



**Universitat de les  
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

# La limitación del esfuerzo terapéutico: una visión global.

Silvia Romero Fernández

**Grado de Enfermería**

Año académico 2015-16

DNI del alumno: 47259841Q

Trabajo tutelado por Cristina Moreno Mulet  
Departamento de Enfermería

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:

Limitación del esfuerzo terapéutico, toma de decisiones, rol de enfermería

## **Resumen**

Introducción: El gran avance médico y tecnológico de las últimas décadas ha provocado que los pacientes vivan más pero con una peor calidad de vida. Esto ha llevado a la Unidad de críticos intensivos (UCI) a plantearse la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

Objetivos: El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer cuál es el contexto actual de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y qué rol tienen las enfermeras.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica primaria en las bases de datos *CINHAL*, *Pubmed*, *Cuiden*, *LILACS*, *IBECs* y *Cochrane Library Plus* y en el metabuscador EBSCOHost, así como en las revistas “*Medicina intensiva*” y “*Enfermería Intensiva*”.

Resultados: Se han seleccionado 20 artículos según los criterios de inclusión y exclusión. A parte se han seleccionado otros 4 artículos más a partir de la realización de una búsqueda secundaria.

Conclusión: La limitación del esfuerzo terapéutico es un campo que aún no está lo suficientemente desarrollado y que necesita de unas bases para que esta se pueda llevar a cabo de la mejor manera.

## **Palabras Clave**

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Toma de decisiones. Rol de enfermería.

## **Introducción**

El gran avance médico y tecnológico de las últimas décadas ha proporcionado a los profesionales sanitarios un gran control sobre el proceso de salud y enfermedad, consiguiendo alargar la vida de los pacientes, supliendo las deficiencias de aquellos órganos comprometidos. Esto ha llevado a la Unidad de críticos intensivos (UCI) a plantearse la LET.

La limitación del tratamiento se plantea cuando se considera que el tratamiento que se le está administrando al paciente es fútil, es decir, que los beneficios esperados del tratamiento son menores que los efectos secundarios dañinos provocados en el paciente (1). En definitiva, la medicina no se debería de limitar solamente a la curación de la enfermedad sino que también encaminar sus esfuerzos en mejorar la calidad de vida y la

disminución del sufrimiento humano, es decir, proporcionar una muerte digna al paciente (2).

En España, la primera comunidad autónoma en realizar una Ley de Muerte Digna fue Andalucía en el año 2010 (2,3), después le han seguido comunidades autónomas como Aragón y Navarra creando sus propias leyes. Por último, se incluyeron Baleares, Galicia y País Vasco. Estas leyes regulan la LET y la sedación paliativa entre otros aspectos. El resto de comunidades autónomas solo tienen leyes para el registro de las últimas voluntades.

La motivación que me ha llevado a escoger este tema viene dada por dos pacientes que tuve a lo largo de mis prácticas clínicas. El primero fue un paciente que tuve en medicina interna, que había ingresado en el hospital para realizar una sedación paliativa, ya que tenía un cáncer terminal y sufría mucho dolor. De este caso, lo que me impactó fue que no se tuviera en cuenta la opinión del paciente a su llegada, en el momento que este estaba incapacitado para tomar decisiones, sino que se hizo lo que la mujer decidió. Al final, esto provocó que este paciente no tuviera una muerte digna. El segundo, fue un paciente de la UCI que era tetrapléjico y que conscientemente tomó la decisión de que le realizaran una limitación del esfuerzo terapéutico.

En definitiva, estos dos pacientes me motivaron para saber más acerca de qué es la limitación del esfuerzo terapéutico y cómo se realiza la toma de decisiones tanto en pacientes incapacitados y capacitados; pero también me llevaron a preguntarme que papel jugamos los enfermeros/as en la limitación del tratamiento.

### **Pregunta y Objetivos**

El objetivo general de este trabajo, es contestar a la pregunta de investigación planteada, que en este caso es: “¿Cuál es el contexto actual y el rol de la enfermera en la Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)?”. Para conseguirlo, se han propuesto los siguientes objetivos específicos:

1. Describir que se define como limitación del esfuerzo terapéutico y en que situaciones se puede llevar a cabo.
2. Explicar cómo se lleva a cabo la toma de decisiones en la limitación del esfuerzo terapéutico.

3. Describir el rol de la enfermera en la limitación del esfuerzo terapéutico.

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Una vez definida la pregunta y los objetivos que se pretenden alcanzar, se procedió a la realización de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos y revistas científicas relacionadas con las ciencias de la salud.

Primeramente, se establecieron las palabras clave que se utilizarán para realizar la búsqueda bibliográfica que en este caso son: limitación del esfuerzo terapéutico, toma de decisiones y rol de enfermería. Al fin de usar un lenguaje documental que permita una búsqueda más acertada, se consulta *DeCs*, obteniendo como resultado toma de decisiones y rol de la enfermera. En el caso de, la palabra clave, limitación del esfuerzo terapéutico se utilizará el lenguaje natural ya que esta palabra no tiene descriptor específico.

Para una búsqueda más ajustada, en virtud de los objetivos planteados se realizaron tres búsquedas bibliográficas independientes en todas las bases de datos y revistas específicas. La estrategia detallada de la búsqueda bibliográfica se encuentra en el [Anexo 1](#).

A continuación, se seleccionaron las fuentes relacionadas con el área de conocimiento de ciencias de la salud (enfermería y medicina), éstas fueron el metabuscador *EBSCOHost*; las bases de datos *CINHAL*, *PubMed*, *CUIDEN*, *LILACS* y *IBECS*; y la base de datos de revisiones sistemáticas *Cochrane Library Plus*.

En cuanto a las revista electrónicas utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados con el tema, han sido utilizadas “*Medicina intensiva*” (tanto la versión española como la versión inglesa) y “*Enfermería Intensiva*”, debido a se centran en los cuidados intensivos. También, se realizó una búsqueda secundaria a partir de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos, otros que por su interés y contenido se consideraron relevantes en cuanto a su relación con los conceptos principales y palabras clave que se han sido utilizados para realizar la búsqueda.

Por otro lado, también se incluyó el protocolo “Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en el servicio de medicina intensiva” del servicio de medicina intensiva del Hospital Can Misses (Ibiza), debido a que la información que contiene era de gran interés para la realización de la investigación.

Por último, se añadió un documento creado por la Junta de Andalucía sobre la Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, que me pareció muy interesante para el trabajo, debido que Andalucía fue la primera comunidad en introducir la LET en su legislación.

Con el fin de obtener una información actual y delimitar la búsqueda, se establecen los siguientes límites: años 2011-2015; idioma: inglés, castellano y portugués. A parte, de estos límites también se excluyeron estudios o artículos científicos que se refirieran a neonatos, niños o adolescentes. Estos límites no fueron utilizados para la búsqueda secundaria de artículos a partir de las referencias bibliográficas.

Al final, el número de artículos obtenidos de las diferentes búsquedas realizadas fueron 373, algunos de ellos repetidos. El proceso de selección de los artículos se realizó en dos fases. La primera fase, se realizó mediante el descarte de artículos por título, debido a que este no tenía relación con el tema o los objetivos de la investigación. Cuando surgía alguna duda con el título se procedía a la lectura del resumen para ver si cumplía con los requisitos de la investigación.

En la segunda fase, se realizó la selección a partir de la lectura crítica de los artículos seleccionados para ver si eran válidos para la investigación o habría que desecharlos. Al final, se seleccionaron 20 artículos para la realización del trabajo. Los resultados detallados de cada una de las búsquedas se encuentran en el [Anexo 2](#).

### **Resultados de la búsqueda bibliográfica.**

A partir de la lectura crítica de los artículos se seleccionan finalmente 20 resultados de la estrategia de búsqueda bibliográfica. Se tratan de 9 artículos científicos de Pubmed, 1 de CINHALL (EBSCOHost), 4 de cuiden, 3 de LILACS, 1 de la revista “Enfermera Intensiva” y 2 de la revista “Medicina Intensiva” (versión inglesa).

También, se incluyen 2 artículos científicos obtenidos de la búsqueda secundaria a partir de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados anteriormente. Por último, se incluyen el protocolo de la Limitación del esfuerzo terapéutico del Hospital Can Misses y un documento creado por la Junta de Andalucía sobre la Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, debido a que se consideran gran importancia para la investigación.

Todos ellos son artículos científicos de producción internacional y nacional, principalmente de España, Dinamarca, Chile, Inglaterra, Milán, EEUU, Brasil, Colombia, Jerusalén y Holanda. La mayoría corresponde a estudios, revisiones bibliográficas o artículos en la atención especializada, principalmente en la unidad de cuidados intensivos. De los artículos seleccionados 12 son en castellano, 12 en inglés y 1 en portugués.

En líneas generales, en todos los artículos escogidos se tratan e mayor o menor medida varios temas de sustancial importancia que son vitales para abordar el tema elegido en este Trabajo de Fin de Grado. Estos temas esenciales son en primer lugar la definición de del término y en segundo lugar la toma de decisiones y el rol que juega la enfermera en la limitación del esfuerzo terapéutico.

## **Discusión**

A continuación, se van a analizar los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, éstos se van a dividir en tres apartados para que así sea más fácil su comprensión. Estos apartados serán: definición y situaciones en la que se lleva a cabo la LET; toma de decisiones y LET y rol de la enfermera en la LET.

### **Definición y situaciones en la que se lleva a cabo la LET.**

En las últimas décadas, la medicina ha avanzado enormemente y como resultado, los pacientes están viviendo más tiempo. Además, los médicos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) han desarrollado, gracias a la tecnología, la capacidad de prolongación de la vida incluso en situaciones donde la muerte es inevitable (4). Por ello, es cada vez más clara la necesidad de integrar los principios de los cuidados paliativos en la UCI, es decir, buscar un equilibrio entre la medicina intensiva (centrada en la curación) y la medicina paliativa (centrada en la los cuidados y bienestar del paciente) (5).

Por todo esto, la medicina intensiva fue tomando consciencia de la necesidad, en determinadas situaciones, de limitar el soporte vital de los pacientes críticos. Práctica que en España se conoce como la Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).

La LET se define como “la decisión de no iniciar, o bien de retirar si ya se hubiese iniciado, cualquier tipo de tratamiento que tenga por finalidad prolongar la vida, manteniendo, no obstante, las actuaciones y los tratamientos necesarios para garantizar el

máximo confort y bienestar del enfermo” (6). En la UCI, se entienden como tratamientos para prolongar la vida la reanimación cardiopulmonar (RCP), la ventilación mecánica, los sistemas de depuración extrarrenal, los fármacos vasoactivos, la nutrición artificial, los hemoderivados,.. etc. (7).

Las formas de LET en el entorno de la UCI pueden ser muy diversas. Se puede rechazar el ingreso del paciente en la UCI o bien realizar el ingreso del paciente ya con medidas de limitación del tratamiento. Otra consiste en no iniciar o en retirar todas o algunas de las medidas como la RCP, VM, oxigenoterapia, tratamiento de depuración extrarrenal, etc. (8).

La decisión de limitar o no un tratamiento no debe ser una decisión solo técnica sino que también se fundamenta en los principios bioéticos<sup>1</sup>, es decir, en el respecto a la persona (autonomía y libertad) y en los principios de no maleficencia y justicia. El principio bioético de autonomía hace referencia a tener respecto por las decisiones libres e informadas del paciente o de un familiar cuando el paciente tiene las facultades mermadas. Por otro lado, el principio bioético de no-maleficencia que hace referencia a “no dañar” física o psicológicamente al paciente evitando cualquier tipo de sufrimiento (este se puede producir tanto por exceso como por defecto) (7,9,10).

El tipo de pacientes en el cual es más frecuente algún tipo de LET es en pacientes con desórdenes severos neurológicos (hemorragia interventricular o golpe masivo), insensibilidad a terapias agresivas (p.eg seguir con hipotensión a pesar del tratamiento), el fracaso del sistema multiorgánico o condiciones irreversibles(4).

---

<sup>1</sup> Principios bioéticos: (9)

- Principio de autonomía: se refiere a la autodeterminación, al autogobierno, al poder de decidir sobre sí mismo.
- Principio de la beneficencia: se constituye en el deber de promover beneficios a otros, independientemente de que éste lo desee. Supone incluso la obligación ética principal de proporcionar tales beneficios suprimiéndose los maleficios.
- Principio de no maleficencia: obliga a no perjudicar al otro y es violado cuando se aplica a una persona un tratamiento que no está indicado, que causa complicación, daño o cualquier tipo de lesión.
- Principio de justicia: rige que la distribución de los recursos sanitarios, deberes y beneficios sociales sea coherente y adecuada.

A pesar de no haber encontrado mucha información acerca de cómo se realiza la clasificación de los pacientes en relación al tipo de limitación del tratamiento que se les realiza. Sí que he encontrado coincidencias en tres de los documentos, en los que se habla de una clasificación que viene adaptada del libro “Ética de la Medicina Crítica” de Gómez Rubí. Esta clasificación es la siguiente: (11–13)

- Categoría I: soporte total. Los pacientes reciben todas las medidas necesarias, monitorización activa o tratamiento intensivo, sin excepción.
- Categoría II: soporte total, salvo reanimación cardiopulmonar (RCP). Es decir, se aplican todas las medidas del apartado anterior pero si el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria no se realizaría la RCP.
- Categoría III: Soporte limitado. Mantener siempre los cuidados y procedimientos destinados a proporcionar el máximo bienestar al paciente: sedoanalgesia, hidratación, higiene corporal y cuidados básicos de piel y mucosas. Esta categoría se divide en cinco tipos:
  - ❖ III – A: medidas invasivas “condicionadas”. Incluye a pacientes en los que se duda si se encuentran en la fase final de su enfermedad o si existe algún proceso intercurrente potencialmente reversible, cuyo tratamiento podría devolverle a la situación basal. Se pacta un periodo de pruebas de medidas invasivas durante un plazo prudencial.
  - ❖ III – B: no instauración de medidas invasivas. Entendemos como medidas invasivas la ventilación mecánica (VM) con intubación traqueal, terapias de reemplazo renal (continuas o discontinuas), balón de contrapulsación, Swan Ganz. Medidas aceptadas: la oxigenoterapia, la fisioterapia respiratoria y el control de secreciones respiratorias, la VM no invasiva con máscara facial, etc.
  - ❖ III – C: No incorporación de nuevas medidas. Pacientes que aunque inicialmente pudieran estar sometidos a un “soporte total”, la evolución desfavorable hace improbable la recuperación o la calidad de vida. Como no existe evidencia suficiente de irrecuperabilidad, se mantiene el nivel de cuidados, pero sin añadir medidas nuevas, salvo que tengan carácter paliativo.
  - ❖ III – D: Retirada de todas las medidas, excepto en su caso, el soporte respiratorio invasivo. Las medidas que se retiran o no se instauran incluyen



antibióticos, tratamientos de depuración extrarrenal, monitorización hemodinámica, fármacos vasoactivos, etc. El soporte respiratorio se mantiene si el paciente no tiene respiración espontánea por su relación causa efecto con el fallecimiento. Las medidas se limitan a los cuidados básicos y al tratamiento del dolor.

- ❖ III – E: Retirada del soporte respiratorio. A la hora de su retirada disponemos de un abanico de posibilidades entre dos extremas: extubación terminal (retirada del tubo endotraqueal tras administrar sedación) o destete terminal (retirada progresiva de la VM mediante la disminución escalonada de la fracción respiratoria de oxígeno y volumen minuto hasta llegar a los valores fisiológicos, lo que da lugar a hipoxia e hipercapnia).
- Categoría IV: muerte encefálica. Retirada de todo tipo de medidas, salvo en donantes de órganos.

En la lectura crítica de los artículos seleccionados, me he topado con dos estudios que creo que son importantes comentar sobre la aplicación de la LET en la UCI, una a nivel Europeo y otra a nivel estatal.

A nivel europeo, destaca el estudio ETHICUS (End-of-Life Practices in European Intensive Care Units), estudio prospectivo, realizado entre 1999 y 2000 en 37 UCIs de 17 países europeos(4,5). Este estudio determinó que dentro de las razones por las que los médicos decidieron realizar la LET están: condición médica del paciente (79%), la falta de respuesta al tratamiento (46%), enfermedad crónica (12%), la calidad de vida (4%), la edad (2%) y solicitudes del paciente o familia (2%), así como buenas prácticas médicas (66%) y el mejor interés del paciente (29%) (4,8,14). En referencia a la mortalidad asociada a la LET, es decir, porcentaje de pacientes fallecidos a los que se les aplicó este tipo de medidas, es importante resaltar que oscila entre un 40 y 90% (5,8).

En este estudio destacan varios puntos importantes: las acciones y decisiones en la UCI sobre el final de la vida son rutinarias; la retención y retirada del tratamiento parecen ser aceptadas por la mayoría de intensivistas europeos, mientras que el acortamiento activo del proceso de muerte era raro. El norte de Europa tenía más limitaciones del tratamiento, disminución del RCP, menos tiempo hasta la limitación del tratamiento y estancia más corta en la UCI; en comparación con Europa del centro y sur.

Otro aspecto que también analiza es la toma de decisiones a final de la vida, llegando a la conclusión que el 95% de los pacientes en el momento de la toma de decisiones carecían de la capacidad para tomarla. En el caso de las familias, éstas fueron informadas en el 88% de los casos y sólo se le preguntó por los deseos del paciente al final de la vida en el 38% de los casos.

A nivel estatal, destaca el estudio EPIPUSE (8) que tenía como finalidad “conocer la frecuencia con la que se plantea la LET en pacientes con estancias prolongadas en UCI, el actor que lo propone, el consenso que se alcanza antes de ejecutarlas y la proporción de ellas que son finalmente llevada a la práctica”. Este estudio se realizó en 75 UCIs en España y participaron 589 pacientes de los que a 202 (34,3%) se les propuso la limitación del tratamiento. En las 202 ocasiones en las que se planteó limitar algún tipo de tratamiento, se decidió hacerlo en 196 (97%) y finalmente se llevó a la practicas en 183 (90,6%). De los 183 en los que finalmente se llevó a cabo la algún tipo de LET la mortalidad fue del 97,8%. La relación temporal entre el momento de LET y el fallecimiento es el siguiente: 51,4% fallecieron el mismo día, 23% lo hicieron al día siguiente y 16,4% fallecieron en el curso de la misma semana.

El planteamiento de la LET se produce en torno al 13º día de ingreso, lo que probablemente refleje el hecho de que, en un número elevado de casos, la LET se propone tras haberse cerciorado de la inutilidad del tratamiento en el paciente. El tipo de LET que se plantea con mayor frecuencia es la no realización de la RCP cuando se presenta una parada cardiorrespiratoria. Otros tratamientos que con frecuencia se toma la decisión de no llevarlos a cabo son: terapias de reemplazo renal (71,3%), la transfusión de hemoderivados (66,2%) y el empleo de fármacos vasoactivos (62,1%). Respecto acciones a aplicar en el mismo momento de la decision, destacan con más frecuencia la sedación terminal o paliativa (en el 64,4% de los casos) y extubación terminal (10,8%). Por otro lado, como forma más gradual de realizar la LET, en el 11,3% de los casos se optó por reducir los parámetros de VM, un 12,8% se realizó una disminución o retirada de los fármacos vasoactivos sin retirar otros tratamientos y un 12,3% decidió no instaurar ningún tratamiento más.

La propuesta de LET surge del personal sanitario en 190 casos. En cuanto a la participación del paciente en la decisión: 1,5% casos el paciente lo propuso; 85,1% el paciente no pudo participar por encontrarse en coma o por ser considerado incapaz; hubo

1,5% en los que el paciente no participó de la decisión pero fue informado de ella y en el 11,9% de los casos se decidió ni consultar ni informar de la decisión de la LET al paciente. Respecto a la participación de los familiares en las decisiones de la LET, 10,4% propusieron la LET y 4,5% se pidió opinión a los familiares. En 164 ocasiones (81,2%) se les informó de la decisión una vez tomada y, finalmente 3,5% de los casos el equipo médico no informó a los familiares de la decisión de LET.

### **Toma de decisiones y LET**

En este apartado, se explicara cómo se lleva a cabo la toma de decisiones en la LET y se profundizara en la toma de decisiones en pacientes capacitados o incapacitados.

Las decisiones de mantener o retirar los tratamientos de soporte vital son profundas e irreversibles. Por lo general, es un momento de gran estrés, miedo y ansiedad de los pacientes y familiares. Esto es debido a que a veces no está claro que tratamientos médicos pueden beneficiar al paciente o que tratamientos serán fútiles (4). Además, en el caso que el paciente este incapacitado para tomar decisiones y no haya dejado un consentimiento informado o unas directrices a un familiar, esta decisión puede ser todavía más complicada porque los familiares se tendrían que poner de acuerdo en lo que es mejor para el paciente con el equipo médico (15). En el estudio Ethicus que fue un ensayo prospectivo realizado en las UCI europeas para examinar entre otras cosas las decisiones al final de la vida. Este estudio determinó que el 95% de los pacientes carecían de capacidad de toma de decisiones en el momento de las decisiones al final de vida. Que los deseos de los pacientes sólo eran conocidos en un 20% de los casos (4,14).

Además, en la toma de decisiones también influyen otros factores como pueden ser la geografía, la religión y la cultura. En el estudio Ethicus (4,14) también demostró que la retirada del tratamiento ocurría con más frecuencia para los médicos católicos (53%), protestantes (49%), o sin ninguna afiliación religiosa (47%). En cambio, la retención del tratamiento ocurría con más frecuencia en médicos judíos (81%), ortodoxos (78%) o musulmanes (63%). (4) Por otro lado, el estudio Ethicus también determinó que el 81% de los médicos de Europa del central no tienen ninguna dificultad en la toma de decisiones en la LET, mientras que en Europa del norte y del sur no se reportó dificultad en el 92% de los casos (4).

A continuación, se presenta un flujograma (9) donde se explican los pasos a seguir para decidir si un paciente es susceptible a LET o no.

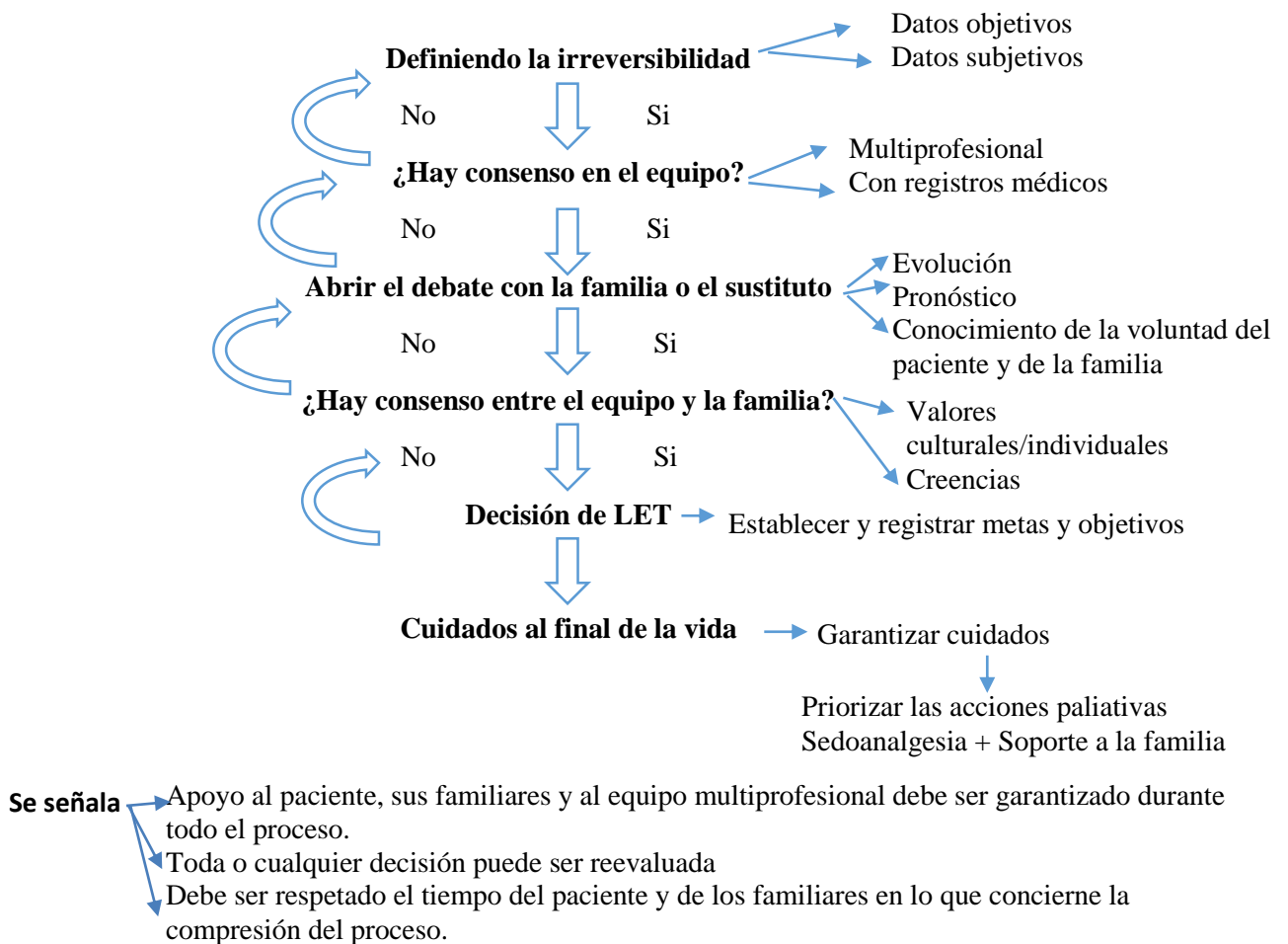


Figura 2: Flujograma para la toma de decisiones de LET propuesto por Moritz y colaboradores (2011) – Traducción del portugués. (9)

En cuanto a la toma de decisiones uno se puede encontrar en dos puntos o que el paciente esté capacitado para tomar las decisiones o que el paciente esté incapacitado para tomarlas.

En el caso del paciente capacitado para tomar decisiones la literatura dice que hay que respetar el principio de autonomía. Es decir, el paciente puede negarse a medicamentos, procedimientos, dispositivos, e incluso a la hidratación y la nutrición, incluso si esta negativa le puede llevar a la muerte antes de lo que de otro modo se hubiera producido (16,17). En Europa hay un amplio consenso a favor de que se respete el derecho del paciente competente de rechazar tratamientos o incluso de prologar su vida, en 2009 y 2012 el Consejo Europeo recomienda que se extienda este derecho al reconocimiento legal de los pacientes para rechazar el tratamiento (18).

Por otro lado, el 90% de pacientes en UCI serán pacientes incapacitados, es decir, en una situación en la que carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismos de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación. En este caso es el médico responsable quien debe de valorar si la persona se encuentra en una situación de incapacidad que le impida decidir. En caso de duda, puede solicitar ayuda a otros profesionales o consultar con la familia para conocer su opinión (12). En caso de que estos pacientes tengan una declaración de voluntades anticipadas firmadas, estas deben cumplirse siempre (5).

En este caso sería la familia, su representante o tutor legal los que deberán de tomar la decisión en su lugar. El tutor es descrito como la persona, legamente designada, que tomaría las decisiones por el paciente, en caso de que el paciente no estuviera capacitado (19). Aunque en caso de que el paciente dejara unas voluntades anticipadas, es decir, una declaración acerca de la forma en la que quiere que se maneje su proceso de muerte y que familiar le representara en caso de su incapacidad, estas deberían cumplirse (15).

Después de haber revisado la literatura sobre la toma de decisiones en la LET, he encontrado explicados de diferentes formas los pasos que se deberían de tomar en caso de un paciente incapacitado (11,12,15,16). Pero hay un artículo (16) que explica el proceso de deliberación de una manera más ordenada y esclarecedora. A continuación, serán explicados estos puntos:

1. Aprender acerca de la personalidad, preferencias y valores del paciente: Con el fin de respetar la autonomía del paciente incapacitado, los médicos deben intentar conocer cosas sobre el paciente (vida familiar, trabajo, afiliación religiosa,...). Esta información la podrá obtener a partir de la familia, amigos y entorno. Esta información no es solo esencial para la toma de decisiones en la LET, sino también

para mostrarle a la familia y al entorno que el médico también se preocupa por el paciente.

2. Deliberar sobre qué estados neurológicos o cognitivos el paciente consideraría aceptable/inaceptable si los estados fueran permanentes o prolongados: Siempre hay que hacer lo que el paciente considere lo correcto, tanto si es prolongar su vida aunque no tenga calidad de vida o realizar la LET porque no quieren acabar con ese estado neurológico. Siempre hay que tener en consciencia que en los pacientes que están incapacitados la persona que toma las decisiones debe de pensar en lo que el paciente querría no en lo que él/ella quiere.
3. Considerar la gama de resultados neurológicos posibles (si el pronóstico es incierto) y sus probabilidad, dando información actual: Una vez que se tiene toda la información acerca del paciente (estados en los que querría LET iniciar/retener). A continuación, las decisiones pueden contemplar lo que se conoce como el pronóstico del paciente. A veces, es imposible diagnosticar un pronóstico, y en su lugar, se deben de escribir una serie de resultados que se clasificaran de peor a mejor. En el caso, de que el rango solo incluya resultados inaceptables para el paciente, es evidente que se debería iniciar la LET. En cambio, si los resultados posibles son los que prefiere el paciente, se debe continuar o empezar con los tratamientos de mantenimiento de la vida. Por último, si hay tantos resultados aceptables como inaceptables habría que pensar cuál es el más probable en qué pensaría el paciente.
4. Considerar las intervenciones que requerirían para mantener la vida: Si la conversación en este punto no ha causado una respuesta clara en cuanto a si el paciente querría LET, esto a veces puede ayudar a deliberar sobre lo que será la vida ahora y cuando el pronóstico sea más claro. Esto puede ayudar a afinar las deliberaciones acerca de si el paciente tendría el deseo de iniciar tratamientos de mantenimiento de la vida con la esperanza de llegar a un resultado aceptable o por el contrario iniciar la LET. En este caso la decisión sería por ejemplo si dejar que le coloquen al paciente una traqueotomía o una gastrostomía o por el contrario iniciar la LET. Todas estas decisiones siempre se deben de tomar pensando en el paciente.

5. Deliberar sobre el curso de la acción que el paciente podría avalar y seguir ese camino; En este punto toda la información necesaria para tomar una decisión está “sobre la mesa”. En la teoría y en la práctica, la decisión está clara para todos después de la discusión de la perspectiva del paciente y los datos conocidos sobre el pronóstico. Los médicos y el tutor legal a menudo están de acuerdo acerca de lo que el paciente preferiría, y lo único que faltara será seguir ese curso. Pero a veces para el tutor legal tomar esta decisión se hace muy complicado psicológicamente por eso en este punto el médico debería compartir la carga siendo él el máximo responsable en la toma de la decisión, haciendo así que el tutor legal no se sienta como el máximo responsable de la decisión.

De vez en cuando el acuerdo no es posible. Esto puede ocurrir debido a que el pronóstico es complicado, o por la falta de confianza entre el sustituto y los médicos porque no hay una comprensión compartida de la perspectiva del paciente, u otras razones.

En estos casos, se puede requerir a un Comité de Ética Asistencial (CEA) para mediar en la decisión, aunque esas decisiones no son vinculantes para los profesionales. Obviamente, si los profesionales están convencidos que se debe llevar a cabo la limitación del tratamiento a un paciente pero los familiares o tutor no están de acuerdo pero el CEA apoya la decisión del equipo médico, entonces los profesionales tienen un fuerte argumento adicional para defender su posición y llevar a cabo la LET. Por el contrario, aunque un CEA considere que una propuesta de LET no es acertada, la última decisión la tomaría el equipo médico. Sin embargo, lo más prudente sería reevaluar la decisión final (11).

Aunque la literatura dice, que en la mayoría de los casos, esta toma de decisiones se podrá llevar a cabo sin que tenga que intervenir nadie externo.

A continuación, se presenta un flujograma donde da una visión general de cómo se tomaría las decisiones en caso de un paciente capacitado y incapacitado.

## Toma de decisiones de LET

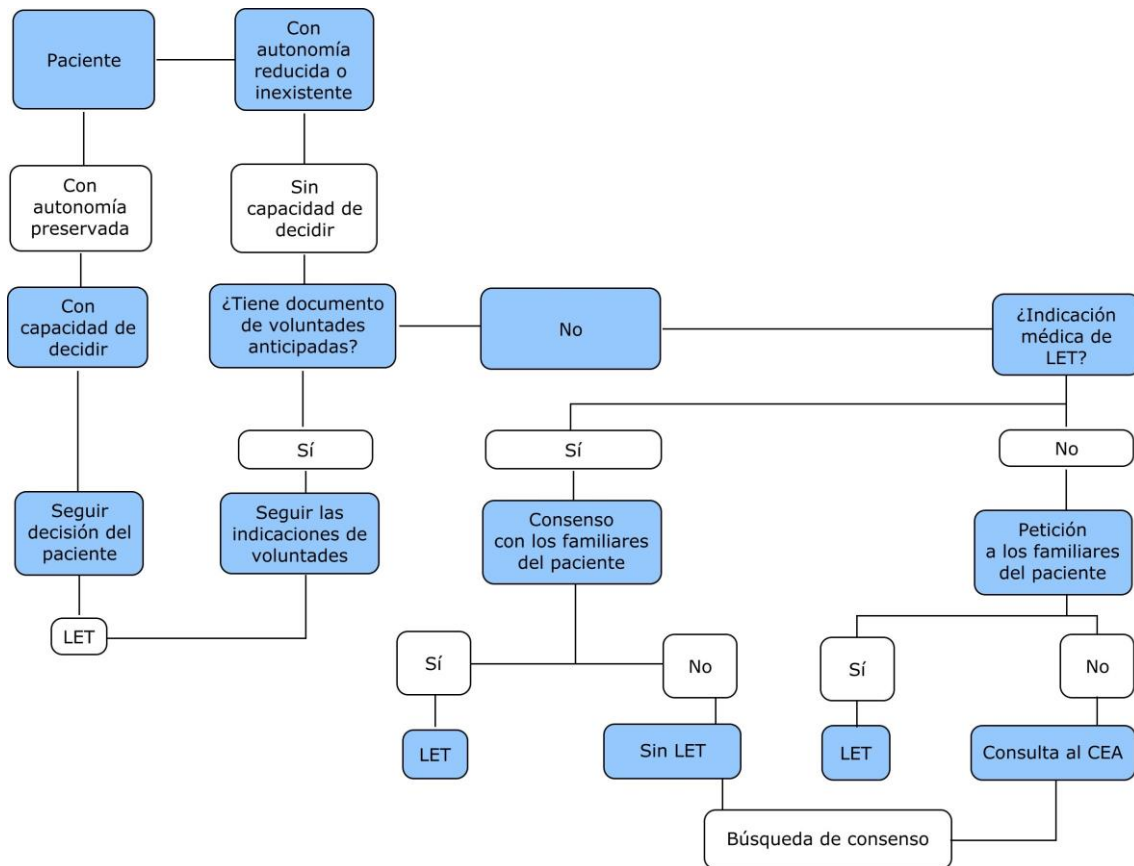


Figura 1: Flujograma para la toma de decisiones de LET propuesta por Ortega y Cabré (2008) – Traducción propia del portugués.(9)

### **Rol de la enfermera en la LET**

En este apartado, se explicará a partir de la información encontrada en la revisión bibliográfica el papel que tiene la enfermera en la limitación del tratamiento.

En la LET se presentan dos momentos importantes: la toma de decisiones y su aplicación. En estos momentos la enfermera a cargo del paciente tiene que hacer diversas actividades en cada una de las etapas, relacionada con el cuidado del paciente, el apoyo a los familiares y el apoyo al profesional médico (20).

En las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en relación al rol de la enfermería en al LET señala: “La decisión de LET debe discutirse colectivamente (médicos y enfermeras) y tomarse por consenso. La presencia de dudas en algún miembro del equipo hace que esta decisión



se reconsidere, o se debe apartar a dicho profesional de la toma de decisiones, respetando la libertad de conciencia como una de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Española”. A cuenta esto, también hay que tener en cuenta que en el Código Deontológico de la Enfermería Española, del Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería del 1989: Art.18. “Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle al 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 pueda afrontar la muerte cuando está ya no pueda evitarse”. Art.55. “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 que se le niegue la asistencia sanitaria” (5).

El artículo “The critical care nurse’s role in End-of-Life care: issues and challenges” (21) de Efstathiou. N y Clifford. C hace referencia a otros trabajos. Efstathiou. N y Clifford. C haciendo referencia al trabajo de Bach et. al. (2009), éste sugirió que uno de los roles más importantes de la enfermería es el suministro de apoyo emocional a las familias de pacientes críticamente enfermos, estando al lado suyo, proporcionándoles comodidad, cuidados y una persona que les escuche.

En definitiva uno de los papeles primordiales de la enfermera es ayudar en el momento de la toma de decisiones sirviendo de vínculo entre el médico y los familiares, y dando su punto de vista, además de darle el máximo apoyo y cuidados al paciente y a la familia. Se trata de que la enfermera ayude al paciente y a su familia, a llevar el padecimiento con dignidad. Por lo que es imprescindible, el respecto a los valores y a los derechos de la persona enferma, que pasa por ser un reto de la muerte digna, inseparable del derecho a decidir (3).

Debido a que no se incluían a las enfermeras en la toma de decisiones, Gardaz et al., elaboró en 2011 una serie de recomendaciones acerca del acompañamiento al final de la vida en la UCI. En este modelo se destaca el rol activo de la enfermería en este proceso. La estrategia de abordaje se divide en dos pasos: la decisión y la implementación. La fase de decisión implica la evaluación de la situación por parte de los médicos y la enfermera, con el objetivo de determinar los deseos del paciente y se realiza en conjunto con el

sustituto, familia, médicos y el equipo de especialistas. Después de que se haya tomado la decisión, empieza la fase de implementación que tiene dos etapas: la primera en la que se consideran las preferencias de los familiares y la segunda la sustitución de terapias. La segunda etapa la lleva a cabo el enfermero con el médico y consiste en suspender los soportes terapéuticos avanzados: ventilación mecánica, drogas vasoactivas,.. (20)

Por otro lado, Monteverde también refiere que la enfermera juega un papel muy importante en el momento de la toma de decisiones, debido a la capacidad que tiene de poder interactuar con el equipo, los familiares y el paciente. Esto permite tener una visión holística del paciente (características de la persona, sus valores y sus elecciones en los aspectos del cuidado, etc.), es por lo tanto una abogada de éste velando por la dignidad, el respeto, las necesidades, deseos y preferencias del paciente (20). Es decir, los familiares y los profesionales esperan que la enfermera actúe bajo el paradigma de la “nurse advocacy”. El paradigma de la “nurse advocacy” concibe a la enfermera como defensora de los derechos humanos fundamentales y de los derechos del paciente, además de ayudar a este para que identifique sus necesidades, opciones e intereses. Además, la posición privilegiada de la enfermera en relación con otros profesionales del equipo asistencial, como agente confidente situado en la “cabecera de la cama” de forma permanente (22)

Otro papel fundamental de la enfermera es realizar la suspensión de las terapias cuando por orden médica se ha indicado que son fútiles. Los profesionales de enfermería señalan que la suspensión de los tratamientos sería mucho más fácil si se tuviera más en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones. De este modo harían que las enfermeras no se sientan solas y que las implicaciones morales disminuyan, porque la decisión ha sido tomada por un juicio ético en el cuál ella también participa. También deben velar por proporcionar una experiencia de bienestar del paciente, con la prevención, el control y el alivio de las molestias físicas; así como por el reposo, la relajación y la prevención de complicaciones (20).

En definitiva, las enfermeras están en una posición única para establecer un enfoque terapéutico centrado en la familia para facilitar el debate sobre el final de la vida y la toma de decisiones mediante la evaluación y percepción de los pacientes enfermos y la capacidad de las familias para afrontar el estrés. Además, cuando las enfermeras

participan en la toma de decisiones están son más fáciles de tomar y no se crean conflictos con los familiares o sustitutos (19).

Aunque en la totalidad de los artículos leídos concluyen la no implicación y/o no consideración del personal de enfermería en la toma de decisiones debido a que el equipo médico no los tiene en consideración. Aunque en otros casos, también es el propio enfermero el que decide no implicarse. (5,13,18,20–23).

### **Conclusión**

A raíz de la lectura crítica de los artículos y la realización del trabajo he llegado a la conclusión que la limitación del esfuerzo terapéutico es un campo que aún no está lo suficientemente desarrollado, es decir, cuesta mucho encontrar una información homogénea en todos los artículos. Bajo mi punto de vista, si hubiera una información más homogénea se podría dar una mejor atención y calidad de vida en los cuidados al final de la vida, ya que estos son muy importantes para proporcionar al paciente una muerte digna.

Sobre la toma de decisiones la literatura dice que en la mayoría de veces no se tienen en cuenta la opinión de los familiares a la hora de tomar decisiones acerca del paciente. Pero bajo mi punto de vista, creo que se debería de tener más en cuenta a la familia o tutor legal del paciente. En ocasiones, éstos pueden ayudar a facilitar la toma de decisiones puesto que sirven de apoyo tanto al equipo sanitario como al paciente. Además, son los que mejor conocen los deseos y preferencias del paciente, en caso de que éste no haya realizado unas voluntades anticipadas.

En cuanto, al rol de la enfermera en la LET este no está claramente definido y por ello sería necesario realizar unos protocolos o guías de actuación en las UCIs para que quedaran claros los roles de los diferentes profesionales involucrados en la limitación del esfuerzo terapéutico. Además, es importante potenciar el papel de la enfermería en la LET como un integrante más del equipo sanitario, ya que es la que tiene una relación más cercana con la familia y el paciente, esto puede ayudar a la hora de tomar decisiones. Pero para poder desempeñar este rol, el resto del equipo sanitario debería de incluirla en la toma de decisiones acerca del paciente y además, la unidad debería de tener un protocolo donde se aclare su papel para que de esta manera también la enfermera se sienta segura realizando su trabajo.

En definitiva, la finalidad de la LET y los cuidados al final de la vida no es la muerte, sino la propia vida y la máxima calidad que se le pueda dar gracias al trabajo de los profesionales sanitarios. Para que esto suceda, debe de haber un buen trabajo en equipo entre los diferentes profesionales.

## Bibliografía

1. Crespí LS, Lahoz RP-G. Process of life-sustaining treatment in general hospital: withholding and withdrawing. *Rev bioética y derecho* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 20];(22):67–78. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaBioeticaDerecho/article/view/242571>
2. Morales AM, Riovalle JS, García IG. English: Knowledge of the Andalusian legislation on dignified death Español: Conocimiento sobre la ley andaluza de muerte digna Português: Conhecimento sobre a lei andaluza de morte digna [Internet]. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2012 [cited 2016 Apr 12]. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/9728/11964>
3. Javier Manuel Yagüe Sánchez FD, Guerrero. Papel de la enfermera en la Ley de Muerte Digna No Title. *Index Fund*. 2011;AÑO V – N.
4. Romain M, Sprung CL. End-of-Life Practices in the Intensive Care Unit: The Importance of Geography, Religion, Religious Affiliation, and Culture. *Rambam Maimonides Med J* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Apr 11];5(1):1–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3904478&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Muñoz MJB. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería intensiva* [Internet]. 2013;24(4):167–74. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>
6. María Navarro Navarro MJH, Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili. Tarragona E. El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Ética los Cuid* 2015 ene-jun; 8(15) [Internet]. 2015; Available from: <http://0-www.index-f.com.llull.uib.es/eticuidado/n15/et10062.php#com>
7. Belloc Rocasalbas M, Girbes ARJ. End of life decisions, the Dutch form through Spanish eyes. *Med Intensiva (English Ed)* [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Apr

- 20];35(2):102–6. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173572711700145>
8. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L, Algora Weber A. Limitation of life-sustaining treatment in patients with prolonged admission to the ICU. Current situation in Spain as seen from the EPIPUSE Study. *Med Intensiva (English Ed [Internet])*. 2015 Oct [cited 2016 Apr 20];39(7):395–404. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S217357271500048X>
  9. Gomes H de A, Almeida MA, Matoso TVF, Viana MAA, Rezende MBC, Bento MÂF, et al. Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. *Rev Bioética [Internet]*. Conselho Federal de Medicina; 2014 Aug [cited 2016 Apr 13];22(2):282–90. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  10. Moreno Vicente M, Rodríguez Segura MD, García Campo M del M. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Críticos: ¿cuestión solo médica? [Internet]. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 2013 [cited 2016 Apr 12]. p. 20–3. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4867868&info=resumen&idoma=SPA>
  11. Lorda. S, Esteban López. P, Sagrario. M PC. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. *Cons Igualdad, Salud y Políticas Soc [Internet]*. 2014;87. Available from:  
[http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion\\_esfuerzo\\_terapeutico\\_cuidados\\_intensivos.pdf](http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf)
  12. Escudero Cuadrillero. E, Bustamante Munguira. E, García Verdejo. JA, Martínez Tárrega. A, Tuero León. G BLE. Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en el servicio de medicina intensiva. *Gov les Illes Balear - Àrea Salut*

d'Eivissa i Formentera. 2015;46.

13. Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC, et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2010 Oct [cited 2016 Apr 19];21(4):142–9. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991000060X>
14. Bernal DR, Uribe CC. [Limitations on Therapeutic Efforts: Much More than not Doing]. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Apr 11];42(1):97–107. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26572716>
15. Welie JV, Ten Have HA. The ethics of forgoing life-sustaining treatment: theoretical considerations and clinical decision making. *Multidiscip Respir Med* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Mar 4];9(1):14. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3995268&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Cochrane TI. Withdrawing and withholding life-sustaining treatment. *Handb Clin Neurol* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Apr 10];118:147–53. Available from:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444535016000123>
17. Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. *Multidiscip Respir Med* [Internet]. 2015 Jan [cited 2016 Mar 4];10(1):5. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4335772&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Jox RJ, Horn RJ, Huxtable R. European perspectives on ethics and law in end-of-life care. *Handb Clin Neurol* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Mar 16];118:155–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182375>
19. Melhado, Lolita W.; Byers JF. Patients' and surrogates' decision-making characteristics: withdrawing, wit...: EBSCOhost [Internet]. Journal Article -

- CEU, exam questions, research, systematic review, tables/charts. 2011 [cited 2016 Apr 12]. p. 13(1): 16–30. (15p). Available from: <http://0-web.a.ebscohost.com.llull.uib.es/ehost/detail/detail?sid=91d221d9-613e-4bc2-b835-9bdc0e9e453c%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4204&bdata=Jmxhbmc9ZXMMm c2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=104819472&db=c8h>
20. 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 2016 Apr 12];19(3):41–50. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  21. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse’s role in end-of-life care: issues and challenges. Ovid Nurs DatabaseNursing Crit Care. 2011;16(3):116–23.
  22. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Enfermería Intensiva [Internet]. 2009 Jul [cited 2016 Apr 19];20(3):104–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239909725908>
  23. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ording H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. Intensive Care Med [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 Mar 29];37(10):1696–705. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877211>
  24. Soraya Bernardo García MML. Experiencia enfermera en la toma de decisiones sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). PARANINFO Digit MONOGRÁFICOS Investig EN SALUD. 2014;AÑO VIII –.



## Anexo 1

### Estrategia detallada:

#### Pregunta de investigación:

¿Cuál es el contexto actual y el rol de la enfermería en la LET?

#### Descriptor

- Castellano: Limitación del esfuerzo terapéutico, toma de decisiones y rol de la enfermera.
- Inglés: withdrawing and withholding treatment, decision – making and nursing role

#### Combinaciones de búsqueda:

1. Limitación del esfuerzo terapéutico / withdrawing and withholding treatment.
2. (limitación del esfuerzo terapéutico AND toma de decisiones) / (withdrawing and withholding treatment AND decisión - making)
3. (limitación del esfuerzo terapéutico AND rol de la enfermera) / (withdrawing and withholding treatment AND nursing role)

#### Bases de datos seleccionadas:

- Metabuscaor: EBSCOHost
- Bases de datos específicas: DeCINHAL, Pubmed, Cuiden, LILACS y IBECS
- Base de datos revisiones: Cochrane
- Otros: se buscó en dos revistas específicas “medicina intensiva” y “medicina intensiva”

#### Límites de la búsqueda bibliográfica:

- Año de publicación: 2011-2016
- Idiomas: inglés, castellano y portugués.
- Otros: exclusión de neonatos, niños o adolescentes

**Anexo 2**Resultados detallados:

<b>EBSCOHost (CINAHL)</b>	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment</i> <u>Resultados:</u> 30 <u>Seleccionados:</u> 3
	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment AND decision – making</i> <u>Resultados:</u> 21 <u>Seleccionados:</u> 3
	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment AND nursing role</i> <u>Resultados:</u> 2 <u>Seleccionados:</u> 1

<b>PubMed</b>	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment</i> <u>Resultados:</u> 156 <u>Seleccionados:</u> 9
	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment AND decision – making</i> <u>Resultados:</u> 85 <u>Seleccionados:</u> 5
	<u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment AND nursing role</i> <u>Resultados:</u> 4 <u>Seleccionados:</u> 1

<b>CUIDEN</b>	<u>Descriptor</u> es: <i>“limitación del esfuerzo terapéutico”</i> <u>Resultados</u> : 22 <u>Seleccionados</u> : 7
	<u>Descriptor</u> es: <i>“limitación del esfuerzo terapéutico”</i> AND <i>“toma de decisiones”</i> <u>Resultados</u> : 4 <u>Seleccionados</u> : 2
	<u>Descriptor</u> es: <i>“limitación del esfuerzo terapéutico”</i> AND <i>“rol de la enfermera”</i> <u>Resultados</u> : 1 <u>Seleccionados</u> : 1

<b>LILACS</b>	<u>Descriptor</u> es: <i>limitación del esfuerzo terapéutico</i> <u>Resultados</u> : 31 <u>Seleccionados</u> : 3
	<u>Descriptor</u> es: <i>limitación del esfuerzo terapéutico AND</i> <i>toma de decisiones</i> <u>Resultados</u> : 0 <u>Seleccionados</u> : 0
	<u>Descriptor</u> es: <i>limitación del esfuerzo terapéutico AND</i> <i>rol de la enfermera</i> <u>Resultados</u> : 0 <u>Seleccionados</u> : 0

<b>IBECS</b>	<i>Se ha realizado una búsqueda en esta base de datos con los descriptores anteriormente mencionados pero la búsqueda no ha dado ningún resultado.</i>
--------------	--

<p><b>Cochrane Library Plus</b></p>	<p><i>Se ha realizado una búsqueda en esta base de datos de revisiones con los descriptores anteriormente mencionados pero sólo ha dado resultados que no tenían nada que ver con el tema y los objetivos de mi investigación. Por tanto, no seleccione ninguno.</i></p>
-------------------------------------	--

<p><b>Enfermería intensiva</b></p>	<p><u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment</i>  <u>Resultados:</u> 3  <u>Seleccionados:</u> 1          Se utilizaron los mismos límites que para las bases de datos.</p>
------------------------------------	--

<p><b>Medicina intensiva “versión inglesa”</b></p>	<p><u>Descriptores:</u> <i>withdrawing and withholding treatment</i>  <u>Resultados:</u> 3  <u>Seleccionados:</u> 2          Se utilizaron los mismos límites que para las bases de datos.</p>
--	--

<p><b>Medicina intensiva “versión española”</b></p>	<p><u>Descriptores:</u> <i>limitación del esfuerzo terapéutico</i>  <u>Resultados:</u> 3  <u>Seleccionados:</u> 0          Se utilizaron los mismos límites que para las bases de datos.</p>
---	--