



**Universitat de les  
Illes Balears**

# Título: CONFLICTOS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

NOMBRE AUTOR: Ana Muro Sánchez

DNI AUTOR: 46953886 F

NOMBRE TUTOR: Rosa María Alberdi Castell

## **Memoria del Trabajo de Final de Grado**

Estudios de Grado de Enfermería

*Palabras clave: Limitación del esfuerzo terapéutico, Ética, Cuidado terminal, Cuidado de enfermería, Toma de decisiones*

de la

UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES

Curso Académico 2014-1015

*Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:*

## RESUMEN

**Introducción:** El gran desarrollo científico-técnico de la medicina en los últimos 50 años ha permitido alargar el final de la vida. Este desarrollo técnico ha dado lugar a que en ocasiones se le apliquen a los pacientes procedimientos desproporcionados e innecesarios con los que tan solo se consigue alargar el proceso de muerte o que el paciente sobreviva con grandes secuelas. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es de suma importancia ya que, actualmente el 60% de los fallecimientos que se producen en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) plantean conflictos de decisiones de este tipo. **Objetivos:** Conocer cuáles son los conflictos éticos en relación a la LET, el marco ético que tiene la profesión médica y enfermera, averiguar que dice la literatura en relación a la toma de decisiones, y conocer el papel que deben asumir las enfermeras en relación a la LET. **Estrategia de búsqueda y resultados:** Se ha realizado un análisis de 20 documentos de los últimos 10 años, localizados a través de descriptores en bases de datos y búsqueda manual. **Conclusiones:** Los profesionales necesitan más formación en relación a la toma de decisiones en la LET y en estrategias comunicativas. La enfermería debe de participar de forma activa en el proceso de toma de decisiones, no obstante su rol no está bien definido. Por todo esto, es necesario la elaboración de protocolos que sirvan de apoyo a los profesionales.

## PALABRAS CLAVE:

Limitación del esfuerzo terapéutico, Ética, Cuidado terminal, Cuidado de enfermería, Toma de decisiones.

## INTRODUCCIÓN

El gran desarrollo científico-técnico de la medicina en los últimos 50 años ha permitido alargar el final de la vida. Las técnicas de soporte vital condujeron a un cambio en el proceso de morir. No obstante, la tecnología no es inocua, y puede producir daños que superen al beneficio. Este desarrollo técnico ha dado lugar a que en ocasiones se le apliquen a los pacientes procedimientos desproporcionados e innecesarios con los que tan solo se consigue alargar el proceso de muerte. Todo ello conduce a la agonía del

enfermo y provoca gran sufrimiento en sus familiares. A partir de esto, surge un debate de si <<todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente aceptable?>>.

La LET es de suma importancia ya que, actualmente el 60% de los fallecimientos que se producen en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) plantean conflictos de decisiones de este tipo<sup>1,2</sup>.

Muchos de los casos más representativos de la bioética estadounidense implican este tipo de decisiones<sup>3</sup>.

Los principios bioéticos son una valiosa herramienta que debidamente aplicados, sirven para humanizar el adelanto científico-tecnológico. Estos principios son: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia<sup>2</sup>.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>4</sup>, es de suma importancia ya que es la base que regula la importancia que tienen los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de autonomía, información y documentación clínica. Según esta ley, *“el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”*.

Según el Código deontológico del CIE<sup>5</sup> para la profesión enfermera, la enfermera *“al dispensar los cuidados promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales...”*, *“se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados”* y *“se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas”*.

El Código de Ética de las enfermeras y enfermeros Catalanes<sup>6</sup> es más reciente que el Código Deontológico del CIE, además, refleja también los valores que deben poseer las enfermeras, y fundamenta la toma de decisiones especialmente cuando surgen conflictos de tipo ético. *“La enfermera es responsable de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida o con la familia y / o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y / o limitación del esfuerzo terapéutico, el*

*rechazo al tratamiento y la sedación*”. Además de velar por la autonomía y la dignidad de la persona.

En España, una Comunidad Autónoma que se ha preocupado por este tema es Andalucía, que mediante la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte en Andalucía<sup>7</sup>, regula de forma detallada la LET y ha supuesto cambios muy significativos en la práctica en esta comunidad. Esta ley sirve de apoyo a la hora de la toma de decisiones en aquellos casos que se presenten conflictos éticos, sirve de base para la normalización de la práctica de la LET.

La LET es un término acuñado en nuestro entorno. Así, algunos autores sostienen que sería más adecuado hablar de “ajuste” u otros términos que no puedan crear consideraciones negativas. Esto se debe a que la expresión limitación no equivale a “dejar de hacer”, sino un cambio de perspectiva, un cambio de actitud que comprende añadir o modificar medidas de acuerdo con los fines terapéuticos del momento. En Estados Unidos, donde surgió la bioética y en el ámbito anglosajón, se utiliza la expresión “no iniciar o retirar un tratamiento” (withhold o withdrawn)<sup>8</sup>.

La LET se define como *“la decisión inmediata sobre la no implementación o la retirada de medidas terapéuticas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente”*. Pero, como hemos comentado antes, el hecho de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice. Cuando se retiran las medidas de soporte vital, continúa la obligación de cuidar y acompañar al paciente en el proceso de muerte. Son los cuidados paliativos los que pasan a una primera línea asistencial, estos se centran en la sedación, analgesia y apoyo psicológico, junto con el acompañamiento de la familia<sup>2,9</sup>.

Hoy en día la LET es muy frecuente en el ámbito de cuidados intensivos. Es considerada buena práctica clínica y éticamente aceptada, y se encuentra avalada desde diferentes sociedades científicas como estándar de calidad<sup>2,8</sup>.

Mediante el uso de la LET se evita la llamada obstinación terapéutica. Se trata de una *“situación en la que una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital y otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente*

*prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación”<sup>9</sup>.*

Según el Dr. Callahan<sup>9</sup>, la LET es: *“Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento, es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte...”*.

También es de suma importancia entender el papel de las enfermeras, ya que de ellas se espera que participen en la LET de forma activa aportando su visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar<sup>10</sup>.

Lo comentado anteriormente, refleja la importancia que tiene la LET hoy en día ya que se da cada vez con más frecuencia debido al avance científico-técnico. Se trata de un tema de mucha actualidad y que parece que crea grandes conflictos éticos entre los profesionales sanitarios.

A partir de todas estas ideas, planteo un trabajo de fin de grado que tiene como objetivo general averiguar que dice la literatura en relación a los conflictos éticos que se dan en la LET. Voy a contestar esta pregunta haciéndome tres objetivos específicos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

-¿Cuáles son los conflictos éticos en relación a la limitación del esfuerzo terapéutico?

### **Objetivos específicos:**

-¿Qué marco ético tiene la profesión médica y la profesión enfermera en relación a la LET?

-¿Qué dice la literatura en relación a la toma de decisiones de médicos y enfermeras respecto a la LET?

-¿Qué papel deben asumir las enfermeras en relación a la LET?

## ESTRATÉGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar se han aclarado los descriptores para realizar la búsqueda bibliográfica con la aplicación DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud) de la Biblioteca Virtual en Salud y del MeSH (Medical Subjects Headings) de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos.

Palabras clave	Descriptor castellano	Descriptor inglés
Limitación del esfuerzo terapéutico	Privación de tratamiento	Withholding treatment
Ética	Clínica ética	Clinical ethics
Cuidado terminal	Cuidado terminal	Terminal care
Cuidado de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care
Toma de decisiones	Toma de decisiones	Making decisión

Se ha realizado un análisis de 20 documentos de los últimos 10 años, localizados a través de descriptores en bases de datos y búsqueda manual.

Los criterios de inclusión han sido que las palabras clave estuvieran contenidas dentro de los títulos, el buen impacto de los resúmenes, la posibilidad de acceder al texto completo y que estuvieran escritos en inglés o castellano.

### RESULTADOS:

Una vez obtenidos los descriptores en ciencias de la salud (DeCS), se procedió a la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos.

De la primera búsqueda manual con las palabras clave “ética” y “limitación del esfuerzo terapéutico” se obtienen 529 resultados. De los cuales, una vez leídos los resúmenes que me han parecido más interesantes, queda reducida a 3 artículos.

De la segunda búsqueda manual con las palabras clave “limitación del esfuerzo terapéutico” y “enfermería” se obtienen 352 resultados. De los cuales, una vez leídos los resúmenes que me han parecido más interesantes, queda reducida a 6.

En la base de datos Pubmed, se realiza una búsqueda a través de los descriptores Mesh “withholding treatment” y “nursing care” relacionados con el operador booleano AND,

y se obtienen 34 resultados, resultando 1 artículo de interés. Haciendo otra búsqueda con los descriptores “withholding treatment” y “clinical ethics”, con el operador AND, se obtienen 94 resultados, de los cuales 3 son artículos de interés.

En la base de datos Scielo se cruzó el descriptor “privación del tratamiento” y “atención de enfermería” y se encontró 1 artículo de interés.

En la Revista Clínica Española se encontró 1 artículo de interés.

También he incorporado como estrategia de búsqueda, bibliografía de bibliografía.

## DISCUSIÓN

### 1. ¿Qué marco ético tiene la profesión médica y la profesión enfermera en relación a la LET?

A continuación voy a pasar al análisis de la documentación para así, responder a la primera pregunta. Al no existir ningún artículo que haga una comparación en este momento, me remito a los códigos deontológicos médicos y enfermeros españoles e internacionales.

El Código de Ética y Deontología Médica Español<sup>11</sup> se creó en el 1978 y tiene como base la Constitución de 1976, que establece la necesidad y el reconocimiento de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados. Este código fue actualizado en 1990, 1999 y 2011. Su uso sirve para confirmar la responsabilidad que tiene la profesión médica con la sociedad, incorporando el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidad de los médicos y los pacientes. El artículo que me ha parecido más interesante en este código, en relación al tema de mi trabajo, es el artículo 36, donde se regula la atención médica al final de la vida. El citado artículo sostiene que *“el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”*. También refleja claramente que *“el médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones,*

*tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”.*

En cuanto al Código Deontológico Enfermero Español<sup>12</sup>, fue aprobado el 14 de junio de 1989. El establecimiento de un Código Deontológico sirve de marco para el ejercicio profesional. Son tres los artículos que tienen relación con este trabajo y que son aplicables a la práctica de la LET. Para empezar, el artículo 18 dice *“ante un enfermo terminal, la enfermera consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”.* El artículo 54 expone que *“la enfermera debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona”.* Y para terminar, el artículo 55 menciona que *“la enfermera 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 tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria”.*

El Código Internacional de Ética Médica<sup>13</sup> surgió de la tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, realizada en Londres en el año 1949. En este código se recogen los deberes de los médicos en general, de los médicos hacia sus enfermos y de los médicos entre sí. El código dice que *“el médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar su servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana”, “debe respetar los derechos del paciente, de sus colegas y de otros profesionales de la salud, así como salvaguardar las confidencias de los pacientes”, “debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquél”* y para terminar, *“debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”.*

En cuanto al Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)<sup>5</sup>, fue adoptado por primera vez en 1953 y ha sido revisado en varias ocasiones, la última en el año 2005. El código tiene cuatro elementos principales y sirve de apoyo a la conducta ética de la profesión. Son dos los puntos más importantes que he encontrado en relación a la LET. El código dice que la enfermera *“al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad”,* y *“se cerciorará de*

*que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados”. Además, dice que “al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas”.*

## **2. ¿Qué dice la literatura en relación a la toma de decisiones de médicos y enfermeras respecto a la LET?**

Hasta aquí hemos hablado del marco ético que tiene la profesión médica y la profesión de enfermería en relación a la LET. Ahora vamos a contestar al segundo objetivo del trabajo, que trata de analizar que dice la literatura en relación a la toma de decisiones de médicos y enfermeras respecto a la LET.

LA LET se aplica tanto a la retirada como a la no instauración de medidas o procedimientos terapéuticos. Desde el punto de vista ético y jurídico no existen diferencias entre ellas. En cambio, desde el punto de vista emocional, los profesionales suelen tener más dificultades con la retirada de medidas que con la no instauración<sup>14</sup>.

Existen numerosas las barreras que dificultan el cuidado del enfermo al final de la vida. La sociedad niega u oculta la muerte, además de que es difícil predecirla con exactitud y con frecuencia el tratamiento del paciente crítico se lleva a cabo a través de diferentes especialistas. Otras dificultades identificadas por los profesionales sanitarios incluyen las expectativas poco realistas del paciente, de sus familiares e incluso de los médicos, sobre el pronóstico o la efectividad del tratamiento intensivo. Además de la falta de formación que reciben los profesionales en medicina paliativa. Según Nelson J, la identificación de estos obstáculos es el primer paso para mejorar la calidad al final de la vida del paciente<sup>15</sup>.

La muerte es el fin de la vida y forma parte de ella, sin embargo, adoptar decisiones en estas situaciones indiscutiblemente plantea problemas clínicos y éticos.

Los principios bioéticos necesitan ser adecuadamente aplicados, para poder humanizar el adelanto científico-tecnológico. La solución a estos dilemas éticos que surgen no está en la bioética, ésta es tan solo una herramienta para tratar estos temas.

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética tiene que servir para dar un valor metodológico en la toma de decisiones. Estos principios son:

1- No Maleficencia: consiste en no hacer daño. “Primum non nocere”. Se vulnera este principio cuando a un paciente se le aplicado un tratamiento que no está indicado y que le causa daños. En UCI es frecuente que las intervenciones alarguen el proceso de la muerte, por ejemplo la reanimación cardiopulmonar a un paciente terminal, en este caso la intervención lo único que logra es prolongar la situación.

2- Beneficencia: el objetivo principal es el bien del paciente. En la tradición médica del Juramento Hipocrático supone hacer siempre todo aquello que es posible. Esto puede vulnerar los principios de autonomía y de justicia.

3- Autonomía: es el principio que sustenta el derecho del paciente respeto a la atención a su salud. Hay que respetar las decisiones del paciente, ya que la autoridad final recae sobre él. Para garantizar el respeto a la autonomía se utiliza el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas.

4- Justicia: debe entenderse como equidad, es decir, uso racional de los recursos. Esto no significa una distribución igualitaria, sino distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades de cada uno. Este principio es importante, ya que los recursos son finitos, por lo que hay que hacer un uso adecuado<sup>16</sup>.

Para hablar sobre LET hay que definir uno de los conceptos fundamentales, la enfermedad terminal. La enfermedad terminal tiene cinco características:

- 1- *“Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.*
- 2- *Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.*
- 3- *Presencia de varios problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.*
- 4- *Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.*
- 5- *Pronóstico de vida inferior a seis meses”<sup>17</sup>.*

En la práctica clínica existen varios factores que dificultan la toma de decisiones por parte del profesional sanitario, estos son la dificultad de establecer un pronóstico certero, una formación médica excesivamente tecnificada, tendencia a desarrollar

medicina defensiva por parte del médico por miedo a procesos judiciales, falta de tiempo y formación en estrategias para la toma de decisiones. Por parte del usuario, las dificultades se centran en la aceptación del proceso de morir, la falta de información y la presión para el uso de tecnología diagnóstica y terapéutica. A todo esto se le suma que la decisión de LET no es sólo una cuestión técnica, sino que también tiene carácter ético.

Sanz Rubiales y colaboradores analizan cuatro actitudes de los profesionales de la salud frente al paciente cercano a la muerte, estas son: abandono, lucha, finalización y acompañamiento. Estas actitudes vienen condicionadas por los prejuicios que los profesionales sanitarios tienen con respecto a la muerte, por el desconocimiento del código deontológico y legal y por el olvido de cuál es nuestra responsabilidad cuando no se puede curar al paciente<sup>18</sup>. Por lo tanto, es de suma importancia que ante un paciente terminal, los profesionales no olviden su objetivo principal que es proteger la calidad de vida del paciente y preservar su dignidad. Hay que humanizar los cuidados en este tipo de paciente para así, proporcionar una muerte sin sufrimientos, íntima y en compañía. No se debe ni adelantar, ni alargar el proceso de muerte con procedimientos agresivos y desproporcionados. Así, “se ayuda al enfermo y a su familia a disminuir la pesadilla de la muerte, a comprender su significado y a convertirla en un hecho trascendente para la vida, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas o testamentos vitales del enfermo”<sup>2</sup>.

Gardaz et al<sup>19</sup>., en cambio, divide el proceso de acompañamiento al final de la vida en dos fases principales: la decisión y la implantación. La primera fase empieza con la evaluación de la situación por parte de los profesionales, se busca determinar los deseos del paciente. Esta fase se realiza en conjunto con el representante legal, los familiares y el equipo profesional. Después de la toma de decisiones, el médico se reúne con la familia y le entrega la información sobre la situación actual y el plan de actuación, todo esto debe quedar documentado en la historia clínica del paciente.

Randall y Vincent<sup>19</sup> resaltan la importancia que tiene la discusión entre todos los miembros del equipo en la toma de decisiones al final de la vida. Esta discusión mejora la calidad del ambiente de trabajo, disminuye la sobrecarga y evita la aparición de depresión y estrés postraumático en los profesionales.

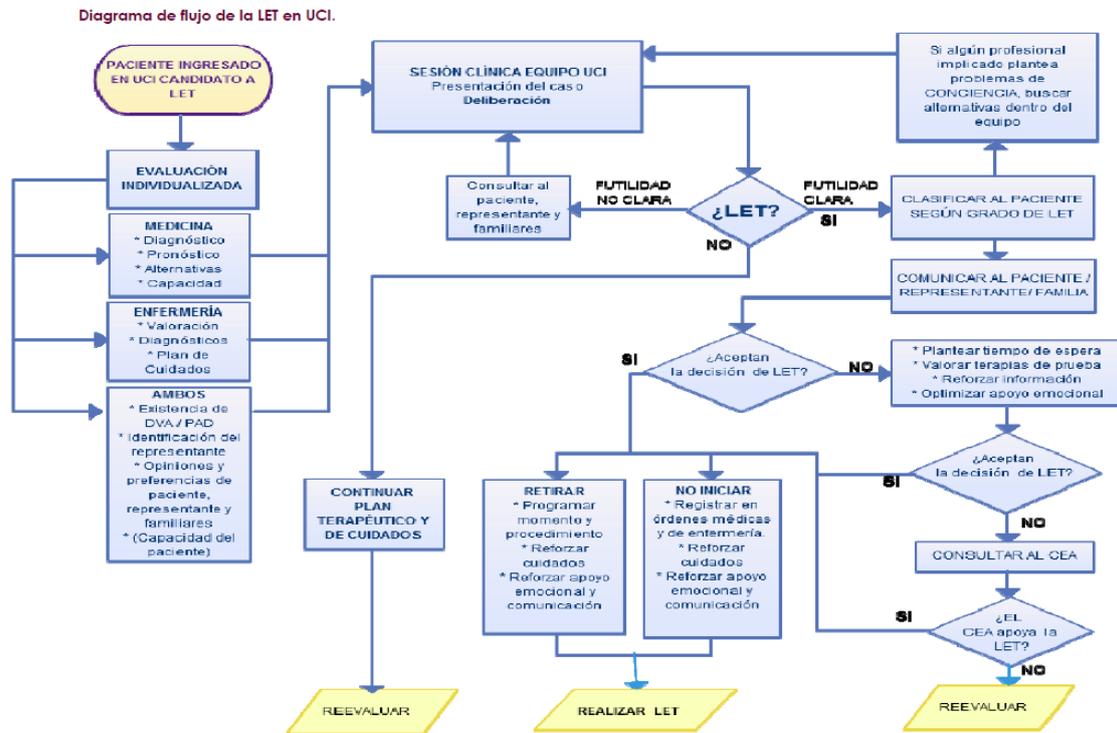
Un estudio realizado en UCI de España<sup>1</sup>, reflejó que los criterios en la toma de decisiones en relación a la LET no eran uniformes y que dependían de las características de la población. Es difícil establecer unos criterios ya que se consideran factores que no son exclusivamente clínicos. Resaltó que en relación a la LET existen tres preguntas fundamentales: ¿a quién? ¿qué? Y ¿cómo? En la siguiente tabla se muestran los criterios y pasos para la toma de decisiones en relación a la LET.

Tabla: Criterios y pasos para decidir la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)
<p>Primer paso: ¿a quién? Evaluación del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Preferencias del paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualizar</li> </ul> </li> <li>– Preferencias de los allegados</li> <li>– Gravedad (pronóstico): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas: ¿es preciso el diagnóstico? ¿está optimizada la terapia?</li> <li>• Cálculo del pronóstico en «ese» paciente</li> </ul> </li> <li>– Calidad de vida</li> <li>– Distribución de recursos (inversión racional)</li> </ul>
<p>Segundo paso: ¿qué limitar? tomar la decisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deliberación participativa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualizar</li> </ul> </li> <li>– Aclarar el fin de la intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar la decisión y registro en historia clínica</li> </ul> </li> </ul>
<p>Tercer paso: ¿cómo? medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Medidas negativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No iniciar/retirar: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios)</li> <li>◦ Procedimientos extraordinarios</li> <li>◦ Procedimientos inútiles y fútiles</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>– Medidas positivas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de las patologías que se ha decidido tratar (medidas intermedias)</li> <li>• Medidas paliativas</li> </ul> </li> </ul>

Una decisión de LET es conveniente realizarla con todos los implicados: el paciente, sus allegados y los profesionales involucrados. Para establecer el proceso es fundamental el trabajo en equipo. También es necesaria la formación en habilidades de comunicación y las estrategias comunicativas.

Uno de los principales problemas éticos en relación a la LET encontrados es la negación de los allegados a una LET indicada. Esto se debe a la necesidad que presentan de mantener la vida a toda costa y la negación ante la muerte. Manejar este tipo de situaciones es difícil, y el principal objetivo es tomar la mejor decisión para el paciente evitando el enfrentamiento<sup>1</sup>.

Uno de los artículos encontrados sobre recomendaciones para la elaboración de protocolos propone un modelo general para la toma de decisiones de LET en UCI que me parece interesante incluir<sup>14</sup>.



Existe un documento internacionalmente conocido para el registro de las decisiones de LET, que ha sido desarrollado en EEUU y está siendo usado por casi todos sus Estados con el nombre de POLST (Physician Orders for Life Sustaining Treatment). En España, la SEMYCyUC ha recomendado el uso de formularios similares al POLST, ya que estos formularios han sido utilizados con buenos resultados<sup>14</sup>.

### 3. ¿Qué papel deben asumir las enfermeras en relación a la LET?

Para continuar abordando el tema de la limitación del esfuerzo terapéutico vamos a examinar que dice la bibliografía sobre el rol que deben asumir las enfermeras en este ámbito.

Según Cabrera et al.<sup>10</sup>, *“la enfermería tiene un papel importante en el trato directo con las personas moribundas y sus familias, aunque la realidad es que, en ocasiones, se pone de manifiesto que el colectivo de enfermería forma parte de la sociedad que niega*

*la muerte*". Cabrera insiste en que en los casos en los que no podemos salvar la vida al paciente, aún nos queda trabajo, ya que la entidad de nuestra profesión consiste en *"cuidar, escuchar, acompañar y atender"*.

De la enfermera se espera una participación de forma activa, para que así aporte su visión humanizadora y ética de los cuidados. *"La enfermera aporta al equipo sanitario una visión y valores éticos propios de la profesión, por formación y por sentido del cuidado, y contribuye, recogiendo el testimonio del enfermo y su entorno familiar, elementos necesarios para decidir el iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento"*<sup>1</sup>.

Un artículo fundamental para tratar el papel que deben asumir las enfermeras en relación a la LET es el artículo *"Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico"*<sup>19</sup> porque en él, varios autores dan su opinión sobre este tema. A continuación detallaré los más importantes. Según el citado artículo, *"son muy pocos los artículos que en realidad se centran en describir algún tipo de rol específico para el enfermero en esta situación"*. Destaca el aporte hecho por Adams et al. y Gardaz et al. El primero al describir roles, estrategias y objetivos que realiza el profesional de enfermería en la toma de decisiones al final de la vida y el segundo, al describir un modelo de trabajo aplicable a las realidades hospitalarias, donde los profesionales de enfermería se les considera parte fundamental. Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, es llamativo que Jensen et al.<sup>2</sup>, al determinar el nivel de colaboración entre los profesionales de la salud en UCI en relación al LET, resalte la necesidad de clarificar el rol de enfermería, y para ello ve necesario la elaboración de guías, en las que se clarifiquen las funciones de cada profesional en el momento de la LET.

Inghelbrecht et al.<sup>19</sup>, declaran que en el 63,9% de los casos es la enfermera quien inicia la discusión sobre la LET al considerar que se está produciendo futilidad en cuanto al tratamiento o las medidas que se le están suministrando al paciente. Esto refleja la importancia que tiene la enfermera en relación a la LET dentro del equipo multidisciplinar.

Monteverde<sup>19</sup>, remarca el importante papel que juega la enfermera en relación a la toma de decisiones, ya que ésta ocupa un lugar privilegiado dentro del equipo. Se encuentra cerca del equipo de salud, del paciente y de los familiares, y esto le permite conocer los

distintos puntos de vista, recopilar la información y aportarla en el proceso de toma de decisiones.

Según Alligood<sup>19</sup>, *“aunque en el plano técnico algunas de las acciones de la enfermera son delegadas por el médico, desde el punto de vista moral cada uno es un interlocutor válido, que pueden tener visiones complementarias de la situación”*, de ahí, la importancia que tiene la toma de decisiones en equipo.

Para Wingate et al.<sup>19</sup>, *“la suspensión de las terapias es un momento que debe estar plasmado en el cuidado de enfermería y en las órdenes médicas”* ya que son los dos profesionales los que realizarán la LET cuando se haya determinado la futilidad.

Wainwright y Gallagher<sup>19</sup>, sugieren que el cuidado es propio de la enfermería, sin embargo, en el contexto de LET su planificación debe ser llevada a cabo en equipo. No obstante, aunque los tratamientos se puedan limitar, el cuidado nunca se considerará fútil, por lo tanto nunca se limitará.

Es importante remarcar que según Hov et al.<sup>19</sup>, los profesionales de enfermería consideran que les es más fácil suspender los tratamientos si la decisión ha sido tomada en equipo multidisciplinar, ya que de esta manera, la decisión proviene de un juicio ético realizado por todos los integrantes del equipo de salud. Pero en la práctica parece que la decisión no siempre se realiza en equipo, ya que en un estudio de Ferrand et al.<sup>20</sup>, si bien el 91% de las enfermeras y el 80% de los enfermeros creían que las decisiones tenían que tomarse de forma colaborativa, tan solo el 27% de las enfermeras y el 50% de los médicos creían que en la práctica se habían llevado de forma colaborativa.

Gardaz et al.<sup>19</sup>, elaboró en 2011 una serie de recomendaciones acerca del acompañamiento al final de la vida en UCI. En este modelo, la enfermera desempeña un rol activo durante el proceso. La aplicación de este modelo es fruto de conflictos generados en las UCIs entre el médico y la enfermera durante el proceso de toma de decisiones. Este autor también señala que *“las enfermeras refieren dificultades en la colaboración con los médicos en relación a los procedimientos que se realizan a los pacientes moribundos y en el manejo de sus emociones”*.

Un resultado muy llamativo del estudio sobre las *“Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la LET”*<sup>10</sup> es que *“la propia enfermería, en*

más de una tercera parte, opina que ellas no deben participar en la toma de decisiones a la hora de decidir la limitación del tratamiento en su paciente”. Otro dato que refleja el estudio es que “la mayoría opinó que casi siempre sería útil la ayuda de un experto en ética a la hora de tomar decisiones relativas a la limitación del tratamiento”. Este estudio demuestra que la mayoría del personal de enfermería no dispone de los conocimientos y actitudes necesarias para participar en el proceso de toma de decisiones en relación a la LET. Esto puede deberse a la falta de experiencia en este tipo de decisiones, a los turnos rotatorios que no facilitan un contacto continuado con los pacientes que conlleva a cierto distanciamiento y falta de implicación con ellos. Otra posible causa son las actitudes que puedan asumir las enfermeras en relación a la comodidad de no asumir responsabilidades, ni implicarse en la toma de decisiones difíciles. Además de la falta de formación específica en temas de bioética.

Para Gardaz <sup>19</sup>, “la enfermera actúa de abogada. Facilita la toma de decisiones puesto que presenta de forma clara el estado del paciente ayudando a los familiares a dirigir las acciones a sus objetivos de cuidado, que implican aliviar el dolor en el paciente y crear la mejor experiencia posible al final de la vida, ayudando a los familiares a aceptar la muerte”.

También en relación al paciente, Gingell<sup>19</sup> señala que una de las principales obligaciones de la enfermera es proporcionarle confort, propiciándole la mejor calidad de vida posible hasta el fin de su vida y ofreciendo apoyo a la familia durante todo el proceso. Sostiene que en este momento la enfermera es la que se encarga de propiciar un cuidado tanto físico como emocional. Esto también la ayuda a poder determinar quién es el familiar más significativo, y así proporcionarle un ambiente óptimo para el acompañamiento en el proceso de muerte.

El análisis de la bibliografía, pone en evidencia que la enfermera, debe ser partícipe en las decisiones relacionadas con la LET cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios. Según Idalid<sup>19</sup> et al., “debería existir un dialogo bioético en el que deben participar todos los profesionales y en el que se realicen intercambios de ideas que junto con la utilización de metodologías específicas se llegue a un consenso, y a la resolución de los problemas planteados”. Además, nos recuerda que una vez tomada la decisión de la LET, continúa presenta la obligación ética de no abandonar al paciente

durante todo el proceso y garantizar que recibe todos los cuidados necesarios como para asegurar la ausencia de dolor físico y psíquico.

Para terminar de contestar a la pregunta sobre qué papel deben asumir las enfermeras en relación a la LET, es interesante mencionar el artículo *“Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos”*<sup>14</sup> en el que se dan unas recomendaciones para la elaboración de protocolos. En dicho artículo se sugieren los diagnósticos enfermeros que pueden utilizarse en un proceso de LET “que como instrumentos de valoración de las necesidades de cuidados orienten las intervenciones que deberían realizarse para conseguir los objetivos propuestos, como orientación para la organización del PAE”, podría servir de camino para la elaboración de protocolos de actuación (**ANEXO 1: Posibles diagnósticos, intervenciones y objetivos a tener en cuenta al elaborar un PAE en la LET**).

## CONCLUSIONES

En respuesta al tema de este trabajo sobre conflictos éticos en relación a la LET, y según la literatura revisada, se puede sostener la importancia que tiene la LET hoy en día, ya que cada vez se da con mayor frecuencia debido al avance científico-técnico. Se trata de un tema de máxima actualidad y que crea grandes conflictos éticos entre los profesionales de la salud.

El marco ético que regula la profesión enfermera es el Código Deontológico de la Enfermería Española, gracias al cual se fundamenta la toma de decisiones, especialmente cuando surge un conflicto. El código fue aprobado el 14 de junio de 1989, pero teniendo en cuenta que el contexto sociocultural evoluciona habría que revisarlo periódicamente para así, poder adecuarlo a las nuevas necesidades y situaciones, ya que se ha quedado obsoleto. El código deontológico del CIE para la profesión enfermera dice que el código *“solo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante”* por todo lo anteriormente comentado, habría que revisar y actualizar el Código Deontológico Español.

Como hemos podido comprobar a partir de este trabajo, en el proceso de toma de decisiones en relación a la LET en la práctica clínica existen varios factores que la dificultan. Uno de los factores es la falta de tiempo y de formación de los profesionales en este tipo de procesos, por esta razón es de suma importancia la formación de los profesionales en este ámbito, además de habilidades de comunicación y estrategias comunicativas para así poder afrontar satisfactoriamente este tipo de situaciones. Además, es importante la creación de protocolos de actuación que ayuden a los profesionales a la hora de la toma de decisiones de este tipo. También hemos comprobado la importancia que tiene que este proceso se realice entre todos los miembros del equipo, el paciente y los allegados.

Por otra parte es de suma importancia entender el papel que poseen las enfermeras, ya que de ellas se espera que participen en la LET de forma activa. La enfermera aún no es consciente de la importancia que tiene su participación en la toma de decisiones en relación a la LET aportando su visión humanizadora de los cuidados. Se trata de uno de los profesionales que está más cerca del paciente y tiene la oportunidad de ejercer de agente confidente del paciente y la familia.

El rol de enfermería en el contexto de la LET no está del todo definido y por ello queda reflejada la necesidad de la elaboración de protocolos o guías de actuación, que ayuden a los profesionales a clarificar el rol de cada uno de ellos dentro del equipo. Y así, poder reflejar la importancia que tiene la figura de la enfermera dentro del equipo, con un papel activo en la toma de decisiones sobre la LET.

En la literatura, las enfermeras opinaron que sería útil la ayuda de un experto en ética en el momento de la toma de decisiones nos conduce a pensar que ellas no quieren participar en la toma de decisiones o que no están correctamente formadas en estos temas. Por esta razón, se debería facilitar una buena formación en el área de la bioética y fomentar el análisis de estos casos en conjunto con todo el equipo asistencial.

En España, una Comunidad Autónoma que se ha preocupado por el tema de la LET es Andalucía mediante la elaboración de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte en Andalucía. Esta ley que regula de forma bastante detallada la LET, por lo que encuentro que debería

extrapolarse a otras Comunidades Autónomas, ya que se trata de un elemento que facilita la toma de decisiones en este ámbito.

Tal como he comentado anteriormente y tras el análisis de la bibliografía, se puede sostener que la LET constituye una buena práctica clínica desde el punto de vista ético, técnico y jurídico. Esta calidad exige la elaboración de actuaciones: establecer protocolos que regulen la práctica clínica para así, disminuir la variabilidad, disponer de un registro apropiado para la LET y establecer indicadores adecuados para medir la calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Clínica Española [Internet]. 2012 [citado 2015 Mar 25]; 24(6). Disponible en: [http://www.personaedanno.it/attachments/article/39609/ctl\\_servlet.pdf](http://www.personaedanno.it/attachments/article/39609/ctl_servlet.pdf)
2. Betancourt GB. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Humanidades Médicas [Internet]. 2014 [citado 2015 Abr 8]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202014000200011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202014000200011&script=sci_arttext)
3. Welie JV, Ten Have HA. The ethics of forgoing life-sustaining treatment: theoretical considerations and clinical decision making. Multidiscip Respir Med [Internet]. 2014 Ene [citado 2015 Abr 8];9(1):14. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3995268&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica [Internet]. [citado 2015 Abr 7]. Disponible en: [https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#q=ley+41%2F2002+de+14+de+noviembre](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=ley+41%2F2002+de+14+de+noviembre)
5. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. [citado 2015 Mar 26]. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf>
6. Codi d'ètica de les infermeres i infermers de catalunya [Internet]. [citado 2015 Mar 26]. Disponible en: [http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/CODI D%27%C3%88TICA DE LES INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA..PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/CODI%27%C3%88TICA%20DE%20LES%20INFERMERES%20I%20INFERMERS%20DE%20CATALUNYA..PDF)
7. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte en Andalucía [Internet]. [citado 2015 Abr 7]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf>

8. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? An Sist Sanit Navar [Internet]. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2007 [citado 2015 Abr 10];30:129–35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
  
9. Camargo J, Tercero M. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería Intensiva [Internet]. 2012 [citado 2015 Abr 8]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239911000964>
  
10. Cabrera L, Hernández N, Santana A. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. Enfermería Intensiva [Internet]. 2010 [citado 2015 Abr 8]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991000060X>
  
11. Código de Deontología Médica. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)
  
12. Código Deontológico Enfermero Español. Disponible en: <http://www.enfermerialugo.org/codeontologico.pdf>
  
13. International Code of Medical Ethics. 2006 Oct 1 [citado 2015 May 3]; Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/c8/>
  
14. Junta de Andalucía. Limitación del esfuerzo terapeutico en cuidados intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos [Internet]. Andalucía. 2014 [citado 2015 Abr 7]. Disponible en: [https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#q=limitaci%C3%B3n+del+esfuerzo+terapeutico+enfermeria](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=limitaci%C3%B3n+del+esfuerzo+terapeutico+enfermeria)
  
15. Monzón Marín J.L., Saralegui R I., Abizanda i Campos R., Cabré Pericas L., Iribarren Diarasarri S., Martín Delgado M.C. et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva [Internet]. 2008 Abr [citado 2015 May 19]; 32(3): 121-133. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000300004&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300004&lng=pt).

16. Partarrieu Mejías FA. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en el marco de la bioética? *Rev Medicina y Humanidades* [Internet]. 2012 [citado 9 May 2015]; 4 (1-3). Disponible en: [http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1\\_2\\_3\\_2012/07\\_LET.pdf](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf)
17. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *MEDISAN* [Internet]. 2012 [citado 9 May 2015]; 16(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso)
18. Rodríguez J, Barbuzano A. Implicaciones éticas de la limitación de tratamientos de Soporte Vital desde la perspectiva enfermera. *ENE, Rev Enfermería* [Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 25]; Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/93>
19. Rojas G I, Vargas C I, Ferrer I L. Rol de enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en el paciente crítico: The role of nursing. *Cienc y enfermería* [Internet]. Universidad de Concepción; 2013 [cited 2015 Mar 24];19(3):41–50. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
20. Gingell Epstein E. Moral obligations of nurses and physicians in neonatal end-of-life care. *Nurs Ethics* [Internet]. 2010 Sep [citado 2015 Mar 25];17(5):577–89. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3615421&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

**Anexo 1:**

<b>POSIBLES DIAGNÓSTICOS, INTERVENCIONES Y OBJETIVOS A TENER EN CUENTA AL ELABORAR UN PAE EN LA LET</b>		
<b>DIAGNOSTICOS NANDA</b>	<b>RESULTADOS (NOC)</b>	<b>INTERVENCIONES (NIC)</b>
<p>Dominio 6. <b>AUTOPERCEPCIÓN</b></p> <p><b>Riesgo de baja autoestima situacional</b> (00153)</p> <p><b>Baja autoestima situacional</b> (00120)</p>	<p>1204. Equilibrio emocional. 1302. Afrontamiento de problemas. 1205. Autoestima. 1702. Creencias sobre salud: percepción de control.</p>	<p>4920. Escucha activa. 7560. Facilitar visitas. 5470. Apoyo emocional. 5400. Potenciación de la autoestima. 5390. Potenciación de la conciencia de sí mismo.</p>
<p><b>Riesgo de soledad</b> (00054)</p> <p><b>Dominio 7. ROL / RELACIONES</b></p> <p><b>Cansancio del rol de cuidador</b> (00061)</p>	<p>1204. Equilibrio emocional. 1203. Severidad de la soledad. 2204. Relación entre cuidador principal y paciente. 2507. Salud física del cuidador principal. 2506. Salud emocional del cuidador principal.</p>	<p>5470. Apoyo emocional. 7560. Facilitar visitas. 7170. Facilitar la presencia de la familia. 7040. Apoyo al cuidador principal. 7110. Fomentar la implicación familiar. 7120. Movilización familiar. 5370. Potenciación de roles.</p>
<p><b>Procesos familiares disfuncionales</b> (00063)</p>	<p>2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2602. Funcionamiento de la familia. 0906. Toma de decisiones. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento.</p>	<p>7100. Estimulación de la integridad familiar. 7110. Fomento de la implicación familiar. 4410. Establecimiento de objetivos comunes. 5250. Apoyo en toma de decisiones. 5020. Mediación de conflictos. 7150. Terapia familiar.</p>
<p><b>Disposición para mejorar los procesos familiares</b> (00159)</p>	<p>2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento. 2605. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</p>	<p>7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5270. Apoyo emocional. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 7560. Facilitar las visitas. 7110. Fomentar la implicación familiar.</p>
<p><b>Dominio 9. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</b></p> <p><b>Duelo</b> (00136)</p> <p><b>Riesgo de duelo</b></p>	<p>1302. Afrontamiento de problemas. 1307. Muerte digna. 1304. Resolución de la aflicción.</p>	<p>7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia 4920. Escucha activa. 5270. Apoyo emocional 5340. Presencia. 5290. Facilitar el duelo.</p>

<b>complicado</b> (00172)		
<b>Ansiedad ante la muerte</b> (00147)	1300. Aceptación: estado de salud. 1307. Muerte digna. 1402. Control de la ansiedad. 1206. Deseo de vivir.	5820. Disminución de la ansiedad. 6482. Manejo ambiental: confort. 5470. Apoyo emocional. 5420. Apoyo espiritual. 5424. Facilitar la práctica religiosa 5260. Cuidados en la agonía.
<b>Temor</b> (00148)	1404. Autocontrol del miedo. 1704. Creencias sobre salud: percepción de amenaza. 1210. Nivel del miedo.	4920. Escucha activa. 5470. Apoyo emocional. 6160. Intervención en casos de crisis. 5380. Potenciación de la seguridad.
<b>Negación ineficaz</b> (00072)	1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad. 1300. Aceptación: estado de salud. 2103. Severidad de los síntomas. 1402. Autocontrol de la ansiedad.	4920. Escucha activa. 5470. Apoyo emocional. 5240. Asesoramiento. 5230. Aumentar el afrontamiento. 4820. Orientación de la realidad. 5270. Apoyo emocional 5250. Apoyo en la toma de decisiones
<b>Disposición para mejorar el afrontamiento</b> (00158)	1300. Aceptación: estado de salud. 1302. Afrontamiento de problemas. 2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2211. Ejecución del rol de padres.	5230. Aumentar el afrontamiento 5820. Disminución de la ansiedad 5424. Facilitar la práctica religiosa 7560. Facilitar las visitas 7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia 5270. Apoyo emocional 5250. Apoyo en la toma de decisiones 5230. Aumentar el afrontamiento 5820. Disminución de la ansiedad 4920. Escucha activa 7100. Estimulación de la integridad familiar 7110. Fomentar la implicación familiar.
<b>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar</b> (00075)		
<b>Afrontamiento familiar incapacitante</b> (00073)	2600. Afrontamiento de los problemas de la familia. 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5270. Apoyo emocional. 5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad.
<b>Afrontamiento familiar comprometido</b> (00074)		5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 5230. Aumentar el afrontamiento.
<b>Afrontamiento ineficaz</b> (00069)	1302. Afrontamiento de problemas. 1300. Aceptación: estado de salud.	4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar. 5230. Aumentar el afrontamiento.
<b>Afrontamiento defensivo</b>	0906. Toma de decisiones.	7110. Fomento de la implicación

(00071)		familiar. 5230. Aumentar el afrontamiento. 5390. Potenciación de la conciencia de sí mismo. 4640. Ayuda para el control del enfado. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 5270. Apoyo emocional.
<b>Deterioro generalizado del adulto</b> (00101)	0300. Autocuidados AVD. 0900. Cognición. 0208. Movilidad. 0802. Signos vitales. 0503. Eliminación urinaria. 0501. Eliminación intestinal. 1101. Integridad tisular.	1800. Ayuda al autocuidado. 5260. Cuidados en la agonía. 6482. Manejo ambiental: confort. 0180. Manejo de la energía. Manejo de la medicación (2380)/nutrición (1100)/líquidoselectrolitos (2080)/ sedación (2260)/presiones (3500)/ dolor (1400) /intestinal (0430) 1850. Mejorar el sueño. 2620. Monitorización neurológica. 3350. Monitorización respiratoria.
<b>Dominio 10. PRINCIPIOS VITALES</b>	1302. Afrontamiento de problemas. 2011. Estado de comodidad: psicoespiritual.	5480. Clarificación de valores. 5300. Facilitar la expresión de sentimiento de culpa.
<b>Riesgo de sufrimiento espiritual</b> <b>Sufrimiento espiritual</b> (00066)	2001. Salud espiritual. 1307. Muerte digna.	5230. Aumentar el afrontamiento. 5250. Apoyo en toma de decisiones. 5420. Apoyo espiritual.
<b>Sufrimiento moral</b> (00075)	1700. Creencias sobre salud. 2000. Calidad de vida. 2003. Severidad del sufrimiento.	5470. Apoyo emocional. 5424. Facilitar la práctica religiosa.
<b>Conflicto de decisiones</b> (00083)	1614. Autonomía personal. 0906. Toma de decisiones.	5250. Apoyo en la toma de decisiones. 5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa. 7100. Estimulación de la integridad familiar.
<b>Disposición para mejorar la toma de decisiones</b> (00184)	1614. Autonomía personal. 0906. Toma de decisiones. 2605. Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.	7040 / 7140. Apoyo al cuidador principal/familia. 5250. Apoyo en la toma de decisiones.
<b>Dolor agudo</b> (00132)	1605. Control del dolor.	5820. Disminución de la ansiedad. 4920. Escucha activa.
<b>Dolor crónico</b> (00133)	2100. Nivel de comodidad. 2012. Nivel del dolor. 2008. Estado de comodidad.	7100. Estimulación de la integridad familiar. 7110. Fomentar la implicación familiar.
<b>Disconfort</b> (00214)	0003. Descanso. 1302. Afrontamiento de problemas. 1304. Resolución de la aflicción.	1400. Manejo del dolor 6482. Manejo ambiental: confort 2260. Manejo de la sedación. 2300. Administración de medicación/analgésicos Manejo de la medicación

		(2380)/nutrición (1100)/líquidoselectrolitos (2080)/ sedación (2260)/presiones (3500)/ dolor (1400) /intestinal (0430) 2300. 5260. Cuidados en la agonía 4920. Escucha activa 6482. Manejo ambiental: confort 1850. Mejorar el sueño.
--	--	---