

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2019-20

TRABALLO FIN DE GRAO

**La limitación del esfuerzo terapéutico en las  
Unidades de Cuidados Intensivos,  
perspectiva enfermera. Revisión Bibliográfica**

**Jenifer Díaz Díaz**

**Directora: Prof. Carmen M<sup>a</sup> Sánchez Álvarez**

**Xuño 2020**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**ÍNDICE**

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	7
2.1 Antecedentes .....	7
2.2 Situación Actual .....	11
2.3 Programa HU-CI.....	14
2.4 Situación actual en las UCIs del HUAC .....	15
3. JUSTIFICACIÓN .....	16
4. HIPÓTESIS.....	17
5. OBJETIVOS.....	17
5.1. Objetivo Principal .....	17
5.2. Objetivos Específicos .....	17
6. METODOLOGÍA.....	18
6.1 Tipo de Estudio .....	18
6.2 Localización y Selección de Estudios .....	18
6.3 Revisión y Análisis .....	23
7. RESULTADOS .....	27
7.1 Características de los Estudios Seleccionados .....	27
7.2 Resultados de los Estudios .....	30
7.3 Limitaciones de la Revisión .....	36
8. DISCUSIÓN.....	37
9. CONCLUSIONES.....	40
11. BIBLIOGRAFÍA.....	41
12. ANEXOS.....	45
Anexo I: Hoja órdenes LET en la UCI del HUAC .....	45
Anexo II: Expresiones sinónimas de LET .....	46
Anexo III: Búsqueda detallada Medline .....	46
Anexo IV: Documentos por año de publicación Scopus .....	47
Anexo V: Documentos por país o territorio Scopus .....	47
Anexo VI: Metodologías CASPe para estudios cualitativos y revisiones .....	48
Anexo VII: Valoración AGREE II .....	48
Anexo VIII: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación JBI .....	49
Anexo IX: Artículos descartados tras la lectura del texto completo.....	50

**Glosario de abreviaturas**

<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>HUAC</b>	Hospital Universitario de A Coruña
<b>HUCI</b>	Humanización de los cuidados intensivos
<b>SEMICYUC</b>	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
<b>SEEIUC</b>	Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias
<b>SECPAL</b>	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
<b>LET</b>	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
<b>LTSV</b>	Limitación de Tratamientos de Soporte Vital
<b>AET</b>	Adecuación del Esfuerzo Terapéutico
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>TFG</b>	Trabajo de fin de grado
<b>Ha</b>	Hipótesis alternativa
<b>Ho</b>	Hipótesis nula
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público Andaluz
<b>NLM</b>	National Library of Medicine
<b>JCR</b>	Journal Citation Report
<b>SJR</b>	Scimago Journal & Country Rank
<b>SNIP</b>	Source Normalized Impact per Paper
<b>CASPe</b>	Critical Appraisal Skills Programme
<b>ECA</b>	Ensayos Controlados Aleatorios
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica
<b>SAS</b>	Escala de Sedación Agitación
<b>RASS</b>	Escala de Agitación Sedación de Richmond
<b>MeHS</b>	Medical Subject Reports
<b>DeCS</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>FiO2</b>	Fracción de Oxígeno Inspirado
<b>CINAHL</b>	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

## Índice de Tablas y Figuras

### **Tablas**

Tabla I-Resultados de la búsqueda en bases de datos .....	20
Tabla II-Selección definitiva de documentos para la Revisión .....	22
Tabla III-Puntuación CASPe para los estudios cualitativos.....	24
Tabla IV-Puntuación CASPe para las revisiones sistemáticas .....	24
Tabla V-Puntuación AGREE para las Guías e recomendaciones.....	25
Tabla VI-Características metodológicas de los estudios seleccionados ..	25
Tabla VII-Artículos seleccionados definitivamente. Publicación .....	27
Tabla VIII-Otros estudios seleccionados definitivamente. Publicación ....	28
Tabla IX-Características descriptivas de los estudios seleccionados .....	29
Tabla IX-Características descriptivas de otros estudios seleccionados...	30
Tabla X-Participación enfermera en la toma de decisiones .....	31
Tabla XI-Cuidados de enfermería centrados en el paciente .....	32
Tabla XII-Cuidados de enfermería centrados en la familia .....	34
Tabla XIII-Determinar la protocolización de la LET en las UCIs .....	35

### **Figuras**

Figura I-Línea estratégica 6 del Proyecto HU-CI .....	14
Figura II-Diagrama Búsqueda Bibliográfica .....	22

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Cada vez se producen con mayor frecuencia situaciones en las que el tratamiento aplicado a un paciente no le aporta un plus de bienestar, ni le ayuda en su recuperación; sino que únicamente alarga su sufrimiento. Esta práctica se conoce con el nombre de “obstinación terapéutica”. Surge así el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), conocido también como adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Su aplicación en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), es relativamente frecuente.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica para conocer el papel de las enfermeras durante todo el proceso de LET además de valorar su protocolización.

**Metodología:** Revisión Sistemática de la Literatura Científica más reciente mediante búsqueda bibliográfica en bases de datos (Medline, Scopus, Web of Science, Cinahl y Cuiden), y otros recursos electrónicos; aplicando criterios metodológicos estrictos.

**Discusión:** Tras la revisión de los 14 documentos seleccionados, la atención de enfermería prestada al paciente durante la LET tiene similitudes en todo el mundo a pesar de la variabilidad de dichas prácticas. La mayoría de los autores, coinciden en los cuidados de enfermería ofrecidos a los pacientes y a su familia durante la LET. Existe consenso sobre la falta de inclusión del personal de enfermería en la toma de decisiones y esto repercute en su satisfacción laboral.

**Conclusiones:** El papel de la enfermera es clave en la UCI para humanizar el proceso de morir y no está claramente definido. Se requieren protocolos y guías clínicas de carácter multidisciplinar, para ayudar a las enfermeras de cuidados intensivos a clarificar sus roles durante la LET.

**Palabras clave:** Privación de tratamiento, enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, cuidado terminal, Limitación del esfuerzo terapéutico.

## RESUMO

**Introdución:** Cada vez prodúcense con maior frecuencia situacións nas que o tratamento aplicado a un paciente non lle aporta un plus de benestar, nin axuda na súa recuperación; senón que só alonga o seu sufrimento. Esta práctica coñécese co nome de "obstinación terapéutica". Xurde así o concepto de limitación do esforzo terapéutico (LET), coñecido tamén como adecuación do esforzo terapéutico (AET). A súa aplicación nas unidades de coidado intensivos (UCIs) é relativamente frecuente.

**Obxectivos:** Realizar unha revisión bibliográfica da literatura científica para coñecer o papel das enfermeiras durante todo o proceso de LET ademais de valorar a súa protocolización.

**Metodoloxía:** Revisión Sistemática da Literatura Científica máis actualizada mediante a busca bibliográfica en bases de datos (Medline, Scopus, Web of Science, Cinahl e Cuiden), e outros recursos electrónicos; aplicando criterios metodolóxicos estritos.

**Discusión:** Despois da revisión dos 14 documentos seleccionados, a atención de enfermaría prestada ao paciente durante a LET ten similitudes en todo o mundo a pesar da variabilidade de ditas prácticas. A maioría dos autores coincide nos cuidados de enfermaría ofrecidos aos pacientes e as súas familias durante a LET. Existe consenso sobre a falta de inclusión do persoal de enfermaría na toma de decisións e isto repercute na súa satisfacción laboral.

**Conclusións:** O papel das enfermeiras é clave na UCI para humanizar o proceso de morte e non está claramente definido. Necesítanse protocolos e guías clínicas de carácter multidisciplinar, para axudar ás enfermeiras de cuidados intensivos a clarificar os seus roles durante a LET.

**Palabras chave:** Privación de tratamento, enfermaría, Unidade de Cuidados Intensivos, cuidados terminais, Limitación do esforzo terapéutico

## ABSTRACT

**Introduction:** Each time is more often to find those situations, in which the treatment applied to a patient does not provide extra well-being, nor does it help in their recovery; but, on the contrary, it prolongs their unnecessary suffering. This practice is known as “therapeutic obstinacy”. In this way, the concept of limitation of therapeutic effort arises (LTE); it is also known as adequacy of therapeutic effort (ATE). The application of this treatment in the intensive care units (ICUs) is relatively frequent.

**Objectives:** To carry out a bibliographic review of the scientific literature in order to know the role of nurses throughout the LTE process, as well as to assessing their protocol.

**Methodology:** Systematic Review of the most recent Scientific Literature through bibliographic search in databases (Medline, Scopus, Web of Science, Cinahl and Cuiden), and other digital resources; applying strict methodological criteria.

**Discussion:** After revising the 14 selected documents, the nursing care provided to the patient during the LTE has similarities all over the world, in spite of the variability of these practices. Most of the authors agree on the nursing care offered to patients and their families during LTE. What is more, there is a general agreement/opinion on the lack of inclusion of nursing workers in the decision-making process and thus, it has a negative effect on their job satisfaction.

**Conclusions:** Nurses play a key role in the ICUs so as to humanize the dying process but this is not clearly defined. Multidisciplinary clinic protocols and guidelines are required to help intensive care nurses to clarify their roles during LTE.

**Key words:** Withholding Treatment, nursing, Intensive Care Unit, terminal care, Limitation of therapeutic effort.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1 Antecedentes

El gran desarrollo científico y técnico que ha experimentado la medicina en los últimos cincuenta años, ha permitido retrasar el final de la vida, ya que cada vez se puede intervenir con más intensidad en los procesos de salud y enfermedad. Las técnicas de soporte vital han supuesto un cambio en los procesos de muerte. *“Pero la tecnología no es inocua, y produce daños que a veces superan el beneficio<sup>1</sup>.”*

Cada vez se producen con mayor frecuencia situaciones en las que el tratamiento que se le brinda a un paciente no le aporta un plus de bienestar ni le ayuda en su recuperación; sino que únicamente alarga su sufrimiento y/o agonía en el proceso de morir <sup>2</sup>.

En nuestra sociedad se ha venido desarrollando, desde hace años, un debate sobre los límites razonables que deben darse, para que el uso de las tecnologías siga sirviendo a los intereses de las personas enfermas, surgiendo así el concepto de **Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)**<sup>3</sup>. *“El debate sobre la limitación del esfuerzo terapéutico deriva de la cuestión de si «todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente aceptable?»<sup>1</sup>”.*

#### LET

El Boletín Oficial del Estado (BOE), define la LET como *“el no inicio o la retirada de medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La limitación del esfuerzo terapéutico permite la muerte en el sentido de que no la impide, pero no la produce o causa”<sup>4</sup>*. Debe ser considerada como una buena práctica clínica, ya que es una obligación moral y normativa de las y de los profesionales; y no es una decisión opcional <sup>4</sup>. Esta diferencia de conceptos entre permitir la muerte y producir la muerte es lo que distingue la LET de la eutanasia.

Debe quedar claro, que es la enfermedad lo que provoca la muerte, y no la actuación del profesional<sup>5</sup>.

En el documento creado por la Conselleria de Sanidade do Servicio Galego de Saúde se define la **eutanasia** como: *“La actuación de un profesional sanitario que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con una enfermedad terminal o irreversible, que padece un sufrimiento que él vive como intolerable, a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste”*<sup>5</sup>. Es una práctica que se encuentra penada en nuestro ordenamiento jurídico. Todo lo que no se limite a dicha definición, no es eutanasia. Por lo tanto, la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV), la no reanimación de un enfermo terminal, la desconexión de un respirador en una persona muerta clínicamente o la sedación paliativa, no deben confundirse con la eutanasia. Estas actuaciones pretenden aliviar o evitar el sufrimiento, además de respetar la autonomía de las personas y humanizar el proceso de morir; dichas actuaciones nunca buscan deliberadamente la muerte<sup>5</sup>.

*“La LET se establece en pacientes cuya situación clínica es grave, irreversible o terminal”*. Los pacientes a los que se aplica, son aquellos a los que por su situación clínica o por las características del proceso patológico, se restringen determinados procedimientos, que pueden resultar en su caso más dañinos que beneficiosos<sup>1</sup>.

El BOE define a una persona enferma terminal como: *“Aquella que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida limitado, con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a sus personas cercanas. También se incluyen las personas accidentadas en situación incompatible con la vida”*<sup>4</sup>

Existen dos tipos de LET:

- No iniciar determinadas medidas terapéuticas.
- Retirar las medidas, previamente instauradas.

Aunque psicológicamente para los profesionales sanitarios es más difícil “retirar” que “no instaurar”, no existe diferencia desde el punto de vista jurídico y ético<sup>1,3</sup>.

Cabe destacar, que en la literatura científica española existen otras expresiones para referirse a esta práctica, esto se debe a las preferencias de algunos profesionales hacia estas expresiones por una posible interpretación subjetiva peyorativa que subyace de los términos “limitación” y “esfuerzo”. A pesar de lo cierto de estos matices, la expresión de LET, sigue usándose en el ámbito español y todas sus variables se consideran equivalentes a esta de forma jurídica, ética y conceptual<sup>3</sup>.

### Contextualización

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la supervivencia ante situaciones graves era bajísima; la atención se limitaba al cuidado del moribundo, en el alivio y el acompañamiento de su sufrimiento<sup>3</sup>.

En la década de los 50 surge la “**Pax antibiótica**”, y con ello, la lucha contra las principales causas de morbimortalidad producidas por bacterias. La “**Pax tecnológica**” no llega hasta los años 60, en que se consigue mantener las constantes vitales del enfermo de forma artificial mediante el uso de la tecnología<sup>3</sup>. Fue en este momento, cuando las técnicas de soporte vital empezaron a adquirir relevancia sanitaria, y gracias a ello el médico comenzó a tener, un control efectivo sobre la muerte<sup>6</sup>.

El documento elaborado por la **Comisión Gallega de Bioética**, titulado Los cuidados al final de la vida defiende que: “*Se entiende por tratamiento o medida de soporte vital a cualquier intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente con el fin de retrasar el momento de la muerte, esté dicho tratamiento o no dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causal*”<sup>5</sup>. Es decir, cualquier tratamiento con capacidad para prolongar la vida.

“*En 1963 se crea en España la **primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**, en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid*”<sup>3</sup>, en poco más de 10 años,

los hospitales, más importantes, de España ya contaban con ella; transformando así la concepción de la muerte en el ámbito sanitario.

El Ministerio de Sanidad de España define la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como *“una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple con los requisitos estructurales, funcionales y organizativos, para garantizar las condiciones de eficiencia, seguridad y calidad óptimas para atender a los pacientes críticos”*<sup>11</sup>.

No fue hasta los años noventa, cuando en el ámbito incipiente de la bioética, se consideró la LET como algo éticamente correcto; lo que propició los primeros avances en este campo<sup>3</sup>.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) intervino en la sensibilización ética en el mundo de la Medicina Intensiva española sobre la práctica de la LET, mediante la fundación de un **Grupo de Trabajo de Bioética**; que ha generado documentos de relevancia orientativos en dicha materia<sup>3</sup>.

*“La legitimidad jurídica de la práctica de la LET (en España), no llegó hasta la aprobación en 2010 de la coloquialmente denominada **Ley de “Muerte Digna” de Andalucía**”*<sup>3</sup>. Hasta ese momento, no había referencias legales que regulasen específicamente la LET en España. El objetivo de esta ley, fue asegurar la dignidad durante todo el proceso de muerte y por ello se desarrollaron los derechos de las personas durante este trance, los deberes del personal asistencial y las obligaciones de las instituciones sanitarias<sup>7</sup>.

En las Ucis de todos los países del mundo se realiza algún tipo o forma de LET. El *“Ethicus Study”* y otros más recientes confirman que se lleva a cabo más en el Norte de Europa que en el Sur, aunque las formas de realización son diferentes<sup>3</sup>.

Resulta difícil conocer su incidencia, pero se puede afirmar que la práctica de LET, está presente en la Medicina Intensiva española desde principio de los años noventa. A pesar de esto, muchas veces no ha sido reconocida abiertamente como tal; debido a la posible falta de claridad conceptual, jurídica y ética con que se ha gestionado<sup>3</sup>.

## 2.2 Situación Actual

La LET es altamente utilizada en las unidades de cuidados críticos; estando plenamente acreditada, ya que es respaldada por distintas sociedades científicas que la consideran un estándar de calidad<sup>8</sup>.

La Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), ha firmado un convenio de colaboración con, la Sociedad Española de Enfermería Intensiva (SEEIUC), la Sociedad Española de Medicina Paliativa (SECPAL), y el Proyecto HU-CI. Teniendo como principal objetivo, conseguir mejorar la atención centrada en los pacientes que se encuentran en situación terminal en las UCIs<sup>9</sup>.

Actualmente, el 90% de los fallecimientos en estas unidades, son resultado de la supresión de terapias de soporte vital<sup>10</sup>.

La LET, no se practica únicamente en las UCIs, pero es en este entorno donde implica más dificultad y genera una mayor controversia entre los profesionales sanitarios <sup>2</sup>.

### Toma de decisiones

Las decisiones de LET son frecuentes en las UCIs. Debe respetarse la autonomía del paciente crítico, haciéndolo partícipe de la toma de decisiones clínicas. En aquellas situaciones donde pierda la capacidad de decidir, se tendrán en cuenta los documentos de instrucciones previas (si los hubiese), cuya consulta se ha de convertir en una práctica cotidiana en las unidades <sup>9</sup>.

Un **documento de instrucciones previas** es definido por el BOE cómo: *“el documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos, con el objeto de que dicha voluntad se cumpla si cuando llegue el momento no se encuentra en condiciones de expresarla de forma personal<sup>4</sup>”*.

Si no hay constancia de esta documentación, es muy importante la información que nos puedan aportar sus allegados, para intentar conocer

así su proyecto de vida y valores; si tampoco se consigue obtener esta información, el equipo médico actuará buscando el mejor interés para el paciente, realizando un balance de los beneficios/inconvenientes para cada una de las medidas que se quieran implementar<sup>1</sup>.

*“El foco de las **decisiones** debe estar siempre centrado en la persona enferma<sup>3</sup>”*. Se buscará en todo momento el bien del paciente, además de respetar sus preferencias y valores, y no, simplemente las de sus representantes <sup>3</sup>.

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico ha de tener en cuenta la evolución del paciente, la respuesta al tratamiento y el pronóstico; además de respetar los valores del paciente, la familia y la organización sanitaria. Una vez tomada la decisión, debe de ser comunicada y registrada en la historia clínica del paciente. Su objetivo principal es evitar tratamientos fútiles o percibidos como inapropiados y combatir así la obstinación terapéutica<sup>1,9</sup>.

La **obstinación terapéutica** es definida por el BOE como: *“un tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermas y enfermos desahuciados <sup>4</sup>”*.

Es una obligación legal, deontológica y ética realizar LET en pacientes que cumplan criterios para ello<sup>1</sup>.

Esta práctica cumple los **cuatro pilares básicos de la bioética**:

1. **Principio de no maleficencia**; que obliga al profesional a hacer uso de aquellas medidas terapéuticas que sean seguras y se consideren adecuadas, evitando así las que estén contraindicadas y no protejan la integridad psíquica y física del paciente.
2. **Principio de beneficencia**, ya que debe promocionar la dignidad de la persona, procurando su bienestar.
3. **Principio de justicia**, según el cual se deben aprovechar los recursos, evitando la futilidad.
4. **Principio de autonomía**; porque ha de respetarse que el paciente gestione su propia vida y decida respecto su salud y enfermedad <sup>3,12</sup>.

### Dificultades para la realización

- Familiares: Muchas veces existe negación por parte de los allegados ante una indicación de LET; esto puede deberse al deseo de mantener la vida a toda costa, a un sentimiento de culpa o una actitud de negación ante la muerte<sup>1</sup>.
- Profesionales: El manejo de estas situaciones es complejo, pero el objetivo de ello es tomar las mejores decisiones para el enfermo. Ante estas situaciones pondremos en conocimiento del caso a los comités de ética asistencial y si no existiera acuerdo, recurriremos a los servicios jurídicos<sup>1</sup>.

### Papel de las enfermeras-os

El cuidado en la UCI, requiere de enfermeras/os con formación especializada y experiencia para poder hacer frente al estrés y la responsabilidad que implica este tipo de unidades<sup>13</sup>.

Poner en práctica algún tipo de LET, no significa que el esfuerzo terapéutico termine por completo, sino que se traslada a otras dimensiones del cuidado. Se requiere garantizar un adecuado confort y cuidado de la persona enferma, evitando en todo momento su sufrimiento; puesto que, en ocasiones, la muerte no es inminente<sup>2,3,5</sup>.

*“Precisamente para evitar una posible confusión terminológica, la Organización Médica Colegial de España y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos proponen utilizar el término «**adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)**», ya que no se trata de una limitación de tratamientos, sino de adecuarlos a las necesidades del paciente”<sup>2</sup>.*

La **enfermera** desempeña una función de agente de información, siendo la responsable de velar por los **derechos, necesidades e intereses de los pacientes y sus familias**, además, debido a su visión integral y posición distinguida frente a otros profesionales en la administración de cuidados, le permite identificar qué tratamientos han dejado de ser efectivos y proponer su reorientación<sup>2</sup>. La LET es un momento clave para el cuidado del paciente que se encuentra ingresado en la UCI. Por lo tanto, el personal de

enfermería tiene **responsabilidad directa** en el desempeño de la misma<sup>14</sup>.

### 2.3 Programa HU-CI

El **proyecto HU-CI** parte de un grupo de investigación multidisciplinar formado por enfermeras y médicos, que desempeñan su labor en las UCIs. Entre otras líneas de actuación, promueve que la LET debe realizarse en el paciente crítico siguiendo las guías y recomendaciones establecidas por las sociedades científicas. Se considera un requisito básico, la existencia de protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida<sup>15</sup>.

Figura I – Línea estratégica 6 del Proyecto HU-CI

Línea estratégica 6	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	PROTOCOLO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV)
Disponer de un protocolo de LTSV que siga las recomendaciones de las Sociedades Científicas		
Buena práctica 6.14	Existe protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV)	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 6.15	Se utiliza un registro específico para la LTSV	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 6.16	Existen procedimientos para la resolución de conflictos relacionados con los tratamientos considerados potencialmente inapropiados	<input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> D
Buena práctica 6.17	Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado	<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> D
Buena práctica 6.18	Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida	<input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> D
Buena práctica 6.19	Se mide la satisfacción de los familiares de los pacientes fallecidos en la UCI sobre los cuidados al final de la vida	<input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> D

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017

## 2.4 Situación actual en las UCIs del HUAC

Mi investigación acerca de las UCIs de adultos del HUAC revela que la aplicación de LET, se produce frecuentemente y en este momento no existe ningún protocolo oficial de LET, ni en formato papel, ni en la intranet hospitalaria. Las fuentes consultadas hablan de un protocolo que se está revisando, pero nadie es capaz de aclarar quién, ni de qué forma se está llevando a cabo la revisión. Actualmente la toma de decisiones es llevada a cabo por el médico sin la participación de otros profesionales responsables del cuidado del paciente (enfermeras-os). Respecto a los cuidados, las enfermeras consultadas, entienden que deben seguir las indicaciones médicas además de asegurar el confort del paciente. No realizan ningún curso formativo, ni se realizan reuniones al respecto en las Unidades para afrontar estas situaciones con las familias.

El único documento encontrado en la UCI 5ªB es una hoja interna de la unidad no validada, cuyo autor-es no figuran en el documento, para la recogida de datos ante esta situación. (Anexo I)

### Revisión Previa de la Literatura

Para centrar el tema del trabajo de fin de grado (TFG) se realizó una revisión previa de la literatura, centrada en definiciones y la evolución de la LET, a lo largo del tiempo. Es de la consulta de la evidencia y de mi estancia clínica en la UCI, de donde surge la pregunta de investigación a la que se intentará dar respuesta mediante la formulación de objetivos.

1 ¿Cuál es el papel de la enfermera de cuidados intensivos durante todo el proceso de LET?

2 ¿Existe algún protocolo o guía clínica que pueda servir de ayuda durante este proceso?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La literatura científica consultada considera la LET como un momento clave en el cuidado del paciente; avala, además la importancia de las enfermeras durante esta práctica.

En algún momento de mi vida profesional tendré que hacer frente a esta situación, por lo que considero fundamental profundizar sobre el tema para conocer las competencias profesionales del colectivo enfermero.

La controversia en la determinación y aplicación de la LET, la indefinición de roles en el proceso y la complicación del mismo, hace necesaria una investigación acerca de las mejores prácticas al respecto.

Es indudable que protocolizar mejora la atención a los pacientes y a su familia; posibilitando una atención integral que aporta tranquilidad y seguridad en la práctica clínica, disminuyendo su variabilidad, conteniendo costes y mejorando la eficiencia.

#### 4. HIPÓTESIS

La bibliografía consultada revela la gran responsabilidad ética y el compromiso emocional que la LET implica para todos los actores que participan en la misma. El papel de las enfermeras no está lo suficientemente contrastado y la protocolización del proceso es prácticamente inexistente.

Hipótesis Alternativa (Ha): La protocolización de la LET en las UCIs, afianza el papel de la enfermera en la toma de decisiones y la dota de seguridad ética y jurídica en el desempeño de sus funciones.

Hipótesis Nula (Ho): El uso protocolos ante la LET en las unidades de cuidados intensivos no influye sobre el papel de la enfermera, ni sus funciones.

#### 5. OBJETIVOS

##### 5.1. Objetivo Principal

Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica para conocer el papel de las enfermeras durante todo el proceso de LET.

##### 5.2. Objetivos Específicos

- Analizar los cuidados de enfermería durante la LET (familia y paciente).
- Analizar el papel de la enfermera en la toma de decisiones.
- Determinar el grado de protocolización de la LET en las UCIs.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Tipo de Estudio

Revisión Bibliográfica Sistemática de la mejor evidencia científica sobre las competencias de la enfermera durante la aplicación de LET en las UCIs, el grado de protocolización del proceso y la relación entre ambas. A través de publicaciones en revistas, artículos, bases de datos y guías de práctica clínica.

### 6.2 Localización y Selección de Estudios

#### LOCALIZACIÓN

La búsqueda se realiza durante los meses de enero y febrero de 2020.

#### Términos de Búsqueda

- **DeCS:** Privación de tratamiento, atención de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos y cuidado terminal.
- **MeSH:** Withholding Treatment, Nursing Care, Intensive Care Units, Terminal Care.
- **Otras (sinónimos o lenguaje natural):** Nursing, ICU, withdrawing treatment, treatment cessation, limitation of therapeutic effort, end of life care, rol de enfermería, cuidados de enfermería, limitación esfuerzo terapéutico. (Anexo II)
- **Operadores booleanos utilizados en las búsquedas:** “AND” y “OR”.

#### Bases de Datos

- **MEDLINE:** Base de datos bibliográfica de la National Library of Medicine (NLM) con artículos publicados en casi 5.000 revistas del área de ciencias de la salud.
- **SCOPUS:** Es la mayor base de datos académica internacional y una de las de mayor prestigio. Propiedad de Elsevier, incluye el contenido de más de 5000 editores y 105 países diferentes.

- CINAHL: (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) Base de datos con más de 3000 publicaciones centradas en las áreas de enfermería, terapia ocupacional y medicina.
- Web of Science: Plataforma on-line que contiene Bases de Datos de información bibliográfica y recursos de análisis de la información. Permite acceder a distintas Bases de Datos a través de una única interfaz de consulta.
- CUIDEN: Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, especializada en enfermería. Proporciona información científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano.

### Otros recursos electrónicos

- **Google académico (Google Scholar):** Buscador de Google, que permite localizar documentos académicos. Utiliza información procedente de: asociaciones profesionales, editoriales universitarias y numerosas organizaciones académicas.
- **RUC:** Repositorio institucional de la UDC. Permite el libre acceso a los documentos de investigación y docencia creados por los miembros de la UDC.
- **Páginas web** de las siguientes Sociedades Científicas
  - **SECPAL** (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) <https://www.secpal.com/>
  - **SEMICYUC** (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias). <https://semicyuc.org/>
  - **SEEIUC** (Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias) <https://seeiuc.org/>

### SELECCIÓN

Se establecen las siguientes normas:

#### Criterios de inclusión

- ✓ Documentos de interés publicados en los últimos 5 años: 2015-2020.

- ✓ Estudios pertenecientes al área de enfermería, sobre la LET en las unidades de cuidados intensivos que respondan a los objetivos de la Revisión.
- ✓ Documentos con posibilidad de acceso al texto completo.
- ✓ Idiomas: español, inglés y portugués.

**Criterios de exclusión:**

- ✗ Documentos no oficiales, cartas al director, casos únicos, editoriales y fichas técnicas.
- ✗ Artículos no centrados en el paciente adulto.
- ✗ Documentación con acceso de pago.
- ✗ Artículos centrados en otros profesionales sanitarios más que en el papel de la enfermera.

Tabla I-Resultados de la búsqueda en bases de datos (Anexo III, Anexo IV, Anexo V)

<b>MEDLINE→PUBMED</b>		
((((((nursing [tiab])) AND ("Intensive Care Units"[tiab] OR ICU [tiab])) AND ("withholding treatment"[tiab] OR "withdrawing treatment"[tiab] OR "treatment cessation"[tiab] OR "limitation of therapeutic effort"[tiab])) AND ("terminal care"[tiab] OR "end of life care"[tiab]))) OR (((("Withholding Treatment"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]) AND "Terminal Care"[Mesh]) → <b>Resultados: 23</b>		
Filtros:		
1) Publicación: 2015-2020. 2) Área: enfermería.3) Población: adulta (+19). 4) Idiomas: inglés, español y portugués		
Resultados:5	Potencialmente relevantes :5	<b>Seleccionados finalmente:</b> <b>4</b>
<b>SCOPUS</b>		
(TITLE-ABS-KEY (nursing) ) AND ( ( ( "Intensive Care Units" OR ICU ) ) AND ( "withholding treatment" OR "withdrawing treatment" OR "treatment cessation" OR "limitation of therapeutic effort" ) ) AND ( "terminal care" OR "end of life care" ) → <b>Resultados: 176</b>		
Filtros:		
1) Publicación: 2015-2020. 2) Área: enfermería 3) Idiomas: inglés, español y portugués		
Resultados: 27	Potencialmente relevantes: 7	<b>Seleccionados:5</b>

<b>CINAHL</b>		
(nursing) AND ( "Intensive Care Units" OR ICU ) AND ( "withholding treatment" OR "withdrawing treatment" OR "treatment cessation" OR "limitation of therapeutic effort" ) AND ( "terminal care" OR "end of life care" ) → <b>Resultados:5</b>		
Filtros:		
1) Publicación: 2015-2020. 2) Área: enfermería .3) Población adulta		
Resultados:1	Potencialmente relevantes:0	<b>Seleccionados: 0</b>
<b>WEB OF SCIENCE</b>		
((nursing ) AND ( "Intensive Care Units" OR ICU ) AND ( "withholding treatment" OR "withdrawing treatment" OR "treatment cessation" OR "limitation of therapeutic effort" ) AND ( "terminal care" OR "end of life care" )) → <b>Resultados: 101</b>		
Filtros:		
1) Publicación: 2015-2020. 2) Pertenecientes a las bases de datos: WOS, CCC, DIIDW, KJD, MEDLINE, RSCI, SCIELO		
Resultados:18	Potencialmente relevantes: 3	<b>Seleccionados:1</b>
<b>CUIDEN</b>		
("limitación del esfuerzo terapéutico") OR (("privación de tratamiento") AND (("UCI") OR ("Unidad de Cuidados Intensivos") AND ("Rol de enfermería") OR (" cuidados de enfermería")))) → <b>Resultados:31</b>		
Filtros→ Publicación: 2015-2020		
Resultados: 4	Potencialmente relevantes:4	<b>Seleccionados:2</b>
<b>*Debido a que no todas las bases permiten los mismos filtros, a mayores se han utilizado los pautados para todas según los criterios de inclusión-exclusión</b>		

Fuente: Elaboración propia

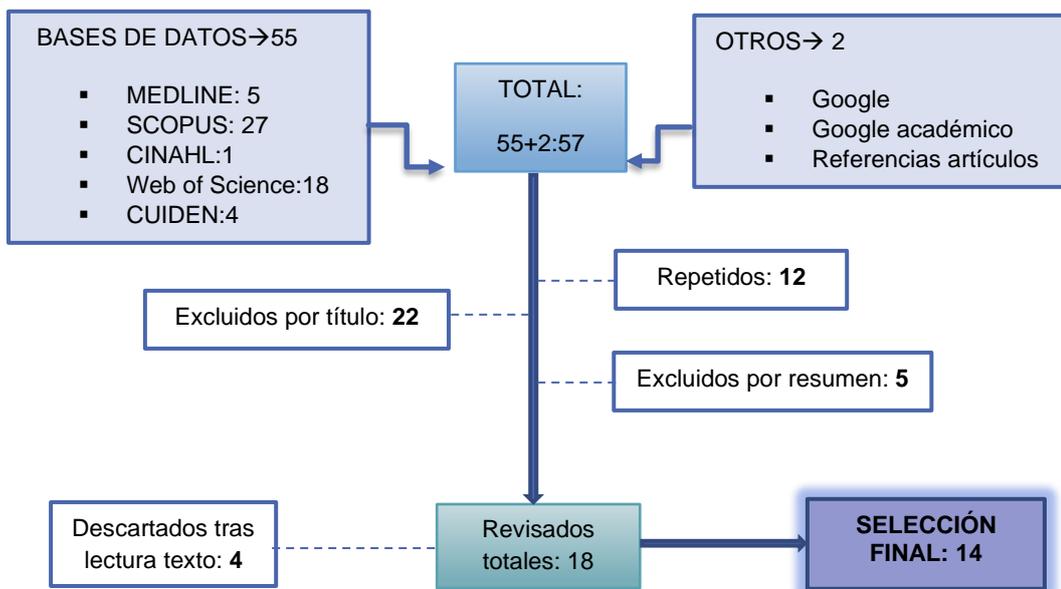
### Resumen Búsqueda Bibliográfica

Se han utilizado los filtros que permiten las distintas bases de datos con el objetivo de reducir la documentación de menor relevancia y seleccionar publicaciones recientes, adecuadas a los objetivos y relacionadas con el tema de estudio. La selección inicial se realizó mediante la lectura de título y resumen.

Tras la lectura completa del texto se han seleccionado de forma definitiva 12 artículos y 2 Guías de recomendaciones para la LET, una del año 2017,

elaborada por el grupo de trabajo de Bioética de la SEEIUC y otra creada por la Junta de Andalucía en el año 2014, esta última a pesar de estar fuera del rango temporal de búsqueda se incluyó dada su relevancia.

Figura II-Diagrama Búsqueda Bibliográfica



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se muestra la selección definitiva (autores y título), el orden asignado es el de su fecha de publicación y se mantendrá a lo largo de todo el documento.

Tabla II- Selección definitiva de documentos para la Revision<sup>18,19,14,20,21,28,22,23,24,10,25,26,27,3</sup>

AUTORES	TÍTULO
1- González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín M. L. (2019). <sup>18</sup>	Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. <i>Enfermería Intensiva</i> , 30(2), 78-91.
2- Efstathiou N, Ives J. (2018). <sup>19</sup>	Compassionate care during withdrawal of treatment: A secondary analysis of ICU nurses' experiences. <i>Nursing ethics</i> , 25(8), 1075-1086.
3- Velarde-García J. F, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Alvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. (2018). <sup>14</sup>	Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. <i>Nursing ethics</i> , 25(7), 867-879.
4- Vanderspank-Wright B, Efstathiou, N, Vandyk A.D. (2018). <sup>20</sup>	Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. <i>International journal of nursing studies</i> , 77, 15-26.

5- Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. (2018). <sup>21</sup>	Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. <i>Persona y Bioética</i> , 22(1), 56-75.
6- Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC (2017) . <sup>28</sup>	Recomendaciones sobre la limitación de tratamientos de soporte vital en Unidades de Cuidados Intensivos.
7- Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M, Fuentes-Milá V, Martínez-Estalella G. (2016). <sup>22</sup>	Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. <i>Enfermería Intensiva</i> , 27(4), 138-145.
8- Badir A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, Miral M, Ersoy N, Akın E. (2016). <sup>23</sup>	Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. <i>Nursing in critical care</i> , 21(6), 334-342
9- Ranse K, Bloomer M, Coombs M, Endacott R. (2016). <sup>24</sup>	Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: A survey of information provided to families by Australasian critical care nurses. <i>Australian Critical Care</i> , 29(4), 210-16.
10- Serrano Calvo I. (2016). <sup>10</sup>	Cuidados de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico. <i>Revista Rol de Enfermería</i> , 39(10), 640-49.
11- Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LC. (2016). <sup>25</sup>	Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 33, 56-64.
12- Navarro Navarro N, Jiménez Herrera M. (2015). <sup>26</sup>	El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. <i>Ética de los Cuidados</i> , 8.
13- Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. (2015). <sup>27</sup>	Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. <i>Australian critical care</i> , 28(2), 82-86.
14- Simón Lorda P, Esteban López MS, Cruz Piqueras M. (2014) Junta de Andalucía Estrategia Bioética 2011-14. <sup>3</sup>	Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos.

Fuente: Elaboración propia

### 6.3 Revisión y Análisis

La **revisión y evaluación** de los artículos seleccionados se realizó mediante su lectura crítica con metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme), que proporciona herramientas de análisis para la valoración de artículos en función de su diseño<sup>16</sup>. Se usaron **las herramientas de evaluación para estudios cualitativos** (los que ofrecen resultados cuantitativos son encuestas) y **revisiones sistemáticas**.

**Tabla III- Puntuación CASPe para los estudios cualitativos de la selección final**

A / ¿Los resultados del estudio son válidos? Número y (cita)	ESTUDIOS EVALUADOS							
	2(19)	3 (14)	7(22)	8(23)	9(24)	11(25)	12(26)	13(27)
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	No	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí
7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
B/ ¿Cuáles son los resultados?								
8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9 ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?								
10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>PUNTUACIONES</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

Fuente: elaboración propia

Los resultados son buenos para todos los estudios, ya que alcanzan una puntuación alta en todos los ítems.

**Tabla IV- Puntuación CASPe para las revisiones sistemáticas de la selección final**

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos? Número y (cita)	REVISIONES EVALUADAS			
	1 (18)	4 (20)	5 (21)	10 (10)
1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí	Sí	Sí	Sí
2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí	Sí	Sí	Sí
3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí	Sí	Sí	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	No sé	No sé	No sé	No sé
5.Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	Sí	Sí	Sí	Sí
B/ ¿Cuáles son los resultados?				
6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Tabla IX	Tabla IX	Tabla IX	Tabla IX
7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?	Tabla VI	Tabla VI	Tabla VI	Tabla VI
C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?				
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	Sí	Sí	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>PUNTUACIONES</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

Fuente: Elaboración propia

Los resultados son excelentes según la metodología elegida. Con esta metodología las puntuaciones alcanzadas por los artículos seleccionados son las siguientes: 8-9 para los estudios cualitativos y 9 en el caso de las revisiones; obteniendo ambas una puntuación media de 9/10. (Anexo VI)

Para la **evaluación de las Guías Clínicas /Recomendaciones** se usan las tablas AGREE II (Anexo VII) que permiten valorar su calidad, mediante el uso de escalas de puntuación aplicadas a los 23 ítems correspondientes para finalmente obtener una valoración global de la guía<sup>17</sup>. En este caso la puntuación de las mismas es buena, debido a que han alcanzado una puntuación media >60%, esto las dota de calidad.

Tabla V- Puntuación AGREE para las Guías Clínicas/Recomendaciones

AGREE GUÍAS EVALUADAS							6 (28)	14 (3)
Número y (cita)	2	3	4	5	6	7 calidad más alta		
<b>1 calidad más baja</b>								
<b>DOMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVOS</b>								
Puntuación total de sus 3 ítems							94%	94%
<b>DOMINIO 2. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS</b>								
Puntuación total de sus 3 ítems							61%	67%
<b>DOMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN</b>								
Puntuación total de sus 8 ítems							60%	66%
<b>DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN</b>								
Puntuación total de sus 3 ítems							94%	83%
<b>DOMINIO 5. APLICABILIDAD</b>								
Puntuación total de sus 4 ítems							75%	75%
<b>DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL</b>								
Puntuación total de sus 2 ítems							33%	41%
<b>PUNTUACIÓN GLOBAL: RECOMENDABLE PARA SU USO</b>								

Fuente: Elaboración Propia

El **análisis metodológico** de todos los estudios seleccionados se realizó con la clasificación propuesta por Joanna Briggs, por ser la que mejor se adecua a la selección final (Anexo VIII).

Tabla VI- Características metodológicas de los estudios seleccionados

ESTUDIO	DISEÑO	MUESTRA	NIVEL EVIDENCIA G.RECOMENDACIÓN
1) González Rincón M et al. 2019	Revisión bibliográfica (artículos originales y revisiones sistemáticas)	16 artículos	1→A Recomendación fuerte

2) Efstathiou, N., Ives, J. <b>2018</b>	Cualitativo, descriptivo (narrativas)	13 enfermeras	2→B Recomendación débil
3) Velarde García JF et al. <b>2018</b>	Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo (entrevistas)	22 enfermeras	2→B Recomendación débil
4) Vanderspank Wright B et al. <b>2018</b>	Revisión sistemática de la evidencia cualitativa	13 artículos	1→A Recomendación fuerte
5) Yáñez-Dabdoub M.et al <b>2018</b>	Revisión bibliográfica mixta	23 artículos	1→A Recomendación fuerte
6) Grupo de Bioética SEEIUC 2017	Guía de recomendaciones Opinión de expertos	Profesionales del SNS	5→A Recomendación fuerte
7) Vallès Fructuoso O et al. <b>2016</b>	Estudio cualitativo descriptivo (entrevistas)	28 enfermeras	2→B Recomendación débil
8) Badir A et al. <b>2016</b>	Cuantitativo transversal (encuestas)	602 enfermeras	2→B Recomendación débil
9) Ranse K et al. <b>2016</b>	Cuantitativo, Transversal (encuestas)	159 enfermeras	2→B Recomendación débil
10) Serrano Calvo I. <b>2016</b>	Revisión bibliográfica (artículos originales)	41 artículos	1→A Recomendación fuerte
11) Noome M et al. <b>2016</b>	Estudio cualitativo, fenomenológico, descriptivo (encuestas)	20 familiares	2→B Recomendación débil
12) Navarro Navarro M et al <b>2015</b>	Estudio cualitativo Fenomenológico, interpretativo (entrevistas)	6 profesionales de enfermería.	3→B Recomendación débil
13) Coombs M, et al. <b>2015</b>	Estudio de métodos mixtos. (Encuesta transversal con grupos focales de seguimiento)	465 enfermeras	2→B Recomendación débil
14) Simón Lorda P et al. Junta de Andalucía 2014	Guía de recomendaciones. Opinión de expertos	Profesionales del SSPA	5→A Recomendación fuerte

Fuente: Elaboración Propia

Se ha optado por la clasificación JBI, por ser la más específica para estudios cualitativos y mixtos; que son los que integran mayoritariamente esta Revisión. Hay algún estudio, definido por los autores como cuantitativo porque ofrece números y porcentajes, pero el análisis riguroso revela que se basan en opiniones de enfermeras y pacientes, no en resultados.

Los **diseños** de los estudios seleccionados son revisiones bibliográficas (4), estudios cualitativos (5), estudios cuantitativos (2) y estudios mixtos (1) y Opiniones/Recomendaciones de expertos (2).

El nivel de evidencia medio es 2 y el Grado de Recomendación B.

## 7. RESULTADOS

Los resultados de los estudios seleccionados se muestran en dos apartados:

- **Características descriptivas de los estudios**
- **Resultados de los estudios**

### 7.1 Características de los Estudios Seleccionados

Tabla VII- Artículos seleccionados definitivamente. Publicación

AUTORES	TÍTULO	REVISTA	IMPACTO
1) González Rincón M et al. <b>2019</b>	Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico	Enferm Intensiva 2019 Apr - Jun;30(2): [78-91]	SJR 0,164 SNIP 0,276 CiteScore 0,56
2) Efstathiou N et al. <b>2018</b>	Compassionate care during withdrawal of treatment: A secondary analysis of ICU nurses' experiences	Nurs Ethics 2018 Dec;25(8): [1075-1086]	SJR 1,957 SNIP 1,413 JCR 1,876
3) Velarde García JF et al. <b>2018</b>	Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses.	Nurs Ethics 2018 Nov;25(7): [867-879]	SJR 1,957 SNIP 1,413 JCR 1,876
4) Vanderspank Wright B et al. <b>2018</b>	Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence	Int J Nurs Stud 2018 Jan;77: [15-26]	SJR 1,556 JCR 3,656 SNIP 2,310 CiteScore 4,32
5) Yáñez-Dabdoub M et al. <b>2018</b>	Cuidado humanizado en pacientes con LET en cuidados intensivos: Desafíos para enfermería	Pers Bioét 2018 Jan; 22(1): [56-75]	Latindex 0,0811
6) Vallès Fructuoso O et al. <b>2016</b>	Perspective of intensive care nursing staff on the limitation of life support treatment	Enferm Intensiva 2016 Oct - Dec;27(4): [138-145]	SJR 0,164 SNIP 0,276 CiteScore 0,56
7) Badır A et al <b>2016</b>	Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices	Nurs Crit Care 2016 Nov;21(6): [334-342]	JCR 1,173 SJR 0,51 Q1

8) Ranse K et al 2016	Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: A survey of information provided to families by Australasian critical care nurses.	Aust Crit Care 2016 Nov;29(4): [210-216]	JCR 2,515 SJR 0,699 Q1 SNIP 1,146 CiteScore 1,74
9) Serrano Calvo I 2016	Cuidados de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico: derecho a la vida, derecho a la muerte	Rev Rol Enferm 2016 Oct 39(10): [640-649]	Index C 0,127 Q4
10) Noome M et al. 2016	Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study	Intensive Crit Care Nurs. 2016 Apr;33: [56-64]	JCR 1,653 SJR 0,553 SNIP 0,826 CiteScore 1,76
11) Navarro Navarro M et al. 2015	El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos	Rev Ética de los cuidados 2015 Ene-Jun 8 : (15)	Index C 0,333 Q4
12) Coombs M et al. 2015	Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study.	Aust Crit Care. 2015 May;28(2): [82-86.]	JCR 2,515 SJR 0,699 Q1 SNIP 1,146 CiteScore 1,74

Fuente: Elaboración propia

Tabla VIII- Otros estudios seleccionados definitivamente. Publicación

EDITOR	TÍTULO
1) SEEIUC.2017	Recomendaciones sobre la limitación de tratamientos de soporte vital en unidades de cuidados intensivos.
2)Junta de Andalucía. 2014	Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos.

Fuente: Elaboración propia

Todas las revistas están indexadas, 7 en el JCR, 9 en SJR y sólo 3 no pertenecen a estas clasificaciones estando 2 en F. Índice y 1 en Latindex. El factor de impacto de las Revistas es medio, teniendo en cuenta que se trata de Revistas de Enfermería.

La siguiente tabla muestra los resultados de nuestros estudios seleccionados según su contexto, objetivos y resultados que pretenden obtener.

Tabla IX- Características descriptivas de los estudios seleccionados

ESTUDIO	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1) González Rincón M et al. 2019	R. bibliográfica. <b>Madrid</b> (artículos: USA, UK, Australia, España, Canadá, Italia, Suecia)	Analizar el rol de la enfermera de UCI en la LET.	-Cuidado directo al paciente. -Atención a la familia. -Roles en el equipo multidisciplinar.
2) Efstathiou, N. et al 2018	3 UCIs Hospital <b>Reino Unido</b> .	Examinar cómo se lleva a cabo la LET en la UCI	-Cuidado directo al paciente. -Atención a la familia.
3) Velarde García et al. 2018	UCIs del Servicio de Salud de Hospitales de <b>Madrid</b> . (3 Ucis y 1 REA).	Conocer experiencias de las enfermeras de UCI que practican la LET.	-Participación en la toma de decisiones. -Implemento de la LET.
4) Vanderspank Wright B et al. 2018	Revisión sistemática <b>UK y Canadá</b> (artículos: Australia, NZ, USA, Suecia, UK Noruega, Sudáfrica).	Describir la experiencia de las enfermeras de UCI que prestan atención en LET.	-Participación en la toma de decisiones. -Cuidado directo al paciente. -Atención a la familia.
5) Yáñez-Dabdoub M et al. 2018	Revisión bibliográfica <b>Chile</b> . (artículos: Asia, América del Sur, África, Europa y Oceanía).	Conocer factores de deshumanización de cuidados en pacientes con LET en la UCI.	-Participación enfermera en la toma de decisiones. -Desafíos para prestar sus servicios durante la LET.
6) Vallès Fructuoso O et al. 2016	3 UCIs polivalentes del <b>Hospital Universitario de Bellvitge</b> .	Conocer la perspectiva enfermera sobre la LET en las UCIs.	-Fundamentos para la toma de decisiones. -Obstáculos para el ejercicio de la LET en UCI.
7) Badir A et al. 2016	32 UCIs de 19 hospitales del Ministerio de Salud en <b>Turquía</b> .	Perspectiva de las enfermeras de UCI en Turquía sobre cuidados de LET.	-Intervenciones en LET. -Opinión de las enfermeras sobre estas.
8) Ranse K et al. 2016	UCIs en <b>Australia y Nueva Zelanda</b> (159 enfermeras respondieron).	Identificar la información que las enfermeras de UCI dan a las familias ante la LET.	-Atención centrada en la familia. -Información brindada con mayor frecuencia.
9) Serrano Calvo, I. 2016	Revisión bibliográfica <b>Madrid</b> (artículos USA, UK, Chile, Cuba, España).	Conocer el rol de la enfermera de UCI en la LET.	-Cuidado directo al paciente. -Atención a la familia. -Participación en la toma de decisiones.
10) Noome M, et al. 2016	UCIs en los <b>Países Bajos</b> pertenecientes a 1 hospital universitario y 3 generales.	Conocer experiencias de la familia sobre el personal de enfermería de UCI ante la LET.	-Atención a la familia. -Experiencias, deseos y necesidades de familiares ante la enfermería.
11. Navarro Navarro M et al. 2015	1 UCI polivalente Hospital de <b>Tarragona</b> .	Conocer la participación de enfermeras de UCI en la toma de decisiones de LET.	-Aspectos relacionados con la toma de decisiones.

12) Coombs M, et al. 2015	4 UCIs de Nueva Zelanda.	Conocer experiencias de las enfermeras de UCI hacia la LET.	-Intervenciones en LET. -Opinión de las enfermeras sobre estas.
---------------------------	--------------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia

Los artículos seleccionados se publicaron en Reino Unido, Turquía, Australia, Nueva Zelanda, Países Bajos, Canadá, Chile y España. La mayoría de los artículos seleccionados pertenecen al año 2016.

Tabla IX- Características descriptivas de otros estudios seleccionados

EDITOR	CONTEXTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1) SEEIUC. 2017	Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva	Establecer recomendaciones para los profesionales de las UCIs durante todo el proceso de LTSV.	Creación de protocolos. Toma de decisiones. Atención al paciente y a su familia.
2) Junta de Andalucía. 2014	Estrategia de Bioética 2011-1014 Junta de Andalucía	Facilitar a los profesionales un marco para la práctica, el registro adecuado de la LET y la elaboración de protocolos.	Funciones de los profesionales que van a atender a las personas durante el proceso de LET.

Fuente: Elaboración propia

Las guías seleccionadas se elaboraron, ambas, en España y dan respuesta a la necesidad de protocolización de LET.

Los artículos seleccionados dan respuesta a los objetivos de la Revisión:

- Examinan la participación enfermera en la toma de decisiones: 10 documentos<sup>10,14,18,20,21,22,23,26,27,28</sup>.
- Analizan los cuidados de enfermería durante la LET en el paciente terminal: 9 estudios seleccionados<sup>3,10,18,19,20,22,23,27,28</sup>.
- Reflejan los cuidados de enfermería ofrecidos a la familia durante el proceso: 8 estudios<sup>3,10,18,19,20,24,25, 28</sup>.
- Respecto la valoración del grado de protocolización, no se encontró ningún protocolo multidisciplinar como tal; pero si dos guías con recomendaciones sobre la LET y la elaboración de estos<sup>3,28</sup>. De los artículos seleccionados, 7 mencionaban la necesidad de creación de protocolos/ guías de práctica clínica<sup>10,14,20,22,23,26,27</sup>.

## 7.2 Resultados de los Estudios

Análisis y comparación de resultados, según los objetivos de la Revisión.

Tabla X- Participación enfermera en la toma de decisiones

<p><b>González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. 2019</b></p> <p>La tendencia actual de la atención al final de la vida en las UCIs no sigue un enfoque colaborativo. La participación enfermera en la toma de decisiones, está influida por la percepción del dolor del paciente, la obstinación terapéutica y creencias religiosas. Para evitar la confrontación con los médicos, algunas adoptan un papel pasivo/neutro. La experiencia, conocimiento y formación influye para ser consideradas como consultoras. Las enfermeras ven necesario ser partícipes en este proceso.</p>
<p><b>Velarde García JF, Luengo-González R, González-Hervías R et al. 2018</b></p> <p>El 71% de las enfermeras afirman no participar en la toma de decisiones. Las decisiones son tomadas exclusivamente por los médicos, junto con la familia del paciente. La falta de participación de la enfermera en el proceso genera descontento; exigen mayor voz.</p>
<p><b>Vanderspank Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. 2018</b></p> <p>En sus estudios confirma la falta de colaboración entre médicos y enfermeras durante la toma de decisiones y la existencia de tensiones entre estos.</p>
<p><b>Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. 2018</b></p> <p>Los profesionales de enfermería no se sienten considerados por el equipo médico en la toma de decisión sobre LET. Esto genera conflictos en el equipo de salud y disminuye su satisfacción laboral. El factor de la experiencia laboral incide en su participación. Además, señala que un 36,5 % de los enfermeros de UCI opinan que no deberían participar en la toma de decisiones; lo que muestra la falta de conocimiento de su rol.</p>
<p><b>Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC. 2017</b></p> <p>La toma de decisiones, se realizará tras una sesión clínica por parte del equipo multidisciplinar. La decisión buscará el consenso, siendo relevante la opinión de los profesionales que atienden directamente al paciente. Se decidirá previamente por el equipo, las terapias a limitar para explicar cómo se piensa realizar la LET.</p>
<p><b>Vallès Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M et al. 2016</b></p> <p>Los profesionales de enfermería reconocen que la decisión sobre la LET la toma el médico en consenso con la familia, siendo estos excluidos. En las situaciones en las que se ven involucradas es debido a la motivación personal. Una minoría de profesionales reconocen su inclusión, siendo los que poseen mayor antigüedad laboral.</p>
<p><b>Badır A, Türkmen E, Göktepe N et al. 2016</b></p> <p>Todas las enfermeras de la UCI declararon tener participación en la atención de pacientes durante la LET. El 25,2% reflejaron haber estado involucradas en conversaciones con médicos sobre decisiones de LET, mientras que el 55,6% informaron no ser partícipes del proceso. El 53,5% declararon que la participación afectaría positivamente a su satisfacción laboral.</p>

**Serrano Calvo I .2016**

Testimonios de enfermeras de UCI aseguran que su opinión no se tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre la LET, a pesar de que la evidencia afirme que deban establecerse en consenso. El rol de enfermería no se encuentra descrito actualmente.

**Navarro Navarro M, Jiménez Herrera M. 2015**

La mayoría de los enfermeros expresan no ser partícipes en la toma de decisiones cuando se plantea una LET. Esta es percibida como una competencia médica. La gran responsabilidad legal que esto conlleva es vista como una dificultad, interponiendo el acceso de enfermería a participar. Su papel es relevante a la hora de tomar las decisiones por proporcionar cuidados, estar al lado del paciente y conocer la evolución.

**Coombs M, Fulbrook P, Donovan S et al. 2015**

El 30% de las enfermeras encuestadas declararon siempre participar en el proceso de toma de decisiones junto a los médicos. El 77% indicó que participar en la toma de decisiones influiría positivamente en su satisfacción laboral. Hubo una asociación significativa entre participación en la toma de decisiones y años de experiencia en UCI.

Fuente: Elaboración propia

Tabla XI-Cuidados de enfermería centrados en el paciente

**González Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. 2019**

Ofrecer apoyo emocional, espiritual y garantizar los cuidados de bienestar (control de síntomas, cuidados físicos y la adecuación del ambiente). Manejo del dolor, la agitación y la disnea. Favorecer el contacto con la familia.

**Efstathiou N, Ives J. 2018**

Controlar el dolor, proporcionar comodidad, asegurar la limpieza física y eliminar la atención técnica innecesaria durante el retiro del tratamiento.

**Vanderspank Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. 2018**

Medidas de confort y presencia de enfermería. Retirada de los tratamientos de soporte vital. Alivio del dolor y manejo de los síntomas. Permitir la presencia de familiares. Garantizar la comodidad mediante medidas farmacológicas (opioides, sedantes) y no farmacológicas (cambios posturales, eliminación de los equipos innecesarios).

**Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC. 2017**

Toma de constantes, nutrición, movilización, aseo y aspiración de secreciones. Asegurar el bienestar y el confort del paciente. Escalas para valorar el dolor, la sedación y la agitación. Medidas no farmacológicas para el control del dolor y el sufrimiento (acompañamiento, reducción de pruebas, dispositivos y monitorización); medidas farmacológicas (sedación). Retirar la ventilación mecánica o extubación terminal.

**Vallès Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M et al. 2016**

Las técnicas limitadas son: técnicas de soporte vital (intubación endotraqueal, ventilación mecánica invasiva, fármacos vasoactivos y antibióticos de última

generación). Los tratamientos ofrecidos tienen como finalidad proporcionar alivio y son: analgesia, sedación y alimentación. Se prioriza el acompañamiento familiar, la tranquilidad, la ausencia de dolor y sufrimiento.

**Badir A, Türkmen E, Göktepe N et al. 2016**

Últimos rituales acordes a sus creencias religiosas/espirituales (87,2%). Actividades para la prevención de úlceras por presión (86%). Alivio del dolor (85,5%). Aspiración de secreciones orales y endotraqueales (82,2%). Continuar con el apoyo nutricional (77,6%) y aporte hídrico (64,8%). Ejercicios pasivos en las extremidades (64,3%). Retirada del tubo endotraqueal si el paciente puede respirar de forma espontánea (61,3%). Visitas sin restricción en número, tiempo y horario (48,2%). Reducir la concentración de oxígeno inspirado al 21% (aire) si este está ventilando (32,4%).

**Serrano Calvo I. 2016**

Sedación terminal ante muerte próxima. Control del dolor, la agitación, la ansiedad y la disnea. Medidas de comodidad farmacológicas (opiáceos, benzodiazepinas, neurolépticos) y no farmacológicas (musicoterapia, masoterapia, aromaterapia). Retirada de las medidas de soporte vital. Uso de escalas para valorar la agitación, el dolor y la sedación.

**Coombs M, Fulbrook P, Donovan S et al. 2015**

Últimos rituales apropiados a las creencias religiosas /espirituales (100%). Tratamiento del dolor (99,5%). Permitir visitas en cualquier momento (96,6%) sin restricción en número ni en la duración (94,4%). Extraer el tubo endotraqueal (TET) si el paciente es capaz de respirar de forma espontánea (89,3%). Disminuir la concentración de oxígeno del ventilador (FIO<sub>2</sub>) al 21% aire (70,9%). Aspiración endotraqueal para mantener permeable la vía aérea (60,2%). No continuar recibiendo ejercicios pasivos de las extremidades (46,9%). Prevenir lesiones por presión (78,6%). Atención en la intimidad de una habitación privada (94,4%). El soporte nutricional debe continuar (20,4%).

**Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014**

Cuidados y tratamientos para calmar el dolor, la agitación, la ansiedad o la disnea. Permitir el acompañamiento. Facilitar el auxilio espiritual. Evaluación del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) o Escala de Campbell. Evaluar la ansiedad mediante la Escala de Sedación Agitación (SAS) o la Escala de Agitación Sedación de Richmond (RASS). Medidas no farmacológicas para el control del dolor y el sufrimiento: garantizar privacidad, evitar monitores, dispositivos, tubos, sondas y pruebas. Medidas farmacológicas: Los analgésicos opioides; son los fármacos más usados en la sedación. Aspiración de secreciones. Retirar medidas invasivas que mantienen artificialmente la función respiratoria y cardiocirculatoria.

Fuente: Elaboración propia

Tabla XII- Cuidados de enfermería centrados en la familia

<p><b>González Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. 2019</b></p> <p>Facilitar el acceso a la información y la comprensión del estado del paciente (evitando tratar cuestiones del ámbito médico). Proporcionar apoyo, acompañamiento y respaldo emocional; para facilitar el afrontamiento de la situación. Disponibilidad para expresión de dudas/manifestación de sentimientos. Fomentar el contacto con el paciente. Apoyar los rituales religiosos y de despedida. Proporcionar un entorno íntimo y privado.</p>
<p><b>Efstathiou N, Ives J. 2018</b></p> <p>Ofrecer disponibilidad a la familia, brindar apoyo emocional, dar información oportuna y relevante además de permitir extensas visitas.</p>
<p><b>Vanderspank Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. 2018</b></p> <p>Proporcionar información relacionada con la retirada de medidas de soporte vital y la condición del paciente. Facilitar la presencia familiar, la adecuación del entorno y la privacidad. Ofrecer apoyo para la expresión de sentimientos.</p>
<p><b>Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC. 2017</b></p> <p>Explicar las medidas que se van a tomar y cómo se van a realizar por parte del equipo. Permitir el acompañamiento. Informar, de las alarmas y ruidos que se pueden reducir. Ante el previsible fallecimiento tras la retirada de tratamientos, se recomienda acordar con los familiares el momento de suspensión (para que tengan tiempo de acompañar y despedirse). Atención psicológica y espiritual, a fin de lograr un adecuado duelo.</p>
<p><b>Ranse K, Bloomer M, Coombs M et al 2016</b></p> <p>Se debe animar a la familia a hablar y tocar al paciente, tranquilizarla, prestar apoyo emocional y disponibilidad.</p>
<p><b>Serrano Calvo I. 2016</b></p> <p>Brindar apoyo emocional. Ayudar a comprender la condición del paciente enfermo. Proporcionar información clara y comprensible adaptada a la situación. Favorecer de esta manera, el proceso de toma de decisiones y la aceptación de la muerte.</p>
<p><b>Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E et al. 2016</b></p> <p>Ofrecer disponibilidad para responder preguntas. Dar información a la familia sobre la sintomatología del paciente. Fomentar la expresión de emociones, ofrecer apoyo emocional y apoyo de duelo. Permitir el contacto con el paciente en habitaciones privadas y con horarios de visitas sin restricciones.</p>
<p><b>Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014</b></p> <p>Disponibilidad para ofrecer información a la familia. Fomentar la privacidad y respetar el acompañamiento familiar con flexibilidad en el régimen de visitas. Permitir el auxilio espiritual. Estar preparados para la atención al duelo, promoviendo medidas para la aceptación de la muerte.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla XIII- Determinar el grado de protocolización de la LET en las UCIs

<b>Velarde García JF, Luengo-González R, González-Hervías R et al. 2018</b>
Manifiesta que las enfermeras informaron que la aplicación de la LET puede variar en un solo paciente, según los criterios de cada médico. Por lo que se ve necesario la creación de protocolos y pautas clínicas.
<b>Vanderspank Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. 2018</b>
La creación de protocolos y pautas de práctica clínica ayudaría a identificar las mejores prácticas. Ya que las enfermeras no siempre acuden a las UCIs con los conocimientos adecuados y es inapropiado que confíen en obtenerlos a través de la experiencia.
<b>Grupo de Trabajo de Bioética de la SEEIUC. 2017</b>
Recomiendan crear un protocolo de LET adaptado a la atención de los pacientes al final de la vida. Además de instaurar un programa formativo, dirigido al equipo multidisciplinar para capacitar a los profesionales en técnicas de comunicación y cuidados.
<b>Vallès Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M et al. 2016</b>
Defiende la elaboración de guías de actuación de carácter multidisciplinar, donde se clarifiquen los roles de cada uno de los profesionales involucrados en la LET.
<b>Badır A, Türkmen E, Göktepe N et al. 2016</b>
Expone la necesidad de desarrollar pautas y políticas nacionales de prácticas de atención de LET que definan su atención, los roles y responsabilidad de cada miembro.
<b>Serrano Calvo I. 2016</b>
Apoya la implantación de guías de práctica clínica en la LET, donde se permita clarificar el rol que desempeñe cada profesional sanitario implicado.
<b>Navarro Navarro M, Jiménez Herrera M. 2015</b>
Menciona la necesidad de protocolización. Enfermería reclama unos criterios puesto que, aunque haya unas recomendaciones, en la práctica clínica no se siguen al predominar la subjetividad.
<b>Coombs M, Fulbrook P, Donovan S et al. 2015</b>
No existe un consenso establecido sobre cómo deberían ser los cuidados de enfermería al final de la vida. Se muestra una opinión dividida sobre estos. Entre las practicas que generan incertidumbre se encuentran: La reducción de oxígeno inspirado en la ventilación al 21%, el uso de fluidos, nutrición, sedación y ejercicios pasivos de extremidades.
<b>Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014</b>
El propósito de estas recomendaciones es facilitar la elaboración de protocolos de LET en las UCIs, para regular de forma adecuada dicha práctica y disminuir así su variabilidad. Se dan las pautas para la elaboración del protocolo LET (marco ético, legislativo y conceptual; además de establecer un plan de actuación ante la LET)

Fuente: Elaboración propia

### 7.3 Limitaciones de la Revisión

Esta revisión tiene, como todos los estudios científicos, una serie de limitaciones que han tratado de paliarse mediante la utilización de una metodología rigurosa.

- Esta revisión ha sido realizada por un único revisor con experiencia limitada en la materia; pudiendo dar lugar a una sobrecarga de información, además de limitar el contraste y aportaciones de otros lectores. Para minimizar este sesgo se usaron herramientas de lectura crítica. Por otro lado, he contado con la disposición de mi directora de TFG para orientarme en este ámbito.
- El sesgo de selección puede deberse al proceso de elección de artículos para revisión. Se ha intentado evitar mediante una estricta metodología, usando palabras clave y sus sinónimos en todas las bases de datos. También, empleé criterios de inclusión y exclusión estrictos, con filtro temporal para obtener evidencia reciente.
- El sesgo de información puede deberse a la forma de extraer datos de los artículos seleccionados; para intentar paliarlo se buscó una metodología homogénea en la selección y además de ello se consultó su nivel de evidencia y su grado de recomendación según la clasificación Joanna Briggs.
- El sesgo de confusión puede derivar de la existencia de variables no contempladas en los estudios seleccionados que pueden influir sobre la información final. Para minimizarlo se han seleccionado documentos con objetivos similares que faciliten la comparación.

## 8. DISCUSIÓN

En esta revisión bibliográfica se propuso investigar el papel de enfermería que ejerce su labor en las unidades de cuidados intensivos durante la LET. Tras el análisis de los documentos seleccionados se deduce que la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida continúan siendo una fuente de conflicto en el ámbito asistencial.

Los **roles** de los profesionales involucrados en la LET **no** se encuentran **definidos**. Existe consenso en la mayoría de los estudios sobre la **falta de colaboración entre médicos y enfermeras en la toma de decisiones** durante la LET<sup>10,14,18,20,21,22,23,26,27</sup>. La tendencia actual en este campo no sigue un enfoque colaborativo, ya que las decisiones son tomadas exclusivamente por los médicos junto con la familia del paciente, quedando las enfermeras excluidas del proceso<sup>14,22</sup>; a pesar de que la evidencia afirme que estas decisiones deban establecerse en consenso, ya que así mejoraría la atención de los pacientes. Esto puede deberse, a que el equipo médico no consulte su opinión o que algunos profesionales de enfermería consideren que no forma parte de sus competencias<sup>18,21,26</sup>. A pesar de ello, la mayoría de profesionales de enfermería quieren ser partícipes de este proceso, ya que esto genera descontento e influye en su satisfacción laboral<sup>14,18,21,23,26,27</sup>. Nuestros estudios manifiestan, que forma parte de su rol y es necesario el trabajo multidisciplinar entre médicos y enfermeras/os para la toma de decisiones al final de la vida. Su participación es relevante, ya que es el personal que mantiene un contacto más estrecho con el paciente, proporciona los cuidados y conoce su evolución<sup>26,28</sup>. También hay que destacar que existe una minoría de profesionales de enfermería que reconocen su inclusión, pero estos suelen ser los que poseen una mayor antigüedad; ya que estudios manifiestan que cuanto mayor sea su formación, conocimiento y experiencia, estos tendrán más probabilidad de ser consultados<sup>18,21,22,27</sup>. Una vez decidida la LET, la literatura nos confirma que la enfermera/o presenta un rol más activo, ya que junto con el médico debe planificar el cuidado del paciente.

Respecto a los **cuidados de enfermería** durante la LET cabe destacar, que en algunos países existe incertidumbre sobre ciertas prácticas del cuidado, como en el caso de Nueva Zelanda, siendo estas: el uso de fluidos, nutrición, la disminución del oxígeno inspirado al 21% en caso de ventilación, la sedación y los ejercicios pasivos en las extremidades; ya que no existe consenso de cómo deberían ser emprendidos, creando así una opinión dividida entre las enfermeras/os<sup>27</sup>. **Nuestros estudios revelan que la atención de enfermería prestada al paciente durante la LET tiene similitudes en todo el mundo a pesar de la variabilidad de dichas prácticas.** La mayoría de los artículos consultados defienden la necesidad de garantizar **cuidados de bienestar** tales como: el **control del dolor y manejo de los síntomas**; mediante el uso de fármacos opioides y sedantes o con medidas no farmacológicas como cambios posturales y musicoterapia, entre otras <sup>3,10,18,19,20,22,23,27,28</sup>. Se empleará el uso de **escalas** para la valoración del dolor, agitación y la sedación<sup>3,10,28</sup>. **El ambiente debe adecuarse**; proporcionando intimidad, permitiendo el acompañamiento sin restricciones y eliminando los equipos y monitores innecesarios<sup>3,18,19,20,22,23,27,28</sup>. **Se garantizarán los cuidados físicos**; como la higiene personal o la aspiración de secreciones para mantener la permeabilidad de la vía aérea<sup>3,18,19,23,27,28</sup>. Por otra parte, se debe proceder a la **retirada de medidas de soporte vital**; se retirará de forma progresiva aquellas medidas invasivas que mantienen de forma artificial la función cardiocirculatoria y respiratoria<sup>3,10,20,22,23,27,27</sup>. Se garantizará en todo momento el **confort** del paciente. Continuaremos proporcionando **movilización** y aporte **nutricional**<sup>22,23,27,28</sup>. Finalmente, debemos de permitir los **rituales religiosos** que se consideren apropiados a sus creencias<sup>3,18,23,27</sup>.

Esta revisión sugiere que los cuidados **centrados en la familia**, son un componente fundamental para ofrecer una atención de calidad al final de la vida. La comunicación con esta es considerada una habilidad primordial; ya que las familias son una fuente importante de información, debido a la frecuente afectación del nivel de conciencia del paciente. Tras el análisis

de la literatura, la enfermera debe proporcionar **información**; para lograr la comprensión del estado de salud del paciente y de las medidas que esta va a implementar, sin tratar cuestiones médicas<sup>3,10,18,18,20,25,28</sup>. Toda la documentación revisada sugiere el **apoyo emocional**; para fomentar el afrontamiento y contribuir a sobrellevar el duelo<sup>3,10,18,19,20,24,25,28</sup>. Se permitirá el **acompañamiento** durante este proceso sin restricciones horarias, favoreciendo así el contacto con el paciente; se garantizará la intimidad creando un entorno que favorezca la **privacidad**<sup>3,18,19,20,24,25,28</sup>. Se respetará el **auxilio espiritual** si la familia lo considera <sup>3,18, 28</sup>. El personal de enfermería ofrecerá su **disponibilidad** para la expresión de sentimientos, la resolución de dudas y la formulación de preguntas<sup>3,18,19,20,24,25,28</sup>. Por otra parte, la evidencia sugiere que los familiares se sienten más satisfechos con la atención prestada al final de la vida cuando se les mantiene bien informados.

Los resultados de nuestra revisión, han demostrado el **importante papel que desempeñan los profesionales de enfermería** en el trabajo con pacientes y familias durante todo el proceso de LET. Sin embargo, estas muchas veces no acuden a las UCIs con los conocimientos adecuados sobre el tema. Además de ello, la aplicación de esta puede variar en un sólo paciente según los criterios de cada médico.

Respecto a su **protocolización**, en la documentación revisada no encontré protocolos de carácter multidisciplinar pero sí guías de recomendaciones para la elaboración de estos y poder llevarla a cabo dentro de las UCIs.

Gran parte de la literatura consultada hace hincapié en la **necesidad de crear pautas clínicas y protocolos de carácter multidisciplinar** donde se clarifiquen los roles del personal implicado, la atención que debe ser prestada y las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo. A demás de esto, SEEIUC propone instaurar un programa formativo, para capacitar a los profesionales en técnicas de comunicación y en cuidados al final de la vida.<sup>3,10,14,20,22,23,26,27,28</sup>

## 9. CONCLUSIONES

- El rol de la enfermera/o es clave en la UCI para humanizar el proceso de morir y no está claramente definido.
- El personal de enfermería desarrolla un papel activo durante la LET; atendiendo a las necesidades del paciente y sus familiares para garantizar una muerte digna. Este brinda cuidados, ofrece apoyo y disponibilidad además de ser agente de información.
- La atención de enfermería prestada al paciente durante la LET tiene similitudes en todo el mundo, a pesar de no estar protocolizada.
- Las enfermeras de cuidados intensivos no participan en la toma de decisiones de forma activa y reivindican ser tenidas en cuenta.
- Se necesita que las decisiones de LET y los cuidados pautados al final de la vida se planteen de forma multidisciplinar.
- Para brindar atención de calidad al final de la vida es clave la atención centrada en la familia.
- Es necesaria la formación de los enfermeros para ofrecer cuidados de calidad durante la LET.
- La literatura consultada avala nuestra hipótesis alternativa; ya que la falta de protocolización demostrada en la mayoría de los trabajos influye sobre el rol y la satisfacción de las enfermeras.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp . 2012; 212(3):134–140. doi 10.1016/j.rce.2011.04.016
2. Cilla Intxaurreaga A, Luisa M, Martín M. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. Med Paliat. 2018;25(3):195–202. doi 10.1016/j.medipa.2016.10.003
3. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 2020 Ene 12]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af19569d0af4\\_limitacion\\_esfuerzo\\_terapeutico.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19569d0af4_limitacion_esfuerzo_terapeutico.pdf)
4. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. BOE n. 228 (23 Sep 2015)
5. Los cuidados al final de la vida [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2012 [citado 2020 Ene 14]. Disponible: [https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST\\_240912\\_link.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf)
6. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta Bioeth. 2012 Nov; 18(2): 163-171. doi: 10.4067/S1726-569X2012000200004
7. Molíns Gauna N. Proyecto de protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados críticos de adultos [Trabajo de fin de máster en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2010 [citado 2020 Ene 18]. Disponible: [http://www.trasplantes.net/images/PDF/protocolo\\_limitacion\\_esfuerzo\\_terapeutico.pdf](http://www.trasplantes.net/images/PDF/protocolo_limitacion_esfuerzo_terapeutico.pdf)
8. Meseguer Fernández MR. Limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad de cuidados intensivos: percepción de las enfermeras. Rev Rol Enferm. 2019. 42(7-8): 521-524

9. Estella Á, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, del Barrio M, et al. Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2019;43(2):61–62. doi: 10.1016/j.medin.2018.08.008
10. Serrano Calvo I. Cuidados de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico: derecho a la vida, derecho a la muerte. *Rev Rol Enferm*. 2016 Oct ; 39(10):640-649.
11. Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 2020 Disponible: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
12. Cilla Intxaurreaga A. Competencia de la enfermera en el proceso de limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos [Trabajo fin de grado en Internet]. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 2016 [citado 2020 Ene 28]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/674298>
13. Osorio Aguilar D. Cuidados enfermeros durante el proceso de limitación de esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos [Trabajo de fin de grado en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2017 [citado 2020 Ene 29] Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/19709>
14. Velarde García JF, Luengo-González R, González-Hervías R et al. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2018 Nov; 25(7), 867–879. doi: 10.1177/0969733016679471
15. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [citado 2020 Feb 1]. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wpcontent/uploads/2017/1/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>
16. CASPe: programa de habilidades en lectura crítica español = Critical appraisal skills programme Español [Internet]. Alicante: CASPe; 2015

Instrumentos para la lectura crítica; [2016, citado 2020 Mar 1]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>

**17.** Instrumento AGREE II: instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica [Internet]. Ottawa, Canada: The AGREE Research Trust; 2019 [citado 2020 Mar 1]. Disponible en: [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Spanish.pdf](https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf)

**18.** González Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. *Enferm Intensiva*. 2019 Apr - Jun; 30(2):78-91. doi: 10.1016/j.enfi.2018.02.001

**19.** Efstathiou N, Ives J. Compassionate care during withdrawal of treatment: a secondary analysis of ICU nurses' experiences. *Nurs Ethics*. 2018 Dec; 25(8):1075-1086. doi: 10.1177/0969733016687159

**20.** Vanderspank Wright B, Efstathiou N, Vandyk AD. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: a systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Stud*. 2018 Jan; 77:15-26. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012

**21.** Yáñez Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. *Pers Bioét*. 2018 Jan; 22(1): 56-75. doi: 10.5294/pebi.2018.22.1.5

**22.** Vallès Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández-Plaza M et al. Perspective of intensive care nursing staff on the limitation of life support treatment. *Enferm Intensiva*. 2016 Oct - Dec; 27(4):138-145. doi: 10.1016/j.enfi.2016.06.002

**23.** Badır A, Topçu İ, Türkmen E et al. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nurs Crit Care*. 2016 Nov; 21(6):334-342. doi: 10.1111/nicc.12157

**24.** Ranse K, Bloomer M, Coombs M et al. Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: A survey of information provided to families by Australasian critical care nurses. *Aust Crit Care*. 2016 Nov; 29(4):210-216. doi: 10.1016/j.aucc.2016.08.006

25. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E et al. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016 Apr; 33:56-64. doi: 10.1016/j.iccn.2015.12.004
26. Navarro Navarro M, Jiménez Herrera M. El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Rev Etica Cuid.* 2015 Ene-Jun; 8(15)
27. Coombs M, Fulbrook P, Donovan S et al. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. *Aust Crit Care.* 2015 May; 28(2):82-86. doi: 10.1016/j.aucc.2015.03.002
28. Recomendaciones sobre la limitación de tratamientos de soporte vital en unidades de cuidados intensivos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC); 2017 Dic [citado 2020 Mar 3]. Disponible en: <http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/10/RECOMENDACIONES-LTSV.pdf>

12. ANEXOS

Anexo I: Hoja órdenes LET en la UCI del HUAC

<b>Órdenes de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital</b>	
El paciente tiene redactado un documento de Voluntades Anticipadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> En caso de paro cardiorrespiratorio <b><u>NO iniciar medidas de RCP</u></b>	
Dr. _____	Fecha _____
Firma _____	
<input type="checkbox"/> Otras <b><u>Limitaciones de Tratamiento</u></b>	
<input type="radio"/> No intubación	<input type="radio"/> No nutrición artificial
<input type="radio"/> No Depuración extracorpórea	<input type="radio"/> No Cirugía
<input type="radio"/> No transfusión	<input type="radio"/> No fármacos vasoactivos
<input type="radio"/>	
Dr. _____	Fecha _____
Firma _____	
<input type="checkbox"/> <b>Mantener</b> el tratamiento iniciado, <b>sin aumentarlo ni iniciar nuevo tratamiento</b>	
Dr. _____	Fecha _____
Firma _____	
<input type="checkbox"/> <b><u>Retirada</u></b> de Tratamientos de Soporte Vital	
<input type="radio"/> Depuración extracorpórea	<input type="radio"/> Ventilación Mecánica
<input type="radio"/> Fármacos vasoactivos	<input type="radio"/>
Dr. _____	Fecha _____
Firma _____	
<input type="checkbox"/> <b>Rescisión de las Órdenes anteriores</b>	
Dr. _____	Fecha _____
Firma _____	

Entregar en Despacho de la Supervisora al alta del enfermo junto con el Check-list de BZ/NZ

**Anexo II: Expresiones sinónimas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)**

Expresiones equivalentes en español:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación de terapias de soporte vital (LTSV)</li> <li>• Adecuación de tratamientos de soporte vital</li> <li>• Adecuación de las medidas terapéuticas</li> <li>• Omisión o retirada de tratamientos de soporte vital</li> </ul>
Expresiones equivalentes en inglés:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Withdrawing and Withholding of Life-Sustaining Treatments (or Life Support)</li> <li>• Discontinuation of Life-Sustaining Treatments (or Life Support)</li> <li>• Limitation of Life - Sustaining Treatment</li> <li>• Limitation of Treatment</li> <li>• Limitation of Therapeutic Effort</li> </ul>
Expresiones que deben evitarse:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eutanasia pasiva</li> </ul>

**Anexo III: Búsqueda detallada Medline**

Términos MeSH

#1	"Withholding Treatment"[Mesh]	3
#2	"Nursing Care"[Mesh]	36
#3	"Intensive Care Units"[Mesh]	11
#4	"Terminal Care"[Mesh]	5
#5	#1 AND#2 AND#3 AND #4	22

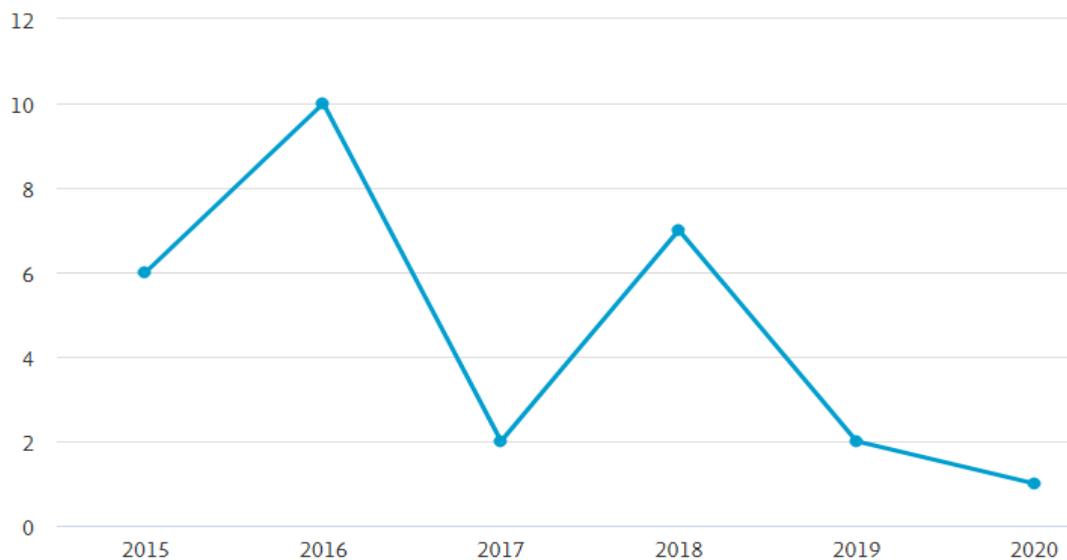
Pubmed

#6	nursing [tiab]	265609
#7	"Intensive Care Units"[tiab] OR ICU [tiab]	71789
#8	"withholding treatment"[tiab] OR "withdrawing treatment"[tiab] OR "treatment cessation"[tiab] OR "limitation of therapeutic effort"[tiab]	1655
#9	"terminal care"[tiab] OR "end of life care"[tiab]	12035
#10	#6 AND#7 AND#8 AND# 9	3

Búsqueda conjunta

#11	#10 OR #5	23
-----	-----------	----

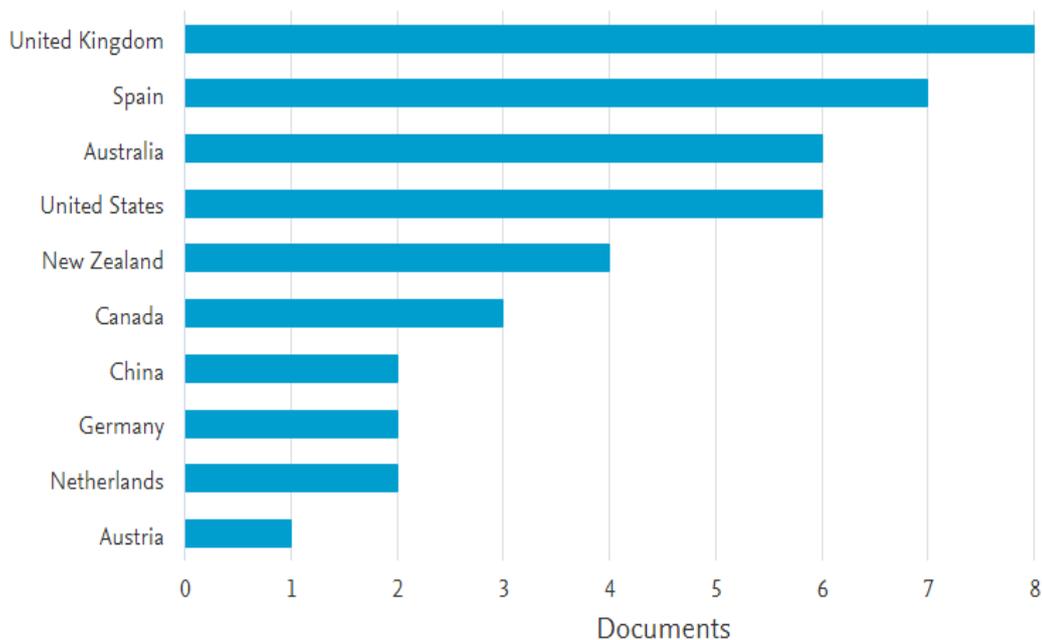
**Anexo IV: Documentos por año de publicación Scopus**



**Anexo V: Documentos por país o territorio Scopus**

Documents by country or territory

Compare the document counts for up to 15 countries/territories.



## Anexo VI: Metodologías CASPe para estudios cualitativos y revisiones

### Evaluación de Estudios Cualitativos

Apartado A: ¿Son válidos los resultados?	1 a 7
Apartado B: ¿Cuáles son los resultados?	8-9
Apartado C: ¿Son resultados aplicables en tu medio?	10

### Evaluación de Revisiones Sistemáticas

Apartado A: ¿Son válidos los resultados?	1 a 5
Apartado B: ¿Cuáles son los resultados?	6-7
Apartado C: ¿Son resultados aplicables en tu medio?	8 a 10

Fuente: Elaboración propia <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>

Las preguntas organizadas en tres apartados permiten respuesta SI, NO SÉ, NO. Se adjudicaron puntuaciones a cada una de las respuestas considerando el SI como 1 punto, No Sé 0 puntos y NO -1punto. En ambas clasificaciones las dos primeras preguntas son eliminatorias, si la respuesta es NO, no vale la pena continuar con la evaluación.

## Anexo VII: Valoración AGREE II

<b>Dominio 1</b>	Alcance y objetivos. (1-3)
<b>Dominio 2</b>	Participación de implicados y población diana (4-6)
<b>Dominio 3</b>	Rigor en la elaboración (7-14)
<b>Dominio 4</b>	Claridad de presentación (15-17)
<b>Dominio 5</b>	Aplicabilidad (18-21)
<b>Dominio 6</b>	Independencia editorial (22-23)

Fuente: AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Disponible en: <http://www.guiasalud.es>

La puntuación de cada ítem será entre 1 y 7, con el siguiente valor 1 (muy en desacuerdo) al 7 (muy de acuerdo), y se calculará por dominios a través de la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{puntuación mínima posible}} \times 100$$

**Puntuación máxima posible – puntuación mínima posible**

Las puntuaciones por dominios pueden resultar útiles para comparar distintos documentos, sin embargo, no se han establecido puntuaciones mínimas que diferencien guías de alta o baja calidad, recayendo la decisión de su uso en el usuario.

**Anexo VIII: Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación JBI**

<b>NIVELES DE EVIDENCIA JOANN BRIGGS</b>	
NIVEL 1	Revisión sistemática de métodos cualitativos o mixtos
NIVEL 2	Síntesis de métodos cualitativos o mixtos
NIVEL 3	Estudio cualitativo único
NIVEL 4	Revisión sistemática de la opinión de expertos
NIVEL 5	Opinión de expertos
<b>GRADOS DE RECOMENDACIÓN JOANNA BRIGGS</b>	
<b>Grado A Recomendación Fuerte</b>	(1) indica que los efectos deseables superan los efectos indeseables de la estrategia (2) cuando existe evidencia de una adecuada calidad que respalda su uso (3) hay un beneficio o ningún impacto en el uso de los recursos (4) se han tenido en cuenta los valores, las preferencias y la experiencia del paciente.
<b>Grado B Recomendación Débil</b>	(1) efectos deseables parecen superar los efectos indeseables de la estrategia, aunque no está claro (2) donde hay evidencia que respalde su uso, aunque esta puede no ser de alta calidad (3) hay un beneficio, ningún impacto o impacto mínimo en el uso de recursos (4) valores, preferencias y la experiencia del paciente pueden no haber sido tenidos en cuenta.

La escala FAME (Viabilidad, adecuación, significado y efectividad) puede ayudar a informar la redacción y la solidez de una recomendación.

F - Viabilidad; específicamente: • ¿Cuál es la rentabilidad de la práctica? • ¿Está disponible el recurso / práctica? • ¿Hay suficiente experiencia / niveles de competencia disponibles?

A - adecuación; específicamente: • ¿Es culturalmente aceptable? • ¿Es transferible / aplicable a la mayoría de la población? • ¿Es fácilmente adaptable a una variedad de circunstancias?

M - significado; específicamente: • ¿Está asociado con experiencias positivas? • ¿No está asociado con experiencias negativas?

E - Efectividad; específicamente: • ¿Hubo un efecto beneficioso? • ¿Es seguro? (es decir, ¿hay una falta de daño asociado con la práctica?)

**Anexo IX: Artículos descartados tras la lectura del texto completo/ no acceso**

<b>ESTUDIO</b>	<b>MOTIVO DESCARTE</b>
1.Meseguer Fernández MR. Limitación del esfuerzo terapéutico en una unidad de cuidados intensivos. Percepción de las enfermeras. Rev ROL Enferm 2019; 42(7-8):521-524	Descartado por tratarse de una revisión narrativa y ser poco relevante para nuestra revisión.
2. Cilla Intxaurreaga A, Martínez Martín ML. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. Med Paliat. 2018;25(3):195-20. doi: 10.1016/j.medipa.2016.10.003	Descartado tras la lectura completa por ser una revisión narrativa y utilizarse en la introducción.
3.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. 2017 Mar;26(5-6):690-697. doi: 10.1111/jocn.13585	Descartado tras su lectura completa por centrarse únicamente en las habilidades comunicativas verbales y no verbales.
4.Coombs MA, Parker R, Ranse K 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. 2017 Jan;73(1):39-55. doi: 10.1111/jan.13097	Descartado tras su lectura completa por tener en cuenta a neonatos y a adultos sin hacer distinción.
5. Aguilar Blancafort M, Ausió Dot A, Fábrega R et al. Rol de Enfermería en la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y aspectos éticos y emocionales relacionados. Rev ROL Enferm. 2016;20(3): 131-135	Dificultad para su acceso