

Facultade de Enfermería e Podoloxía



## **TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMERÍA**

**Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la adecuación de los tratamientos de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos del Servizo Galego de Saúde**

**Curso académico 2020/21**

**David Couselo Barrio**

**Director(es): Esther Gago García**

Cuidémonos y cuidemos a nuestros seres queridos más que nunca.  
Apreciemos lo que tenemos y lo afortunados que somos.  
Porque, en ocasiones, lo mejor no está por venir...  
simplemente está por valorar.  
(«Nosotras, enfermeras», Héctor Castiñeira)

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a mi tutora, Esther, la confianza depositada en mi para elaborar este proyecto. Gracias por el apoyo y los ánimos transmitidos durante estos meses y por, pese a la distancia, haber estado tan cerca en cada paso que daba haciendo este trabajo.

Gracias a mi familia y amigos por el apoyo brindado durante estos cuatro años y en especial, este último año que ha sido tan difícil para todos. Con especial cariño a mi tía Lourdes, sin duda alguna mi ejemplo a seguir y gran responsable de que hoy esté aquí; porque ambos sabemos que no será fácil, pero sabemos que valdrá la pena.

Finalmente, pero no menos importantes, a vosotros, compañeros sanitarios y con gran cariño a mis compañeras y compañeros enfermeras y enfermeros, que en nuestro año habéis demostrado una vez más el orgullo, sacrificio y privilegio que significa formar parte de esta profesión tan bonita.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	3
ABREVIATURAS .....	9
1. Resumen del proyecto.....	10
1.1. Resumen .....	10
1.2. Resumen .....	11
1.3. Abstract.....	12
2. Introducción/antecedentes y estado actual del tema .....	13
3. Aplicabilidad y justificación del estudio .....	17
4. Hipótesis .....	20
4.1. Hipótesis nula .....	20
4.2. Hipótesis alternativa.....	20
5. Objetivos.....	20
5.1. Objetivo principal .....	20
5.2. Objetivos específicos .....	20
6. Material y métodos.....	21
6.1. Ámbito de estudio .....	21
6.2. Población de referencia y de estudio .....	22
6.3. Criterios de inclusión y exclusión .....	23
6.4. Tamaño muestral, justificación y procedimiento de muestreo .....	24
6.5. Diseño del estudio .....	25
6.6. Variables.....	25
6.7. Recogida de datos y fuentes de información .....	27
6.8. Análisis de datos y fuentes de información.....	31
6.9 Desarrollo y seguimiento del estudio .....	32
6.10. Dificultades y limitaciones del estudio.....	35

6.10.1. Sesgos de selección .....	35
6.10.2. Sesgos de información.....	36
6.10.3. Sesgos de confusión.....	36
7. Plan de trabajo/cronograma.....	36
8. Aspecto ético-legales.....	37
9. Plan de difusión de resultados .....	39
9.1. Revistas científicas .....	39
9.2. Congresos .....	40
9.3. Reuniones con los participantes .....	41
9.4. Repositorios institucionales .....	41
10. Recursos disponibles y recursos necesarios .....	41
10.1. Recursos disponibles.....	41
10.2. Recursos necesarios .....	42
11. Financiación investigación .....	42
12. Bibliografía.....	44
13. ANEXOS.....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Camas UCI de los hospitales, porcentaje respecto del total, plantilla y enfermeras seleccionadas en cada centro .....	23
Tabla II. Características de las variables de estudio, clasificación y medida .....	29
Tabla III. Tiempos cumplimentación cuestionario .....	30
Tabla IV. Cronograma del proyecto .....	38
Tabla V. Estrategia de difusión de resultados: revistas nacionales e internacionales con su factor de impacto y cuartil en 2019 .....	40
Tabla VI. Estimación de los recursos necesarios con presupuesto .....	43

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Criterios que se tienen en cuenta para tomar decisiones de ATSV .....	16
Figura 2. Mapa autonómico de los hospitales con unidades de cuidados intensivos nivel III .....	22
Figura 3. Diagrama de flujo del proyecto .....	34

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Escala APACHE II.....	50
ANEXO II – Escala SOFA.....	51
ANEXO III – Algoritmo para la decisión de ATSV.....	52
ANEXO V – Registro de Documentos de Instrucciones Previas a nivel Nacional por comunidades autónomas.....	56
Anexo VI – Tabla de números aleatorios para selección de la muestra .....	57
ANEXO VII – Cuestionario para recogida de datos .....	58
ANEXO VIII A – Hoja de información para el participante .....	68
ANEXO VIII B – Folla de información para o participante.....	71
ANEXO IX A – Documento consentimiento informado .....	74
ANEXO IX B – Documento consentimiento informado .....	75
ANEXO X – Documento con código QR para difusión del cuestionario .....	76
ANEXO XI – Compromiso de confidencialidad del investigador principal.....	77
ANEXO XII – Solicitud para aprobación investigación en Galicia .....	78



## **ABREVIATURAS**

**APACHE II:** evaluación de la fisiología aguda y crónica de la salud

**Art.:** artículo

**ATSV:** adecuación de los tratamientos de soporte vital

**CEImG:** Comité Ético de Investigación de Galicia

**CHUAC:** Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**CHUF:** Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

**CHULA:** Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti

**CHUO:** Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

**CHUP:** Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

**CHUS:** Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

**CHUVI** Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

**CI:** consentimiento informado

**CP:** cuidados paliativos

**DIP:** documento de instrucciones previas

**DM:** Data manager

**FI:** factor de impacto

**IP:** investigador principal

**PE:** personal de enfermería

**SEMICYUC:** Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

**SERGAS:** Servizo Galego de Saúde

**SOFA:** Sepsis-related Organ Failure Assessment

**UCI:** unidad de cuidados intensivos

## 1. Resumen del proyecto

### 1.1. Resumen

**Título:** Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la adecuación de los tratamientos de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos del Servicio Galego de Saúde.

**Introducción:** la adecuación de los tratamientos de soporte vital es una decisión clínica y consensuada de no iniciar, no incrementar o retirar aquellos tratamientos considerados como fútiles y que no conllevan una mejoría clínica significativa. El término se introduce en un primer momento como eutanasia pasiva, sufriendo varias modificaciones hasta llegar al término actual, **adecuación de los tratamientos de soporte vital** que da una visión más correcta de lo que implica, es decir, la transición desde una perspectiva curativa a una paliativa donde cobra gran importancia la figura enfermera.

**Objetivo principal:** definir el nivel de conocimientos del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos del Servicio Gallego de Salud sobre la adecuación de tratamientos de soporte vital.

**Metodología:** se trata de un proyecto de investigación cuantitativa, retrospectivo, de carácter observacional, descriptivo y de corte transversal. Dicho proyecto se ha conceptualizado para llevarse a cabo con el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de los 7 grandes hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia. Se presenta un cuestionario para la evaluación de los conocimientos de este estamento profesional sobre la adecuación de los tratamientos de soporte vital y para conocer cuál es su percepción con relación a este tema. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo probabilístico.

**Palabras clave:** enfermería, cuidados intensivos/UCI, bioética, LTSV, cuidados paliativos.

## 1.2. Resumo

**Título:** Nivel de coñecementos e participación do persoal de enfermaría na adecuación dos tratamentos de soporte vital nas unidades de coidados intensivos do Servizo Galego de Saúde.

**Introdución:** a adecuación dos tratamentos de soporte vital é unha decisión clínica e consensuada de non iniciar, non incrementar ou retirar aqueles tratamentos considerados como fútiles e que non conlevan unha melloría clínica significativa. O termo introdúcese nun primeiro momento como eutanasia pasiva, sufrindo varias modificacións ata chegar ao termo actual, **adecuación dos tratamentos de soporte vital** o cal dá unha visión máis correcta do que implica, é dicir, a transición desde unha perspectiva de curación a unha paliativa onde cobra gran importancia figuraa enfermeira.

**Obxectivo principal:** definir o nivel de coñecementos do persoal de enfermaría das unidades de coidados intensivos do Servizo Galego de Saúde sobre a adecuación dos tratamentos de soporte vital.

**Metodoloxía:** trátase dun proxecto de investigación cuantitativa, retrospectivo, de carácter observacional, descritivo e de corte transversal. Devandito proxecto hase pensado para levar acabo co persoal de enfermería das unidades de coidados intensivos dos 7 grandes hospitais da Comunidade Autónoma de Galicia. Preséntase un cuestionario para a avaliación dos coñecementos deste estamento profesional sobre a adecuación dos tratamentos de soporte vital e para coñecer cal é a súa percepción con relación a este tema. A selección da mostra realizouse a través de mostraxe probabilística.

**Palabras chave:** enfermaría, coidados intensivos/UCI, bioética, LTSV, coidados paliativos.

### **1.3. Abstract**

**Title:** Level of knowledge and participation of nursing personnel in the adequacy of life support treatments in the intensive care units of Servizo Galego de Saúde.

**Introduction:** adequacy of life support treatments is a clinical and consensual decision not to initiate, not to increase or to withdraw those treatments considered futile and which do not lead to significant clinical improvement. The term was first introduced as passive euthanasia, undergoing various modifications until reaching the current term, **adequacy of life-sustaining treatments**, which gives a more correct view of what it implies, the transition from a curative to a palliative perspective, in which the nurse plays an important role.

**Main objective:** define the level of knowledge of the intensive care units of the Servizo Galego de Saúde on adequacy of life support treatments.

**Methodology:** it is a quantitative, retrospective, observational, descriptive and cross-sectional research project. This project has been conceptualized to be carried out with the nursing staff of the intensive care units of the 7 large hospitals in the Autonomous Community of Galicia. A questionnaire is presented to evaluate the knowledge of this professional establishment on the adequacy of life support treatments and to know what their perception is in relation to this issue. Sample selection was made through probabilistic sampling.

**Keywords:** nurse, intensive care/ICU, bioethics, limitation of live support treatments/LLST, palliative cares.

## 2. Introducción/antecedentes y estado actual del tema

La **limitación de tratamientos de soporte vital** es la decisión clínica consensuada con el paciente y/o familia y equipos asistenciales, de no iniciar o no incrementar o, incluso, retirar los tratamientos iniciados, al considerar que son fútiles y no conllevarán una mejoría significativa, siempre en un contexto bioético <sup>(1-6)</sup>. Si bien, este término no es el más adecuado debido al error de comprensión que suele generar al dar a entender que termina el esfuerzo terapéutico, cuando lo que se produce es un cambio de estrategia, hacia un abordaje paliativo, donde cobra gran importancia la figura enfermera, siendo entonces más adecuado aplicar el término **adecuación de tratamientos de soporte vital (ATSV)**.

Por tanto, se puede afirmar que la ATSV surge como respuesta o solución a la obstinación terapéutica, que ni moral ni médicamente está justificada. Este término, **obstinación terapéutica**, se define como la recomendación o aplicación de maniobras de prevención, pruebas diagnósticas o tratamientos que, o bien carecen de utilidad, o bien resultan intolerables o excesivamente onerosos para el paciente y/o su familia <sup>(7,8)</sup>.

Históricamente, la primera referencia existente con relación a cuestiones éticas sobre este tema fue desarrollada por Pío XII (1957) que estableció que no hay obligación moral para aplicar aquellos medios técnicos extraordinarios (tratamientos con pocas posibilidades de conseguir el fin pretendido, o que los consiga provocando un gran sufrimiento, o con un coste no asumible) para lograr la curación, mientras que sí que existe obligación para aplicar los ordinarios.

Con esto, y pese a ser una práctica habitual en cualquier servicio médico, es una práctica más frecuente en las unidades de críticos, pero es difícil conocer su incidencia exacta debido a la variabilidad de significado que abarca, las medidas susceptibles y los diferentes contextos. A nivel europeo, el *Ethicus Study* (año 2000) muestra que un 9'8% de los pacientes críticos de cuidados intensivos fallecieron en el contexto de dicha adecuación. Según este estudio, existe también una variación en la práctica de la ATSV entre la región Norte, Sur y Central de Europa; y estudios más recientes, como el estudio de Kranidiotis G. (*End of life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study*) afirman que es una práctica más extendida en el Norte que en el Sur de Europa <sup>(5,9,10)</sup>.

En lo que a España se refiere, en 1963 se abrió la primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en la Fundación Jiménez Díaz (Madrid), donde se empieza a introducir el término de

eutanasia pasiva (actual ATSV) en la atención de los pacientes clínicamente susceptibles de dichas medidas.

En 1995, con la aprobación del “Código Penal de la Democracia”, se recogía en el apartado 4 del artículo 143 la tipificación como delito la hasta entonces conocida como eutanasia activa, directa y voluntaria, sin hacer referencia a la eutanasia pasiva, que, al no considerarse delito, era una práctica aceptada, aunque no exenta de debate por las reflexiones sobre lo que era activa/pasiva, directa/indirecta, retirar/no iniciar y, sobre todo, acción/omisión.

Poco a poco, la ATSV fue ganando terreno en el ámbito nacional, hasta llegar a 1999 cuando la Organización Médica Colegial propuso una reforma del Código Deontológico Médico en cuyo artículo 27, entre otros cambios, se encontraba la aprobación de la ATSV (5,11).

Con la llegada del año 2002, se aprobó la “Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía de los pacientes y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”; fue una ley decisiva que sentó la base para la toma de estas decisiones en la actualidad (11,12). No obstante, también se considera que fueron los trabajos de los intensivistas Ricardo Abizanda y Juan Gómez Rubí los que marcaron el inicio de su aplicación en cuidados intensivos (11).

Por su parte, en el marco legislativo de la Comunidad Autónoma de Galicia, lo referente a la ATSV queda recogido en el *Artículo (Art.) 18 – Deberes con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico* del *Diario Oficial de Galicia (DOG) nº 133 del jueves 16 de julio de 2015* donde se recogen las disposiciones que regulan los derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales elaborado a partir de la *Ley 5/2015, del 26 de junio de 2015, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales* (6).

Tratando de encontrar el momento exacto de la aparición de las unidades de cuidados intensivos, las primeras referencias internacionales sobre las UCI se remontan al año 1853, en la Guerra de Crimea y a la labor de Florence Nightingale. Florence creó unas salas separadas del resto de pacientes para atender a aquellos con heridas de mayor importancia (13).

Pese al paso del tiempo y a que F. Nightingale había sentado las bases para la creación de este tipo de unidades, durante la primera mitad del siglo XX, ni a nivel internacional ni

nacional existían como tal las unidades de críticos ni se hacía referencia a la ATSV pues la capacidad tecnocientífica médica era escasa al igual que la supervivencia de los pacientes que se encontraban en situación crítica, por lo que si no había medidas extraordinarias que aplicar tampoco las había para retirar.

En general, cuando un paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI), las decisiones de adecuación de tratamientos de soporte vital son complejas y difíciles; y en muchos casos se llegan a interpretar como un fracaso profesional suponiendo un gran impacto emocional. Así mismo, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) afirma que, desde un punto de vista bioético, la decisión de no iniciar medidas no difiere de retirarlas <sup>(14,15)</sup>.

En medicina intensiva, la dificultad de estas decisiones recae en su urgencia, contexto, incertidumbre pronóstica y costes que implica la atención. Para facilitar la toma de decisiones de esta índole, pueden ser útiles sistemas de puntuación de gravedad como el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) (**ANEXO I**) o Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) (**ANEXO II**) <sup>(1,15)</sup>.

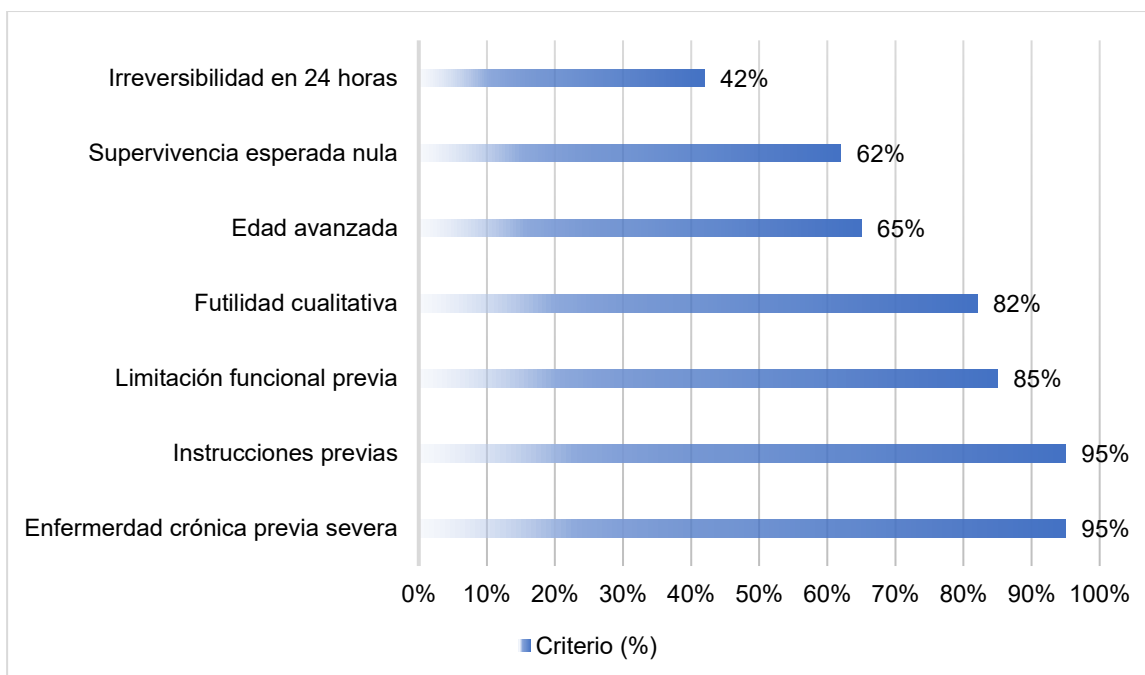
En relación a los criterios usados para establecer la ATSV, no suele usarse la anticipación de irreversibilidad en las primeras 24 horas, siendo necesario un periodo mayor de observación que se traduce en una mayor prudencia a la hora de tomar este tipo de decisiones. Pese a la importancia de que todos los centros tengan guías de recomendaciones para la ATSV y a los intentos de diferentes autores para introducir algoritmos que faciliten estas decisiones (**ANEXO III**), solo el 12% dispone de estos documentos. Aun no existiendo en la mayoría de los casos este tipo de guías, la SEMICYUC propone una serie de recomendaciones para proponer la adecuación de medidas de soporte, entre las que se incluyen:

- Debe de tratarse de una decisión consensuada; fundada en la medicina basada en la evidencia.
- Siempre se debe informar y tener en cuenta a la familia. Atendiendo todas sus necesidades durante el proceso de ATSV.
- Se contempla como una ATSV la decisión de no ingresar a un paciente en unidad de críticos.

- Una vez se decida la ATSV se incidirá en que todos los tratamientos irán dirigidos a aliviar el dolor y proporcionar al paciente el mayor confort y bienestar posible (10,14-16).

Además, otros autores se basan en la presencia de ciertos criterios de gran relevancia y que contribuyen a tomar dicha decisión, los cuales se recogen en la **figura 1**:

**Figura 1.** Criterios que se tienen en cuenta para tomar decisiones de ATSV



**Fuente:** elaboración propia a partir de los artículos (1,17)

Aun siendo una práctica cotidiana, no solo en cuidados intensivos, y de carácter multidisciplinar, el Código Deontológico de Enfermería no la recoge como tal, pero sí que hay una serie de artículos que se podrían extrapolar desde el carácter general con el que fueron escritos a la situación específica de la ATSV.

- **Art. 5:** Protección del paciente mientras esté a su cargo.
- **Art. 6:** Respeto del derecho de autonomía del paciente.
- **Art. 8:** Búsqueda del consentimiento de los representantes del paciente cuando este no pueda decidir.
- **Art. 10:** Informar de forma adecuada.
- **Art. 15:** Garantizar excelencia del cuidado en cualquier situación.
- **Art. 18:** Cuidados de calidad del paciente terminal.



- **Art. 54:** Velar por la protección del paciente.
- **Art. 55:** Defensora de los derechos del paciente.
- **Art. 63:** Cuidado multidisciplinar y colaborativo <sup>(18)</sup>.

Es importante resaltar la **figura enfermera** en este tipo de decisiones al considerarse un agente de información y de representación del paciente al conocer sus intereses y velar por sus deseos y derechos; además de contar con una posición privilegiada y por su visión integral que le permite detectar aquellos tratamientos fútiles y proponer su reorientación.

Si por algún motivo, la presencia familiar en la UCI está limitada, la enfermera adquiere el papel de defensora del paciente, figura de esencial importancia cuando se dan situaciones de obstinación terapéutica, es decir, la prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura y debe tratar de buscar la aceptación y acuerdo entre las distintas partes implicadas sobre la necesidad de aplicar la ATSV, reorientando la atención desde la perspectiva curativa hacia una perspectiva paliativa, donde la enfermera adquiere un rol principal derivado de su competencia independiente en la aplicación de los cuidados paliativos (CP) <sup>(4,19–22)</sup>.

### 3. Aplicabilidad y justificación del estudio

Este estudio se llevará a cabo en unidades de cuidados intensivos que acojan a pacientes con un nivel III de cuidados críticos; el motivo de elección de este nivel de cuidados críticos se debe a la complejidad del perfil de pacientes que atienden y donde, derivado de esta situación, no es infrecuente que se proponga la ATSV.

Cuando por la evolución desfavorable del paciente se propone la ATSV, lo primero que se lleva a cabo es la consulta de la historia clínica del paciente en busca del documento de instrucciones previas (DIP) o voluntades anticipadas (**ANEXO IV**), es decir, aquellos documentos en los que el paciente puede decidir cómo desea morir o los tratamientos que desea que se le apliquen al final de su vida, con el fin de que esta voluntad sea respetada y que están reguladas por la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica <sup>(23)</sup>. Pese a su gran importancia, pues es una de las mejores formas para respetar la voluntad del paciente cuando este no puede decidir, sigue siendo un gran desconocido entre el equipo multidisciplinar y la ciudadanía, lo que se traduce en un bajo registro de documentos (**ANEXO V**); según consta en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, a nivel

nacional en enero de 2021 había un total de 336.329 documentos registrados lo que supone un 0'71% de la población total y, concretamente, a nivel autonómico 11.613 que representa al 0'43% de la población gallega <sup>(24-29)</sup>.

Del mismo modo, la familia y/o representantes legales son imprescindibles desde un punto de vista ético para la toma de decisiones ya que, en la mayoría de los casos, el paciente crítico no tiene la autonomía necesaria para tomar dichas decisiones y no cuenta con DIP, siendo el personal sanitario agente de información de las opciones disponibles. Aunque los familiares son un pilar fundamental en este tipo de decisiones, muchas veces no se les consulta ni se les tiene en cuenta por el miedo a la falta de comprensión y a la dificultad de comunicación de los profesionales con la familia <sup>(15)</sup>.

Desde 2004, existe un consenso entre los profesionales europeos y estadounidenses de que el enfoque médico-familia es el idóneo a la hora de tomar este tipo de decisiones. En este modelo, los facultativos trabajan con las familias para determinar los valores del paciente sobre la atención sanitaria; no solo proporcionando información acerca de los tratamientos disponibles, sino que también recomendando aquellos que cree más concordantes con los valores del paciente y los objetivos planteados <sup>(30)</sup>.

Teniendo en cuenta que lo ideal es que sea una decisión consensuada por el equipo asistencial y con la aceptación del paciente/familia, se estima que entre un 12-19% de las veces es tomada por el intensivista de guardia <sup>(1)</sup>.

Aunque la ATSV no es una práctica exclusiva de UCI, sí que es un ámbito donde resulta más complejo tomar dicha decisión y es más controvertido entre los profesionales por la variabilidad en su incidencia y en el proceso de toma de decisiones. La figura enfermera, dentro de la toma de decisiones, está influida por cuestiones que van más allá de lo biológico. Parte de las investigaciones realizadas en este campo, señalan que cuanto mayor sea la experiencia en cuidados intensivos de la enfermera, mayor será la posibilidad de que sea consultada y tenida en cuenta a la hora de tomar decisiones de este tipo; mientras que las enfermeras con menos experiencia suelen estar más angustiadas con el cuidado de este tipo de pacientes y presentan dificultades para tener una visión holística de la situación, imprescindible para apoyar adecuadamente el proceso y no se las suele consultar para estas decisiones. El estudio llevado por Long-Sutehall et al. (*Grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care unit*) señala que algunos facultativos

en el momento de la ATSV buscan la opinión de las enfermeras pues pasan más tiempo con los pacientes y familias y son más conocedoras de sus deseos.

La atención de calidad al final de la vida sigue siendo un reto pues el resultado curativo de gran parte de los casos supone una prolongación de la agonía, lo que provoca un gran desgaste emocional tanto de los profesionales como del paciente y familia. Del mismo modo, en la mayoría de las ocasiones, las decisiones no son tomadas por un equipo multidisciplinar que incluya a la enfermera <sup>(6,11)</sup>.

Aunque numerosos estudios, incluyendo el estudio multicéntrico EPIPUSE (España) o el estudio ETHICUS (a nivel de Europa), hacen referencia a la importancia de la figura enfermera en la toma de este tipo de decisiones, en la mayoría de los casos no se las tiene en cuenta ni tampoco surge de ellas la propuesta de aplicar la ATSV, atribuyéndose esta poca iniciativa a su escasa participación en las sesiones clínicas. En otras ocasiones sí que existe un acuerdo entre médico-enfermera, pero sin que tengan la implicación que deberían en la toma de decisiones a pesar de ser ellas las encargadas de llevar a cabo las intervenciones para reorientar los objetivos terapéuticos. En esta línea, otros estudios revelan que hasta un 36'5% de enfermeras encuestadas perciben que se trata de una responsabilidad médica y en otros casos, deciden no implicarse por el temor a no poder controlar la situación <sup>(3,4,19,31,32)</sup>.

Pese a que la participación de enfermería en este campo está avalada legislativamente en nuestro país, y más concretamente en la Comunidad Autónoma de Galicia (apartado 2 del DOG nº 133 del jueves 16 de julio de 2015, que recoge que se tendrá en cuenta la opinión del personal de enfermería (PE) al que le corresponda la atención del paciente en fase terminal) y que hay numerosos estudios, ya comentados, que resaltan la importancia de esta figura, su participación sigue siendo escasa y en ocasiones un punto de disputa entre ambos colectivos por la falta de consenso <sup>(2,3)</sup>.

Con este estudio se pretende conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre ATSV entre el PE de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia. También se pretende dar respuesta a cuál es el grado de participación de enfermería en estas decisiones y resaltar la importancia de la participación de la enfermera en la toma de este tipo de decisiones; pretendiendo sentar las bases para que la decisión de ATSV sea realmente multidisciplinar y consensuada mostrando que la figura enfermera tiene una gran relevancia en estas cuestiones por la forma en la que trabaja en

las unidades de críticos y por su visión global que va más allá de lo clínico. En relación a los beneficios derivados de este proyecto para con el paciente y la familia, se podría incluir el que cuando se proponga la ATSV de un paciente sea una decisión con varios puntos de vista diferentes y no exclusivamente el clínico y médico reforzando la reorientación de tratamientos, siendo capaces de transmitir que este cambio de estrategia terapéutica es la más adecuada.

## **4. Hipótesis**

### **4.1. Hipótesis nula**

La participación activa en ATSV del PE de cuidados intensivos no se relaciona con el nivel de conocimientos.

### **4.2. Hipótesis alternativa**

El personal graduado en enfermería con conocimiento en bioética y sobre ATSV participa de forma más activa o tiene un deseo participativo en la toma de decisiones de ATSV diferente del PE sin esta formación.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo principal**

El **objetivo principal** de este proyecto de investigación es definir el nivel de conocimientos del PE de las UCI del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) sobre la ATSV.

### **5.2. Objetivos específicos**

Además, con este estudio se pretende dar respuesta a las siguientes cuestiones enmarcadas como objetivos secundarios / específicos:

1. Determinar el nivel de participación del PE en la toma de decisiones de ATSV.
2. Relacionar la participación del PE en la toma de decisiones de ATSV con la experiencia profesional y/o el nivel formativo en bioética y cuidados críticos.
3. Precisar el nivel de participación del PE en la toma de decisiones de ATSV y determinar si les gustaría participar de una forma más activa en la toma de estas decisiones.
4. Identificar si la participación de enfermería en la toma de decisiones de ATSV está relacionada con su experiencia profesional y/o nivel formativo.

5. Determinar si existe una asociación entre participación y/o punto de vista sobre la ATSV según su situación personal y familiar de los participantes.

## 6. Material y métodos

Para la realización de este proyecto, la bibliografía científica empleada se obtuvo tras consultar las bases de datos *PubMed*, *Cinahl*, *Schoolar Google*, *Dilinet*, *Cuiden* y *Scopus*. Para la búsqueda bibliográfica se usaron descriptores *MeSH* como *bioethics*, *critical care*, *nurses* y *DeCS* como *cuidados paliativos*, *unidades de cuidados intensivos*; además de las palabras clave *cuidados paliativos*, *UCI*, *limitación de tratamientos de soporte vital* y *medicina intensiva*.

Respecto a los criterios de restricción de búsqueda, se estableció:

- La exclusión de aquellos artículos publicados hace más de una década, a excepción del artículo *Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva* (Cabré Pericas L., et al) pues son recomendaciones comparadas con artículos más recientes y todavía están vigentes.
- El descarte de aquellos artículos referentes a cuidados intensivos de pacientes pediátricos.

El idioma no se consideró un criterio de exclusión, siendo, fundamentalmente el inglés, español, francés y portugués los idiomas mayoritarios de los textos consultados.

### 6.1. Ámbito de estudio

El presente estudio se llevará a cabo en los principales hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia que cuenten con unidades de cuidados intensivos; estos hospitales están bajo la dirección de la Consellería de Sanidade que, a través de diferentes estrategias integra, coordina y organiza los recursos para la promoción y protección de la salud y asistencia en caso de enfermedad<sup>(33)</sup>. Según el Catálogo Nacional de Hospitales 2019, existen en la Comunidad 27 hospitales dependientes del SERGAS, de los cuales, 7 cuentan con UCI de nivel 3, las cuales se caracterizan por atender a pacientes críticos que precisan un **nivel de cuidados III** es decir, unidades que atienden a pacientes que precisan ventilación mecánica avanzada (invasiva o no invasiva) o apoyo ventilatorio básico con soporte al menos de dos sistemas orgánicos, incluyéndose también el paciente complejo que requiere soporte por fallo multiorgánico<sup>(34)</sup>. Dentro de los hospitales del SERGAS, los

7 que cuentan con unidades de cuidados intensivos son los que se presentan a continuación y en la **Figura 2**:

- Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF).
- Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).
- Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).
- Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti (HULA).
- Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).
- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI).
- Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHUP) <sup>(35,36)</sup>.

**Figura 2.** Mapa autonómico de los hospitales con unidades de cuidados intensivos nivel III



**Fuente:** elaboración propia a partir de la ilustración de la referencia nº (37)

## 6.2. Población de referencia y de estudio

Por su parte, la población de estudio será el PE de cuidados intensivos de los principales hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia que cuenten con Servicio de

Medicina Intensiva y que atiendan a pacientes con necesidad de cuidados nivel III, ya que son las unidades donde existe una mayor probabilidad de que se propongan medidas de ATSV por la complejidad clínica de los pacientes en ellas ingresados. Dentro de estos siete hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia, el personal graduado/diplomado en enfermería se distribuye de acuerdo con los datos de la **tabla I**. Estos datos se obtuvieron a través de las distintas Memorias Anuales de cada hospital <sup>(38,39)</sup>, las cuales son de acceso público, y mediante contacto directo con las distintas supervisoras de las unidades en los casos en los que no se encontraron estos datos.

Pese a que el personal técnico en cuidados de enfermería también forma parte del equipo multidisciplinar, se ha decidido su exclusión tanto de la población de referencia como de la muestra por tener un nivel de conocimientos diferentes en bioética.

**Tabla I.** Camas UCI de los hospitales, porcentaje respecto del total, plantilla y enfermeras seleccionadas en cada centro

HOSPITAL	CHUF	CHUAC	HULA	CHUS	CHUP	CHUVI	CHUO	Total
<b>Nº camas UCI</b>	10	38	24	23	10	30	22	<b>157</b>
<b>% de camas respecto del total</b>	6'37%	24'2%	15'28%	14'65%	6'37%	19'11%	14'01%	<b>100%</b>
<b>Nº total de enfermeras/os</b>	20	97	48	46	20	60	44	<b>335</b>
<b>Nº enfermeras seleccionadas</b>	9	36	23	22	9	29	21	<b>149</b>

**Fuente:** elaboración propia a partir de las referencias nºs (38,39) y contacto directo con las supervisoras

### 6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para la realización del presente estudio, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Diplomadas/os y/o graduadas/os en Enfermería.
- PE que desempeñen su labor profesional en una de las siete UCI que acogen pacientes nivel III estructurales de Galicia.
- PE con al menos 1 año de antigüedad en cuidados intensivos.
- Enfermeras/os que den su consentimiento para participar.

Y los siguientes criterios de exclusión:

- Personal no diplomado/graduado en enfermería.
- Barreras idiomáticas.

#### 6.4. Tamaño muestral, justificación y procedimiento de muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral, y con la ayuda de la calculadora de Fistera <sup>(40)</sup> se aplica la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Donde:

- $Z_{\alpha}^2 = 1,96^2$  considerando una seguridad del 95% ( $p < 0,05$ ).
- $p =$  proporción esperada (en este caso  $5\% = 0,05$ ).
- $q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0,05 = 0,95$ ).
- $d =$  precisión (en este caso deseamos un 3%).

Teniendo en cuenta los datos anteriores y que el total de la población (N) son de 335 personas, el tamaño muestral (n) es de 127 participantes.

En todo estudio puede haber pérdidas de participantes por diferentes motivos. Para que los resultados obtenidos derivados de la investigación tengan significancia estadística el tamaño de la muestra debe ajustarse al número final de sujetos y no al inicial sin valorar las pérdidas; la bibliografía relacionada con la investigación, recomienda seleccionar un porcentaje de pérdidas que se enmarque entre el 10% - 20%. En este caso, esperando un 15% de pérdidas, la **muestra ajustada a las pérdidas** es de **149 participantes** <sup>(41)</sup>.

Para la selección de cada muestra y partiendo del total de graduados en enfermería que trabajan en cuidados intensivos (**tabla I**) se propone la selección de un número representativo de todos los hospitales proporcional a su número de camas de críticos. Para ello, se ha calculado el porcentaje de camas UCI que representa a cada hospital (**tabla I**) respecto del total (157 camas disponibles) y se usará este porcentaje para seleccionar de mediante **muestreo probabilístico**, dentro de cada plantilla, al personal que participará en el estudio representando a cada uno de los siete complejos hospitalarios.



Para la aleatorización de la muestra, se usó una tabla de números aleatorios creada con la plataforma *Microsoft Excel*; estableciendo como límite superior el valor correspondiente con el complejo hospitalario con más enfermeras, es decir, 97 enfermeras (**ANEXO VI**). Una vez generada la tabla y se extraigan las posiciones seleccionadas se les comunicará a las supervisoras de cada unidad para que proporcionen los datos de los trabajadores de su plantilla que ocupan ese puesto. En el caso de que alguna de las enfermeras seleccionadas no cumpliera con los criterios de inclusión definidos para este estudio, se procedería a la inclusión del siguiente valor obtenido de la tabla de valores aleatorios.

### 6.5. Diseño del estudio

Se trata de un estudio retrospectivo observacional, descriptivo de corte transversal.

### 6.6. Variables

A continuación, se enumeran las variables necesarias para llevar a cabo el estudio; así mismo, se procede a definir las para concretar con exactitud aquello que se pretende estudiar con cada una.

- **Nivel de conocimientos sobre ATSV:** determinar si conocen el significado del término ATSV y cuál es su aplicación práctica. La evaluación de esta variable se realizará a través de un cuestionario donde se plantearán ocho preguntas tipo test con opciones múltiples de respuesta y selección múltiple.
- **Nivel de formación:** determinación del grado de formación postgrado de los participantes tanto en cuidados intensivos como en bioética. Son dos preguntas con opción de respuesta dicotómica para saber si tienen formación y dos con opción multicotómica del tipo de formación posgrado que poseen: nula, máster, experto, curso.
- **Vinculación laboral:** tipo de contrato de los participantes: fijo o eventual.
- **Tiempo trabajado:** años que llevan desarrollando su carrera profesional como enfermeras/os tituladas/os. Esta variable se medirá a través de una pregunta de opción múltiple de respuesta.
- **Tiempo trabajado en cuidados intensivos:** años que llevan desarrollando su labor como enfermeras/os en unidades de críticos. Esta variable se medirá a través de una pregunta con respuesta dicotómica y una pregunta de opción múltiple de respuesta.

- **Proposición de ATSV:** variable que pretende determinar si en alguna ocasión un/a enfermero/a titulado/a propuso al equipo multidisciplinar la ATSV de un paciente a su cargo. Medición mediante una pregunta tipo test con opciones de respuesta múltiple organizadas en intervalos numéricos.
- **Consideración de la propuesta de ATSV por parte de enfermería:** determinar la forma en la que se actuó cuando un/una enfermero/a propuso la ATSV de un paciente a su cargo. Se medirá mediante una pregunta tipo test con opciones de respuesta múltiple.
- **Participación activa en ATSV:** conocer si los encuestados han participado o no de una forma activa en la toma de decisiones de ATSV. Se medirá a través de cinco cuestiones con opciones de respuesta múltiple.
- **Paciente con DIP:** saber si alguno de los pacientes a su cargo en los que se llevó a cabo la ATSV disponían de DIP redactado. Se medirá en dos preguntas a través de una escala dicotómica.
- **Actuación ante paciente con DIP:** atención prestada a un paciente con instrucciones previas y propuesto para ATSV. Se medirá mediante dos preguntas, una con opciones de respuesta múltiple y una pregunta con opción de seleccionar varias respuestas.
- **Percepción de participación suficiente/insuficiente:** saber si los entrevistados sienten que se les tiene en cuenta o no cuando se decide la ATSV de un paciente a su cargo. La medición de la variable se hará mediante una cuestión con respuesta tipo escala Likert, donde 1=participación nula y 5= participación en todos los casos.
- **Percepción sobre si es una decisión compartida:** impresión de los profesionales de enfermería sobre si la ATSV en sus unidades es una decisión compartida.
- **Opinión sobre si debe de ser una decisión compartida:** variable para determinar si los encuestados consideran que la ATSV debe de tomarse en conjunto por el equipo multidisciplinar. Medición a través de una pregunta con respuesta tipo escala Likert y 1 pregunta con opción de seleccionar varias respuestas.
- **Variables sociodemográficas:**
  - **Sexo:** medición en una cuestión a través de escala dicotómica (masculino / femenino).

- **Edad:** medición en años, en una pregunta.
- **Estado civil:** una cuestión con medición mediante escala multicotómica (soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a).
- **Hijos/as:** se medirá a través de una escala dicotómica, una pregunta.
- **Redacción personal de DIP:** variable para estudiar si, a nivel personal, los profesionales han redactado el DIP. Medición mediante dos preguntas con opción múltiple de respuesta.

En la **tabla II** se recogen las variables resumiendo cómo se va a realizar su medición y la relación entre las variables y las preguntas del cuestionario usadas para su medición. Para la recogida de datos se ha elaborado un **cuestionario (ANEXO VII)** formado por una primera parte para estudiar el nivel de conocimientos del PE sobre la ATSV y una segunda parte que recoge el resto de las variables de estudio.

### **6.7. Recogida de datos y fuentes de información**

Para la recogida de los datos a estudiar se elaboró un cuestionario (**ANEXO VII**) a través de la aplicación *Google Forms* en el que se presentan las distintas variables de estudio reformuladas como cuestiones.

Antes de la cumplimentación, y siguiendo las directrices éticas de investigación es necesario que los participantes den su consentimiento para participar en el proyecto.

Para la obtención del consentimiento informado (CI), una vez se aleatorice y se seleccione la muestra, se contactará con los seleccionados vía correo electrónico corporativo para la entrega de la documentación pertinente en los idiomas oficiales de la Comunidad (castellano y gallego), incluyéndose:

- Folleto informativo del proyecto (**ANEXO VIII A y VIII B**).
- El modelo de CI (**ANEXO IX A y IX B**).

Como opciones de entrega del consentimiento informado y de acuerdo con la situación sanitaria del momento, se presentan dos posibles opciones:

- a) Mediante firma electrónica. Todo el PE del SERGAS dispone de una tarjeta identificativa que lleva asociada la firma electrónica, que pueden usar para la cumplimentación de documentos oficiales.

- b) Mediante firma manual. En este caso, para evitar manipulaciones, los participantes que escojan esta forma de autorizar su inclusión en el estudio deberán firmar en consentimiento informado, escanearlo y enviarlo al correo electrónico corporativo del investigador principal.

Este cuestionario consta de **35 preguntas** con distintas opciones de respuesta:

- Cuestiones con opción de respuesta dicotómica, adaptando las opciones de respuesta a la variable estudiada con este tipo de preguntas. En este apartado se redactaron ocho preguntas.
- Cuestiones con opción de respuesta multicotómica, donde se proporcionan varias opciones para que el/la encuestado/a escoja la que más se acerque a su pensamiento. Con esta opción de respuesta se elaboraron dieciséis cuestiones.
- Cuestiones donde las respuestas se han organizado a través de una escala Likert con valores del 1 al 5 y donde el 1 representaría el valor mínimo y el 5 el valor máximo en relación con la cuestión evaluada. Con este tipo de opción de respuesta se redactaron cuatro cuestiones.
- Cuestiones donde se presentan varias opciones de respuesta para que el/la encuestado/a seleccione una o más respuestas, de acuerdo con la que más se acerque a su pensamiento sobre el tema encuestado. Con este tipo de respuesta se añadieron cuatro preguntas.
- Se presentan también preguntas con posibilidad de respuesta múltiple redactadas en forma de intervalos temporales. Con este tipo de respuesta se incluyeron dos cuestiones.
- Se presenta también una cuestión de respuesta corta, para conocer la franja etaria de los/las encuestados/as.

Una vez elaborado el cuestionario, se solicitó a un grupo de personas su cumplimentación con el objetivo de estimar el tiempo medio que llevaba realizarlo. Los tiempos de cada uno de estos sujetos se recogen en la **tabla III**. El tiempo medio estimado para la cumplimentación de la encuesta es de **11 minutos**.

**Tabla II.** Características de las variables de estudio, clasificación y medida

<b>Variables de estudio</b>		
<b>Variable</b>	<b>Medición</b>	<b>Pregunta nº</b>
Nivel conocimientos ATSV	Opción de respuesta múltiple	1, 4, 5, 6, 17 y 18
	Selección múltiple	2 y 3
Nivel formación	Opción de respuesta dicotómica	26 y 28
	Opción de respuesta múltiple	27 y 29
Vinculación laboral	Opción de respuesta dicotómica	23
Tiempo trabajado	Opción de respuesta múltiple	24
Tiempo trabajado en UCI	Opción de respuesta múltiple	25
Proposición ATSV	Opción de respuesta múltiple	11
Consideración propuesta ATSV	Opción de respuesta múltiple	12
Participación activa en ATSV	Opción de respuesta múltiple	9, 13 y 14
	Escala Likert	15 y 16
Paciente con DIP	Opción de respuesta dicotómica	30 y 31
Actuación ante paciente con DIP	Selección múltiple	32
	Opción de respuesta múltiple	33
Percepción participación suficiente / insuficiente	Escala Likert	10
Opinión sobre si debe de ser una decisión multidisciplinar	Selección múltiple	7
	Opción de respuesta múltiple	8
Sexo	Opción de respuesta dicotómica	20
Edad	Años	19
Estado Civil	Opción de respuesta múltiple	21
Hijos/as	Opción de respuesta dicotómica	22
Redacción personal DIP	Opción de respuesta múltiple	34 y 35

**Fuente:** elaboración propia

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

Tabla III. Tiempos cumplimentación cuestionario

SUJETOS	TIEMPOS
1	6 minutos
2	15 minutos
3	17 minutos
4	7 minutos
5	12 minutos
<b>MEDIA:</b>	11 minutos

Fuente: elaboración propia

Para realizar el proyecto se presenta una encuesta la cual no ha sido validada, pero sí se ha redactado y estructurado en base a documentos legales y guías de recomendaciones de la SEMICYUC sobre ATSV y a partir de otros cuestionarios sí validados <sup>(2,32)</sup>. Al tratarse de un cuestionario no validado, es necesario darle fiabilidad y consistencia interna. En este estudio se propone el uso de la herramienta de investigación cualitativa del **método Delphi** para el análisis de cuestionario. Esta técnica consiste en obtener un grado de consenso o acuerdo de los especialistas en relación con un problema planteado, en este caso, el cuestionario elaborado, para no dejar la decisión sobre un tema a criterio de un único profesional. La literatura refiere que el número de expertos necesarios para esta técnica debe oscilar entre los 7 y los 30. En este proyecto, el número seleccionado es de 14 expertos, que serán los mismos que analizarán previamente la estructura del cuestionario <sup>(42)</sup>.

La encuesta se someterá a la evaluación por parte de un panel de expertos en bioética. El grupo de expertos estará formado por un total de 14 profesionales de reconocido prestigio en el campo de la bioética y cuidados intensivos, tratando de que sean 7 personas expertas de cada uno de estos campos, incluyendo profesionales de diferentes categorías. El objetivo de este panel de expertos es verificar que el cuestionario está correctamente estructurado, que las cuestiones y opciones de respuesta se comprenden adecuadamente, que se recogen todos los aspectos clave para la realización del estudio e identificar los posibles puntos de mejora o correcciones necesarias de los aspectos anteriormente presentados.

A lo largo del proyecto se realizarán reuniones con frecuencia quincenal con el panel de expertos, hasta la elaboración final del documento. Estas reuniones consistirán en sesiones de una hora y media por día, vía telemática atendiendo a las recomendaciones actuales

derivadas de la situación sanitaria; para la reunión se utilizará la plataforma *Microsoft Teams* y el caso de que alguno de los expertos no tuviese registro en la plataforma *Outlook*, la cual da acceso a la plataforma de reuniones *Microsoft Teams*, se contactaría con él/ella a través del medio de contacto corporativo disponible y solicitándole la creación de un perfil en la plataforma para poder participar en las reuniones. Si las recomendaciones del momento lo permitiesen se valoraría el realizar alguna de estas sesiones de forma presencial.

Para la **difusión del cuestionario** y atendiendo a la situación de pandemia actual, se realizará **vía online** enviando el enlace del cuestionario vía correo electrónico corporativo; solicitando a los distintos hospitales/supervisoras de las unidades el email institucional del PE de cuidados intensivos a su cargo. Otra forma de dar acceso al cuestionario será mediante código QR (**ANEXO X**) adjuntado al mensaje enviado por correo electrónico para que así, los participantes puedan decidir la forma de acceso o bien a través de su dispositivo móvil o a través de ordenador.

Para la cumplimentación de la encuesta, los participantes dispondrán hasta 4 semanas desde que se realice el envío del email con el enlace de acceso y código QR. Durante este periodo, se realizarán recordatorios periódicos para conseguir un grado de participación adecuado; estos recordatorios consistirán en reenviar el enlace de acceso y código QR y en enviar correos que resalten la importancia de la participación en el estudio; para ello se creará una lista de difusión con todos los participantes y se configurará la plataforma de correo electrónico para que reenvíe el mensaje con las formas de acceso una vez por semana.

### **6.8. Análisis de datos y fuentes de información**

Una vez terminado el plazo de cumplimentación del cuestionario, se procederá a realizar el análisis de datos, que constará de dos partes fundamentales. Esta parte del trabajo será labor del *data manager*, persona de referencia para integrar los datos recogidos, clasificarlos y analizarlos garantizando la seguridad de los mismos en todo el proceso.

En un primer momento, se hará un estudio básico de las respuestas directamente con la aplicación *Google Forms*, de donde se sacarán los porcentajes de respuesta generales y concretos de cada cuestión, así como el análisis sin cruce de datos o de múltiples variables.

Para el análisis de datos obtenidos de la respuesta del cuestionario, se usará el *Software* de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 27.0. Al tratarse de un estudio de carácter

descriptivo, el análisis de datos constará de dos partes fundamentales: a través de técnicas de estadística descriptiva y mediante análisis por cruce de variables.

Dentro del análisis mediante **estadística descriptiva**:

- Las variables categóricas del estudio se expresarán en forma de frecuencias y porcentajes. Determinando un intervalo de confianza del 95%.
- Por su parte, las variables numéricas, serán analizadas a través de:
  - Medidas de tendencia central:
    - a) Media ( $\bar{X}$ )
    - b) Mediana
    - c) Moda
  - Medidas de dispersión:
    - a) Varianza ( $\sigma^2$ )
    - b) Desviación típica ( $\sigma$ )

En esta parte de análisis estadístico con cruce de variables, la asociación entre las distintas se medirá con las siguientes pruebas dependiendo de si son:

- Variables cualitativas, el análisis de asociación entre variables se hará mediante la prueba Chi Cuadrado de Pearson.
- Variables cuantitativas, su análisis de realizará con el Coeficiente de correlación de Pearson.
- Variable cuantitativa con variable cualitativa, su análisis se llevará a cabo a través de la prueba T- de Student.
- La asociación de las distintas variables entre sí se evaluará con modelos de regresión lineal y logística, lo cual mostrará aquellas variables que en un primer momento no se consideraron influyentes sobre la variable dependiente y que finalmente sí se demostrará su influencia sobre esta <sup>(43)</sup>.

## 6.9 Desarrollo y seguimiento del estudio

En un primer momento, el proyecto de investigación presenta una **fase de gestión y tramitación de cuestiones burocráticas** con el fin de conseguir la aprobación del Comité



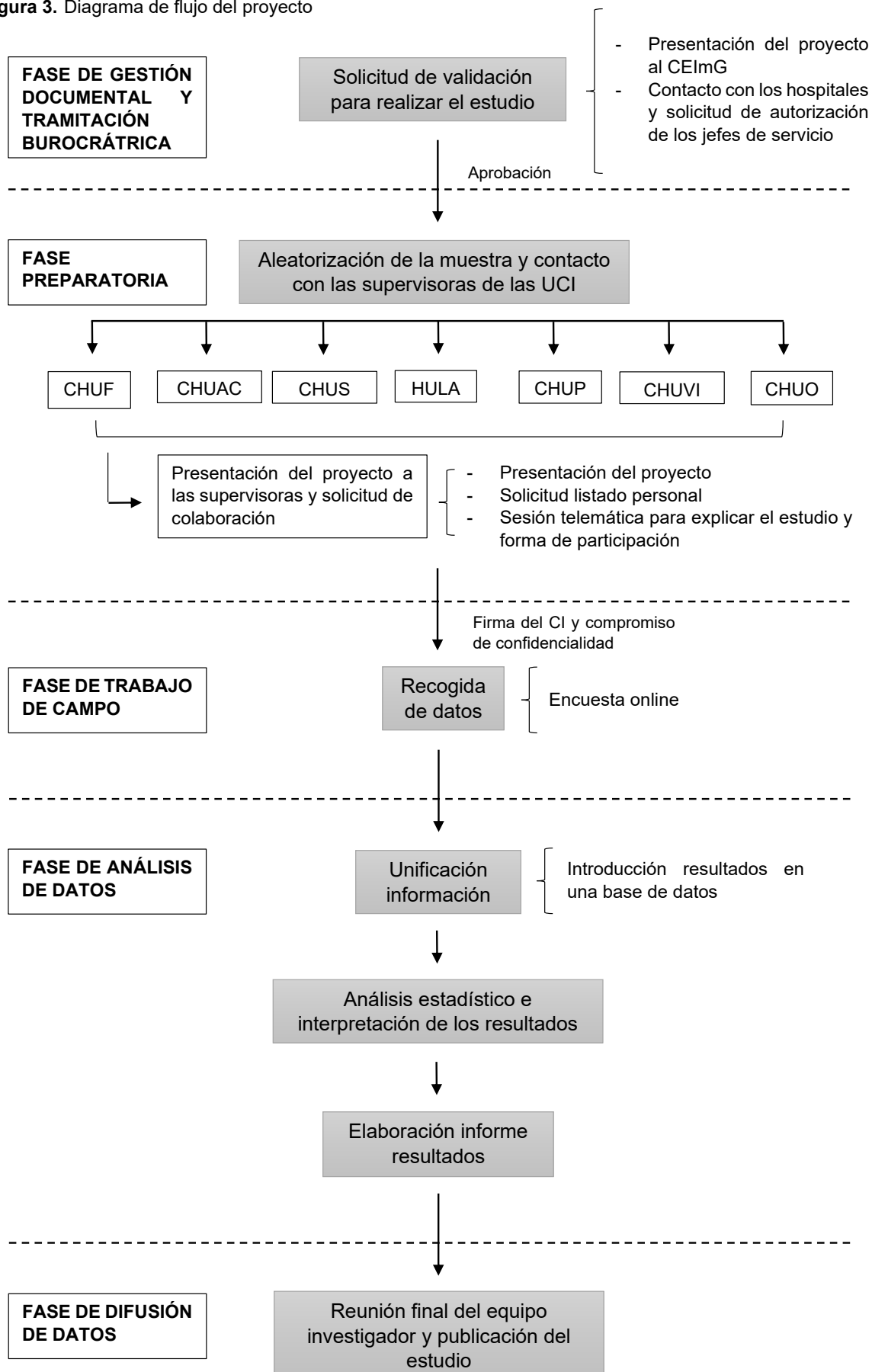
Ético de Investigación de Galicia (CEImG) para desarrollar el estudio, contacto con los distintos hospitales y jefes del Servicio de Medicina Intensiva solicitando su aprobación.

En la **fase de preparación**, se contactará con las supervisoras de las distintas unidades de cuidados intensivos para solicitar el listado del personal de la unidad que cumpla los criterios de inclusión para la aleatorización de la muestra; una vez seleccionada la muestra se organizará una sesión telemática con las distintas supervisoras y se explicará la necesidad de su colaboración tanto para proporcionar datos al equipo investigador como para servir de punto de unión entre el equipo de investigación y los participantes; en el primer contacto que se lleve a cabo con las supervisoras se les explicará la importancia de su participación y se les ofrecerá aparecer como colaboradores del proyecto una vez se difunda.

Posteriormente, en la **fase de trabajo de campo**, el investigador principal firmará el compromiso de confidencialidad (**ANEXO XI**) y se accederá a la población de estudio a través del correo electrónico corporativo para facilitarles la hoja de información de participantes (**ANEXO VIII A y VIII B**) que se enviará adjunta al *email* y el documento del consentimiento informado (**ANEXOS IX A y IX B**). Una vez se disponga de todos los consentimientos informados firmados, se enviará un nuevo correo electrónico con el enlace al cuestionario para su cumplimentación, para su posterior análisis y elaboración de los resultados finales; al estimarse que el contacto con los participantes y difusión del cuestionario coincidiría en el mes de julio y agosto, cuando se produce un mayor número de salidas por vacaciones, se retrasará hasta el mes de septiembre. Tras la elaboración del informe que contenga los resultados del estudio, se llevará a cabo la **fase de difusión** mediante distintas estrategias.

Con la intención de facilitar la comprensión del proceso, se creó el diagrama de flujo que se presenta en la **figura 3**, donde se recogen las distintas fases y actividades del proceso.

Figura 3. Diagrama de flujo del proyecto



Fuente: elaboración propia

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

## 6.10. Dificultades y limitaciones del estudio

Para realizar este estudio se creó el cuestionario presentado en el **ANEXO VII**. No se trata de un cuestionario validado, pero sí basado en publicaciones previas y documentos oficiales sobre la ATSV. Para darle consistencia interna se someterá a la evaluación por un panel de profesionales de reconocido prestigio en el campo de la bioética y los cuidados intensivos mediante la técnica Delphi.

Además, ningún estudio de investigación está exento de presentar sesgos; a continuación, se presentan las limitaciones detectadas a lo largo de la elaboración de este proyecto y las diferentes intervenciones realizadas para su control:

### 6.10.1. Sesgos de selección

- Sesgo de selección de la muestra: considerando importante la representación de los siete grandes hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia en este proyecto, se decidió la inclusión de éstos y que la representación de cada hospital fuese la equivalente al porcentaje de camas UCI que suponen del total de camas de críticos a nivel autonómico (**tabla I**). La muestra seleccionada podría resultar no representativa; para su control se realizará una aleatorización de la misma.
- Sesgo de no respuesta derivado de la situación actual de pandemia y al cansancio del personal: como solución a este sesgo se propondrá el realizar invitaciones y recordatorios periódicos para tratar de conseguir una mayor participación. Otra posible solución será el realizar varias visitas a cada hospital cuando se empiecen a distribuir los cuestionarios con el fin de explicar personalmente en qué consiste este proyecto y la importancia de la participación de todo el personal graduado en enfermería de las distintas unidades de críticos.
- Sesgo de pertenencia: pese a que los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería forman parte del equipo multidisciplinar y del equipo de enfermería, se les excluyó de la población de referencia y la muestra por su formación diferente en contenidos de bioética. Puesto que su formación en bioética está limitada a cursos de corta duración, sin posibilidad de acceder a una formación más completa como tipo máster, expertos, formación a la que sí tiene acceso el personal graduado de enfermería <sup>(44)</sup>.

### 6.10.2. Sesgos de información

- Una vez diseñado el estudio y seleccionados los participantes, con el fin de que tengan una idea clara y concisa de lo que se pretende estudiar, se realizará una sesión telemática a través de la plataforma *Microsoft Teams* de acuerdo con la situación pandémica actual con los participantes.
- A lo largo del proyecto, es posible la pérdida de participantes por el deseo personal o decisión de no cubrir la encuesta. Como solución a este sesgo, se planteará el envío de recordatorios periódicos del enlace y código QR para acceder a la encuesta.
- Al elaborar el cronograma del proyecto se retrasó la difusión del cuestionario y la recogida de datos con finalidad de que no coincidiese con los meses de julio y agosto por ser el periodo en el que un mayor número de profesionales solicitan su tiempo vacacional y que podría derivar en un bajo grado de participación; coincidiendo así el contacto, difusión del cuestionario y recogida de datos con el mes de septiembre.
- Se ha intentado que el cuestionario creado para llevar a cabo este proyecto fuese claro y preciso, mediante su revisión por un panel de expertos a través de la técnica Delphi.

### 6.10.3. Sesgos de confusión

Para su control se propone el uso de técnicas de regresión múltiple y lineal.

## 7. Plan de trabajo/cronograma

Se ha marcado como mes de inicio de la elaboración de este Proyecto de Investigación diciembre de 2020 y como fin del proyecto mayo de 2021. Posteriormente, se pondrá en marcha el proyecto de investigación. En total, se calcula que el trabajo de investigación tendrá una duración total de **24 meses**, con inicio en diciembre de 2020 y mes previsto para su finalización noviembre de 2022.

En el cronograma que se presenta a continuación en la **tabla IV**, se hace una estimación de la duración de cada una de las fases o etapas de este proyecto, pudiendo surgir modificaciones temporales derivadas de distintos problemas que se puedan presentar a lo largo de la investigación.

Para la realización de este estudio, se creó un equipo de investigación con los siguientes integrantes:

- **Investigador principal:** representante del equipo. Sus labores abarcan, entre otras: la búsqueda bibliográfica y selección de artículos, trámites burocráticos, elaboración del cuestionario, difusión del cuestionario y análisis e interpretación de los resultados.
- **Colaboradores:** supervisoras de las unidades de cada hospital que colaborarán en el estudio actuando como puntos de unión entre el investigador principal y los participantes.
- **Equipo de expertos:** su labor es la evaluación del cuestionario previo a su difusión, asesorar al investigador principal y participar en la publicación y difusión de los resultados.
- **Data manager:** encargado del diseño y la creación de una base de datos e inclusión de los datos obtenidos e interpretación de resultados junto con el investigador principal.
- **Experto en estadística:** análisis de los datos obtenidos.

## 8. Aspecto ético-legales

Antes de llevar a cabo el estudio se solicitará la aprobación (**ANEXO XII**) de propuesta de investigación por parte del Comité Autonómico de Investigación Clínica de Galicia (CEImG), regulado por el Decreto 81/2015 del 28 de mayo, por el que se modifica el Decreto 63/2013 del 11 de abril, por el que se regulan los comités de ética de la investigación en Galicia <sup>(45)</sup>. Del mismo modo, previo a realizar el proyecto, se informará a los distintos responsables de las unidades, tanto al facultativo que coordine la unidad como a la supervisión de enfermería.

Durante el desarrollo de la investigación, se tendrán en cuenta y se respetarán las principales leyes y normas nacionales e internacionales que regulan la investigación clínica, las cuales, se presentan a continuación:

- **Declaración de Helsinki:** promulgada por la Asociación Médica Mundial en 1964, recoge los principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos <sup>(46)</sup>.

Tabla IV. Cronograma del proyecto

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MESES														
		Diciembre 2020	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 – 24 (noviembre 2022)
Búsqueda bibliográfica y selección de los artículos	Investigador Principal (IP)	■														
Diseño del protocolo de investigación			■													
Elaboración de documento para recogida de datos	IP y data manager (DM)			■												
Evaluación mediante panel de expertos del cuestionario de recogida de datos	IP							■								
Presentación de la solicitud de investigación al CEImG								■	■							
Solicitud de financiación para el proyecto								■	■							
Contacto y presentación del proyecto de investigación a las supervisoras de unidad									■	■						
Aleatorización personal para inclusión en la muestra										■						
Contacto con los participantes seleccionados, firma del consentimiento informado											■					
Difusión del cuestionario sobre conocimientos ATSV y participación											■					
Recogida de datos		IP y DM									■					
Introducción de datos en la base de datos		DM										■				
Análisis estadístico		Experto en estadística											■	■		
Elaboración e interpretación de los resultados	IP y DM													■		
Publicación y difusión de los resultados	Equipo investigador														■	

Fuente: elaboración propia

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

- **Informe Belmont:** data de 1978 y recoge los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación; los principios bioéticos principales que recoge son:
  - Principio de respeto a las personas.
  - Principio de beneficencia.
  - Principio de justicia <sup>(47)</sup>.
- **Ley Orgánica 03/2018 del 5 de diciembre**, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales <sup>(48)</sup>.
- **Reglamento General de Protección de datos europeo (RGPD):** recoge los requisitos específicos para empresas y organizaciones sobre recogida, almacenamiento y gestión de los datos personales <sup>(49)</sup>.
- **Ley 14/2007 del 3 de julio de Investigación biomédica:** creada para regular, con pleno respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la personal, la investigación biomédica <sup>(50)</sup>.

Finalmente, he de declarar que como autor de este proyecto no tengo conflicto de intereses.

## 9. Plan de difusión de resultados

El principal colectivo de interés al que está destinado este estudio es el PE que desempeñe su labor en cuidados intensivos. Para la difusión de los resultados se plantean diversas estrategias que contribuyan a llegar a la mayor población de referencia posible, tanto del ámbito nacional como internacional.

### 9.1. Revistas científicas

La estrategia principal de difusión de los hallazgos de esta investigación será a través de revistas científicas relacionadas con la enfermería, los cuidados intensivos y la bioética.

Para la selección de las revistas, tanto nacionales como internacionales, se tendrá en cuenta como indicador de calidad el **factor de impacto (FI)**, indicador usado para medir la repercusión de una revista en la comunidad científica y para comparar y evaluar la importancia de una revista dentro de un campo temático <sup>(51)</sup>.

Dos de los indicadores de calidad más reconocidos, y los cuales se han utilizado para calcular el FI de las revistas seleccionadas para la difusión del proyecto, son el **Journal Citation Reports (JCR)** y el **Scimago Journal & Country Rank (SJR)**. En el ámbito de las revistas internacionales se realizó la búsqueda a través de la base de datos **Web of**

**Science (WOS).** A nivel nacional, el FI de las revistas seleccionadas se consultará en la página web de la Fundación Index y Cuiden Citation <sup>(52,53)</sup>. En la **tabla V** se recogen las revistas seleccionadas tanto a nivel nacional como internacional con sus FI en el JCR y SJR.

Con el fin de llegar a una mayor audiencia, el estudio se publicará en inglés cuando proceda o una versión bilingüe castellano-inglés.

**Tabla V.** Estrategia de difusión de resultados: revistas nacionales e internacionales con su factor de impacto y cuartil en 2019

Revista		FI JCR	Cuartil JCR	FI SJR	Cuartil SJR
<b>Nacional</b>	Enfermería Intensiva	0'806	Q2	0'198	Q3
	Índex Enfermería	1'333	Q1	0'201	Q4
	Enfermería Global	0'650	Q2	0'146	Q4
	Ética de los Cuidados	0'120	Q4	0,04	Q4
<b>Internacional</b>	American Journal of Critical Care	2'105	Q1	0'693	Q1
	Intensive and Critical Care Nursing	1'886	Q1	0'743	Q1
	Nursing in critical care	2'205	Q1	0'686	Q1

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos del (JCR) y (SJR)

## 9.2. Congresos

Tratando de conseguir una mayor visibilidad y difusión de los resultados, se presentará el estudio en diferentes congresos a nivel nacional, relacionados con la enfermería y enfermería intensiva.

- Congreso Nacional de Enfermería y Salud, se celebra en el mes de abril <sup>(54)</sup>.  
Inscripción: 65€ no socios
- Congreso Nacional de la Sociedad Científica Española de Enfermería, se celebra en el mes de mayo. El precio de la inscripción es de 180€ <sup>(55)</sup>.



- Congreso Anual de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, el cual se celebra en el mes de junio, el precio de inscripción es de 180€<sup>(56)</sup>.
- Congreso de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, que se celebra en el mes de mayo con un coste de inscripción de 150€<sup>(57)</sup>.

### 9.3. Reuniones con los participantes

Otra parte importante del plan de difusión es el dar a conocer los resultados entre los participantes en el estudio. Para ello se plantean dos estrategias principales:

- Si la situación sanitaria del momento lo permite, se solicitará la autorización a los distintos complejos hospitalarios donde se ha realizado la investigación para realizar una jornada de difusión de los resultados en el salón de actos de cada hospital.
- Si por la situación sanitaria del momento no es posible, se creará una sala virtual a través de la plataforma *Microsoft Teams* y se generará un enlace para dar acceso al PE de las unidades donde se ha llevado a cabo el estudio para darles acceso y compartir con ellos de forma virtual los resultados de la investigación; quedando la misma grabada y disponible para su visualización para quien no pueda acudir a las jornadas de difusión.

### 9.4. Repositorios institucionales

Por último, con la finalidad de que el estudio esté disponible para toda la comunidad enfermera de Galicia y nacional, se solicitará su inclusión en la Intranet del SERGAS y de las distintas comunidades autónomas que así lo deseen.

## 10. Recursos disponibles y recursos necesarios

### 10.1. Recursos disponibles

Sobre los recursos disponibles para la realización del proyecto, se dividen en tres grupos:

- **Recursos humanos:** tanto el investigador principal como los colaboradores se comprometen a llevar a cabo el estudio sin coste alguno. Los expertos en bioética y cuidados intensivos también se comprometen a realizar su labor de forma desinteresada.
- **Infraestructuras:** dada la situación sanitaria actual, no será necesario contar con infraestructuras en cada hospital para contactar con el personal seleccionado para

explicar el proyecto y cuál es su intervención; esto se hará a través de plataforma electrónica de videoconferencia.

- **Recursos materiales:** para realizar este proyecto se estima que serán necesarios, únicamente, material informático.

## 10.2. Recursos necesarios

Para realizar este estudio, serán necesarios ciertos recursos de los cuales el investigador no posee y los cuales se pueden dividir en tres grandes grupos:

- **Recursos humanos:** se incluye a todo el personal necesario para desarrollar las diferentes partes del proyecto.
  - Traductor
  - *Data manager*
  - Experto en estadística
- **Recursos infraestructurales:** se plantea que las diferentes reuniones sean telemáticas. De ser posible, se considera necesario disponer de una sala de reuniones para realizar las reuniones de trabajo con el panel de expertos en bioética y cuidados intensivos para la validación del cuestionario y, posteriormente, para realizar reuniones periódicas el equipo investigador; para disponer de una sala de reuniones, se contactará con uno de los centros incluidos en el estudio solicitando la reserva de una sala adaptadas a las características requeridas. De no poder realizar dichas reuniones de forma presencial, se anularía la necesidad de este recurso.
- **Otros gastos:** derivados del deseo de difusión del estudio una vez realizado en revistas *Open Access* de relevancia en la rama de enfermería de cuidados intensivos. También se incluyen en este apartado gastos derivados de la asistencia a congresos.

## 11. Financiación investigación

A continuación, se recoge en la **tabla VI**, junto con la cantidad unitaria precisada, su coste unitario y la estimación total del coste derivado de su contratación y/o adquisición.

Entre las fuentes de financiación disponibles y que se solicitarán antes de desarrollar la investigación se encuentran las ayudas de las siguientes entidades:

- **Becas y ayudas del Colegio de Enfermería de A Coruña:** destinadas a la participación en congresos y seminarios donde se presenten ponencias y trabajos, concediéndose al año a cada colegiado una ayuda para la presentación de proyectos dentro de la comunidad autónoma (105 €) y una beca adicional si la presentación se realiza a nivel nacional (150 €) o internacional (262'5 €).
- **Becas para la investigación de la Fundación “La Caixa”:** entre sus ayudas están las dedicadas a las ramas de estudio de proyectos de ciencias la salud.
- **Ayudas a la investigación del Instituto de Salud Carlos III:** concede becas para investigaciones en ciencias de la salud dentro de su programa estatal de generación de conocimiento y fortalecimiento del Sistema Español.
- **Ayuda a la investigación de la Fundación Ignacio H. Larramendi, de MAPFRE.**

Tabla VI. Estimación de los recursos necesarios con presupuesto

RECURSOS NECESARIOS					
	Descripción	Cantidad	Precio unitario	Precio total	
<b>Recursos humanos</b>	Traductor	1	1.700 €/mes	1.700 €	
	<i>Data manager</i>	1	1.500 €/mes	3.000 €	
	Estadístico	1	1.700 €/mes	1.700 €	
<b>Recursos materiales</b>	Ordenador portátil	1	0 €	0 €	
	Webcam	1	25 €	25 €	
<b>Infraestructuras</b>	Sala de reuniones	1	0 €	0 €	
<b>Otros gastos</b>	Publicación en <i>Open Acces</i>	1	1.000 €	1.000 €	
	Inscripción en congresos	<i>Congreso Nacional de Enfermería y Salud</i>		65€	575 €
		<i>Congreso Nacional de la Sociedad Científica Española de Enfermería</i>		180€	
		<i>Congreso Anual de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias</i>		180€	
		<i>Congreso de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica</i>		150€	
	Dietas congreso	-	1.500 €	1.500 €	
<b>Total:</b>				12.500'00 €	

Fuente: elaboración propia

## 12. Bibliografía

1. Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Medicina Intensiva*. junio de 2013;37(5):333-8.
2. Lomero-Martínez MM, Jiménez-Herrera MF, Bodí-Saera MA, Llauradó-Serra M, Masnou-Burralló N, Oliver-Juan E, et al. Decisiones en los cuidados al final de la vida. ¿Jugamos en el mismo equipo? *Enfermería Intensiva*. octubre de 2018;29(4):158-67.
3. Yáñez Dabdoub M, Vargas Celus IE. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. *Persona y Bioética*. 17 de julio de 2018;22(1):56-75.
4. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. abril de 2019;30(2):78-91.
5. Lorda PS. Muerte digna en España. 2008;16:75-94.
6. Parlamento gallego. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. 133 jul 16, 2015 p. 22.
7. Ventoso L, Manuel J, Casas M. Distanasia, el empeño cuando ya no se puede curar. Algoritmo de esfuerzo terapéutico. *Ética de los cuidados*. 2019;12(12163):6.
8. Serrano Calvo I. Cuidados de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico. *Rol de Enfermería*. 39(10):640-9.
9. Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Tripodaki E, Vasileiadis I, Magira E, et al. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. *Critical Care*. 2010;14(6):R228.
10. Velasco Sanz T, García Lozano F, Del Barrio Linares M, Velasco Bueno JM, Gómez Pérez D, Ortega Guerrero Á. Recomendaciones sobre la limitación de los tratamientos de soporte vital en unidades de cuidados intensivos [Internet]. 2017.
11. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. Junta de Andalucía; 2014.

12. Ramos Sáiz D, Sáiz Echezarreta M. ¿Hasta dónde podemos llegar? Siempre existe una línea que no se debería sobrepasar. *Nuberos científica*. febrero de 2016;3(20):4-5.
13. Weil MH, Tang W. From Intensive Care to Critical Care Medicine: A Historical Perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. junio de 2011;183(11):1451-3.
14. Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández- Plaza M, Fuentes- Milà V, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enfermería Intensiva*. octubre de 2016;27(4):138-45.
15. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. enero de 2002;26(6):304-11.
16. Estella Á, Saralegui I, Rubio Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, López Camps V, Martín MC, et al. Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Medicina Intensiva*. marzo de 2020;44(2):101-12.
17. 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. *Medicina Intensiva*. marzo de 2019;43(2):61-2.
18. Organización Colegial de Enfermería. Código deontológico de la enfermería española [Internet]. feb, 1998.
19. Cilla Intxaurraga A, Martínez Martín ML. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*. julio de 2018;25(3):195-202.
20. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería Intensiva*. julio de 2009;20(3):104-9.
21. Pardo. Obstinación terapéutica. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*. 2001;4(4):11.
22. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Consejo de Europa; 1999 jun p. 3. Report No.: 1418.

23. Congreso de Diputados. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. may 16, 2003 p. 14.
24. Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva*. abril de 2016;40(3):154-62.
25. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Revista Clínica Española*. octubre de 2011;211(9):450-4.
26. Saralegui Reta I, Monzón Marín JL, Martín MC. Instrucciones previas en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. enero de 2004;28(5):256-61.
27. IGE - Instituto Galego de Estatística [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
28. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
29. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Registro Nacional de Instrucciones Previas [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [citado 11 de mayo de 2021].
30. Hernández-Tejedor A. Revisión sobre bioética en la Unidad de Cuidados Intensivos: sobre la autonomía y el papel de los familiares y los representantes legales. *Medicina Intensiva*. marzo de 2014;38(2):104-10.
31. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L, Algora Weber A. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*. octubre de 2015;39(7):395-404.
32. Santana Cabrera L, Gil Henández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC, et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*. 31 de julio de 2010;21(4):142-9.
33. Consellería de Sanidade. El Sistema Público de Salud en Galicia - Consellería de Sanidade [Internet]. Servizo Galego de Saúde. 2021 [citado 24 de abril de 2021].

34. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010 p. 133.
35. Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Catálogo Nacional de Hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social; 2018 dic p. 455.
36. Consellería de Sanidade. Rexistro de centros, servizos e establecementos sanitarios de Galicia [Internet]. Servizo Galego de Saúde. 2021 [citado 17 de febrero de 2021].
37. Instituto Cartográfico Latino. Galicia política [Internet]. Vicens Vives. Galicia: Vicens Vives; 2021 [citado 1 de mayo de 2021]. (láminas mudas).
38. Staff de Xerencia. Memoria Área Sanitaria Coruña e Cee. A Coruña: Xunta de Galicia; 2020 p. 390.
39. Control de Xestión. Memoria Área Sanitaria Vigo. Vigo: Xunta de Galicia; 2020 p. 148.
40. Pita S. Calculadora tamaño muestral. A Coruña: Fistera; 1996.
41. García-García JA, Reding Bernal, Arturo, López Alverenga, Juan Carlos. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Metodología de investigación en educación médica. 13 de agosto de 2013;2(8):217-24.
42. García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Metodología de investigación en educación médica. 12 de enero de 2012;1(2):90-5.
43. Hulley SB, R. Cumming S, S. Browner W, G. Grady D, B. Newman T. Diseño de Investigaciones Clínicas. 4.<sup>a</sup> ed. California: Wolters Kluwer; 2014. 377 p.
44. Zabala-Blanco J, Alconero-Camarero AR, Casaus-Pérez M, Gutiérrez-Torre E, Saiz-Fernández YG. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. Enfermería Clínica. enero de 2007;17(2):56-62.
45. Parlamento gallego. Decreto 81/2015, de 28 de mayo, por el que se modifica el Decreto 63/2013, de 11 de abril, por el que se regulan los comités de ética de la investigación en Galicia. 110 jun 12, 2015 p. 3.
46. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.

47. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 1979.
48. Samper MB. Protección de datos personales [Internet]. Sec. I, 16673 sep 24, 2020.
49. Parlamento Europeo. Protección de Datos conforme al reglamento RGPD [Internet]. Your Europe. 2021 [citado 22 de mayo de 2021].
50. Congreso de Diputados. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. 12945 jul 4, 2007 p. 23.
51. Factor de impacto | Bibliotecas Universidad de Salamanca [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
52. Fundación Index. Cuiden Citation [Internet]. Ciberindex. [citado 6 de mayo de 2021].
53. Clarivate Analytics. Web of Science [Internet]. 2016 [citado 6 de mayo de 2021].
54. Congreso Enfermería y Salud | Congreso en León [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
55. Sociedad Científica Española de Enfermería [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
56. Congresos – Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
57. Inicio - Asociación Española de Bioética y Ética Médica [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021].
58. Vicente JFM. Escalas pronósticas en la Unidad de Terapia Intensiva. octubre de 2012;26(4):234-41.
59. SERGAS, Consellería de Sanidade. Documento Instrucciones Previas ante funcionario SERGAS. 2020.
60. Consellería de Sanidade. Modelos de documentos [Internet]. Axencia de Coñecemento en Saúde. 2021 [citado 18 de mayo de 2021].



## **13. ANEXOS**

**ANEXO I – Escala APACHE II**

APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°C)	> 40.9	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación:									
Sí FiO <sub>2</sub> > 0.5 (AaDO <sub>2</sub> )	> 499	350-499	200-349		< 200				
Sí FiO <sub>2</sub> < 0.5 (PaO <sub>2</sub> )					> 70	61-70		56-60	< 56
pH arterial	> 7.69	7.60-7.69		7.50-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	< 7.15
Na plasmático (mmol/L)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/L)	> 6.9	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3.0-3.4	2.5-2.9		< 2.5
Creatinina * (mg/dL)	> 3.4	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		0.6		
Hematócrito (%)	> 59.9		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		< 20
Leucocitos (x 1,000)	> 39.9		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		< 1

Suma de puntos APS

Total APS

15-GCS

Edad	Puntuación	Enfermedad crónica	Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)
< 44	0	Postoperatorio programado	2			
45-54	2	Postoperatorio urgente o médico	5			
55-64	3					
65-74	5					
> 75	6					

Total puntos APACHE II (A + B + C + D)

Enfermedad crónica:  
 Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático  
 Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA)  
 Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar  
 Renal: diálisis crónica  
 Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónica

**Fuente:** extraído de la referencia nº (58)

**ANEXO II – Escala SOFA**

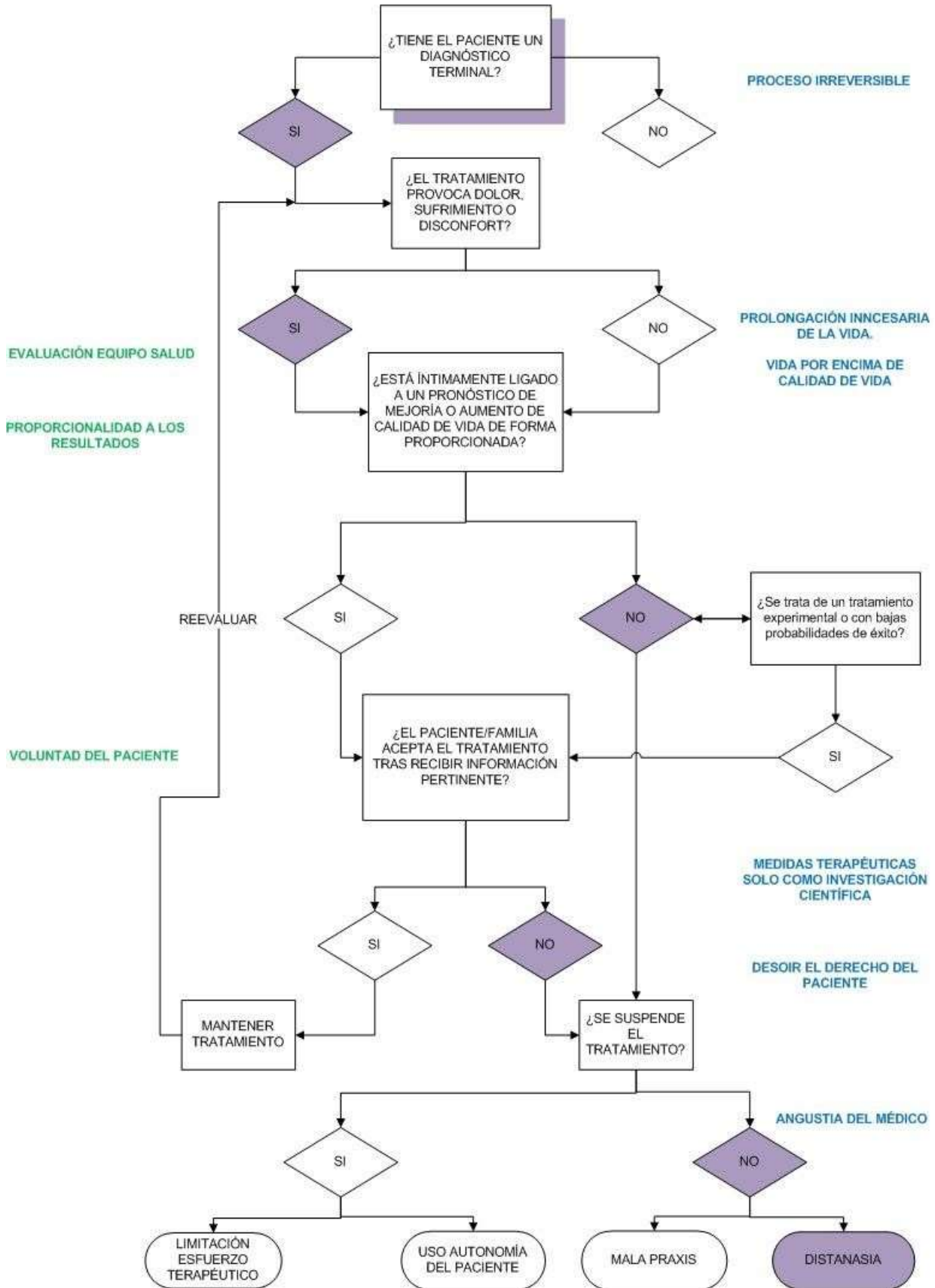
SOFA score	0	1	2	3	4
Respiratorio PaOFiO <sub>2</sub> (mmHg) SaO <sub>2</sub> FiO <sub>2</sub>	> 400	< 400 301-221	< 300 220-142	< 200 141-101	< 100
Coagulación Plaquetas 10 <sup>3</sup> mm <sup>3</sup>	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Hepático Bilirrubina (mg/dL)	1.2	12-19	2.0-5.9	6.0-11.9	> 12
Cardiovascular Hipotensión	No	TAM < 70	Dopamina < 5 o dobutamina	Dopamina > 5 norepinefrina	Dopamina > 15 norepinefrina
SNC Glasgow	15	13-14	10-12	9-6	< 6
Renal Creatinina (mg/dL) Urea output (mg/dL)	< 1.2	1.2-1.9	2-3.4	3.5-4.9	> 5

**Fuente:** extraído de la referencia nº (58)

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

**ANEXO III – Algoritmo para la decisión de ATSV**



Fuente: extraído de la referencia nº (7)

ANEXO IV - Documento de Instrucciones previas de la Comunidad Autónoma de Galicia  
(ante funcionario)

Yo (nombre y apellidos)....., mayor de edad, con DNI/NIE ....., nacido/a el (dd/mm/aaaa)....., con domicilio en (calle, nº, piso)....., municipio....., provincia....., código postal.....

**MANIFIESTO:**

Que tengo capacidad de obrar y que actúo libremente.

Que a través de este documento declaro mis instrucciones previas, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE de 15 de noviembre de 2002), con la Ley 3/2001, de 28 de mayo (DOG de 8 de junio de 2001), con la Ley 12/2013, de 9 de diciembre (DOG de 3 de enero de 2014) y con la Ley 5/2015, de 26 de junio (DOG de 16 de julio de 2015).

Que deseo que dichas instrucciones sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria si llegara a encontrarme en situación de no poder expresar mi voluntad debido a mi deterioro físico y/o psíquico.

Que para mi es importante:

(Marque los que se correspondan con su proyecto vital)

- Poder comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No padecer dolor físico ni psíquico.
- Mantener independencia funcional suficiente para realizar las actividades propias de la vida diaria (comer, asearme, vestirme....).
- No prolongar la vida en sí misma en situaciones clínicamente irreversibles.
- Permanecer en mi domicilio habitual durante los últimos días de mi vida.

Las SITUACIONES CLÍNICAS en las que se tendrá en cuenta este documento son: enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía y enfermedad o situación clínica grave e irreversible.

Mis INSTRUCCIONES sobre CUIDADOS y TRATAMIENTOS son:

(Teniendo en cuenta que las dos primeras opciones son excluyentes con la tercera, marque lo que desee)

- Que me proporcionen únicamente los cuidados de confort y tratamientos necesarios para mi bienestar y para aliviar al máximo mi dolor y sufrimiento.
- Que no me apliquen –o que se retiren si ya han comenzado a aplicarse- técnicas de soporte vital u otras dirigidas únicamente a prolongar mi supervivencia.
- Que me apliquen los cuidados y tratamientos necesarios para la estabilización de mi enfermedad grave e irreversible.

Firma otorgante      Firma funcionario/a Sello Servicio

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS



DESIGNACION DE REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Designo como **interlocutor/a** con el médico o el equipo sanitario que me atienda, para el caso de encontrarme en situación de no poder manifestar mi voluntad, a:

Nombre y apellidos: ..... DNI/NIE: .....

Con domicilio en: .....

Municipio: ..... Provincia: ..... Código postal: .....

Teléfono/s: .....

Correo electrónico: .....

En caso de fallecimiento, incapacidad, renuncia o imposibilidad de consulta con el/la representante interlocutor/a, designo como **sustituto/a** a:

Nombre y apellidos: ..... DNI/NIE: .....

Con domicilio en: .....

Municipio: ..... Provincia: ..... Código postal: .....

Teléfono/s: .....

Correo electrónico: .....

Por último, solicito la inscripción de este documento en el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

En ..... a ..... de ..... de 20 .....

Firma otorgante

Identifico al/a la otorgante por su documento de identidad exhibido, del que se deduce copia digital para su incorporación al Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

El/La otorgante, firma el presente documento de manera consciente y, hasta donde es posible apreciar, voluntaria y libremente ante mi, ....., funcionario/a del Registro gallego de instrucciones previas - Unidad habilitada.

En ..... a ..... de ..... de 20....

Firma funcionario/a  
Sello Servicio

Fuente: extraído de la referencia nº (59)

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

**ANEXO V – Registro de Documentos de Instrucciones Previas a nivel Nacional por comunidades autónomas**

<b>REGISTRO AUTONÓMICO</b>	<b>Enero 2013</b>	<b>Enero 2014</b>	<b>Enero 2015</b>	<b>Enero 2016</b>	<b>Enero 2017</b>	<b>Enero 2018</b>	<b>Enero 2019</b>	<b>Enero 2020</b>	<b>Enero 2021</b>
ANDALUCÍA	23.397	25.329	27.407	29.949	32.825	35.686	38.531	42.001	43.667
ARAGÓN	5.012	5.494	6.007	6.660	7.384	8.172	9.042	10.189	10.841
ASTURIAS	3.805	4.261	4.718	5.161	5.687	6.200	6.644	7.337	7.857
BALEARES	3.121	3.740	4.544	5.312	6.197	7.258	8.328	9.670	10.305
CANARIAS	6.001	6.757	7.602	8.404	9.290	10.319	10.600	11.786	12.754
CANTABRIA	1.413	1.598	1.850	2.078	2.366	2.626	2.928	3.454	3.723
CASTILLA-LA MANCHA	4.047	4.474	4.960	5.481	6.049	6.656	7.188	8.154	8.602
CASTILLA Y LEÓN	4.380	5.171	5.923	6.805	7.958	9.291	10.330	11.951	12.979
CATALUÑA	47.773	50.957	56.167	59.606	63.959	72.515	83.179	90.953	95.656
C. VALENCIANA	14.474	15.776	17.478	19.343	21.310	23.554	25.558	28.425	30.402
EXTREMADURA	1.039	1.160	1.264	1.429	1.579	1.761	1.873	2.092	2.196
GALICIA	2.537	3.545	4.105	4.646	5.795	6.895	8.178	9.367	11.613
MADRID	12.307	14.205	16.363	18.724	21.273	23.445	26.900	31.665	34.602
MURCIA	2.889	3.132	3.399	3.648	3.940	4.409	4.405	4.847	5.204
NAVARRA	1.755	2.200	2.722	3.327	4.174	5.402	7.434	9.439	10.510
PAÍS VASCO	10.506	11.970	13.975	16.033	18.697	20.780	24.163	29.033	31.552
LA RIOJA	1.317	1.555	1.773	2.052	2.353	2.675	2.947	3471	3.684
MSSSI(*)	2	4	70	93	107	132	140	177	181
<b>TOTAL</b>	145.775	161.328	180.327	198.751	220.943	247.776	278.368	314.011	336.329

Fuente: extraído de la referencia nº (29)

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio



Anexo VI – Tabla de números aleatorios para selección de la muestra

Enfermera nº	Nº aleatorio	Enfermera nº	Nº aleatorio	Enfermera nº	Nº aleatorio	Enfermera nº	Nº aleatorio
1	33	26	92	51	87	76	72
2	58	27	34	52	52	77	80
3	49	28	73	53	53	78	97
4	36	29	10	54	25	79	13
5	76	30	96	55	64	80	86
6	57	31	2	56	40	81	27
7	29	32	41	57	51	82	90
8	89	33	28	58	1	83	91
9	88	34	24	59	85	84	74
10	45	35	77	60	5	85	6
11	84	36	94	61	21	86	38
12	68	37	67	62	42	87	16
13	95	38	8	63	47	88	54
14	60	39	62	64	44	89	79
15	18	40	82	65	39	90	15
16	35	41	23	66	12	91	55
17	93	42	59	67	81	92	56
18	71	43	46	68	7	93	9
19	43	44	66	69	37	94	11
20	22	45	31	70	78	95	65
21	20	46	48	71	19	96	75
22	4	47	70	72	83	97	32
23	69	48	50	73	17		
24	61	49	3	74	30		
25	33	50	63	75	14		

Fuente: elaboración propia mediante plataforma *Microsoft Excel*

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

## ANEXO VII – Cuestionario para recogida de datos

### Conocimientos del personal de enfermería de las UCI de Galicia sobre la adecuación de los tratamientos de soporte vital (ATSV)

A continuación, se presenta un cuestionario que pretende evaluar los conocimientos del personal de enfermería de cuidados intensivos sobre ATSV. Se presentan preguntas con diferentes opciones de respuesta sí/no, tipo Likert 1-5, respuestas de frase corta para elegir la que más se acerque a tu idea y de respuesta breve.

Agradecer de antemano la participación de todas/os.

#### **\*Obligatorio**

#### **1. ¿Qué entiendes por ATSV? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Acto deliberado y consensuado de dar fin a la vida de una persona por voluntad del paciente para evitar sufrimiento cuando los tratamientos no conllevan mejoría clínica.
- Ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente por decisión facultativa.
- Decisión clínica consensuada con el paciente y/o familia y equipo asistencial de no iniciar, no incrementar o retirar tratamientos fútiles.
- Prefiero no contestar

#### **2. De las siguientes opciones, ¿Cuáles son para ti formas de ATSV? (puedes marcar más de una opción) \***

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No iniciar ciertos tratamientos (soporte vasoactivo, antibioterapia, ...) o ciertas técnicas (ventilación mecánica, depuración extrarrenal, ...).
- Retirar aquellos tratamientos y dispositivos que carecen de efecto beneficioso para el paciente en el momento actual de su evolución clínica.
- No ingresar a un paciente en cuidados intensivos basándote en predictores de gravedad, pobre calidad de vida posterior, situación clínica anterior, ...
- Ninguna
- Prefiero no contestar

3. ¿Cuál o cuáles de los siguientes términos son correctos/más adecuados? (puedes marcar más de una opción) \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)
- Limitación de los tratamientos de soporte vital (LTSV)
- Adecuación de los tratamientos de soporte vital (ATSV)
- Ninguno
- Prefiero no contestar

4. Desde tu punto de vista, ¿La ATSV es equiparable a la eutanasia? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, pues ambos acortan deliberadamente la vida del paciente.
- No, mientras que la eutanasia consiste en la intervención deliberada para poner fin a la vida del paciente sin perspectiva de cura, la ATSV consiste en reconocer aquellos tratamientos fútiles y saber cuándo retirarlos o no iniciarlos y evitar así la obstinación terapéutica.
- Sí, pues la ATSV es una forma de eutanasia pasiva.
- Sí, porque ambas pueden surgir de la voluntad del paciente de no seguir sometiéndose a tratamientos que no conllevan mejoría clínica o su deseo de poner fin a su vida en el contexto de una enfermedad crónica terminal
- Prefiero no contestar

5. Cuando se decide la ATSV, ¿Cómo consideras las medidas incluidas desde un punto de vista ético? \*

*Marca solo un óvalo.*

- No difieren a nivel ético el no iniciar medidas de retirarlas.
- No son lo mismo pues el no administrar significa no incrementar el nivel de soporte, mientras que retirar significa reducir el nivel de soporte de una forma activa.
- Desde un punto de vista bioético, las medidas recogidas en la ATSV difieren unas de otras pues el retirar medidas podría ser más equiparable a la eutanasia activa.
- Prefiero no contestar

6. ¿Sabes si en tu servicio existen guías para la ATSV? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí que las hay
- No las hay por escrito, pero existe una política que en general se cumple
- No existen dichos documentos
- Prefiero no contestar

7. Bajo tu punto de vista, la decisión de ATSV la deben tomar (puedes marcar más de una opción) \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Médico/os intensivista/as
- Enfermería
- Paciente competente
- Familia o representantes legales
- Prefiero no contestar

8. ¿Crees que la decisión de ATSV debe de ser una decisión multidisciplinar? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, médica - enfermera
- No, solo del equipo médico
- Sí, médica - enfermera - familia/paciente
- No, solo del paciente
- Prefiero no contestar

9. Como enfermera/o asistencial, ¿Has participado de forma activa en la ATSV de algún paciente a tu cargo? \*

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces o más
- Prefiero no contestar

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

**10. Desde tu punto de vista, ¿Cómo percibes que es la participación de enfermería en la toma de decisiones de ATSV? (siendo 1- participación nula y 5- la máxima participación) \***

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Prefiero no contestar

**11. Como enfermera/o, ¿Has propuesto, alguna vez, al equipo multidisciplinar la posibilidad de ATSV de algún paciente a tu cargo? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Entre 1-2 veces
- Entre 3-4 veces
- 5 veces o más
- Prefiero no contestar

**12. En relación a la pregunta anterior y si la respuesta fue afirmativa, ¿Se tuvo en cuenta tu propuesta?**

*Marca solo un óvalo.*

- Sí y finalmente se llevó a cabo la ATSV
- Sí, pero tras la valoración del caso en la sesión clínica se decidió que no era paciente candidato a ATSV
- No, de ningún modo
- No, pero posteriormente, el equipo médico propuso la ATSV
- Prefiero no contestar

**13. ¿Crees que al personal de enfermería le gustaría tener un papel más activo en la proposición de la ATSV? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, pues es parte del equipo multidisciplinar, tiene la formación adecuada y se sitúa a pie de cama pudiendo detectar pacientes susceptibles de ATSV.
- Sí, es algo inherente a su cargo.
- No, pues enfermería no dispone de la formación necesaria para valorar la proposición de ATSV.
- No, no debería de ser una propuesta clínica, sino del paciente y/o su familia.
- Prefiero no contestar

**14. En el momento que se decide la ATSV, ¿Crees que la figura enfermera adquiere un papel de importancia a la hora de redirigir los tratamientos hacia el confort y bienestar del paciente?\***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- En algunos casos
- No, pero pienso que sería lo ideal
- No
- Prefiero no contestar

**15. Cuando por la evolución desfavorable de un paciente a tu cargo se propone la ATSV, ¿Cómo de cómodo te sientes con la decisión? (siendo 1- ninguna comodidad y 5- la comodidad máxima) \***

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Prefiero no contestar

16. **¿Cómo de cómodo te sientes al hablar con los familiares de un paciente sobre la ATSV? (siendo 1- nunca y 5-siempre) \***

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Prefiero no contestar

17. **¿Cómo actuarías en una situación en la que se ha propuesto la ATSV de un paciente y la respuesta de su familia es la de negativa ante esta actitud terapéutica? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Hablo con ellos tratando de que entiendan que por la evolución clínica del paciente este es el mejor manejo clínico disponible.
- No hago nada, es responsabilidad del facultativo el llegar a un consenso con los familiares en esta situación.
- Ofrezco mi disponibilidad para cualquier duda que tengan y les dejo que reflexionen tranquilamente sobre la situación.
- Prefiero no contestar

18. **Tras valorar el caso de uno de tus pacientes, habéis decidido la ATSV por su evolución desfavorable. En una reunión multidisciplinar con la familia les explicáis la situación clínica de su familiar y cuál es la mejor actitud terapéutica para el caso, la cual no comparten con vosotros. En este caso, ¿Quién debe de tomar la decisión sobre si aplicar la ATSV o no? \***

*Marca solo un óvalo.*

- La familia siempre, pues es un reflejo de los deseos del paciente
- El equipo multidisciplinar, cuentan con formación en bioética y en todo lo que compete a la ATSV y son capaces de detectar siempre los casos en los que aplicar esta medida.
- En un caso como este, habría que mantener las medidas de soporte vital hasta que un comité de bioética analizase el caso y decidiese cual es la mejor actitud.
- Prefiero no contestar

**19. Edad (años)**

---

**20. Sexo \***

*Marca solo un óvalo.*

- Masculino  
 Femenino  
 Prefiero no contestar

**21. ¿Cuál es tu estado civil? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero/a  
 Casado/a  
 Viudo/a  
 Divorciado/a  
 Prefiero no contestar

**22. ¿Tienes hijos? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí  
 No  
 Prefiero no contestar

**23. Tipo de contrato**

*Marca solo un óvalo.*

- Fijo  
 Eventual  
 Prefiero no contestar

**24. Tiempo trabajado como enfermera/o \***

*Marca solo un óvalo.*

- < 2 años  
 Entre 2 - 5 años  
 Entre 5 - 10 años  
 Entre 10 - 15 años



- Entre 15 - 20 años
- > 20 años
- Prefiero no contestar

**25. Tiempo trabajado en cuidados intensivos \***

*Marca solo un óvalo.*

- < 2 años
- Entre 2 - 5 años
- Entre 5 - 10 años
- Entre 10 - 15 años
- Entre 15 - 20 años
- > 20 años
- Prefiero no contestar

**26. ¿Tienes formación postgrado en cuidados intensivos? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Prefiero no contestar

**27. En relación con la pregunta anterior, ¿Cuál es tu nivel de formación? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Máster
- Curso
- Experto
- Ninguno
- Prefiero no contestar

**28. ¿Tienes formación postgrado en bioética? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Prefiero no contestar

**29. En relación con la pregunta anterior, ¿Cuál es tu nivel de formación? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Máster
- Curso
- Experto
- Ninguno
- Prefiero no contestar

**30. ¿Conoces el documento de instrucciones previas (DIP)? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Prefiero no contestar

**31. A lo largo de tu carrera profesional como enfermera, ¿Has atendido a pacientes en los que se propuso la ATSV y que contaban con DIP redactado? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- Prefiero no contestar

**32. En relación a lo anterior, ¿Cómo se actuó? (puedes marcar más de una opción) \***

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Se respetó siempre lo recogido en el DIP
- Casi siempre se respetó lo recogido en el DIP
- Pese a estar redactado un plan de actuación en el DIP, se realizó sesión multidisciplinar y se consultó con la familia
- Se consultó a la familia/ representante y se actuó conforme a lo que ellos decidieron
- El equipo médico o multidisciplinar tomó la decisión
- Prefiero no contestar

**33. Si al consultar la historia clínica de un paciente y ver que cuenta con DIP en el que expresa su deseo de no recibir ningún tipo de soporte vital, ¿Cómo actuarías? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Respeto el DIP del paciente pese a no estar de acuerdo con su decisión
- Si está consciente, me aseguro de que realmente lo redactado coincide con su deseo actual
- Si no está consciente, lo consulto con su familia o representante legal designado
- Aunque sea lo éticamente correcto lo que ha registrado en su DIP, no podría cumplir su voluntad si contraviene mi ética personal y me acojo a la objeción de conciencia
- Prefiero no contestar

**34. A nivel personal, ¿Tienes cubierto el documento de instrucciones previas (DIP)? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No, pero me gustaría
- No, ni me lo planteo
- Prefiero no contestar

**35. A nivel personal, ¿Crees que tener cubierto el DIP puede influir en la toma de decisiones de ATSV? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Sí, hace más DIFÍCIL que me implique en la toma de decisiones
- Sí, hace más FÁCIL que me implique en la toma de decisiones
- No, no creo que influya en que me implique más o menos en la toma de decisiones
- Prefiero no contestar

**Fuente:** elaboración propia a partir de cuestionarios validados incluidos en las referencias nº (2,32).

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

## **ANEXO VIII A – Hoja de información para el participante**

**Título del estudio:** Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la Adecuación de los Tratamientos de Soporte Vital (ATSV) en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servizo Galego de Saúde

**Investigador principal:** David de María Couselo Barrio

**Centros:** CHUF, CHUAC, CHUS, HULA, CHUVI, CHUP, CHUO.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Galicia (CAEIG).

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo.

Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, revocar el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

### **¿Cuál es el propósito de este estudio?**

La finalidad de este estudio es determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de los siete hospitales principales de la Comunidad Autónoma de Galicia (CHUF, CHUAC, CHUS, HULA, CHUVI, CHUP, CHUO) y su deseo de participación de forma activa en la toma de este tipo de decisiones.

### **¿Por qué se me ofrece participar?**

Usted está invitado a participar por cumplir los criterios de inclusión estipulados: diplomado/a o graduado/a en enfermería, desempeñar su labor profesional en UCI nivel III y tener una antigüedad mínima de 1 año en este servicio.

### **¿En qué consiste mi participación?**

La participación consiste en la cumplimentación de un cuestionario online para determinar el nivel de conocimientos sobre ATSV; también se incluyen cuestiones acerca de cómo cada enfermera/o percibe la ATSV en su unidad. Para acceder al cuestionario se presentan

dos formas de acceso: directamente a través de **URL** o escaneando con su dispositivo móvil un **código QR** que se adjunta en el correo electrónico con el enlace del cuestionario.

### **¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?**

La participación en este estudio no conlleva molestias.

### **¿Obtendré algún beneficio por participar?**

Por la participación en el estudio no se obtendrán beneficios directos; con este proyecto se pretende determinar el nivel de conocimientos sobre la ATSV y su nivel de participación. Pudiendo ser esta información de interés en un futuro para normalizar que sea una decisión multidisciplinar.

### **¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?**

Sí, una vez finalizado el estudio, presentado y aprobado para su publicación, a todos los participantes que así lo deseen, se les enviará una copia del estudio.

### **¿Se publicarán los resultados de este estudio?**

Los resultados derivados de esta investigación se enviarán a diversas revistas científicas del campo de la Enfermería de Cuidados Intensivos y se difundirán en congresos; siempre preservando la intimidad y anonimato de todos los participantes.

### **Información referente a datos personales**

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos personales de los participantes se hará conforme a lo recogido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Pudiendo usted acceder en el momento que lo desee a todos sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo ante el investigador.

Únicamente el equipo de investigación tendrá acceso a los datos recogidos; pudiéndose transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que algún dato sea transmitido a nivel internacional o a otro país de nuestro entorno, se realizara dicha transmisión con un nivel de protección de datos que equivalga, como mínimo, al exigido por la ley nacional que regula en España este derecho.

### **¿Existen intereses económicos en este estudio?**

Esta investigación forma parte de un trabajo de fin de grado (TFG) que se llevará a cabo con distintas becas y ayudas, el investigador principal no recibirá retribución económica derivada de esta investigación.

Como participante, usted no recibirá remuneración económica por participar. En el caso de que de los estudios se deriven productos comerciales o patentes, usted tampoco participará de los beneficios económicos generados.

### **¿Cómo puedo contactar con el equipo investigador de este estudio?**

Usted podrá contactar con David de María Couselo Barrio, investigador principal, a través del correo electrónico \*\*\*\*\*@udc.es y mediante el número de teléfono \*\*\*\*\*.

A continuación, se adjunta el **consentimiento informado** (castellano y gallego) que deberá firmar si autoriza su inclusión en el estudio.

Opciones de firma:

**a) Firma electrónica**

**b) Firma manual**, en este caso será necesario escanear el documento una vez firmado y enviarlo a la dirección de correo electrónico \*\*\*\*\*@udc.es.

Muchas gracias por su colaboración.

**Fuente:** elaboración propia

## **ANEXO VIII B – Folla de información para o participante**

**Título do estudo:** Nivel de coñecementos e participación do persoal de enfermería na Adecuación dos Tratamentos de Soporte Vital (ATSV) nas Unidades de Coidados Intensivos do Servizo Galego de Saúde

**Investigador principal:** David de María Couselo Barrio

**Centros:** CHUF, CHUAC, CHUS, HULA, CHUVI, CHUP, CHUO.

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle convida a participar. Este estudo foi aprobado polo Comité de Ética da Investigación da Comunidade Autónoma de Galicia (CAEIG).

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo.

Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participa ou non.

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vde. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, revogar o consentimento en calquera momento sen dar explicacións.

### **Cal é o propósito deste estudo?**

A finalidade deste estudo é determinar o nivel de coñecementos do persoal de enfermería das unidades de coidados intensivos dos sete hospitais principais da Comunidade Autónoma de Galicia (CHUF, CHUAC, CHUS, HULA, CHUVI, CHUP, CHUO) e o seu desexo de participación de forma activa na toma deste tipo de decisións.

### **Por que se me ofrece participar?**

Vostede está convidado a participar por cumprir os criterios de inclusión estipulados: diplomado/a ou graduado/a en enfermería, desempeñar o seu labor profesional en UCI nivel III e ter unha antigüidade mínima de 1 ano neste servizo.

### **En que consiste a miña participación?**

A participación consiste en encher un cuestionario en liña para determinar o nivel de coñecementos sobre ATSV; tamén se inclúen cuestións acerca de como cada enfermeira/ou percibe a ATSV na súa unidade. Para acceder ao cuestionario preséntanse

dúas formas de acceso: directamente a través de **URL** ou escaneando co seu dispositivo móbil un **código QR** que se adxunta no correo electrónico coa ligazón do cuestionario.

### **Que molestias ou inconvenientes ten a miña participación?**

A participación neste estudo non conleva molestias.

### **Obterei algún beneficio por participar?**

Pola participación no estudo non se obterán beneficios directos; con este proxecto preténdese determinar o nivel de coñecementos sobre a ATSV e o seu nivel de participación. Podendo ser esta información de interese nun futuro para normalizar que sexa unha decisión multidisciplinar.

### **Recibirei a información que se obteña do estudo?**

Si, unha vez finalizado o estudo, presentado e aprobado para a súa publicación, a todos os participantes que así o desexen, enviaráselles unha copia do estudo.

### **Publicaranse os resultados deste estudo?**

Os resultados derivados desta investigación enviaranse a diversas revistas científicas do campo da Enfermería de Coidados Intensivos e difundiranse en congresos; sempre preservando a intimidade e anonimato de todos os participantes. Información referente a datos persoais O tratamento, comunicación e cesión dos datos persoais dos participantes farase conforme ao recolleito na Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais.

Podendo vostede acceder no momento que o desexe a todos os seus datos, opoñerse, corrixilos ou cancelalos, solicitándoo ante o investigador.

Unicamente o equipo de investigación terá acceso aos datos recolleitos; podéndose transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algún dato sexa transmitido a nivel internacional ou a outro país da nosa contorna, realizácese dita transmisión cun nivel de protección de datos que equivalla, como mínimo, ao esixido pola lei nacional que regula en España este dereito.

### **Existen intereses económicos neste estudo?**

Esta investigación forma parte dun traballo de fin de grao (TFG) que levará a cabo con distintas bolsas e axudas, o investigador principal non recibirá retribución económica derivada desta investigación.



Como participante, vostede non recibirá remuneración económica por participar. No caso de que dos estudos derívense produtos comerciais ou patentes, vostede tampouco participará dos beneficios económicos xerados.

**Como podo contactar co equipo investigador deste estudo?**

Vostede poderá contactar con David de María Couselo Barrio, investigador principal, a través do correo electrónico \*\*\*\*\*@udc.es e mediante o número de teléfono \*\*\*\*\*.

A continuación, achégase o **consentimento informado** (castelán e galego) que deberá asinar se autoriza a súa inclusión no estudo.

Opcións de firma:

**a) Firma electrónica**

**b) Firma manual**, neste caso será necesario escanear o documento unha vez asinado e envialo á dirección de correo electrónico \*\*\*\*\*@udc.es.

Moitas grazas pola súa colaboración

**Fuente:** elaboración propia

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

**ANEXO IX A – Documento consentimiento informado**

***Consentimiento Informado***

---

**Título del estudio:** Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la Adecuación de los Tratamientos de Soporte Vital en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servizo Galego de Saúde

YO,

.....  
.....

- Leí la **hoja de información al participante** arriba mencionado que se me entregó previamente a mi inclusión en el estudio, pude conversar con el investigador y formular todas las preguntas deseadas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo revocar mi participación cuando así lo desee, sin tener que justificar esta decisión y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y/o atención sanitaria multidisciplinar.
- Accedo a la utilización de mis datos con los fines de investigación detallados en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para la inclusión de mi persona y participación en el presente estudio.

Fdo. El/La participante

Fdo. El investigador que solicita el consentimiento

Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Fecha (dd/mm/aaaa):

**Fuente:** elaboración propia

**ANEXO IX B – Documento consentimiento informado**

*Consentimento Informado*

---

**Título del estudio:** Nivel de coñecementos e participación do persoal de enfermería na Adecuación dos Tratamentos de Soporte Vital nas Unidades de Coidados Intensivos do Servizo Galego de Saúde

EU,

.....  
.....

- Lin a **folia de información ao participante** arriba mencionado que se me entregou previamente á miña inclusión no estudo, puiden conversar co investigador e formular todas as preguntas desexadas sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo revogar a miña participación cando así o desexe, sen ter que xustificar esta decisión e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos e/ou atención sanitaria multidisciplinar.
- Accedo á utilización dos meus datos cos fins de investigación detallados na folia de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para a inclusión da miña persoa e participación no presente estudo.

Asdo. O/A participante

Nome e Apelidos:

Data (dd/mm/aaaa):

Nome e Apelidos:

Data (dd/mm/aaaa):

Asdo. O investigador principal

**Fuente:** elaboración propia

**ANEXO X – Documento con código QR para difusión del cuestionario**

***Conocimientos y percepción del personal de enfermería sobre  
la adecuación de tratamientos de soporte vital***

---

Mi nombre es David Couselo. Soy estudiante de enfermería de 4º año de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol y estoy realizando mi proyecto de fin de grado sobre el nivel de conocimientos y percepción del personal graduado en enfermería acerca de la adecuación de los tratamientos de soporte vital (ATSV) en las unidades de cuidados intensivos de los siete hospitales principales de Galicia. A continuación, os adjunto un código QR que os lleva directamente a una encuesta que he creado para poder llevar a cabo mi estudio.

Agradeceros de antemano vuestra participación.

Un saludo



**Fuente:** elaboración propia

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio

## **ANEXO XI – Compromiso de confidencialidad del investigador principal**

D. David de María Couselo Barrio, estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol

### **DECLATA QUE:**

- Conoce el protocolo del estudio

**Título:** Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la Adecuación de los Tratamientos de Soporte Vital en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servizo Galego de Saúde

- Dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación clínica.
- Será el investigador principal del mismo.
- Cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la realización del estudio, sin interferir con otros estudios ni tareas profesionales asignadas.
- Se compromete a respetar y cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité de ética en todos y cada uno de sus puntos, así como sucesivas modificaciones que puedan ser autorizadas.
- Respetará las normas éticas y legales aplicables, Declaración de Helsinki y Convenio de Oviedo, y se guiará por las normas de Buena Práctica en investigación en humanos a lo largo de todo el estudio.
- Notificará, junto al promotor, al comité que aprobó la investigación datos sobre la evolución del estudio con una periodicidad mínima trimestral hasta su finalización.
- Los investigadores colaboradores necesarios son los idóneos y expertos en la materia.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.,

**Fuente:** elaboración propia

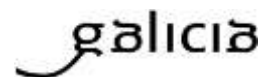
## ANEXO XII – Solicitud para aprobación investigación en Galicia



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE | Xerencia do Servizo  
Galego de Saúde



### CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D<sup>a</sup>:

David de María Couselo Barrio

con teléfono:

\*\*\*\*\*

y correo electrónico:

david.cbarrio@udc.es

**SOLICITA** la evaluación de:

- Estudio nuevo de investigación
- Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
- Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

#### DEL ESTUDIO:

Título:

*Nivel de conocimientos y participación del personal de enfermería en la adecuación de los tratamientos de soporte vital de cuidados intensivos del Servicio Galego de Saúde*

Promotor:

- MARCAR si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos
- Investigación clínica con productos sanitarios
- Estudio observacional con medicamento de seguimiento Prospectivo (EOM-SP)
- Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia:

CHUF, CHUAC, CHUS, HULA, CHUVI, CHUO, CHUP

David de María Couselo Barrio

Esther Gago García

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

Fecha:

19/04/2021

Firma:

**Red de Comités de Ética de la Investigación  
Xerencia Servizo Galego de Saúde**

**Fuente:** extraído de la página del ACIS (60)

Nivel de conocimientos y participación de enfermería en la ATSV de las UCI del SERGAS

David Couselo Barrio