

~ 0 ~

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2016 / 2017

**Cuidados enfermeros durante el proceso de
limitación de esfuerzo terapéutico en las
Unidades de Cuidados Intensivos de adultos.
Revisión sistemática.**

Derly Fernanda Osorio Aguilar

Director: Santiago Martinez Isasi

Cuidados enfermeiros durante o proceso de limitación de esforzo terapéutico nas Unidades de Cuidados Intensivos de adultos. Revisión Sistemática.

Nursing care during the process of Limiting Therapeutic Effort in Adult Intensive Care Units. Systematic review.

INDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	4
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	5
RESUMEN	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO Y OBJETIVOS.....	11
2.1. Objetivos del estudio.....	11
3. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Criterios de inclusión y criterios de exclusión.....	12
3.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica:	13
3.2.1. Búsqueda de artículos originales.....	14
3.3. Evaluación de la calidad de los estudios:.....	16
3.4. Gestión de la bibliografía localizada.....	17
3.5. Extracción de datos y síntesis de la información.....	17
3.6. Establecimiento y definición de las variables de estudio.....	17
4. RESULTADOS	19
4.1. Diagrama de flujos de la gestión, extracción y síntesis de la bibliografía localizada.	19
4.2. Análisis de los resultados de las variables.....	20
5. DISCUSIÓN.....	24
5.1. imitaciones:	28
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	30
8.1. ANEXO I.....	34

8.2.	ANEXO II.....	35
8.3.	ANEXO III.....	36
8.4.	ANEXO IV	41

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

CINAHL: CUMULATIVE INDEX TO NURSING AND ALLIED HEALTH LITERATURE

WOS: WEB OF SCIENCE.

UCI: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

LET: LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

EOLC: END OF LIFE CARE (CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA).

PE: PERSONAL DE ENFERMERÍA.

RS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

USPSTF: UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

PRISMA: PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES

TET: TUBO ENDOTRAQUEAL

UPP: ÚLCERAS POR PRESIÓN

GR: GRADO DE RECOMENDACIÓN

NE: NIVEL DE EVIDENCIA

NIC: NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION o
CLASIFICACION DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PIO.	11
Tabla 2. Criterios de inclusión y criterios de exclusión.	12
Tabla 3. Formato PIO y conversión a términos DeCs y MeSh.	13
Tabla 4. Búsqueda de artículos originales en Pubmed.	14
Tabla 5. Búsqueda de artículos originales en WOS	15
Tabla 6. Búsqueda de artículos originales en Scopus.....	15
Tabla 7. Búsqueda de artículos originales en Cinhal.	16
Tabla 8. Artículos originales incluidos en la RS.....	34
Tabla 9. Resultados de la síntesis de las variables del estudio.....	36
Tabla 10. Comparativa de las prácticas enfermeras con los resultados europeos.	41
Figura 1 Diagrama de Flujos	19
Figura 2. Clasificación de los NE y GR según la USPSTF	35

RESUMEN

Introducción: Existen situaciones de salud no reversibles y con mal pronóstico, en las que mantener con vida al paciente, no aporta beneficio para él y para su familia, es entonces cuando aparece el concepto de Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) que consiste en retener o retirara el tratamiento de soporte vital del paciente.

Objetivo: Identificar los cuidados enfermeros realizados en el proceso de LET en la UCI de adultos.

Metodología: Se realizó una búsqueda de la bibliografía y una lectura crítica de publicaciones en bases de datos: Pubmed, Wos, Scopus y Cinhal.

Resultados: Las principales intervenciones enfermeras reflejadas incluyen la prevención de las úlceras por presión (UPP), el alivio eficaz del dolor, la aspiración oral o endotraqueal, los ejercicios con movimientos pasivos de las extremidades, el apoyo nutricional e hídrico, existe también apoyo hacia la familia como permitir visitas sin restricción y ofrecer un ambiente adecuado para poder decir adiós sin distracciones.

Conclusión: Los tres estudios seleccionados evidencian cuidados realizados por las enfermeras de la UCI durante la LET, sin embargo, además de que la literatura sea escasa tienen un nivel bajo de evidencia, dado que los resultados provenientes de un cuestionario son opiniones del PE. Es necesario realizar más estudios que sirvan para desarrollar guías de práctica durante el proceso de LET y mejorar la calidad de la práctica clínica con ello.

Palabras clave: Limitación de esfuerzo terapéutico, retención del tratamiento, enfermería, unidad de cuidados intensivos

RESUMO

Introdución: Existen situacións de saúde non reversibles e con mal pronóstico, nas que manter o paciente con vida, non lle brinda beneficio nin á súa familia, é cando aparece o concepto de limitación de esforzo terapéutico (LET) que consiste en reter o retirar o tratamento de soporte vital do paciente.

Obxectivo: Identificar os cuidados enfermeiros no proceso de LET na UCI de adultos.

Metodoloxía: Realizouse unha búsqueda da bibliografía e unha lectura crítica de publicacións en bases de datos: Pubmed, Wos, Scopus y Cinhal.

Resultados: Os principais cuidados enfermeiros reflexadas inclúen a prevención das úlceras por presión (UPP), o alivio eficaz do dolor, a aspiración oral ou endotraqueal, os exercicios con movementos pasivos das extremidades, o apoio nutricional e hídrico, existe tamén apoio á familia como permitir visitas sen restrición e ofrecer un ambiente adecuado pra poder dicir adeus sen distraccións.

Conclusión: Os tres estudos seleccionados evidencian intervencións realizadas polas enfermeiras da UCI durante a LET, sen embargo, ademais de que a literatura sexa escasa, teñen un nivel baixo de evidencia, dado que os resultados provenientes dun cuestionario son opinións do PE. É necesario realizar máis estudos que sirvan pra desenrolar guías de práctica durante o proceso de LET e mellorar a calidade da práctica clínica con isto.

Palabras clave: Limitación de esforzo terapéutico, retención do tratamento, enfermaría, unidade de cuidados intensivos

ABSTRACT

Introduction: there are non-reversible health situations, poor prognosis, in which to keep the patient alive does not bring benefit to him, and his family, is when the concept of Therapeutic Effort Limitation (LET) that consists of withholding or withdrawing the life support treatment of the patient

Objective: To identify nursing care in the LET process in the adult ICU.

Methodology: A bibliographical search and a critical reading of publications in databases were done are Pubmed, Wos, Scopus and Cinhal.

Results: The main nursing care include the prevention of pressure ulcers (UPP), effective pain relief, oral or endotracheal aspiration, exercises with passive limb movements, nutritional and water support. The family as allowing unrestricted visits and providing a suitable environment to be able to say goodbye without distractions.

Conclusion: The three studies evidenced interventions performed by nurses of the ICU during LET; however, in addition to the fact that the literature is scarce, they have a low level of evidence, since the results of a questionnaire are opinions of the EP. More studies are needed to develop guidelines for the LTE process and improve the quality of clinical practice with it.

Keywords: Limitation Therapeutic Effort, withholding treatment, nursing, intensive care unit.

1. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia interdisciplinar en un espacio específico del hospital con la finalidad de atender a pacientes que requieran de un tratamiento de soporte vital (1).

Existen niveles de asistencia de la UCI, concretamente tres que dependen de la duración de la estancia, tipo de atención requerida, gravedad de la enfermedad, número de camas y relación enfermeras- intensivistas, así por ejemplo el nivel 1 corresponde a una atención más básica que en el nivel 3, en el cual se prestan cuidados de alta intensidad (2).

En respuesta a los avances de la medicina y de la tecnología en las UCI, hoy en día se proporcionan tratamientos cada vez más sofisticados con la finalidad de prolongar la vida del paciente críticamente enfermo (3); sin embargo, a pesar de estos avances, la muerte sigue siendo una realidad, y en ocasiones es asociada a la decisión de la retirada de tratamiento debido al agotamiento de las intervenciones tecnológicas y el fracaso de los sistemas del cuerpo del paciente para responder al tratamiento (4); con estas situaciones surge el término de Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) que consiste en no aplicar medidas extraordinarias para la finalidad terapéutica planteada en un paciente con mal pronóstico y/o mala calidad de vida, existen dos posibilidades de LET. El primero consiste en no iniciar medidas o retenerlas (withholding treatment) y el segundo consiste en retirar un tratamiento previamente instaurado (withdrawing treatment), psicológicamente tiene mayor dificultad el segundo que el primero, sin embargo desde el punto de vista ético no existe diferencia (5,6)

Los cuidados de enfermería durante la LET son realizados principalmente al paciente, pero también a su familia y amigos que necesitan atención, apoyo y cuidados.

Además, la familia es la representante legal del paciente en caso de que se encuentre inconsciente o sedado, esto significa que tiene que estar informada

sobre el tratamiento y las decisiones que se toman relacionadas con el paciente (7,8)

El cuidado en la UCI requiere de personal altamente cualificado y con experiencia suficiente para afrontar la responsabilidad y el estrés diario que conllevan en sí mismo este tipo de unidades. La enfermería, de todos los miembros del equipo de salud de la UCI, es el personal que más tiempo se encuentra a pie de cama del paciente, ofreciendo cuidados continuos. En el proceso de LET, estos cuidados se denominan EOLC (End of Life Care o atención al final de la vida), y consisten en ofrecer atención y servicios de apoyo a un enfermo grave y a su familia una vez tomada la decisión de terminar el tratamiento de soporte vital. Para una EOLC de alta calidad, es importante que las enfermeras desempeñen el papel de defensoras de los derechos del paciente, tratando de encontrar una muerte pacífica y digna (9,10).

Este estudio analiza la bibliografía para identificar cuáles son los cuidados realizados por el PE (personal de enfermería) durante la LET en la UCI de adultos.

2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO Y OBJETIVOS

El proceso de LET, hoy un día tiene gran repercusión ética y emocional en la práctica clínica, tanto para el paciente, su familia y para el PE. En base a mi experiencia como alumna de enfermería, me surgió la curiosidad y me planteé la pregunta de investigación de esta RS (*Tabla 1*). La formulación de la pregunta se realiza en base al formato PICO (Population, Interventions, Comparative (no precisa) y Outcomes) (11,12).

Tabla 1. Pregunta de investigación en formato PIO.

¿Cuáles son los cuidados de enfermería en la limitación de esfuerzo terapéutico en la UCI de adultos?		
POBLACION (Population)	INTERVENCION (Intervention)	RESULTADO (Outcomes)
Enfermeras de la UCI con experiencia en los cuidados en la limitación de esfuerzo terapéutico (LET)	Identificar los cuidados que realiza el PE durante el LET, cuidados al final de la vida	Promover una mejora en la práctica clínica, mediante cuidados enfermeros que sean de mayor calidad en la LET

2.1. Objetivos del estudio

Objetivo general:

- Conocer cuáles son los cuidados realizados por las enfermeras de la UCI de adultos, una vez iniciado el proceso de LET en adultos críticos.

Objetivos específicos:

- Dotar a las enfermeras de seguridad y confianza a la hora de ofrecer cuidados durante la LET en la UCI, mediante la formación interdisciplinar.
- Promover una mejora en la práctica clínica, mediante cuidados que sean de mayor calidad en la LET.
- Contribuir a la realización de futuras guías clínicas acerca de la LET en la UCI.

3. METODOLOGÍA

Para realizar la presente RS, se ha tomado como modelo la metodología indicada en el reglamento para la realización de los trabajos de Fin de Grado de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol; y la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)(13)

3.1. Criterios de inclusión y criterios de exclusión

A continuación (*Tabla 2*), se describen detalladamente los límites que se han utilizado en las búsquedas de las distintas bases de datos, con el objetivo de sesgar la búsqueda.

Tabla 2. Criterios de inclusión y criterios de exclusión.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tipos de estudio	Revisiones sistemáticas o estudios de tipo cuantitativo o mixto	Publicaciones diferentes a RS o estudios cuantitativos o mixtos
Área	Enfermería	Pediatría, geriatría y cualquier otra área no enfermera.
Unidad	UCI adultos	UCI pediátrica y UCI neonatos
Muestra	Personal de enfermería de la UCI, de cualquier sexo, edad o raza, con experiencia en proporcionar cuidados durante la LET.	Personal de enfermería que trabaje en la UCI de adultos y no tenga experiencia en ofrecer cuidados durante la LET y personal de enfermería que no trabaje en la UCI de adultos.
Cobertura cronológica	Del año 2012 a Agosto del 2017	Estudios publicados en años previos al 2012.

Idioma de publicación	Inglés, español y portugués.	Idiomas distintos del inglés, español y portugués.
------------------------------	------------------------------	--

3.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Con el objetivo de hallar literatura existente sobre el tema de estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos durante los meses de junio y agosto del 2017.

Una vez definidos los términos DeCs y MeSh (Tabla 3), se procedió a formular la estrategia de búsquedas, ayudándonos de los operadores booleanos (AND, OR y NOT) y de las técnicas de truncamiento (14). Además, se incorporaron los límites establecidos anteriormente, para poder iniciar la búsqueda en las bases de datos de: Pubmed, WOS (Web of Science), Scopus y Cinhal.

El primer paso, fue comprobar la existencia de alguna RS que respondiese nuestra pregunta de investigación, sin haber obtenido ningún resultado.

Tabla 3. Formato PIO y conversión a términos DeCs y MeSh.

Pregunta	Palabra natural	DeCS	MeSH
<i>Enfermeras de la UCI con experiencia en los cuidados en la limitación de esfuerzo terapéutico (LET)</i>	Enfermeros Enfermedad crítica Paciente crítico Unidad de cuidados intensivos	Enfermeros Enfermedad crítica Unidad de cuidados intensivos Privación del tratamiento	Nurses Critical illness Intensive care unit Adults Withholding Treatment
<i>Identificarlos cuidados que realiza el PE durante el LET, cuidados al final de la vida</i>	cuidados enfermeros Nursing role, Nursing care, Critical care Therapeutic effort limitation EOLC	Cuidados críticos cuidado terminal cuidados paliativos Enfermería Privación del tratamiento	Critical care nursing Nursing Nursing care Palliative care Terminal care

				Withholding Treatment
Resultados	<i>Promover una mejora en la práctica clínica, mediante cuidados enfermeros que sean de mayor calidad en la LET.</i>	Mejora de la práctica clínica Mediante la evaluación de la eficacia clínica (clinical effectiveness)	Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones	Treatment Outcome

3.2.1. Búsqueda de artículos originales

A continuación, se muestran en las siguientes tablas (Tabla 4, 5, 6 y 7) las estrategias de búsquedas empleadas en las bases de datos más importantes de ciencia de la salud, como son Pubmed, Wos, Scopus y Cinhal; además de los resultados totales obtenidos y el número de estudios seleccionados.

Tabla 4. Búsqueda de artículos originales en Pubmed.

PUBMED	
(("withholding treatment" [Mesh] OR "withdrawal of treatment" [Tiab] OR "withdrawing treatment" [Tiab]) AND ("end of life care" [Tiab] OR "terminal care" [Mesh] OR "palliative care" [Mesh]) AND ("intensive care units"[Mesh] OR ICU [Tiab]) AND (nursing [Mesh] OR nurs* [Tiab] OR "nursing care" [Tiab] OR "nursing role" [Tiab]))	
Límites	
Tipo de documento	Estudios cuantitativos o mixtos
Idiomas	Inglés, español y Portugués.
Años de publicación:	2012 a Agosto del 2017
Área	Enfermería
Resultados	21
Selección	3

Tabla 5. Búsqueda de artículos originales en WOS

WEB OF SCIENCE	
(("TERMINAL CARE" OR "PALLIATIVE CARE") AND ("WITHHOLDING TREATMENT" OR "WITHDRAW* TREATMENT") AND ("NURS*") AND ("INTENSIVE CARE UNIT" OR "ICU"))	
Límites	
Web of Science Core collection	
Tipo de documento	Estudios cuantitativos o mixtos
Idiomas	Inglés, español y Portugués.
Años de publicación:	2012 a Agosto del 2017
Área	Enfermería
Resultados	7
Selección	1

Tabla 6. Búsqueda de artículos originales en Scopus.

SCOPUS	
TITLE-ABS-KEY ((("TERMINAL CARE" OR "PALLIATIVE CARE") AND ("WITHHOLDING TREATMENT" OR "WITHDRAW* TREATMENT") AND ("NURS*") AND ("INTENSIVE CARE UNIT" OR "ICU")))	
Límites	
Tipo de documento	Estudios cuantitativos o mixtos
Idiomas	Inglés, español y Portugués.
Años de publicación:	2012 a Agosto del 2017
Área	Enfermería
Resultados	12

Selección	2
------------------	----------

Tabla 7. Búsqueda de artículos originales en Cinhal.

CINHAL	
(("TERMINAL CARE" OR "PALLIATIVE CARE") AND ("WITHHOLDING TREATMENT" OR "WITHDRAW* TREATMENT") AND ("NURS*") AND ("INTENSIVE CARE UNIT" OR "ICU"))	
Límites	
Tipo de document	Estudios cuantitativos y mixtos
Idiomas	Inglés, español y Portugués.
Años de publicación:	2012 a Agosto del 2017
Área	Enfermería
Resultados	6
Selección	0

3.3. Evaluación de la calidad de los estudios:

Para asegurar que la información obtenida estaba basada en la mejor evidencia científica disponible, se evaluaron los diferentes estudios con un instrumento de clasificación de niveles de evidencia y grados de recomendación como es la United States Preventive Services Task Force (USPSTF)(15). Es una de las clasificaciones más conocidas y utilizadas en nuestro medio actual, nos permite tomar conciencia de la existencia de un orden jerárquico en la calidad de la evidencia entre los estudios científicos, donde aquellos que presentan sesgos, no debieran justificar acciones clínicas.

El USPSTF asigna un nivel de evidencia para evaluar el beneficio neto de un servicio preventivo basado en la naturaleza de la evidencia total disponible para sustentar un grado de recomendación (GR), a estos últimos se le asigna una

letra (A, B, C, D, o I), así el grado A, sugiere que existe una buena evidencia que respalda la recomendación; el extremo opuesto es el grado I, que sugiere que no hay suficiente evidencia para evaluar el beneficio neto de una acción y por lo tanto, no se puede recomendar (15).(Anexo II).

3.4. Gestión de la bibliografía localizada.

Una vez se realizaron las búsquedas y obtuvieron los resultados en cada una de las base de datos, estos se exportaron a un gestor de referencias bibliográfico (Mendeley), con el fin de descartar cualquier duplicación.

Tras la obtención de los resultados, se procedió al análisis de los mismos En un primer momento se seleccionaron los artículos por el título que se adaptan al tema de estudio y los resúmenes para poder descartar cuales fueron aquellos que con certeza no responden a nuestra pregunta de investigación, posteriormente de seleccionar las publicaciones se realizó una lectura crítica.

3.5. Extracción de datos y síntesis de la información.

Una vez seleccionada la lista definitiva (Anexo I), se creó una plantilla para la extracción de los datos más relevantes, de tal forma que nos aportó la información necesaria para su análisis.

3.6. Establecimiento y definición de las variables de estudio.

Para realizar el análisis de las publicaciones incluidas en el estudio, se han establecido una serie de variables, las cuales se describen a continuación:

- **Autor, año y procedencia del estudio:** nombre del autor/es que realizaron el estudio, la fecha de publicación y lugar donde se realizó el estudio.
- **Población y entorno:** la fuente que nos aporta la información para poder obtener los resultados, en este caso las enfermeras de la UCI y el lugar.
- **Datos demográficos:** es la información acerca de la edad, el género, la experiencia de la población del estudio.
- **Intervención o herramienta utilizada:** el instrumento empleado para recopilar la información ha sido el cuestionario VENECIA (Vistas de

Enfermeros Europeos de Cuidados Intensivos de Fin de la vida) es el utilizado para realizar las encuestas de forma anónima a las enfermeras de la UCI, sirve para investigar las diferencias y similitudes de las actitudes y creencias de las enfermeras acerca del EOLC, esta herramienta se compone de cuatro secciones:

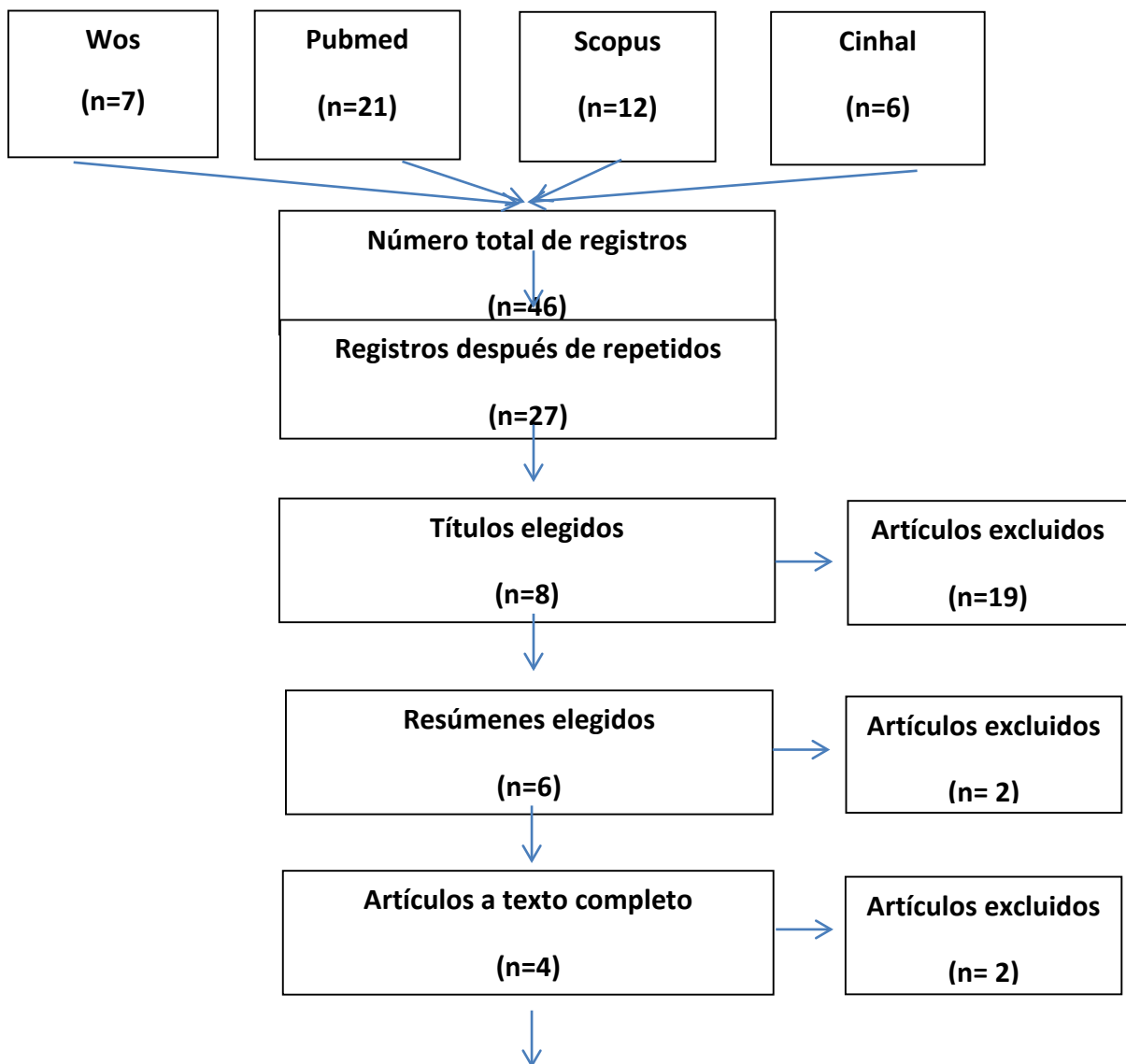
- 1) **Datos demográficos:** Información anónima en la que se conoce el género, la edad, la experiencia en LET de las enfermeras en la UCI, entre otros términos;
 - 2) **Declaraciones de las enfermeras sobre la actitud del cuidado EOL:** puntos de vista del PE acerca de qué es la LET para ellas;
 - 3) **Opinión de las enfermeras acerca de si participan o no, junto con el personal médico para la toma de decisión de la LET y criterios utilizados en mayor o menor medida.**
 - 4) **Prácticas enfermeras en la LET** son las declaraciones de las enfermeras acerca de las diferentes prácticas realizadas en EOLC.
- **Prácticas enfermeras** en la LET: son las declaraciones de las enfermeras acerca de las diferentes prácticas realizadas en EOLC.
 - **Calidad de los estudios:** Evaluación de los niveles de evidencia y de los grados de recomendación de los artículos según la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (ANEXO II).

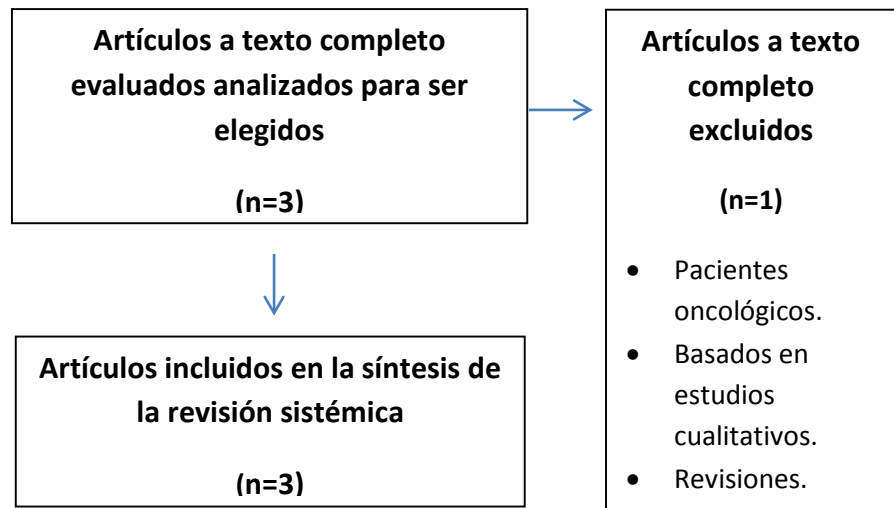
4. RESULTADOS

En la búsqueda inicial de artículos originales se seleccionaron tres artículos en la revisión, se extrajeron unas determinadas variables que nos facilitaron analizar los resultados (anexo III).

4.1. Diagrama de flujos de la gestión, extracción y síntesis de la bibliografía localizada.

Figura 1 Diagrama de Flujos





4.2. Análisis de los resultados de las variables.

A continuación, se exponen los resultados más relevantes en función de las variables analizadas en el presente trabajo.

AÑO Y PROCEDENCIA DEL ESTUDIO:

Los estudios seleccionados fueron recientes, todos publicados en los últimos tres años. La procedencia de los artículos fue de diferentes países, Nueva Zelanda (16), Turquía (9) y Sudáfrica (17).

POBLACIÓN Y ENTORNO:

En los tres estudios seleccionados, la muestra fueron las enfermeras de la UCI con experiencia en el proceso de LET.

La muestra en los artículos fue amplia, destacando el estudio de A Badir *et al.* (9) con 602 encuestas completas, el estudio de M. Coombs *et al.* (16) con 203 encuestas, y en el estudio de G Langley *et al.* (17) la muestra fue de 100 encuestas totales realizadas por el PE.

Dos de los estudios se realizaron en UCIs de segundo y tercer nivel, siendo de 32 hospitales en Turquía (9) y de 4 hospitales en Nueva Zelanda (16), sin embargo en uno de ellos, no se especifica el nivel de la UCI donde se ha recogido la muestra (17).

Los hospitales donde se recogieron las muestras fueron 18 hospitales del Ministerio de Salud y un hospital de investigación de Turquía (9); 2 hospitales afiliados a la Universidad Johannesburgo (17) y en uno de los estudios no se especifica el tipo de hospital (16).

DATOS DEMOGRÁFICOS:

El género predominante es el femenino, con un 88,2% (16), 84% (17) y 82% (9). Con respecto a la edad de los encuestados, se observó gran variabilidad. Las enfermeras con un porcentaje más alto de edad fueron las del estudio de G Langley, *et al.* (17), donde el 51% tenían más de 40 años; en el estudio de M Coombs, *et al.* (16) el 33% tenía entre los 30-39 años y por último el estudio de A Badir, *et al.* (9) el 60% tenía una edad inferior a los 30 años.

Al analizar el papel principal que desempeñaba el PE, se observó que un porcentaje muy alto se dedicaba a la práctica clínica, 94% (9), 88% (16) y 77% (17).

Otro factor importante estudiado en los tres estudios fue la experiencia del PE en la UCI, la mayoría de las encuestadas tienen menos de cinco años de experiencia en esta unidad, siendo de un 73% (9), 53% (16) y 31% (17).

INTERVENCIÓN UTILIZADA:

La herramienta utilizada en los estudios seleccionados fue VENECIA (Vistas de enfermeros europeos de cuidados intensivos de fin de la vida) sin embargo, el estudio de M Coombs, *et al.* (16) además realizó grupos de enfoque; el estudio de G Langley, *et al.* (17), añadió a la herramienta unas modificaciones, una pregunta más sobre idiomas y referente a los antecedentes religiosos se añadió la herramienta "Christian" (17) para incluir la religión católica, la protestante, protestante evangélica y tradicional africana.

PRACTICAS ENFERMERAS EN LA LET:

Las intervenciones enfermeras realizadas en la UCI durante el proceso de LET, en los tres estudios seleccionados son las mismas, dado que siguen el mismo

cuestionario validado, sin embargo, se observaron diferencias en los puntos de vistas de las enfermeras:

1. Permitir rituales religiosos y espirituales al paciente y a su familia, el PE estuvo de acuerdo al 100% en uno de los estudios (16), y en los otros dos alcanzan altos porcentajes, un 93% (17) y un 87% (9).
2. El alivio del dolor eficaz, un 99,5% (16), 85% (9) y 84%(17) son los puntos de vista favorables del PE en los tres estudios.
3. La prevención de UPP se valoran como importantes con un 89% (17), 86% (9) y un 79% (16) respectivamente.
4. Permitir visitas a cualquier hora del día sin restricción en la duración, ni en el número de visitantes, es una intervención valorada por el PE de diferente manera en uno de los estudios, con un 95% (16), 84% (17), y 48% (9) respectivamente en los tres estudios.
5. Permitir cuidados en habitación privada en la UCI lo consideran importante en el estudio de M Coombs *et al.* (16) y en el de G Langley *et al.* (17) con un 94,4% y un 73% respectivamente.
6. Recibir cuidados por parte de las enfermeras que conocen al paciente y a su familia, es una intervención que solo viene descrita en un estudio considerándolo como importante con un 87,3% (16)
7. La aspiración oral o endotraqueal para mantener las vías respiratorias permeables lo consideraron importante el PE con un 82% (9,17) y un 60% (16).
8. Retirar el TET si el paciente respira espontáneamente, lo consideraron como importante un 89% (16), 61% (9) y 62% (17) respectivamente.
9. Disminuir la concentración de oxígeno del ventilador al 21% en caso de que el paciente respire con ventilación mecánica, el PE está de acuerdo con un 71%, 57% y 54% respectivamente.
10. Mantener el aporte nutricional continuo tuvo diferentes puntos de vista, M Coombs *et al.* (16) encontró un desacuerdo con un 56%, sin embargo G Langley *et al.* (17) y A Badir *et al.* (9) reflejaron en sus estudio que el PE lo considero una intervención importante con un 84% y un 77% respectivamente. Por otro lado, la intervención de continuar con el aporte hídrico ocurre de forma similar a la anterior valorando el PE lo valora como

importante con un 85% (17) y 64% (9) respectivamente en los estudios; y con un 43% (16).

11. Realizar ejercicios pasivos de las extremidades presento diferentes opiniones; las enfermeras valoraron como en desacuerdo de realizarlos con un 47% en el estudio de M Coombs *et al.* (16), sin embargo G Langley *et al.* (17) y A Badir *et al.* (9) reflejaron en sus estudios que el PE lo consideró favorable con un 74% y 64% respectivamente.

CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Las publicaciones (9,16,17) presentan el grado de recomendación según la USPSTF a un C y a un nivel de evidencia bajo-moderado para las tres publicaciones.

5. DISCUSIÓN

En este estudio se propuso identificar los cuidados de las enfermeras que desempeñan su labor en una unidad de cuidados críticos durante la LET. Tras el análisis de los resultados, de estudios publicados en los últimos cinco años, hemos encontrado que la literatura es escasa y presenta un nivel de evidencia bajo.

La herramienta utilizada para la recopilación de los datos, ha sido VENEZIA, cuestionario validado creado por Latour *et al.*(10) en el año 2009, su objetivo fue el de conocer los puntos de vistas de las enfermeras europeas acerca de los EOLC; en algunos de los estudios seleccionados se han adicionado preguntas relativas al idioma y religión para adaptar el cuestionario a la cultura (17).

El hecho de coexistir múltiples religiones con una concepción diferente de la muerte, puede influir en diferente medida a la actuación enfermera de permitir rituales religiosos y espirituales al paciente y a su familia. Por ejemplo, en Europa las familias y amigos de los pacientes moribundos de la UCI tienen a su disposición un capellán en el hospital (7).

En la actuación de alivio del dolor eficaz en los tres estudios están de acuerdo con un alto porcentaje (99,5%, 85% y 84%); esto se debe a que EOLC son esencialmente cuidados paliativos, en los cuales el objetivo principal es ayudar al paciente a morir con calidad de vida y sin dolor, evitando cualquier tipo de sufrimiento (18,19).

Por otro lado, las actuaciones enfermeras también van dirigidas a la familia y amigos del paciente, dado que son las personas cuidadoras y foco esencial de la atención paliativa. Estas personas acompañan al enfermo/a en las diferentes fases de la enfermedad, con el impacto emocional que conlleva, siendo su principal fuente de recursos y apoyo social; y, asimismo, son los principales colaboradores para la puesta en marcha de los cuidados asistenciales, por lo

que es importante ofrecerles apoyo además de educación sanitaria específica (20).

En virtud de lo anterior, el punto de vista del PE en el estudio realizado en Turquía (9) es diferente, en relación a permitir que la familia realice visitas a cualquier hora, sin restricción en número de acompañantes ni en el tiempo que dura la misma, estando muy de acuerdo el 48% del PE, esto se debe a que los cuidados paliativos son relativamente recientes (9). Asimismo, por idéntico motivo al mencionado, en el estudio de A Badir *et al* (9), no se evaluó el hecho de permitir los cuidados del moribundo en una habitación privada en la UCI.

Por otro lado, la intervención de sedación profunda únicamente se halla mencionada en el estudio de G Langley *et al* (17), donde el 62% de las enfermeras reflejaron estar en desacuerdo, dicho resultado coincide con la voluntad de los familiares y amigos (7). Lo mismo sucede con el hecho de prestar cuidados los profesionales que conoce al paciente y a su familia, el estudio que lo refleja, el de M Coombs *et al*, un 88% de las enfermeras está de acuerdo.

Aspirar las secreciones de los pacientes, ya sea endotraqueales u orales, los tres estudios lo valoran como importante, con el objetivo de favorecer la tranquilidad en la respiración del paciente, sin que sea dificultosa (disnea) y con ruidos; por otro lado, se valora la posibilidad de retirar el TET si el paciente respira espontáneamente, a fin de que la familia y amigos vean al moribundo de la forma más normal posible (2,21).

Aquellos pacientes que se encuentren respirando con ventilación mecánica, la actuación de disminuir la concentración de oxígeno al 21%, generó mucha controversia entre las opiniones del PE. Lo valoraron como favorable con porcentajes relativamente bajos en dos de los estudios, con un 57%(9) y un 54% (17). Esto se debe a la situación emocional de la familia, además de las patologías propias del paciente; puesto que si éstas son respiratorias, el hecho de disminuir el oxígeno marcará más rápidamente el fallecimiento (21).

Una de las actuaciones que mayores diferencias arrojan en los estudios, es la relacionada con el aporte continuo nutricional y el hídrico. En referencia al aporte continuo nutricional, existen diferencias, dos de los estudios lo valoran como favorable, sin embargo, M Coombs *et al* (16) refleja un 56% de las enfermeras están en desacuerdo con esta práctica, hecho que se relaciona con la esperanza de vida del paciente (22–24) por ello cada unidad debe valorar individualmente las acciones, dependiendo de las necesidades del propio paciente y las decisiones de su familia. Ocurre lo mismo en el aporte hídrico continuo, en el estudio de M Coombs *et al* (16), fue valorado como importante por el 43% de las enfermeras, al referir que aumenta las secreciones bronquiales en el paciente y por lo tanto disminuiría su confort (10).

Con similitud a lo detallado anteriormente, en la actuación de realizar ejercicios pasivos de las extremidades del paciente, las enfermeras de Nueva Zelanda refieren que no es importante para el estado de salud del paciente y que dependerá de si la familia está de acuerdo y si desea participar en los cuidados (16). Sin embargo, para el PE de Turquía (9) y Sudáfrica (17), sí es importante realizar ejercicios pasivos dado que favorecerá el confort del paciente.

Los resultados de los cuidados enfermeros de las tres publicaciones seleccionadas se reflejan en el Anexo IV, además de los resultados de las enfermeras europeas en el estudio de M Latour *et al* (10). Las diferencias principales encontradas, se detallan a continuación.

En general, existen numerosas similitudes en cuanto a los cuidados realizados al final de la vida de un paciente en la UCI, en casos puntuales, como por ejemplo la sedación profunda, el estudio europeo, las opiniones son similares aquellas que están a favor y en contra, esto se debe entender de manera individualizada dado que los agentes sedantes en dosis altas pueden ser necesarios durante las horas finales del paciente, con la finalidad de prevenir molestias, dolor y disnea

y además se utiliza también en aquellos casos en los que interese acelerar el proceso de muerte (25).

Por otro lado, en el estudio de M Latour *et al* (10), los puntos de vistas se encuentran muy divididos debido a que casi se igualan los porcentajes, así un 41,6% creen que el aporte nutricional no es importante, frente a un 42,3% que cree que sí lo es. Acerca del aporte continuo hídrico sí que existe una marcada diferencia, pues el 74,7% que creen que es importante. Estos resultados son similares a los del estudio de M Coombs *et al* (16), realizado más recientemente (2016), en el que más de la mitad de las enfermeras no apoyan el aporte nutricional y una baja proporción se muestra favorable al aporte continuo (43%), pues se piensa que el apoyo nutricional e hídrico no proporciona comodidad a los pacientes moribundos (26,27).

Los cuidados enfermeros encontrados en la bibliografía (9,16,17) coinciden con los NIC (Clasificación de Intervenciones Enfermeras), que son una ordenación y disposición de las actividades enfermeras en grupos; y una intervención enfermera es todo tratamiento que realiza un PE para favorecer el resultado esperado (28), los principales NIC utilizados ante pacientes en situación terminal son:

- 1400. Manejo del dolor, 2210. Administración de analgésicos, 5820. Disminución de la ansiedad son los tres NIC que hacen referencia el cuidado enfermero de alivio del dolor eficaz.
- 5270. Apoyo emocional, 2920. Escucha activa, 5420. Apoyo espiritual, son NIC que hacen referencia al apoyo moral que ofrece e PE al paciente moribundo .además de a su familia y amigos.
- 7040. Apoyo al/ la cuidador/a principal, 7140. Apoyo a la familia, 5290. Facilitar el duelo.
- 0840. Cambio de posición, 6482. Manejo ambiental: confort, 6486. Manejo ambiental: seguridad: El objetivo de todo cuidado paliativo, es que el paciente no sufra y tenga una muerte digna

- 3320. Oxigenoterapia, en esta intervención, como se ha visto en la discusión, existe controversia, dado que según las condiciones del paciente se podría disminuir la concentración de oxígeno al 21% y/o retirar el TET.

5.1. Limitaciones:

La principal limitación encontrada es la escasez de artículos tras la búsqueda bibliográfica.

Otras posibles limitaciones podrían ser la experiencia, al poseer muchos de los entrevistados pocos años de trabajados en la UCI, En uno de los estudios la inclusión de los cuidados paliativos en el sistema sanitario es reciente, , se desconocen en los estudios cómo influye la concepción de la muerte en las diferentes religiones del profesional sanitario, el paciente y su familia y que el personal que participó en la encuesta puede haber tenido interés particular por el tema pudiendo existir un sesgo de selección.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio han proporcionado cuales son las practicas enfermeras utilizadas y valoradas en menor o mayor afinidad por las enfermeras de la UCI durante los cuidados EOLC, este hecho tiene relevancia para proporcionar una mejor formación al PE y dotarlos de mayor confianza, y así prestar cuidados de mayor calidad durante el fin de la vida de los pacientes.

Conociendo los puntos de vista del PE en la LET en las UCIs, servirá para mejorar la práctica clínica, ofreciendo formación continuada y sesiones clínicas interdisciplinarias.

Existe la necesidad de desarrollar guías de práctica durante el proceso de LET para favorecer tanto al PE como al paciente y a su familia, para ello, debemos emplear la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Inf Estud e Investig 2010 [Internet]. 2010 [citado 29 de mayo de 2017];130.
2. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. abril de 2016 [citado 10 de junio de 2017];33:56-64.
3. Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. Chest [Internet]. enero de 2015 [citado 1 de mayo de 2017];147(1):82-93.
4. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. J Clin Nurs [Internet]. noviembre de 2014 [citado 7 de junio de 2017];23(21-22):3188-96.
5. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clínica Española [Internet]. marzo de 2012 [citado 3 de abril de 2017];212(3):134-40.
6. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. Nurs Ethics [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 29 de mayo de 2017];71.
7. Bloomer MJ, Endacott R, Ranse K, Coombs MA. Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. J Clin Nurs [Internet]. marzo de 2017 [citado 7 de junio de 2017];26(5-6):690-7.
8. Kisorio LC, Langley GC. End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. agosto de 2016 [citado 7 de junio de 2017];35:57-65.

9. Badır A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, Miral M, Ersoy N, et al. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nurs Crit Care* [Internet]. 6 de noviembre de 2016 [citado 1 de agosto de 2017];21(6):334-42.
10. Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care* [Internet]. mayo de 2009 [citado 7 de junio de 2017];14(3):110-21.
11. Protocolo en 10 pasos. 2008.
12. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507-11.
13. Urrútia G, Bonfill X. La declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. abril de 2013 [citado 27 de junio de 2017];87(2):99-102.
14. Riesenber LA, Justice EM. Revisión sistemática de la bibliografía (parte 1). *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2014;31(6):61-4.
15. Mercè A, Castillejo M, Zulaica CV. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. [citado 11 de junio de 2017].
16. Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. *Aust Crit Care* [Internet]. mayo de 2015 [citado 10 de junio de 2017];28(2):82-6.
17. Langley G, Schmollgruber S, Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. *Nurs Crit Care* [Internet]. enero de 2014 [citado 1 de agosto de 2017];19(1):9-17.
18. Sociedad Secpal EDCP. Guía de cuidados paliativos [Internet]. [citado 28 de agosto de 2017].

19. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clínica Española [Internet]. marzo de 2012 [citado 7 de junio de 2017];212(3):134-40.
20. Duarte Rodríguez M, De la Cuadra Liró M del C, Fernández EG, Jiménez Muñoz MB, Vellés Martínez M del P. Procesos: Pacientes en situación terminal y su familia. Asoc Española Enfermeras en Cuid Paliativos. 2012;1-9.
21. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. abril de 2016 [citado 7 de junio de 2017];33:30-8.
22. Coombs MA, Parker R, Ranse K, Endacott R, Bloomer MJ, Coombs RN MA, et al. An integrative review of how families are prepared for, and supported during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care. J Adv Nurs [Internet]. [citado 2 de mayo de 2017];73(1):39-55. c
23. McMillen RE. End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. agosto de 2008 [citado 21 de julio de 2017];24(4):251-9.
24. RCN Critical Care Nursing Forum. Intensive and critical care nursing. Elsevier Ltd.;
25. Lo B, Rubenfeld G. Palliative Sedation in Dying Patients. JAMA [Internet]. 12 de octubre de 2005 [citado 26 de agosto de 2017];294(14):1810-6.
26. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. Crit Care Med [Internet]. marzo de 2008 [citado 28 de agosto de 2017];36(3):953-63.
27. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ. Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. J Palliat Med [Internet]. febrero de 2014 [citado 1 de mayo de 2017];17(2):219-35.

28. Gloria L Bulechek, Howard K Butcher, Joanne M Dochterman CMW.
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2013.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I

Tabla 8. Artículos originales incluidos en la RS.

Nº	REFERENCIA	RESUMEN
1	<p>Badır A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, Miral M, Ersoy N, et al. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. Nurs Crit Care [Internet]. Noviembre de 2016 [citado 7 de junio de 2017];21(6):334-42. Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12157</p>	<p>Estudio de sección transversal que mediante 602 encuestas, de enfermeras de 32 UCI de 19 hospitales de Turquía se concluye con las principales intervenciones que allí se realizan en EOLC y el porcentaje de votos favorables o en contra. Las principales intervenciones son: Prevención de las UPP, alivio eficaz del dolor, aspiración oral o endotraqueal, apoyo nutricional y terapia de fluidos, ejercicios con movimientos pasivos de extremidades y eliminación del tubo endotraqueal si respiración espontánea.</p>
2	<p>Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. Aust Crit Care [Internet]. Mayo de 2015 [citado 10 de junio de 2017];28(2):82-6. Disponible en: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1036731415000399</p>	<p>Estudio de métodos mixtos realizado por medio de 203 encuestas online y grupos focales, la muestra de estudio es de 18 enfermeros. Se obtiene diferentes tipos de cuidados durante la LET: respeto por la cultura y religión, sedación, oxigenación disminuir, ejercicio de extremidades y comodidad del paciente y nutrición e hidratación.</p>
3	<p>Langley G, Schmollgruber S, Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. Nurs Crit Care [Internet]. Enero de 2014 [citado 10 de junio de 2017];19(1):9-17. Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1111/nicc.12026</p>	<p>Encuesta transversal sobre los EOLC, 100 encuestas realizadas por las enfermeras aportan diferentes tipos de cuidados al paciente: disminución del nivel de oxígeno, alivio eficaz del dolor, apoyo continuo nutricional e hídrico, visitas abiertas sin restricción y respeto por las prácticas religiosas y rituales tradicionales.</p>

8.2. ANEXO II

Figura 2. Clasificación de los NE y GR según la USPSTF

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)^{7,8} The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) gradúa sus recomendaciones según una de estas cinco clasificaciones (A, B, C, D, I) reflejando la fuerza de la recomendación y la magnitud del beneficio neto (beneficio menos riesgo).

Tabla 1. Fuerza de las recomendaciones	
A	La USPSTF <i>recomienda claramente</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes que cumplan los criterios. La USPSTF ha encontrado <i>buena evidencia</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan ampliamente a los riesgos.
B	La USPSTF <i>recomienda</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes. La USPSTF ha encontrado <i>evidencia moderada</i> de que la medida mejora de manera importante los resultados en salud y concluye que los beneficios superan a los riesgos.
C	La USPSTF <i>no recomienda a favor o en contra</i> de la intervención. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida puede mejorar los resultados en salud, pero los <i>beneficios son muy similares a los riesgos</i> y no puede justificarse una recomendación general.
D	La USPSTF <i>recomienda en contra</i> que los clínicos proporcionen la intervención a los pacientes asintomáticos. La USPSTF ha encontrado al menos <i>evidencia moderada</i> de que la medida es ineficaz o que <i>los riesgos superan a los beneficios</i> .
I	La USPSTF concluye que la evidencia es insuficiente para <i>recomendar a favor o en contra</i> de la intervención. No existe evidencia de que la intervención es ineficaz, o de calidad insuficiente, o conflictiva y que el balance entre los riesgos y los beneficios no se puede determinar.

Tabla 2. Niveles de evidencia - Calidad de la evidencia	
Buena	La evidencia incluye resultados consistentes a partir de estudios bien diseñados y realizados en poblaciones representativas que directamente evalúan efectos sobre resultados de salud
Moderada	La evidencia es suficiente para determinar efectos sobre resultados de salud, pero la fuerza de la evidencia es limitada por el número, la calidad, o la consistencia de los estudios individuales, la generalización a la práctica rutinaria, o la naturaleza indirecta de la evidencia sobre los resultados de salud.
Insuficiente	La evidencia es insuficiente para evaluar los efectos sobre los resultados de salud debido al número limitado o al poder de estudios, defectos importantes en su diseño o realización, inconsistencias en la secuencia de la evidencia, o falta de información sobre resultados de salud importantes.

8.3. ANEXO III

Tabla 9. Resultados de la síntesis de las variables del estudio.

AUTOR, AÑO Y PROCEDENCIA	POBLACIÓN Y ENTORNO	DATOS DEMOGRÁFICOS	INTERVENCIÓN O HERRAMIENTA UTILIZADA	PRACTICAS ENFERMERAS EN LA LET	CALIDAD DE LOS ESTUDIOS
Maureen Coombs, et al. 2015 Nueva Zelanda	203 encuestas realizadas completas y 18 enfermeros para los cuatro grupos de enfoque realizados en las cuatro UCIs de nivel tres	Género: la mayoría mujeres (88,2%) Edad: mayoría entre 30-39 años (34%) Papel principal: práctica clínica (88%) Experiencia en la UCI: entre 1-4	Además de la herramienta VENECIA se realizaron seguimientos de grupos de enfoque.	Permitir rituales religiosos y espirituales al paciente y la familia (100%) Alivio del dolor eficaz (99,5%) Prevención de UPP (79%) Permitir visitas a cualquier hora (96,9%), sin restricción en la duración (94,4%) ni en el número de visitantes (94,4%) Permitir cuidados en habitación privada (94,4%)	Grado de recomendación: C Nivel de Evidencia: MODERADA

años (53%) y de 5-9 años (22,3%)

Recibir cuidados por parte de las enfermeras que conocen al paciente y a su familia (87,3%)

Aspiración, para mantener las vías respiratorias permeables (60%)

Retirar el TET si el paciente respira espontáneamente (89%)

Disminuir la concentración de oxígeno del ventilador (FiO₂) (71%)

Más de la mitad no apoyó el aporte continuo nutricional (56%) y una pequeña mayoría apoyó el aporte hídrico continuo (43%)

No realizar ejercicios pasivos de las extremidades (47%)

<p>Aysel Badir, et al. 2015 Turquía</p>	<p>602 encuestas a las enfermeras de la UCI</p> <p>En 32 UCIs de 2º y 3º nivel de 18 hospitales del Ministerio de Salud y 1 hospital de Investigación en Turquía.</p>	<p>Género: la mayoría mujeres (82%)</p> <p>Edad: inferior a 30 años la mayoría (60%)</p> <p>Papel principal: Cuidado directo al paciente (94%)</p> <p>Experiencia en la UCI: inferior a 5 años (73%)</p>	<p>Únicamente la herramienta VENECIA</p>	<p>Permitir realizar rituales religiosos y espirituales al paciente y su familia (87%)</p> <p>Alivio eficaz del dolor (85%)</p> <p>Prevenir UPP (86%)</p> <p>Sin restricción en número, tiempo y horario de visitas (48%)</p> <p>Aspiración de secreciones orales o endotraqueales (82%)</p> <p>Si respiración espontánea, retirada del TET (61%)</p> <p>Reducir la concentración de oxígeno a 21 % (57%)</p> <p>Apoyo nutricional (77%) y apoyo hídrico (64%)</p> <p>Realización de ejercicios pasivos de las extremidades (64%)</p>	<p>Grado de recomendación: C</p> <p>Nivel de Evidencia: MODERADA</p>
---	---	--	--	---	--

<p>Gayle Langley, et al. 2013. Johannesburg, Sudáfrica.</p>	<p>100 encuestas a enfermeras de la UCI de 2 hospitales Públicos de Johannesburgo, afiliados a la Universidad.</p>	<p>Género: la mayoría mujeres (84%) Edad: mayoría mayores de 40 años (51%) Papel principal: práctica clínica (67%) y en gestión (17%) Experiencia en la UCI: entre 1-4 años (31%).</p>	<p>A la herramienta VENECIA se le realizaron unas modificaciones, se añadió una pregunta más sobre los idiomas (existen 11 idiomas oficiales) y en lo relativo a los antecedentes religiosos se añadió la herramienta CHRISTIAN para incluir la religión católica, la protestante, protestante evangélica y</p>	<p>Permitir realizar rituales religiosos y espirituales (93%) Alivio eficaz del dolor (84%) Prevenir UPP (89%) Visitas sin restricción a pie de cama en número, tiempo (82%) y horario de visitas (84%) Seguir prestando atención en UCI (65%) y en habitación individualizada (73%) Desacuerdo de la profunda sedación (62%) Aspiración de secreciones orales o endotraqueales (82%) Si respiración espontánea, retirada del TET (62%). Reducir la concentración de oxígeno a 21 % en desacuerdo (54%)</p>	<p>Grado de recomendación: C Nivel de Evidencia: MODERADA</p>
---	--	---	---	---	--

~ 40 ~

tradicional
africana.

Apoyo nutricional (84%) y apoyo
hídrico (85%)

Ejercicios pasivos de
extremidades (74%)

8.4. ANEXO IV

Tabla 10. Comparativa de las prácticas enfermeras con los resultados europeos.

NUEVA ZELANDA (16)	TURQUIA (9)	SUDÁFRICA (17)	ESTUDIO EUROPEO (10)
Permitir últimos rituales religiosos y espirituales al paciente y la familia (100%)	Permitir realizar últimos rituales religiosos y espirituales al paciente y su familia (87%)	Permitir realizar últimos rituales religiosos y espirituales (93%)	Permitir realizar últimos rituales religiosos y espirituales (96,9%)
Alivio del dolor eficaz (99,5%)	Alivio eficaz del dolor (85%)	Alivio eficaz del dolor (84%)	Alivio eficaz del dolor (98%)
Prevención de UPP (79%)	Prevenir UPP (86%)	Prevenir UPP (89%)	Prevenir UPP (61%)
Permitir visitas a cualquier hora (96,9%), sin restricción en la duración (94,4%) ni en el número de visitantes (94,4%)	Sin restricción en número, tiempo y horario de visitas (48%)	Visitas sin restricción a pie de cama en número, tiempo (82%) y horario de visitas (84%)	Visitas a pie de cama sin restricción en número (57%), tiempo (87%) y horario de visitas (91%)
Permitir cuidados en habitación privada (94,4%)	Aspiración de secreciones orales o endotraqueales (82%)	Seguir prestando atención en UCI (65%) y en habitación individualizada (73%)	Seguir prestando atención en UCI (54%) y en habitación individualizada (77,7%)
Recibir cuidados por parte de las enfermeras que conocen al paciente y a su familia (87,3%)	Si respiración espontánea, retirada del TET (61%)	Desacuerdo de la profunda sedación (62%)	Recibir cuidados por parte de las enfermeras que conocen al paciente y a su familia (77%)
	Reducir la concentración de oxígeno a 21 % (57%)	Aspiración de secreciones orales o endotraqueales (82%)	

Aspiración, para mantener las vías respiratorias permeables (60%)	Apoyo nutricional (77%) y apoyo hídrico (64%)	Si respiración espontánea, retirada del TET (62%).	Desacuerdo de la profunda sedación (44%) y están de acuerdo (35,9%)
Retirar el TET si el paciente respira espontáneamente (89%)	Realización de ejercicios pasivos de las extremidades (64%)	Reducir la concentración de oxígeno a 21 % en desacuerdo (54%)	Aspiración de secreciones orales o endotraqueales (81,4%)
Disminuir la concentración de oxígeno del ventilador (FiO2) (71%)		Apoyo nutricional (84%) y apoyo hídrico (85%)	Si respiración espontánea, retirada del TET (74,4%).
Más de la mitad no apoyó el aporte continuo nutricional (56%) y una pequeña mayoría apoyó el aporte hídrico continuo (43%)		Ejercicios pasivos de extremidades (74%)	Reducir la concentración de oxígeno a 21 % en desacuerdo (65%)
No realizar ejercicios pasivos de las extremidades (47%)			Apoyo nutricional 41,6% de acuerdo y 42,3% en desacuerdo y apoyo hídrico continuo en desacuerdo el 74,7%. No realizar ejercicios pasivos de extremidades (46,6%) de acuerdo y el 36% en desacuerdo.