



Persona y Bioética
ISSN: 0123-3122
Universidad de la Sabana

Yáñez-Dabdoub, Macarena; Vargas-Celis, Ivonne
CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DEL ESFUERZO
TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA
Persona y Bioética, vol. 22, núm. 1, 2018, Enero-Junio, pp. 56-75
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83257398005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES CON LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA

HUMANIZED CARE IN PATIENTS WITH LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN INTENSIVE CARE: NURSING CHALLENGES

CUIDADO HUMANIZADO EM PACIENTES COM LIMITAÇÃO DO ESFORÇO TERAPÊUTICO EM CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFIOS PARA A ENFERMAGEM

Macarena Yáñez-Dabdoub*

Ivonne Vargas-Celis**

RESUMEN

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) el equipo de salud utiliza todas las medidas posibles para preservar la vida de sus pacientes. No obstante, cuando las terapias son fútiles, se decide limitar el esfuerzo terapéutico (LET). Este artículo tiene como objetivo describir los factores que pueden llevar a enfermería a deshumanizar sus cuidados en pacientes en LET en UCI. Revisión de la literatura en bases de datos, con las palabras clave: *critical care, intensive care unit, limitation of therapeutic effort, end of life care, humanized/human care, nursing*. Los hallazgos fueron agrupados en seis categorías que pueden influir en la deshumanización del cuidado en UCI. Se concluye que en el cuidado humanizado se destacan los roles de enfermería como defensora de los intereses del paciente y como agente comunicador.

PALABRAS CLAVE: cuidados críticos; cuidados de enfermería; limitación terapéutica; deshumanización (Fuente: DeCS).

DOI: 10.5294/PEBI.2018.22.1.5

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

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

* Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, Chile.
macayanezd@gmail.com

** Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
ivargase@uc.cl

FECHA DE RECEPCIÓN: 2017-11-29

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2017-12-05

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2018-01-04

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2018-01-10

ABSTRACT

In intensive care units (ICU) the health team uses all possible measures to preserve the lives of their patients. However, when the therapies are futile, it is decided to limit the therapeutic effort (LET). The objective of this paper is to describe the factors that can lead to nursing to dehumanize their care in patients in LET in ICU. Review of the literature in databases, using the keywords: critical care, intensive care unit, limitation of therapeutic effort, end of life care, humanized / human care, nursing. Results: the findings were grouped into 6 categories that can influence the dehumanization of ICU care. In humanized care the roles of nursing as defender of the patient's interests and as a communicating agent stand out.

KEY WORDS: Critical care; nursing care; therapeutic limitation; dehumanization (Source: DeCS).

RESUMO:

Nas unidades de terapia intensiva (UTI), a equipe de saúde utiliza todas as medidas possíveis para preservar a vida de seus pacientes. Contudo, quando as terapias são fúteis, decide-se limitar o esforço terapêutico (LET). Este artigo tem o objetivo de descrever os fatores que podem levar a enfermagem a desumanizar seus cuidados em pacientes com LET na UTI. Trata-se de revisão de literatura em bases de dados, com as palavras-chave: *critical care, intensive care unit, limitation of therapeutic effort, end of life care, humanized/human care, nursing*. Os achados foram agrupados em seis categorias que podem influenciar na desumanização do cuidado na UTI. Conclui-se que, no cuidado humanizado, destacam-se os papéis de enfermagem como defensora dos interesses do paciente e como agente comunicador.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados críticos; cuidados de enfermagem; limitação terapêutica; desumanização (Fonte: DeCS).

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería es el eje central del ejercicio profesional, y los modelos y las teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado. Así, Jean Watson (1) contextualiza a la enfermería dentro de la esfera del arte y la ciencia, y la ubica como la principal embajadora en el reto del cuidado como parte de la condición humana. El cuidado profesional es un instrumento para ayudar a otros, es una forma de relacionarse con el otro, lo que implica una responsabilidad de enfermería con el paciente, que favorece una atención individualizada (2), donde lo técnico y lo humano se complementan para entregar un cuidado integral.

Así, el profesional de enfermería debería considerar al paciente como persona en todos los estados de salud, así como en los estados de máxima vulnerabilidad, como lo es un paciente en unidades de cuidados intensivos (UCI), que son unidades de máxima complejidad (3), donde se reciben pacientes en estado crítico de salud. Es en estas unidades donde enfermería se encuentra cada día frente a la muerte, dadas las condiciones críticas de los pacientes (4), y la mantención en vida de los mismos a través del soporte tecno-científico.

En las UCI se brinda a los pacientes críticos cuidados de soporte vital, uso de tecnología avanzada, tratamientos agresivos (sedación, intubación, ventilación mecánica y monitorización invasiva) que tienen como fin que el equipo de salud utilice todas las medidas posibles para la preservación de la vida (5). Sin embargo, muchas veces ocurre que las medidas llevadas a cabo no ofrecen expectativas razonables de mejora ni posibilidades reales de supervivencia ante una enfermedad incurable, lo que

puede prolongar el sufrimiento y no ser lo mejor para el paciente (6). En estos momentos se hace necesario evaluar y decidir acerca de la posibilidad de no continuar innovando terapias si son fútiles, y velar por otorgar una muerte más digna y tranquila para el paciente (7).

Es en estos casos donde aparece el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), definido por Lorda *et al.* como la decisión de “retirada o no instauración de una medida [...] que dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de mejora” (8). Actualmente, las aplicaciones de LET más frecuentes son la decisión de no reanimar y de no iniciar medidas tales como: ventilación mecánica, hemodiálisis, administración de hemoderivados, terapia antibiótica (9), entre otras medidas de soporte vital. En estos casos ocurre un encuentro entre la medicina intensiva y la paliativa, las que a pesar de tener objetivos distintos, deben relacionarse y complementarse entre sí para lograr un objetivo común: el cuidado del paciente al final de la vida (7) y el respeto por su dignidad, resguardando la calidad de vida. Es en estas situaciones donde enfermería tiene la labor de estar junto al paciente, ofrecerle confort tanto físico como espiritual, y ayudarlo a soportar la vivencia del dolor y la angustia (10). En consecuencia, el cuidado de estos pacientes debe ser integral, y se debe responder de manera personalizada a sus necesidades, para que este sea humanizado; lo que debería reflejarse en cada una de las acciones de los profesionales de enfermería.

Sin embargo, en muchas ocasiones los cuidados centrados en el paciente se han visto desplazados hacia una visión

más tecnificada, afectada por la demanda y la carga de funciones, como también por la diversidad de labores encomendadas a los enfermeros y la creencia de que solo la tecnología nos permite avanzar en la atención (11). Todo esto puede convertir al profesional de enfermería en una suerte de “robot sofisticado” programado para la producción, que olvide la calidad de la atención (12) y ponga obstáculos para otorgar a los pacientes de UCI en LET un cuidado humanizado, holístico y el centrado en la persona.

Con base en lo expuesto, y en las problemáticas ético-clínicas actuales en relación con los cuidados de pacientes con LET en UCI, nace la interrogante acerca de cuáles son los factores que pueden llevar a la deshumanización en el cuidado de enfermería en estos pacientes.

OBJETIVO

Conocer y describir los factores que pueden llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con LET que se encuentran en una UCI de adulto.

MATERIALES Y MÉTODOS

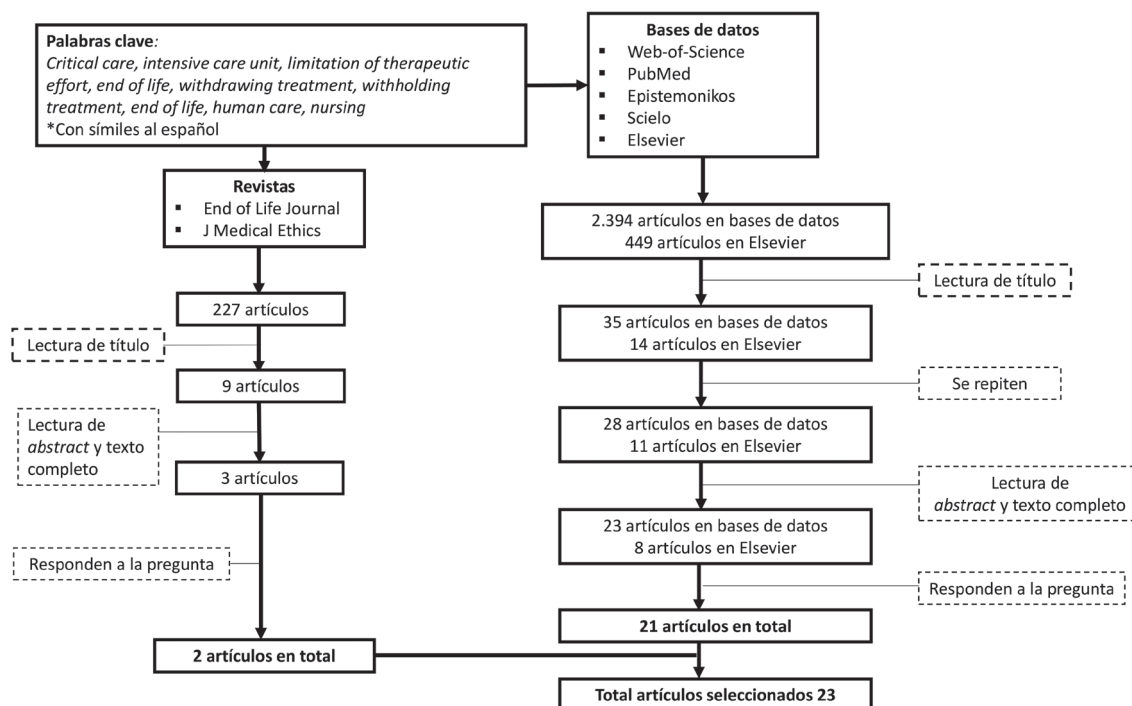
Se realiza una búsqueda de literatura, por un periodo de cuatro meses en cinco bases de datos: Web-of-Science, PubMed, Epistemonikos, SciELO y Elsevier. Las últimas dos bases de datos se visitaron con el objetivo de revisar artículos en idioma español, y con información correspondiente a la realidad de América Latina y el Caribe. Para complementar la búsqueda se incluyeron artículos de las revistas *End-of-Life Journal* y *Journal of Medical Ethics*, con el fin de abarcar un punto de vista bioético.

Se realizaron tres búsquedas con la misma estrategia; en la primera, se revisaron las bases de datos PubMed, Epistemonikos y Web-of-Science; en la segunda, las bases SciELO y Elsevier; en la tercera, las revistas electrónicas del área de la bioética mencionadas.

Las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda fueron: *critical care*, *intensive care unit*, *limitation of therapeutic effort*, *withdrawing treatment*, *withholding treatment*, *end of life*, *human care*, *nursing*; y sus símiles en español. En el proceso se presentaron escasos resultados con el término *limitation of therapeutic effort*, por lo que se incluyeron los términos *end-of-life (EOL)* y *EOL (nursing) care*, y se obtuvo un mayor número de artículos relativos al objetivo de la revisión. Se seleccionaron los artículos entre los años 2010-2015, pertinentes a la temática de pacientes adultos hospitalizados exclusivamente en UCI. Se filtró por idioma con artículos en inglés y español; se incluyeron los siguientes tipos de artículos: revisiones de literatura, estudios primarios cuantitativos y cualitativos, estudios clínicos randomizados y estudios observacionales.

Se obtuvo un total de 3.070 artículos con base en las tres búsquedas; de los cuales se realizó la lectura de títulos y se seleccionaron aquellos relacionados con: enfermería en LET, LET en UCI o “final de la vida” en UCI. Se eliminaron los artículos duplicados en las distintas bases de datos y aquellos que no tuvieran los textos completos disponibles. Luego, se realizó la lectura de *abstracts* y texto completo de todos los artículos restantes, y se seleccionaron aquellos relacionados con el área de pacientes con LET en UCI adulto, y que respondían al objetivo de la revisión. Finalmente, se incluyó un total de 23 artículos para elaborar la revisión (figura 1).

Figura 1. Revisión de artículos pertinentes en distintas bases de datos.



Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Se encontraron una amplia gama de artículos pertenecientes a cuidados de enfermería en pacientes con cuidados paliativos al final de la vida, así como de LET en pacientes en unidades de cuidados intensivos pediátricas. Estos artículos fueron excluidos de la selección por no corresponder al objetivo de la búsqueda.

Se obtuvieron un total de 23 artículos de 9 países en distintos continentes (ver en anexo tabla y figura 2), de los cuales 7 eran estudios cuantitativos (4,13-18), 8 estudios cualitativos (19-26), 1 estudio mixto (27), 6 revisiones de la literatura (5, 28-32) y 1 estudio teórico

(11) (ver en anexo tabla y figura 3). Todos ellos fueron analizados críticamente por los autores buscando establecer los factores que podrían llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con LET que están en una UCI de adulto (ver más detalles de los artículos analizados en el anexo).

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE DECISIÓN SOBRE LET EN LA UCI

En la actualidad hay consenso en establecer que quien debe tomar las decisiones en relación con su salud es el enfermo, en referencia al principio de respeto por

EN LA ACTUALIDAD HAY CONSENSO EN ESTABLECER QUE QUIEN DEBE TOMAR LAS
DECISIONES EN RELACIÓN CON SU SALUD ES EL ENFERMO, EN REFERENCIA AL PRINCIPIO
DE RESPETO POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

la autonomía del paciente. No obstante, generalmente en las UCI los pacientes adultos no tienen la capacidad para ejercer este derecho debido a su condición de salud (22), por lo que esta decisión pasa a terceros (decisión subrogada). En muchos casos es la familia quien debe tomar estas decisiones, y puede recibir apoyo del equipo de UCI para que le brinde la información necesaria y suficiente a fin de realizar correctamente este proceso. La decisión de LET a un paciente en UCI debe realizarse de manera organizada y planificada, esto requiere de la participación y el acuerdo de todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente (28), así como la participación de este último y su familia.

Uno de los factores ampliamente señalado en la literatura que afectaría la entrega de un cuidado humanizado de enfermería en pacientes con LET en los servicios de UCI es la escasa participación que tiene este profesional al momento de decidir la LET para un paciente. En estudios cuantitativos y cualitativos en profesionales de enfermería se señala que estos no se sienten incluidos ni considerados por el equipo médico en la toma de decisión sobre LET (4, 5, 13, 14, 16, 22-24, 29).

Un estudio del año 2015 realizado en Turquía mostró que un 55,6 % de los profesionales de enfermería refieren que no fueron consultados al momento de tomar decisiones sobre LET; y un 75 % de los enfermeros no se implicaba directamente en los cuidados del proceso de final de la vida de los pacientes con indicación de LET en UCI

(13); lo que describe una relación entre la participación en la toma de decisión de LET y vincularse a través del cuidado directo de estos pacientes. Lo anterior podría deberse a que al no participar de la decisión, los enfermeros no tienen oportunidad de compartir con los otros miembros del equipo sus inquietudes en relación con la decisión que se tomará, por lo que se sentirán solo como ejecutores de órdenes (28). Esto podría ser más frecuente en relación con la decisión de LET que, a pesar de ser una práctica habitual a la que se deben enfrentar los profesionales, es una decisión compleja donde influyen diferentes factores clínicos y éticos (13), y no siempre enfermeros y médicos concuerdan acerca de cuándo es correcto limitar terapias (14).

No obstante, enfermería es el principal gestor de múltiples intervenciones de cuidado al final de la vida de los pacientes, que se derivan de las decisiones en la práctica de LET, como por ejemplo: analgesia, nutrición y ventilación mecánica; además de brindar apoyo al paciente y su familia, así como permanecer al lado de este hasta su fallecimiento (4, 13, 23, 28-30).

Es necesario señalar que el factor de la experiencia laboral del profesional de enfermería en la UCI incide en su participación en la toma de decisión sobre LET, pues existe un porcentaje menor de estos profesionales que reconoce ser incluido; estos casos corresponden a enfermeros que tienen una mayor antigüedad laboral en el área intensiva, quienes son considerados

personas de confianza y son invitados a participar de este proceso (5, 22, 24, 27).

Se describe que la escasa participación de enfermería en la toma de decisiones de LET llevaría a conflictos entre los integrantes del equipo de salud (28), a una disminución de la satisfacción laboral del profesional de enfermería, y a la manifestación de sentimientos de estrés (5, 13, 14, 28). Los aspectos mencionados podrían afectar la correcta ejecución del cuidado de enfermería, humanizado y personalizado, que necesitan todos los pacientes de UCI que están en el proceso final de la vida, pues la falta de participación de enfermería en la toma de decisiones de LET se identificó como un factor de riesgo para el agotamiento (18), lo que puede generar la adopción de estrategias de protección, tales como técnicas de distanciamiento (5). Además, la participación en la toma de decisiones disminuye las incertidumbres en relación con los procesos y las acciones involucradas en la LET, así como discutir con otros profesionales la mejor manera de reducir el entorno tecnológico (20).

En una revisión de literatura realizada por Rojas *et al.* se establece que la participación del enfermero en la toma de decisión de LET en pacientes de UCI es importante, pues este profesional cumple con distintos roles (abogacía, agente de información y soporte fami-

liar), que podrá ejercer de mejor manera si participa activamente en esta decisión; así no solo cumplirá con la implementación de las medidas para la limitación de las terapias, sino con un cuidado integral (28).

Reconocimiento de la importancia de la participación de enfermería en la toma de decisión sobre LET

En su artículo, Bueno Muñoz (29) señala que la falta de interés de los enfermeros de UCI en participar de la toma de decisión de LET de los pacientes que están a su cargo viene de los mismos profesionales, puesto que muchas veces son ellos los que deciden no involucrarse en este proceso. Esto se evidencia en lo referido por todos los profesionales de enfermería que participaron en un estudio cualitativo, donde señalan que la toma de decisión de limitar o retirar tratamientos la debe realizar el médico, y no le corresponde a enfermería (22). Además, en un estudio transversal realizado por Santana *et al.* (17) se señala que un 36,5 % de los profesionales de enfermería que trabajan en UCI

opina que no deberían participar en la decisión de limitar un tratamiento; lo que muestra que algunos enfermeros no reflexionan sobre el aporte de una visión de cuidado humanizado y de ética del cuidar al proceso de toma de decisión de LET. No reconocer la importancia y la necesidad de su participación en la toma de decisiones

UN ESTUDIO DEL AÑO 2015
REALIZADO EN TURQUÍA MOSTRÓ QUE
UN 55,6 % DE LOS PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA REFIEREN QUE NO
FUERON CONSULTADOS AL MOMENTO
DE TOMAR DECISIONES SOBRE LET;
Y UN 75 % DE LOS ENFERMEROS NO
SE IMPLICABA DIRECTAMENTE EN LOS
CUIDADOS DEL PROCESO DE FINAL
DE LA VIDA DE LOS PACIENTES CON
INDICACIÓN DE LET EN UCI

de LET en sus pacientes puede llevar a un segmento de los profesionales de enfermería de UCI a no tener una visión integral y humanizada del cuidar (17, 29), lo cual es un derecho de los pacientes sin importar su condición de salud.

Asimismo, algunos profesionales de enfermería con menos experiencia laboral no expresan su opinión al equipo médico respecto a su apoyo o rechazo del proceso de retirada de medidas terapéuticas en los pacientes que están a su cargo (22), lo que podría mostrar una falta de preocupación de velar por el mejor interés del enfermo, elemento fundamental del cuidado humanizado. Sin embargo, como se establece en un estudio cualitativo con enfermeras de UCI, es necesario un aumento de la implicancia y del empoderamiento del rol de enfermería como principal responsable del cuidado del paciente de UCI en LET (20).

Reconocer la importancia de participar en la toma de decisiones permitiría a los enfermeros tener espacios de diálogo con los equipos para poder defender los intereses del paciente. Lo anterior podría favorecer involucrarse en el cuidado del paciente, por medio de un proceso de atención de enfermería de calidad para pacientes adultos moribundos que se encuentran en un servicio de UCI, lo cual puede ser una experiencia gratificante y valiosa, aunque desafiante y exigente (5, 19).

Formación ética para afrontar los dilemas al final de la vida en UCI

Las tomas de decisiones al final de la vida, como el retiro y la suspensión del tratamiento para mantener la vida, son difíciles y pueden generar problemas éticos (5, 13, 21, 24); además, con frecuencia no se reflexiona

EN UN ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN COLOMBIA (16) SE ESTABLECIÓ QUE SOLO 58 % DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEÑALA HABER RECIBIDO FORMACIÓN EN LET; ADEMÁS, UN 38 % SABE LO QUE SIGNIFICA DERECHO SUBROGADO, Y SOLO UN 30 % IDENTIFICA LOS PRINCIPIOS ÉTICOS (LO QUE DENOTA UN ESCASO CONOCIMIENTO Y FORMACIÓN EN LOS ASPECTOS ÉTICOS).

acerca de las implicaciones éticas que surgen en estos procesos (24). Es por esto que en muchas situaciones clínicas difíciles se recurre a expertos en bioética para ayudar u orientar en las decisiones, como es el caso de los comités de ética clínicos (16, 17).

En la literatura revisada se describe que los profesionales de enfermería se perciben con escasas habilidades y poco preparados para afrontar los problemas éticos que se relacionan con el cuidado del paciente en LET, debido a la falta de preparación y conocimiento en esta área (5, 16, 17).

En un estudio descriptivo realizado en Colombia (16) se estableció que solo 58 % de los profesionales de enfermería señala haber recibido formación en LET; además, un 38 % sabe lo que significa derecho subrogado, y solo un 30 % identifica los principios éticos (lo que denota un escaso conocimiento y formación en los aspectos éticos). Poseer una formación en estos aspectos es fundamental para otorgar un cuidado humanizado, pues la toma de

AL MOMENTO DE DESEMPEÑARSE EN UNA UCI DE ADULTO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ASUME DISTINTAS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON LA SOBREVIDA DEL PACIENTE; ESTO, SUMADO A LA SOBRECARGA TANTO LABORAL COMO PSICOEMOCIONAL, HACE QUE ALGUNOS ENFERMEROS VIVAN CON ANGUSTIA LA PRESENCIA DEL FENÓMENO DE MUERTE DE SUS PACIENTES

decisión de LET implica dejar de realizar ciertas acciones terapéuticas que pueden provocar daño (29), y enfocarse en entregar confort y cuidados paliativos al paciente de UCI (21). Para ello hay que preparar adecuadamente el proceso a fin de tener una buena comunicación con el enfermo y su familia sobre este proceso (16), y que no sea percibido como un abandono al paciente.

Además, se señala que existen falencias para tratar temas de final de la vida, debido a la escasa formación en ética o bioética de los profesionales de la salud en general (24). En un estudio realizado por Santana *et al.*, los profesionales de enfermería entrevistados establecieron que tener conocimientos en ética y bioética les ayudaría a tener una mayor seguridad para enfrentar estos temas (17). Asimismo, refieren que estas herramientas los ayudarían en su responsabilidad de apoyar a los pacientes o sus familiares en las decisiones (16), a fin de favorecer una comunicación fluida con el paciente o familia, lo que contribuye a una entrega de un buen cuidado (30), es decir un cuidado humanizado.

En un estudio multicéntrico realizado en Portugal, las investigadoras enfatizan en la necesidad de formación en ética para los profesionales que trabajan en UCI, para promover la discusión interdisciplinaria y la deliberación en la toma de decisiones, y afrontar de mejor manera las que deben tomarse en UCI (18).

Estrés emocional en enfermeros de UCI al cuidar pacientes con LET

Al momento de desempeñarse en una UCI de adulto, el profesional de enfermería asume distintas responsabilidades relacionadas con la sobrevivencia del paciente; esto, sumado a la sobrecarga tanto laboral como psicoemocional, hace que algunos enfermeros vivan con angustia la presencia del fenómeno de muerte de sus pacientes (4). En un estudio cualitativo realizado en Sudáfrica, los profesionales de enfermería referían que el cuidado de pacientes es desafiante y difícil (23). Diversos estudios destacan el alto nivel de estrés psicológico al que se ven sometidos los profesionales de enfermería cuando están al cuidado de un paciente en LET en una UCI, y en contacto con los familiares (5, 13, 23, 26, 31). Cuidar de pacientes moribundos es descrito por un grupo de profesionales de enfermería, tanto desde un punto de vista psicológico como emocional, pues este cuidado les produce dolor, es agotador y traumático, entre otros (23). Otro aspecto que contribuye al estrés emocional es la escasez de redes de apoyo a nivel institucional para los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes en LET (13, 23, 31).

Tres artículos coinciden en mencionar que existen estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de enfermería para manejar el estrés emocional, las cuales

son descritas como: el distanciamiento del paciente, la supresión de las emociones y la aceptación de la situación (5, 22, 31). La primera estrategia señalada es una de las acciones más utilizadas por enfermería; así, el distanciamiento es entendido como el intento de apartarse del dolor y sufrimiento del paciente y su familia, y evitar involucrarse en el proceso de muerte (22). El segundo lugar lo ocupa la supresión de las emociones, que se ve influenciada por la intención de mantener una relación enfermero-paciente-familia exclusivamente en el ámbito profesional (5, 31). Sin embargo, suprimir los sentimientos puede deberse a que el profesional no es capaz de enfrentar emocionalmente la situación de final de la vida en sus pacientes, escenario que lleva al desgaste emocional y a la despersonalización del cuidado, lo que incrementa el estrés emocional y psicológico en el entorno laboral en la UCI (5, 31). Por último, la estrategia del afrontamiento del cuidado del paciente en LET en una UCI va a depender de múltiples factores personales: experiencias con familiares del profesional, percepción individual sobre la muerte, los conocimientos de la visión social en el morir, la edad del paciente y la experiencia laboral, ya que los profesionales con menor trayectoria desarrollarán actitudes más negativas que aquellos con mayor experiencia (5, 16, 22, 23, 26).

En el proceso de los cuidados de pacientes en UCI de adulto con LET se unen dos elementos que pueden promover un mayor estrés en los profesionales de enfermería (5), lo que les dificulta la realización de un cuidado humanizado. Por una parte, la labor de enfermería en UCI tiene una fuerte carga emocional, pues el objetivo principal de esta unidad es evitar la muerte del paciente crítico, lo que no siempre es posible (26). Establecer la LET para un paciente implica un cambio en el enfoque de los cuidados que va, desde los

cuidados críticos, altamente teologizados y agresivos (intubación, ventilación mecánica, etc.), al confort y los cuidados de final de la vida (21,30), que tienen como fin brindar una buena muerte (5). Por lo anterior es importante que enfermería entregue cuidados al final de la vida que velen por el resguardo de la dignidad del paciente en esta etapa (32). Este cambio de enfoque, en un corto plazo, promueve que algunos profesionales quieran mantenerse distanciados de los pacientes y no involucrarse directamente con ellos (13).

Por otra parte, enfermería debe velar por entregar un soporte emocional al paciente y su familia (5, 15, 21, 26, 30); son ellos a quienes hay que apoyar a través de una buena comunicación, ayuda en la toma de decisión, atención continua (23, 30), así como un buen manejo de síntomas (15). Las enfermeras participantes del estudio realizado por Kisorio y Langley (23) refirieron que una buena transmisión de la información, así como acompañar a familias en negación es un aspecto difícil de lograr, y una prueba para entregar un cuidado humanizado. Además, comentaron que aunque les gustaría dar más apoyo a la familia, muchas veces sus otras responsabilidades no se lo permiten, por lo que sugirieron que sería necesario contar con el apoyo de otros especialistas en las UCI, como psicólogos, asistentes sociales o consejeros, para ofrecer diferentes formas de apoyo a la familia (23).

Si bien los cuidados al final de la vida en un paciente con LET en UCI son una oportunidad para una atención de calidad e integral a estos pacientes y sus familias (15), también constituyen un proceso difícil y desafiante para enfermería, por el constante apoyo que se le debe dar al paciente y su familia (23), lo que puede llevar a las enfermeras a experimentar altos niveles de ansiedad o estrés (31). Una buena atención de cuidado en el

ACTUALMENTE, LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SON ENTRENADOS PARA REALIZAR PROTOCOLOS, TECNIFICAR SUS HABILIDADES Y FORMAR SUS DESTREZAS PARA ADELANTARSE A LOS HECHOS; PERO NO PARA BRINDAR CUIDADOS PALIATIVOS INTEGRALES

final de la vida de un paciente requiere que los profesionales de enfermería realicen una práctica que no solo consista en efectuar tareas técnicas, sino también participar en prácticas humanistas y afectuosas (31).

Factores relacionados con el entorno laboral

En un estudio cualitativo descriptivo realizado en España, varios profesionales de enfermería señalaron que no hay espacio ni habitaciones asignadas exclusivamente al proceso de muerte del paciente en UCI adulto en LET, señalándolo como un escenario difícil para lograr una muerte digna (22). Unos artículos mencionan factores ambientales o del entorno que son predisponentes a obstaculizar el cuidado integral de enfermería de pacientes con LET (5, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 26, 30, 32). Algunos de los que se mencionan describen situaciones como la visita limitada con horarios restringidos para los familiares, unidades altamente tecnológicas, falta de espacio, la distribución de camas, entre otros (13, 20, 22, 30). Además, un aspecto importante en la relación profesional paciente/familia es la buena comunicación, la cual se ve afectada negativamente por la falta de espacios donde se resguarde la intimidad de los pacientes en el fin de su vida (22, 30). Esto confirma que las UCI

son servicios que no se adaptan a la realidad social y sanitaria existente con respecto al fenómeno cada vez más frecuente de la muerte hospitalaria (22).

Por otro lado, el sistema rotativo de turnos, el poco tiempo disponible y la responsabilidad del profesional sobre otros pacientes dificulta el cuidado personalizado y el encuentro paciente-enfermero-familia (15, 23, 30, 32). Esto significa que el sistema de turno laboral no otorga el tiempo suficiente para establecer una relación de confianza con la familia del paciente en LET, sumado a que el enfermero debe cuidar a otros pacientes que se encuentran en extrema gravedad y requieren la atención constante del profesional (15, 17, 26). Además, la elevada rotación en la ocupación de camas es un factor que lleva a que el profesional de enfermería no alcance a procesar sus sentimientos acerca de la muerte, ya que debe recibir y cuidar a un nuevo paciente crítico en la misma unidad (5, 23), y dar prioridad a un enfoque de eficiencia.

Una posible alternativa para atenuar estos obstáculos es la creación de un ambiente que apoye la transición a la muerte, a fin de mejorar la atención al final de la vida y proporcionar al paciente en LET una muerte digna en la UCI (32); así como la necesidad de abordar el bajo conocimiento que existe sobre las necesidades que tienen los profesionales de enfermería para brindar un cuidado humanizado al paciente y su familia (30).

Concepción biomédica actual del cuidado de enfermería

Según la Junta de Andalucía: Consejería Española de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, la medicina actual ha sido cegada por sus propios éxitos basados en la tecnología, lo que ha deshumanizado la atención y ha olvidado que

la muerte es parte del ciclo vital de cada ser humano (8). Revisiones y estudios cualitativos señalan que existe una falta de la atención centrada en la persona y se ha fortalecido la atención de la fisiopatología, jugando en contra de la humanización de los cuidados de enfermería (22, 32). Actualmente, los profesionales de enfermería son entrenados para realizar protocolos, tecnificar sus habilidades y formar sus destrezas para adelantarse a los hechos; pero no para brindar cuidados paliativos integrales (11, 22). En un estudio con enfermeras de UCI, realizado por Silva *et al.* (25), se estableció que la formación de enfermería no enfatiza en cuestiones relacionadas con la emoción y la espiritualidad, sino que se centra en aspectos técnicos y prácticos; asimismo, reveló que las prácticas de enfermería que involucran cuidado técnico como higiene, hidratación, etc., se vuelven rutinarias, lo que lleva a la atención mecánica, a pesar de que se conoce que la atención de enfermería debe estar enfocada en respetar la individualidad de los pacientes.

En la revisión de literatura realizada por Holman se destaca que un buen cuidado de pacientes con LET requiere enfermeros que extiendan su práctica más allá de las tareas técnicas escénicas, y que participen en una gestión del cuidado auténtica y humana (31).

DISCUSIÓN

La literatura revisada coincide en la importancia de la labor de enfermería, de no abandonar su rol de cuidado en pacientes con LET, en procura de conservar en todo momento la dignidad, y con un enfoque en el paciente como persona integral. Además, surge la necesidad de visualizar la incorporación de la medicina paliativa a los servicios de UCI, tan fundamental en los pacientes

en LET que permanecen en estas unidades hasta el momento de su muerte.

A partir de los resultados es posible afirmar que existe una serie de obstáculos, tales como la poca participación en la toma de decisiones de LET de los enfermeros, la escasa formación en ética de los profesionales de la salud, la falta de apoyo institucional para los profesionales de enfermería para hacer frente al estrés emocional, la concepción biomédica del cuidado, entre otros, que propician la deshumanización del cuidado de enfermería en los pacientes con LET en UCI del adulto.

En ocasiones, el profesional de enfermería engloba inicialmente un área procedimental en su rutina laboral en una UCI, y ha apartado el cuidado humanizado e integral de su plan de atención, por lo que ha llegado a cumplir solo labores de tipo técnico, aunque muchas veces quisieran realizar actividades enfocadas en hacer lo mejor para proporcionar una muerte digna a sus pacientes, lidiando incluso con su emocionalidad (20).

Como principal exponente del cuidado humanizado, Jean Watson destaca que el cuidado debe abarcar una dimensión humana, y aunque las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos que pueden volverse mecánicos, la práctica clínica siempre presenta nuevos desafíos a los que enfermería debe responder con creatividad y centrada en el cuidado el paciente (2). Esto implica enfrentar los desafíos para otorgar atención de calidad (5, 31) y cuidados humanizados para pacientes con LET en UCI (17), estar presente y participar en el proceso de LET (13, 14, 17), velar por el acompañamiento emocional y espiritual del paciente y sus seres queridos (15, 23, 30), y brindar un ambiente de confort y tranquilidad dentro de lo que el contexto permita.

LA MUERTE NOS RECUERDA NUESTRA FINITUD, CARACTERÍSTICA ESENCIAL DE LO HUMANO, POR ESTO NO HAY QUE OLVIDAR QUE ES PARTE DE NUESTRO CICLO VITAL. ES UN DESAFÍO MORAL BRINDAR EL CUIDADO ADECUADO EN EL FINAL DE LA VIDA; ES DECIR, ABORDAR A LA PERSONA DESDE DIFERENTES DIMENSIONES, MEDIANTE EL APOYO Y EL ACOMPAÑAMIENTO DE ESTE PROCESO

En los artículos revisados se mencionan la falta de inclusión del profesional de enfermería en la toma de decisiones sobre LET; ya sea porque el equipo médico no considera a otros profesionales en la toma de decisiones, o porque los mismos profesionales de enfermería creen que no les compete o no reconocen la importancia que tiene participar, o porque no lo consideran como parte de su rol con pacientes en LET (28). Esto hace que el profesional de enfermería adopte una actitud de distanciamiento, de escasa implicancia en este proceso (5), y de poco empoderamiento de su rol como gestor del cuidado humanizado e integral. Sin embargo, en distintos estudios se establece la importancia de la participación de enfermería en esta toma de decisión (13, 14, 17, 22), no solo porque ella es la ejecutora de acciones que derivan de la LET, sino porque es la voz del paciente y puede representar mejor sus intereses (28); además, esta instancia es una oportunidad para incorporar el enfoque de cuidado integral y humanizado necesario para una atención de calidad en el final de la vida (17).

En ocasiones, la tecnología dura y el enfoque biomédico de las instituciones de salud interfieren en la percepción de las llamadas “pequeñas cosas”, que son más importantes para que el paciente o la familia se sientan cuidados (10, 11); como por ejemplo, un abrazo, palabras de empatía

y consuelo, intercambio de manos, etc. Estas acciones sitúan al cuidado humanizado como indispensable en la atención a pacientes en extrema vulnerabilidad (10), y le da el espacio a enfermería para otorgar un cuidado con un alto sentido humanista (12). Debido al estado de gran vulnerabilidad en que se encuentra un paciente con LET en una UCI, es importante que enfermería no se dedique solo labores técnicas (como cumplimiento de indicaciones, monitorización hemodinámica, etc.), sino que enfrente el problema con un cuidado humanizado al final de la vida, para mitigar el dolor y otros síntomas, procurar una buena calidad de vida, y proporcionar apoyo espiritual y psicológico a los pacientes y sus familias (33). No obstante, como lo señalan algunos investigadores, esta situación puede conducir a problemas en el autocuidado del profesional o en el desarrollo de actitudes negativas hacia los pacientes o sus familias, pues no siempre se cuenta con las herramientas ni el soporte institucional para hacer frente a este tipo de cuidados (5).

Como establece Watson (2), todo ser humano es un ser que siente, pero es habitual que en el ámbito laboral los profesionales dejen de lado este ámbito, lo que trae como consecuencia la negación y el ocultamiento de sus emociones como técnicas de afrontamiento de enfermería, con la intención de mantener una relación profesional

entre enfermero-paciente-familia, lo que provoca un distanciamiento del sufrimiento del paciente o de la familia, para así evitar el sufrimiento propio (5). Frente a esto, es necesario asumir que el proceso de muerte lleva consigo dimensiones emocionales y sensibles que siempre afectarán a los profesionales de enfermería, sobre todo cuando se cuida de los pacientes críticos.

Sin embargo, la muerte nos recuerda nuestra finitud, característica esencial de lo humano, por esto no hay que olvidar que es parte de nuestro ciclo vital. Es un desafío moral brindar el cuidado adecuado en el final de la vida; es decir, abordar a la persona desde diferentes dimensiones, mediante el apoyo y el acompañamiento de este proceso (34).

Después de establecida la LET para un paciente de UCI, enfermería debe cambiar el enfoque de su cuidado a fin de favorecer la creación de un ambiente físico, psicológico y espiritual adecuado para que los cuidados sean una respuesta a las necesidades de los pacientes en el final de vida (2, 35). Asimismo, es importante generar un ambiente más propicio que promueva el encuentro del paciente con sus familiares, favoreciendo, por ejemplo, la presencia física de estos durante el proceso de muerte (20) para que el paciente no muera solo, y velar por el respeto de su dignidad al momento de su fallecimiento. Los pacientes y familiares en general se sienten seguros al recibir un cuidado realizado con competencia y habilidades, pero este debe estar acompañado de consideración, comprensión y empatía. Además, el cuidado de los pacientes moribundos y sus seres queridos es una experiencia gratificante para los profesionales de enfermería de UCI (5), pero es necesario desarrollar las competencias para afrontarlo.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería tienen diversos roles que ejercen en los distintos momentos de cuidado de los pacientes. Sin embargo, en el cuidado humanizado se destacan los roles de defensor de los intereses del paciente, por su cercanía con él, y de agente comunicador, que mantiene el nexo entre la familia y el equipo médico. Para ejecutarlos bien se podría participar en la visita diaria del equipo sanitario, aportando su visión profesional y humana de los requerimientos del paciente. Además, se puede realizar formación académica acerca de LET, aspectos éticos asociados y cuidados paliativos para la UCI, dentro o fuera de la jornada laboral.

A fin de reforzar el conocimiento teórico es importante enfatizar en los aspectos curriculares de los futuros profesionales de enfermería, contenidos relacionados con el paradigma humanista, aspectos bioéticos asociados a la práctica clínica y la visión de la persona desde una perspectiva multidimensional, que incluya el proceso de muerte como parte de su ciclo vital.

Asimismo, es fundamental la creación de una instancia de intercambio de experiencias entre los enfermeros, como también gestionar la presencia de profesionales del área psicoemocional por parte de la dirección de los centros de salud para apoyar a los profesionales de enfermería y el equipo de salud, en el proceso de LET para afrontar el desafío de proporcionar una atención de calidad a los pacientes en el final de su vida.

Finalmente, se recomienda que a nivel institucional se gestione un proceso re-organizacional dirigido a los servicios de UCI, con mayor espacio para el encuentro de la familia con el paciente y con el profesional de salud.

Por ejemplo, flexibilizar el ingreso de la familia para acompañar a su ser querido, dar espacios para profesar sus creencias religiosas, etc.

Es necesario afirmar que acciones como las mencionadas permitirán el desarrollo de una profesión de enfermería enfocada en el cuidado humanizado centrado en la persona en condición de gran vulnerabilidad.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Watson J. Nursing: Human science and human care: A theory of nursing Vol. 15. New York: Jones & Bartlett Learning; 1988 [citado 2017 may 24]. Disponible en: <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=J1yWpFKQd3oC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Human+Science+and+Human+Care:+A+Theory+of+Nursing.+National+League+for+Nursing&ots=h6XE7ILN Jq&sig=IgidJh3UbeyIibe3IQ4F50bBJ-8>
2. Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm*. 2011;17(3):11-22.
3. Henriques SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. 2012;20(4):499-503.
4. Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Nuñez Lopez MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernandez-Infantes S, Cinjoridis Valverde P, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2012;23(3):104-14.
5. Ryan L, Seymour J. Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. *End Life J*. 2013;3(2):1-9.
6. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: A systematic review. *Intensive Care Med*. 2015;41(9):1572-85.
7. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506-14.
8. Lorda SP, López EM, Sagrario M, Cruz M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos (en línea). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Vol. 10. Sevilla; 2014.
9. 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. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):104-09.
10. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*. 2014;23(4):234-38.
11. Kuerten Rocha P, Prado ML do, Cabral A, De PF, Jatobá de Souza AI, Anders JC. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. *Index Enferm*. 2013;22(3):156-60.
12. Rodríguez-Artavia A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería Costa Rica*. 2011;32:37-42.
13. Badır A, Topçu İ, Türkmen E, Göktepe N, Miral M, Ersoy N, et al. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nurs Crit Care*. 2016;21(6):334-42.
14. Jensen HI, Ammentorp J, Erlandsen M, Ørding H. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: An analysis of collaboration among healthcare professionals. *Intensive Care Med*. 2011;37(10):1696.
15. Ranse K, Yates P, Coyer F. End-of-life care practices of critical care nurses: a national cross-sectional survey. *Aust Crit Care*. 2016;29(2):83-89.
16. Restrepo FL, Cossio C, Jaramillo CC, Duque JC, Ospina S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *Pers Bioét*. 2013;17(2):216-26.
17. Santana Cabrera L, Gil Hernández N, Méndez Santana A, Marrero Sosa I, Alayón Cabrera S, Martín González JC, et al.

- Perception of ethical attitudes of intensive care nurses on treatment limitation. *Enferm Intensiva*. 2010;21(4):142-9.
18. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics*. 2014;40(2):97-103.
 19. Abu-Ghori IK, Bodrick MME, Hussain R, Rassool GH. Nurses' involvement in end-of-life care of patients after a do not resuscitate decision on general medical units in Saudi Arabia. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:21-9.
 20. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2014;23(21-22):3188-96.
 21. Gallagher A, Bousso RS, McCarthy J, Kohlen H, Andrews T, Paganini MC, et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):794-803.
 22. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. The end of life in the intensive care unit from the nursing perspective: a phenomenological study. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):13-21.
 23. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:30-8.
 24. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioethica*. 2012;18(2):163-171.
 25. Silva RS da, Campos AER, Pereira Á. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):738-44.
 26. Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2012;17(6):309-15.
 27. Coombs M, Fullbrook P, Donovan S, Tester R, deVries, Kay. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. *Aust Crit Care*. 2015;28(2):82-6.
 28. Rojas I, Vargas I, Ferrer, L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Cienc Enferm*. 2013;19(3):41-50.
 29. Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. *Enferm Intensiva*. 2013;24(4):167-74.
 30. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in End-of-Life care: Issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011;16(3):116-23.
 31. Holman D. The emotional labour of caring for patients at the end of life. *End Life J*. 2014;4(1):1-5.
 32. Vosit-Steller J, Swinkin J, McCabe K. Perception of dignity in older people and at the end of life. *End Life J*. 2013;3(2):1-7.
 33. OMS | Cuidados paliativos. WHO [citado 2017 may 24]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
 34. Heras La Calle G, Cruz M. MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9-13.
 35. Endacott R, Boyer C, Benbenishty J, Ben Nunn M, Ryan H, Chamberlain W, et al. Perceptions of a good death: A qualitative study in intensive care units in England and Israel. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;36(Supplement C):8-16.

ANEXOS

Tabla 1. Detalle de artículos seleccionados

	Artículo seleccionado	Año	Tipo de artículo	Diseño / metodología	Muestra	País
1	Badir et al. Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. Nurs Crit Care. 2015; 6(21): 334-342 .	2015	Estudio cuantitativo	Transversal	602 enfermeras UCI	Turkía
2	Bueno M. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enferm intensiva. 2013; 24(4):167-174.	2013	Revisión de literatura			España
3	Coombs et al. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand intensive care units: A mixed methods study. Aust Crit Care. 2015; 28(2):82-86.	2015	Estudio mixto cuantitativo-cualitativo	EoL care of European ICU nurses EFCCANa Latour	221 enfermeras UCI. 203, encuesta / 18 GF	Nueva Zelanda
4	Efstathiou y Walker . Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. J Clin Nurs. 2014 Nov;23(21-22):3188-96.	2014	Estudio cualitativo	Descriptivo exploratorio. Entrevista semi estructurada cara a cara	13 enfermeras de UCI con experiencia en proporcionar cuidados de final de vida, adultos	Reino Unido
5	Efstathiou y Clifford. The critical care nurse's role in end-of-Life care: issues and challenges. Nursing in Critical Care. 2011; 16(3): 116 – 123.	2011	Revisión de literatura			Reino Unido
6	Gálvez Gonzalez et al. The end of life in the intensive care unit from the nursing perspective: a phenomenological study. Enferm Intensiva. 2011; 22(1):13-21.	2011	Estudio cualitativo	Descriptivo de carácter fenomenológico. Entrevista en profundidad semi estructurada	16 enfermeras de UCI	España
7	Holman. The emotional labour of caring for patients at the end of life. End Life J. 2014; 4(1): 1.5	2014	Revisión de literatura			Reino Unido
8	Jensen et al. Withholding or withdrawing therapy in intensive care units: an analysis of collaboration among healthcare professionals. Intensive Care Med. 2011; 37:1696-1705.	2011	Estudio cuantitativo	Descriptivo	676 profesionales/ 495 enfermeras multidisciplinario de UCI	Dinamarca

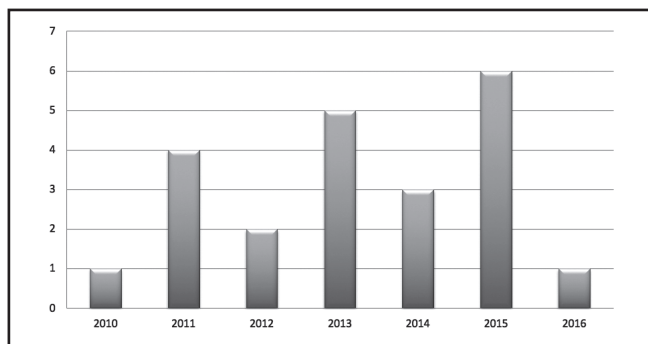
9	Kisorio et al. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> . 2016; 33: 30—38.	2016	Estudio cualitativo	Descriptivos. Exploratorio GF. Guía para GF	24 enfermeras UCI	África del Sur
10	Silva RS, Campos AER, Pereira A. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. <i>Rev Esc Enferm USP</i> 2011; 45(3):735-40	2011	Estudio cualitativo	Exploratorios y descriptivos	10 enfermeras UTI	Brasil
11	Muñoz Camargo JC et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. <i>Enferm Intensiva</i> 2012;23(3):104-114	2012	Estudio cuantitativo	Descriptivo, prospectivo. Encuesta sobre limitación del esfuerzo terapéutico	Profesionales de diferentes categorías	España
12	Paredes M. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. <i>Acta Bioethica</i> . 2012; 18(2): 163 – 171	2012	Estudio cualitativo	Exploratorio. Entrevista semi estructurada	49 sujetos / 32 enfermeros. Médicos y enfermeros de UCI adulto	Chile
13	Ranse et al. End-of-life care practices of critical care nurses: A national cross-sectional survey. <i>Aust Crit Care</i> . 2015; 29(2): 83 - 89	2015	Estudio cuantitativo	Encuesta nacional en línea y transversal	392 enfermeras UCI y cuidados críticos	Australia
14	Restrepo et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. <i>Pers Bioét</i> . 2013; 17(2): 216-226.	2013	Estudio cuantitativo	Descriptivo, de corte transversal	412 profesionales del área de la salud: 271 son enfermeras y auxiliares de enfermería	Colombia
15	Rojas et al. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. <i>Ciencia y Enfermería</i> . 2013; 19(3): 41 – 50.	2013	Revisión de literatura			Chile
16	Ryan L, Seymour J. Death and Dying in Intensive Care: Emotional Labour of Nurses End of Life Journal . 2013;. 3 (2): 1-9	2013	Revisión de literatura			Reino Unido
17	Santana Cabrera et al. Artículo Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento <i>Enferm Intensiva</i> . 2010;21(4):142–149 "	2010	Estudio cuantitativo	Transversal descriptivo	52 enfermeras UCI	España

18	Valiee et al. Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. <i>Tuberc Respir Dis.</i> 2015; 78(3):175–179.	2015	Estudio cualitativo		10 Enfermeras UCI	Iran
19	Vosit-Steller et al. Perception of dignity in older people and at the end of life. <i>End Life J.</i> 2013; 3(2):1–7.	2013	Revisión de literatura			
20	Gallagher et al. Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. <i>International Journal of Nursing Studies</i> Volume 52, Issue 4, April 2015, Pages 794-803	2015	Estudio cualitativo	Entrevista semi estructurada. Teoría fundamentada multicentrico	51 enfermeras UCI	Brasil, Inglaterra, Alemania, Irlanda y Palestina
21	Kurten et al. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. <i>Index Enferm.</i> 2013; 22(3):156-60	2013	Teorización			
22	Teixeira et al. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. <i>J Med Ethics</i> 2014;40:97–103. doi:10.1136/medethics-2012-100619	2014	Estudio cuantitativo	Multicéntrico y correlacional	300 profesionales cuidados intensivos. 219 enfermeras IC	Portugal
23	Abu-Ghori et al. Nurses' involvement in end-of-life care of patients after a do not resuscitate decision on general medical units in Saudi Arabia <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> (2016) 33, 21–29	2016	Estudio cualitativo	Exploratorios y descriptivos que utilizan aspectos de la fenomenología	26 enfermeras UCI	Arabia Saudita

Fuente: elaboración propia.

Tabla y figura 2. Año de publicación y cantidad de artículos

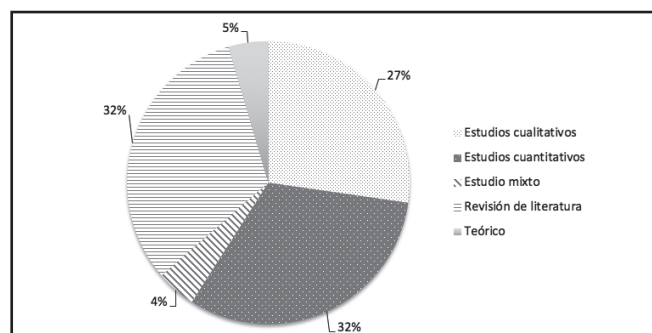
Años	Cantidad
2010	1
2011	4
2012	2
2013	6
2014	3
2015	6
2016	1



Fuente: elaboración propia.

Tabla y figura 3. Tipo de artículos

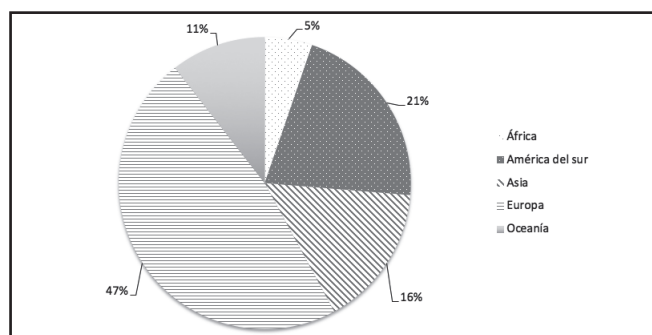
Tipo de artículo	Cantidad
Estudios cualitativos	6
Estudios cuantitativos	7
Estudio mixto	1
Revisión de literatura	7
Teórico	1



Fuente: elaboración propia.

Tabla y figura 4. Distribución de artículos por zona geográfica

Zona geográfica	Cantidad
África	1
América del sur	4
Asia	3
Europa	9
Oceanía	2



Fuente: elaboración propia.