un intermediario entre los médicos, el paciente y su familia. Por otro lado, la angustia profesional puede afectar a cualquier persona del equipo sanitario, debido a como hemos dicho la mala comunicación entre profesionales y conflictos relacionados con la atención al paciente. <u>Proporcionar recuerdos:</u> Las enfermeras intentan que los familiares tengan una experiencia lo más positiva posible, a pesar de las desafortunadas circunstancias, es por ello por lo que en estos momentos se debe de dar importancia a los pequeños detalles para de este modo, poder hacer más humano el proceso de muerte. 			
Discusión planteada	<p>Los resultados del estudio revelan que es muy importante trabajar con la familia en el proceso de retirada del tratamiento, siendo muy importante que la enfermera tenga una relación previa con la familia para proporcionar confianza y comodidad. Es por ello por lo que es necesario explorar estrategias para facilitar la asignación de enfermeras a pacientes y familias, para de este modo establecer una relación previa al proceso de muerte. Para los participantes del estudio, el conflicto resultó con los miembros del equipo, al no estar en la ‘misma página’ con respecto a los objetivos de la atención.</p>			

	<p>Por otro lado, se destaca la importancia de tener habilidades de comunicación, ya que estas son esenciales a la hora de transmitir la información al paciente, la familia y el equipo médico.</p> <p>También se resalta que la rotación de enfermeras y médicos hace que la familia vaya perdiendo poco a poco la confianza con el personal sanitario.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Las enfermeras describen el proceso de atención al paciente y la familia en el contexto de retirada de tratamiento, proporcionando apoyo a las familias, así como la satisfacción que sienten al acompañar y caminar con ellos en este viaje como complejo.</p> <p>Se requieren más investigaciones sobre como las enfermeras de cuidados críticos contribuyen a la experiencia al final de la vida de paciente y familiares.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., Cardenete-Reyes, C., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2018). Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. <i>Nursing Ethics</i> , 25(7), 867-879. https://doi.org/10.1177/0969733016679471				
Base de datos de procedencia:	Pubmed				
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	7 /10	Grado de Recomendación*	B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>El objetivo principal de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es restaurar la salud de pacientes críticos con posibilidades de recuperación, pero la visión curativa de este servicio se ha visto modificada debido a la necesidad de cambiar los criterios de admisión en la UCI.</p> <p>Pero estas situaciones no están exentas de dilemas éticos, ya que en muchas ocasiones se debe limitar el esfuerzo terapéutico (LET) a pacientes los cuales no se ven beneficiados por el tratamiento, teniendo las enfermeras un papel muy importante en este caso debido a que son las encargadas de proveer al paciente de comodidad y cuidados paliativos.</p> <p>Dentro de la LET se distinguen dos etapas: la toma de decisiones y la ejecución y aplicación de la LET, estados pueden generar ansiedad psicológica y conflictos emocionales en los profesionales de la salud.</p> <p>Resaltar que las enfermeras son las encargadas de implementar la LET, por ello necesitan una justificación moral, ya que la retirada del soporte vital significa la muerte del paciente.</p>			
	Objetivo del estudio	Describir la experiencia de las enfermeras de cuidados intensivos que practican la limitación del esfuerzo terapéutico.			
Metodología:	Tipo de estudio**	Estudio cualitativo y fenomenológico.			
	Año de realización	2018			
	Técnica de recogida de datos***	Muestreo en bola de nieve, recopilación de datos mediante entrevistas semiestructuradas y no estructuradas, nota de campo de investigador y cartas personales de los participantes.			
	Población y muestra	22 enfermeras de las UCI de servicio de Salud de Hospitales de Madrid.			
Resultados relevantes	<p>Se identificaron tres temas principales con respecto a las experiencias vividas por las enfermeras en la LET dentro de la UCI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Experimentar alivio.</u> Se refiere a la sensación de alivio y calma experimentada por las enfermeras tras la muerte del paciente con LET tras un tratamiento prolongado, este alivio y calma son debidos a que las enfermeras piensan que a veces, los pacientes sufren sin razón, es por ello por lo que las enfermeras critican el uso de tratamientos que no llevan a la cura del paciente. <u>Aceptar la decisión médica.</u> Las enfermeras informaron que la decisión es exclusiva del médico, junto a la familia del paciente. La falta de participación enfermera genera descontento entre los profesionales ya que son los que pasan más tiempo a pie de cama. Esta situación lleva a las enfermeras a ser las defensoras del paciente, mirando por su comodidad e intentando protegerlos del dolor. <u>Implementar la LET.</u> 				

	<p>Las enfermeras del estudio describen que cuando están retirando las medidas de soporte vital, no solo sienten que no aplican ningún tratamiento, sino que están cumpliendo una orden que acelera la muerte del paciente, pudiendo llevar a algunas enfermeras a sentirse responsables de su muerte.</p> <p>En algunas ocasiones, las enfermeras participantes se vieron incapaces de quitar el tratamiento y administrar una sedación paliativa.</p>
Discusión planteada	<p>Las enfermeras en la LET pueden experimentar conflictos éticos relacionados con el rol del cuidador, estos conflictos provienen del hecho de aplicar la orden de retirar el soporte vital y en ocasiones no aplicar medidas que mantengan el confort del paciente, como la analgesia, cambios posturales y nutrición.</p> <p>Este estudio revela que las enfermeras se sienten ejecutoras y defensoras del paciente, siendo responsabilidad suya proteger y defender al paciente garantizándole una muerte digna y comodidad.</p> <p>Por otro lado, una forma de disminuir esta sensación de verdugo y defensor por parte de la enfermera sería una mayor colaboración interprofesional durante todo el proceso, lo que disminuye las complicaciones y mejora la confianza, una enfermera relata que una mejor colaboración debe basarse en el respeto mutuo y una toma de decisiones compartida.</p> <p>Del mismo modo, la sensación de alivio descrita en este estudio por las enfermeras al retirar el tratamiento se debe a los sentimientos de frustración, impotencia o angustia moral que sufren las enfermeras ante tratamientos de soporte vital proporcionados en ausencia de motivos clínicos justificados.</p> <p>Asimismo, hallazgos del estudio resaltan la falta de participación de la enfermera en la toma de decisiones sobre la LET, debido al papel dominante del médico, en contraste, las enfermeras se benefician al tener una relación más cercana con el paciente y la familia, lo que las ayuda a detectar cuando un tratamiento está siendo fútil, del mismo modo, Randall y Vicent describen que la política de decisiones compartida beneficiaría el ambiente de trabajo y disminuye la carga de este, ayudando a evitar conflictos entre los profesionales, disminuyendo el descontento de las enfermeras, las cuales se sienten excluidas de este proceso, aunque esta visión es muy diferente en las enfermeras con mayor experiencia, ya que su opinión es considerada por el médico a la hora de tomar una decisión sobre la LET.</p> <p>Finalmente, la ley española, establece que el diagnóstico, tratamiento y la información de todo el proceso de enfermedad es responsabilidad del médico, los resultados del estudio, junto con otras recomendaciones internacionales como el estudio WELPICUS, refuerzan la necesidad de los equipos multidisciplinarios en la relación entre médico y enfermera, la cual juega un papel importante en la toma de decisiones final.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Los resultados obtenidos sirven para desarrollar protocolos sobre la toma de decisiones LET, la inclusión de la enfermera, y la aplicación de programas de apoyo y seguimiento a las enfermeras que realizan LET, además describe la necesidad de realizar estudios en los que se explique cómo afecta la aplicación de la LET a las enfermeras.</p> <p>Se necesitan protocolos y directrices para ayudar a las enfermeras a comprender y desarrollar su rol en la prestación de atención al final de la vida después del retiro del tratamiento.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Wiegand, D. L. (2016). Family experiences during the dying process after withdrawal of life-sustaining therapy. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i> , 35(3), 160-166. https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000174			
Base de datos de procedencia:	Pubmed			
Lista de verificación:	CASPe	Nivel de evidencia	9/10	Grado de Recomendación* A
Introducción:	<i>Resumen de la introducción</i>	<p>La mayoría de las muertes producidas en una unidad de cuidados intensivos (UCI) son precedidas por la toma de decisión de limitar el esfuerzo terapéutico (LET), esta decisión suele ser tomada por el médico y la familia, la cual suele presentar mayor riesgo de sufrir secuelas psicológicas.</p> <p>Muchos estudios describen el importante papel que juega la enfermera en los cuidados al final de la vida, incluyendo el apoyo y sirviendo de</p>		

		defensoras del paciente y de la familia, aunque la mayoría de las enfermeras sienten que no están preparadas para dar estos cuidados.
	Objetivo del estudio	Entender la experiencia de las familias cuando un miembro de la familia tubo una enfermedad inesperada o una lesión que amenazo su vida y termino muriendo tras la retirada del tratamiento de soporte vital.
Metodología:	Tipo de estudio**	Cualitativo fenomenológico
	Año de realización	2016
	Técnica de recogida de datos***	Entrevista estructurada.
	Población y muestra	22 familias de pacientes que habían muerto en la UCI tras la decisión de retirar el tratamiento.
Resultados relevantes	<p>Los resultados obtenidos en el estudio se organizaron en 6 categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Preparación para el proceso de morir.</u> Las familias en muchas ocasiones empezaron a prepararse antes del proceso de LET, esta preparación en muchas ocasiones era incitada por la enfermera e implicaba hablar con el cura, preparar el velatorio, etc. Las visitas fueron ampliadas a todos los familiares y seres queridos, de forma que estos se pudieran despedir de su ser querido. <u>Entorno donde muere.</u> Los familiares pensaron que fue positivo prepararlos para el proceso de morir, esto incluía que las enfermeras se aseguraran de que el paciente estuviera cómodo y que las barreras de la cama estuvieran bajadas, así como quitar toda la monitorización que no hiciera falta, creando un ambiente íntimo. Por otro lado, los pacientes también describieron aspectos negativos, como el poco espacio que había para que todos ellos pudieran estar presentes durante el proceso. <u>Percepciones de la familia sobre el confort del paciente.</u> Los pacientes de la investigación no pudieron comunicarse con sus familiares, pero estos desearon que estuvieran cómodos durante el proceso, es por ello por lo que se administró medicación para el dolor antes de la retirada del tratamiento y durante el proceso de muerte para proporcionar confort <u>Espera de la muerte.</u> Esta situación fue descrita por los familiares como muy mala. No todos los miembros de la familia pueden quedarse durante el proceso de muerte. <u>Aspectos esenciales de la atención.</u> Es esencial que haya una enfermera constantemente con la familia sobre todo en el momento de la muerte. Una familia describió lo importante que fue para ella que una enfermera se quitase un día libre para poder acompañarlos en el proceso de retirada del tratamiento, además, una familia describe como pequeños detalles que la enfermera tenía con el paciente significaron mucho para ellos. <u>Juntos como familia.</u> A las familias les pareció importante que no hubiera restricciones en las visitas, ya que, de esta forma, los familiares podían visitarlos en cualquier momento y ellos podrían estar junto al paciente las 24h, proporcionándole tiempo para despedirse. 	
Discusión planteada	<p>Las enfermeras de cuidados críticos son esenciales para la atención y el apoyo a las familias de pacientes que mueren después de retirar el tratamiento, estas a su vez trabajan con otros profesionales facilitando el proceso de muerte a las familias y controlando los posibles síntomas para que este proceso sea confortable para el paciente y su familia.</p> <p>Todo este proceso necesita que la enfermera proporcione un cuidado continuo a las familias y al paciente, creando un vínculo y una conexión entre ellos.</p> <p>Por otro lado, estudios revisados describen que hay pacientes que mueren con dolor, siendo el control de este uno de los aspectos a tratar por las enfermeras mediante la administración de analgesia.</p> <p>En este estudio, los miembros de la familia entrevistados declaraban estar preparados para la retirada del tratamiento, pero no estaban preparados para el proceso de muerte, es por ello por lo que antes de la retirada la familia debe estar preparada en ambos sentidos, para ello se les ofrece la opción de quedarse durante el proceso o la posibilidad de irse, además de dar información sobre los posibles síntomas que puedan aparecer.</p> <p>Del mismo modo, es importante que las enfermeras proporcionen un lugar tranquilo e íntimo durante</p>	

	<p>todo el proceso, disminuyendo la tecnología, atenuando las luces, poniendo suficientes sillas para que la familia esté cómoda...</p> <p>En este estudio también se habla de la importancia para la familia de estar todos juntos y que los horarios sean flexibles para las visitas, así como los pequeños detalles proporcionados por las enfermeras como llamar al paciente por su nombre.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Hay oportunidades para poder mejorar la atención de las familias durante el proceso de muerte, estas a su vez deben de estar preparadas para la retirada del tratamiento y para el proceso de muerte.</p> <p>Las familias necesitan ser guiadas y apoyadas durante el proceso de muerte, este cuidado debe ser proporcionado por las enfermeras, así como el crear un ambiente confortable e íntimo para las familias y el paciente.</p>

Cita bibliográfica (Según Vancouver APA)	Yañez-dabdoub, M., & Vargas-Celis, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidado intensivos: Desafíos para enfermería. <i>Persona y Bioética</i> , 22(1), 56-75. https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5		
Base de datos de procedencia:	Science direct		
Lista de verificación CASPe	8/10	Nivel de evidencia	1+ Grado de Recomendación B
Introducción:	Resumen de la introducción	<p>Los cuidados de enfermería se fundamentan en una visión humanizada del cuidado.</p> <p>En la UCI se usa tecnología muy avanzada y tratamientos agresivos con el fin de restablecer la salud de la persona, pero en algunas ocasiones esto no es posible, lo que puede llevar a prolongar la vida y el sufrimiento de la persona, es en estos casos donde aparece la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).</p> <p>Actualmente las decisiones LET más frecuentes son la de no reanimar y no iniciar medidas, ocurriendo en este momento un encuentro entre la medicina intensiva y paliativa, es aquí donde la enfermera tiene una labor importante de cuidado hacia el paciente, proporcionándole un cuidado integral.</p> <p>Sin embargo, en muchas ocasiones estos cuidados se han visto desplazados a unos más tecnificados por la demanda y carga de funciones de los enfermeros.</p>	
	Objetivo del estudio	Describir los factores que pueden llevar a enfermería a deshumanizar sus cuidados en pacientes en LET en UCI	
Metodología:	Tipo de estudio**	Revisión bibliográfica	
	Año de realización	2018	
	Técnica de recogida de datos***	Búsqueda de literatura relacionada con el tema a tratar en diferentes bases de datos de ciencias de la salud.	
	Población y muestra	Enfermeras de UCI	
Resultados relevantes	<p>De los 23 artículos seleccionados se obtuvieron diversos factores que podrían llevar a cabo los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados de un paciente con LET en UCI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Participación de enfermería en la toma de decisiones sobre LET en la UCI.</u> <p>Debido a la situación del paciente en UCI, la decisión de LET es tomada por la familia y el equipo sanitario.</p> <p>Uno de los factores señalados por la literatura que afectaría en los cuidados del paciente con LET es la escasa participación de las enfermeras en el momento de decidir. Al no participar en la decisión, no tienen la opción de compartir sus inquietudes en cuanto al proceso y se sienten como ejecutores. Cabe destacar que la experiencia del profesional de enfermería en UCI incide en su participación en la toma de decisión sobre la LET.</p> <p>Del mismo modo, la literatura describe que la escasa participación de enfermería en la toma de decisiones sobre la LET llevaría a conflictos entre los integrantes del equipo.</p> <p>Todo esto puede afectar a la humanización y personalización del cuidado, además, la baja participación de enfermería se describe como un factor de riesgo ante el agotamiento, lo que puede dar lugar a estrategias de protección como el distanciamiento con el paciente.</p>		

	<p>2. <u>Reconocimiento de la importancia de la participación de la enfermería en la toma de decisión sobre LET.</u> Bueno Muñoz, describe que en muchas ocasiones son los profesionales de enfermería los que no quieren involucrarse en el proceso de toma de decisiones, ya que piensan que esta decisión pertenece al médico, no a la enfermera, lo que muestra que muchos enfermeros no son conscientes de la importancia de su visión humanizadora y ética del cuidar en el proceso de toma de decisiones sobre LET. Por otro lado, reconocer la importancia de participar en la toma de decisiones permite a la enfermera tener diálogos con el resto del equipo y defender los intereses del paciente.</p> <p>3. <u>Formación ética para afrontar los dilemas al final de la vida en UCI.</u> La toma de decisión LET es difícil y puede generar problemas éticos en los profesionales, es por esto por lo que en situaciones difíciles se recurre a expertos en bioética para que ayuden u orienten en las decisiones. En la literatura revisada, los profesionales de enfermería se perciben con escasas habilidades y poco preparados para afrontar problemas éticos al final de la vida, debido a la falta de preparación y conocimientos en esta área, es por ello por lo que poseer una formación en estos aspectos es fundamental para otorgar un cuidado humanizado.</p> <p>4. <u>Estrés emocional en enfermeros de UCI al cuidar pacientes con LET.</u> Diversos estudios destacan el alto nivel de estrés psicológico al que se ven sometidos los profesionales de enfermería cuando están al cuidado de un paciente en LET en una UCI y en contacto con los familiares, pues este cuidado les produce dolor, es agotador y traumático. Otro aspecto descrito por la literatura que contribuye al estrés emocional es la escasez de redes de apoyo a nivel institucional para los profesionales de enfermería que cuidan de pacientes en LET, es por ello, que los profesionales de enfermería desarrollan estrategias de protección como el distanciamiento con el paciente, la supresión de las emociones y la aceptación de la situación.</p> <p>5. <u>Factores relacionados con el entorno laboral.</u> En un estudio descriptivo realizado en España, las enfermeras señalaron que no hay una habitación asignada para que se pueda llevar a cabo en ella el proceso de muerte, señalando que esto como un escenario difícil para lograr una muerte digna. Además de esto, la falta de espacios donde poder hablar con la familia de forma íntima, esto confirma que las UCI de hoy en día no se adaptan a la realidad social y sanitaria. Por otro lado, el sistema rotativo de profesionales dificulta el cuidado humanizado y la creación de relaciones de confianza entre la enfermera y la familia.</p> <p>6. <u>Concepción biomédica actual del cuidado.</u> Actualmente, existe una falta de atención centrada en la persona, dejando a un lado los cuidados humanizados. Del mismo modo, los profesionales de enfermería son entrenados para llevar a cabo protocolos, tecnificar sus habilidades y formar sus destrezas para adelantarse a los hechos, en lugar de brindar cuidados paliativos. En una revisión literaria realizada por Holman, destaca que un buen cuidado del paciente con LET requiere enfermeras que extiendan su práctica más allá de las tareas escénica y que participen en una gestión del cuidado auténtica y humana.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>La literatura revisada coincide en la importancia de la labor de enfermería, de no abandonar su rol de cuidado en pacientes LET, preservando su dignidad, con un enfoque en el paciente como persona integral. A partir de los resultados obtenidos en el estudio, los obstáculos descritos proporcionan la deshumanización del cuidado de enfermería en los pacientes con LET en UCI. Jean Watson, destaca que el cuidado debe abarcar una dimensión humana, aunque las enfermeras realizan procedimientos muy mecánicos, siempre se presentan nuevos desafíos que deben ser enfrentados con una atención de calidad y humana a los pacientes con LET en la UCI, velando por su acompañamiento emocional y espiritual del paciente y sus seres queridos. Por otro lado, en estos artículos se habla sobre la falta de inclusión de la enfermera en la toma de decisiones sobre LET, ya sea porque el equipo médico no tiene en cuenta sus opiniones o porque los mismos profesionales de enfermería no reconocen la importancia de su papel. Esto hace que las enfermeras tengan una actitud de distanciamiento, de escasa implicación en el proceso y de poco empoderamiento de su rol como gestor del cuidado humanizado e integral del paciente. Sin embargo, distintos estudios destacan la importancia de la participación de la enfermera en la toma de decisiones, ya que es la voz del paciente y puede representar mejor sus intereses, además de ser una oportunidad de incorporar el enfoque de cuidado integral y humanizado necesario para una atención al final de la vida de calidad. Del mismo modo, a la enfermera al proporcionar los cuidados al final de la vida, debe centrarse también</p>

	<p>en dar alivio y confort al paciente, además de proporcionar apoyo espiritual y emocional a los paciente y la familia, aunque esto puede conducir a estrés moral y al desarrollo de conductas negativas hacia los pacientes o sus familias por parte de las enfermeras debido a las pocas herramientas que tienen para hacer frente a este tipo de cuidados.</p> <p>La muerte es un desafío es por ello por lo que, una vez aplicada la LET, enfermería debe cambiar el enfoque del cuidado favoreciendo la creación de un ambiente físico, psicológico y espiritual adecuado para que los cuidados den respuesta a las necesidades de final de vida, además de generar un ambiente adecuado para promover el encuentro del paciente con los familiares, velando por el respeto y la dignidad en el momento de su fallecimiento.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Las enfermeras realizan diferentes roles en función del estado del paciente, sin embargo, en el cuidado humanizado se destaca el rol de defensor, por su cercanía con el paciente, el servir de nexo entre la familia y el equipo médico y el ser agente de comunicación.</p> <p>Para que esto se lleve a cabo de una forma correcta, se debería profundizar en los contenidos relacionados con el paradigma humanista, aspectos bioéticos asociados a la práctica clínica y la visión de la persona desde una perspectiva multidimensional, que incluya el proceso de muerte como parte de su ciclo vital en los planes de estudio.</p>