



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Título

Aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico:
Revisión bibliográfica

Trabajo de Titulación para optar al título de:

Licenciada en Enfermería

Autoras:

Naranjo Peña Valeria de los Ángeles

Silva Carrera Mary Jessenia

Tutora:

MSc. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

Riobamba, Ecuador 2023

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotras, **Valeria de los Ángeles Naranjo Peña**, con cédula de ciudadanía **0604969527** y **Mary Jessenia Silva Carrera**, con cédula de ciudadanía **0202257788**, autoras del trabajo de investigación titulado: **Aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico: Revisión bibliográfica**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; liberando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 27 de julio de 2023.



Srta. Valeria de los Ángeles Naranjo Peña

C.I: 0604969527



Sra. Mary Jessenia Silva Carrera

C.I: 0202257788

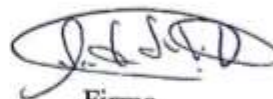
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico: Revisión bibliográfica**, presentado por **Valeria de los Ángeles Naranjo Peña**, con cédula de ciudadanía **0604969527** y **Mary Jessenia Silva Carrera**, con cédula de ciudadanía **0202257788**, bajo la tutoría de **MSc. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua**; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a la fecha 28 de Julio de 2023 de su presentación.

Msc. Luz María Lalón Ramos

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Msc. Jimena Alexandra Morales Guaraca

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

Msc. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento



UNACH-RGF-01-04-08.17
VERSIÓN 01: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **VALERIA DE LOS ÁNGELES NARANJO PEÑA** con CC: **0604969527**, estudiante de la Carrera **Enfermería R**, Facultad de **Ciencias de la Salud**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"ASPECTOS EMOCIONALES Y ÉTICOS DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"**, cumple con el 1 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **URKUND**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 28 de julio de 2023

Mgs. Mónica Alexandra Valdíviezo Maygua
TUTOR



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO



CERTIFICACIÓN

Que, **MARY JESSENIA SILVA CARRERA** con CC: **0202257788**, estudiante de la Carrera **Enfermería R.** Facultad de Ciencias de la Salud; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**ASPECTOS EMOCIONALES Y ÉTICOS DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**", cumple con el 1 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **URKUND**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 28 de julio de 2023

Mgs. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
TUTOR

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres Fernando y Martha, hermanas Daniela y Gabriela y a mis sobrinos por siempre apoyarme, creer en mí y ser mi fuente de energía. A Mary por ser más que una amiga, me llena de mucha felicidad saber que esta meta la cumplimos juntas de la mano. A mis mascotas por ser mi compañía en todas mis veladas a Odie por seguir siendo mi compañero de estudio y a Willy mi ángel sé que desde el cielo está orgulloso de lo que hemos logrado, finalmente quiero dedicar esta revisión bibliográfica a los estudiantes y profesionales de la salud esperando encuentren un apoyo al momento de enfrentarse ante un paciente que requiera adecuación del esfuerzo terapéutico.

Valeria

Alcanzo con éxito esta meta que va dedicada a Dios, a mis padres Gonzalo y Anita, hermanos Wilter y Alexis, a mi esposo Washington y a mi hijo Jeremy, son mi motivación e inspiración. A mi amiga Valeria con quien compartí muchas experiencias, me es grato alcanzar este éxito juntas.

Mary

AGRADECIMIENTO

A nuestra tutora MsC. Mónica Valdiviezo, por su paciencia, orientaciones, tiempo y constancia.

A la Universidad Nacional de Chimborazo con sus respetados docentes, personal administrativo y autoridades por habernos brindado la oportunidad de estudiar y gozar de su calidad de docentes, personal administrativo y autoridades.

A las instituciones en las que realizamos las prácticas por la experiencia y conocimiento adquiridos.

A los pacientes y familiares quienes ven en la Enfermería un apoyo en los momentos más difíciles cuando se quebranta su salud.

Valeria y Mary

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA.....	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	122
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	22
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico	46
TABLA 2. Recomendaciones de los profesionales que participan en la aplicación de la AET51	
TABLA 3. Dificultades asociadas a la aplicación de la AET	58
TABLA 4. Estrategias orientadas al sostén emocional al profesional sanitario frente a la aplicación de la AET	62

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama de flujo de la búsqueda	31
--	----

RESUMEN

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es una decisión clínica de detener actividades diagnósticas y/o de tratamiento al paciente con enfermedades terminales o al final de la vida, a fin de asegurar que la transición entre la vida y la muerte sea adecuada y humana. El presente estudio se desarrolló mediante revisión bibliográfica con el objetivo de sistematizar aspectos emocionales y éticos de la AET. La búsqueda se realizó en las bases de datos Web of Science y Medline, en la plataforma ProQuest y en la biblioteca digital SciELO. Se usó el formato población, intervención, comparación y resultados y objetivos (PICO) para establecer la pregunta de investigación y definir los descriptores, se evaluó la calidad metodológica aplicando la guía Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPé). Fueron seleccionados 19 artículos científicos, que permitieron identificar los siguientes resultados: entre las actitudes y emociones expresadas sobre la AET se encuentran temor, tristeza, miedo, confusión e insatisfacción. Las decisiones se basan en el Código de Ética Médica, en la clínica del paciente y en los principios bioéticos. Los profesionales de enfermería experimentan dificultades al no ser tomados en cuenta para decidir su aplicación, el estrés laboral, la falta de registros en las historias clínicas, carencia de insumos y protocolos y obstáculos en la comunicación con los familiares.

Palabras clave: Enfermería, Calidad de vida, Cuidados paliativos, Final de la vida, Derecho a morir

ABSTRACT

Adequacy of therapeutic effort (ATE) is a clinical decision to stop diagnostic and/or treatment activities to the patient with terminal illness or at the end of life, to ensure that the transition between life and death is adequate and humane. The present study was developed by means of a literature review with the aim of systematizing the emotional and ethical aspects of ATE. The search was conducted in the Web of Science and Medline databases, in the ProQuest platform and in the SciELO digital library. The Population, Intervention, Comparison, Outcome and Objectives (PICO) format was used to establish the research question and define the descriptors, and the methodological quality was evaluated by applying the Critical Appraisal Skills Programme Spanish (CASPe) guide. Nineteen scientific articles were selected, which allowed the following results to be identified: among the attitudes and emotions expressed about ATE were fear, sadness, fear, confusion, and dissatisfaction. Decisions are based on the Code of Medical Ethics, the patient's clinic, and bioethical principles. Nursing professionals experience difficulties in not being considered when deciding their application, work stress, lack of records in clinical histories, lack of supplies and protocols, and obstacles in communication with family members.

Keywords: Nursing, Quality of life, Palliative care, End of life, Right to die.

Reviewed by:
Doris Chuquimarca, Mgs.
ESL PROFESSOR
C.I. 060449038-3

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), también conocida como Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) o Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), se trata de una decisión basada en el conocimiento del estado del paciente de no aplicar, no iniciar o de retirar medidas de soporte vital. Esta decisión debe ser debatida por los profesionales de la salud, considerando si el objetivo de estas medidas resulta en un bien para la vida del paciente cuando no existe esperanza de recuperación biológica compatible con la vida. Por lo tanto, la AET consiste en la decisión de adaptar los procedimientos médicos, diagnósticos y los cuidados enfermeros a la situación clínica de los pacientes, para prevenir acciones innecesarias que no van a mejorar su evolución.⁽¹⁾

Además, con la AET, la opción de “curar” se transforma en “cuidar y acompañar” al paciente hasta su fallecimiento, correspondiendo al personal de salud el brindar cuidados mínimos, tales como: control del dolor, sedación, alimentación e hidratación (excepto en el estado vegetativo o durante el proceso de agonía), administración de oxígeno, entre otros. Con estas medidas se procura aliviar los síntomas y ofrecer el mayor confort con el mínimo sufrimiento posible. En otras palabras, no se trata de limitar un tratamiento si no de reorientar los objetivos, adecuando de este modo los cuidados a las necesidades y la clínica del paciente.⁽²⁾

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina está estrechamente relacionada con el uso de tecnología cada vez más moderna, que ofrece posibilidades sin precedentes para la prolongación de la vida. En consecuencia, para la aplicación de la AET surgen nuevos conflictos de carácter ético, que requieren de la reflexión médica en respuesta a la demanda no solo de la comunidad científica, sino también de la sociedad. Así mismo, las nuevas tecnologías de la información en el ámbito de la salud hacen posible una mejor preparación con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.⁽³⁾

Cabe señalar, además, que las personas a quienes se aplica la AET son totalmente dependientes y por tanto vulnerables frente a la enfermedad, alterando una o varias de sus constantes vitales que, por diversas causas clínicas lo llevan a un compromiso serio para la continuación de su

vida, esto incluye: pacientes terminales, en estado vegetativo permanente, con daño neurológico grave, crónico o irreversible o que su recuperación se encuentra fuera del alcance del tratamiento médico-quirúrgico. Estos son pacientes que requieren de cuidados paliativos orientados a mejorar la calidad de vida y a brindar apoyo a la familia.⁽⁴⁾

En este contexto, las necesidades físicas en pacientes terminales abarcan la nutrición, hidratación, higiene, analgesia, respeto a la privacidad, confort y control de síntomas como pérdida del apetito, dolor, debilidad, ansiedad, náusea, estreñimiento, dificultad para respirar, desánimo, intranquilidad, cansancio, alteraciones del sueño entre otros. Estas necesidades se deben cubrir mediante tratos y cuidados humanizados con el objetivo de preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final, manteniendo la mayor autonomía y eliminando el sufrimiento.^(5,6)

Entre las necesidades psicológicas, por su parte, se detallan la ansiedad emocional, tristeza, estrés, depresión, miedo, incertidumbre relacionada con la evolución de la enfermedad, preocupación por los cambios en la imagen corporal y por la muerte, soledad, angustia, frustración, dificultad de despedida de los pacientes en situación de últimos días por parte de la familia. Así pues, los cuidados paliativos deben cubrir estas necesidades del ser humano en el proceso de morir, cuidar y acompañar es parte de la atención integral, incluso cuando no se puede curar.⁽⁷⁾

Las otras necesidades a ser consideradas en el cuidado a la persona al final de la vida son las sociales, estas se generan por cambios en las relaciones personales, a consecuencia de sentirse como una carga económica, social y familiar, a verse como estorbo o problema y a la pérdida de la autonomía. Maslow menciona que las necesidades sociales son motivadores activos de la conducta entre las cuales se puede mencionar: amistad, afecto e intimidad. Las intervenciones de soporte social pueden ser atendidas mediante el cuidado con empatía, amor y confianza, para disminuir la desesperanza, el estrés, la ansiedad y la depresión.⁽⁸⁾

Otra esfera de importancia para el ser humano al final de la vida, es la atención de sus necesidades espirituales, en donde las creencias religiosas juegan un papel importante en el caso de ser o no creyente. Por ejemplo, la desesperanza crea inseguridades y dudas sobre existencias

religiosas que en ocasiones obligan a aferrarse a la vida, se considera que la vida es sagrada y que solo Dios puede decidir sobre ella. De tal manera que, en sus últimos días buscan un ente o fuerza superior a fin de refugiarse, perdonarse, protegerse y creer en la salvación de su alma para la vida eterna, demandan un ambiente espiritual como una fuente de alivio y esperanza. Usualmente, solicitan la presencia de sacerdotes, pastores, rosarios, imágenes, hierbas, aceites o aguas benditas viéndose como un recurso de consuelo o sanación frente a la situación dolorosa que atraviesan.^(1,9)

Para atender las necesidades descritas, en el marco de la AET es fundamental la toma de decisiones, que no se reduce a una decisión única en la cual se resuelve hacer o no hacer, sino que es un conjunto de decisiones meditadas que responden a las condiciones y evolución clínica del paciente con enfermedad terminal, razón por la cual los criterios a considerar deben ser analizados desde el punto de vista clínico y ético, ser una deliberación participativa, es decir, con todos los actores implicados: paciente (si su condición lo permite), familiares y el equipo de profesionales involucrados en su atención.⁽¹⁰⁾

Como parte del equipo multidisciplinario, los profesionales de enfermería aplican la AET, sin embargo, en la mayoría de los casos, no son consultados al realizar el juicio ético, situación que limita su función al cumplimiento de una orden, por lo que puede desencadenar disyuntivas morales, angustia, la sensación de sentirse “verdugos” e incluso responsables de la muerte del paciente, lo que lleva a la enfermera a alejarse del proceso. Al respecto, la experiencia es un factor condicionante de su inclusión, así, cuanta más experiencia tienen, mayor confianza depositan en ellos. No obstante, en ocasiones, son los mismos profesionales de enfermería quienes consideran que esta función no les compete, pues no reconocen la importancia que tiene su participación.⁽¹¹⁾

De modo que, los criterios para aplicar la AET deben ser individualizados y justificados, con fundamento en el beneficio para el paciente, sus características y su evolución clínica, también se asocia a la decisión de la retirada de tratamiento el agotamiento de las intervenciones tecnológicas, el fracaso de los sistemas orgánicos del paciente para responder al tratamiento, el uso de medidas muy costosas o dudosamente efectivas y procedimientos excesivos con medios artificiales. Todos estos casos prolongan la agonía del paciente y el sufrimiento de sus

familiares, situación que se contrapone a los principios éticos, por lo tanto, es incompatible con el respeto a la dignidad humana. Las modalidades más utilizadas de la AET son la retirada del soporte respiratorio, la no reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, diálisis, fármacos vasoactivos, antibióticos, hidratación y alimentación tanto enteral y parenteral, pruebas diagnósticas tales como los análisis o las gasometrías.⁽¹²⁾

Tras la supresión de estas terapias, la muerte del paciente puede acaecer en cualquier instante, horas o días, evidentemente, con la implementación de la AET se ha logrado modificar las situaciones, modo y momento de la muerte de los pacientes que acceden a dicho recurso, con una transición entre la vida y la muerte lo más natural, adecuada y humanizada posible.⁽¹³⁾ Al realizar un análisis de los últimos días de vida sin la aplicación de la AET, se observa que los pacientes son sometidos a una serie de procedimientos invasivos, temidos y dolorosos, hospitalizaciones prolongadas y muerte hospitalaria.⁽¹⁴⁾ Este cambio de enfoque se centra en la implantación de medidas y cuidados que garanticen el bienestar y el confort del paciente y su familia, en donde el personal de Enfermería desempeña un rol independiente, en la confección de la AET, ejerciendo su rol como principal cuidador.

En este contexto, se han identificado limitaciones en la AET por parte de los profesionales de la salud, entre estos se encuentran dudas clínicas, éticas o legales que afectan la toma de decisiones, generan dilemas éticos hacia el paciente y la familia que dificulta la delimitación de responsabilidades de los participantes. De hecho, se describen algunas dificultades como: la falta de registros en la historia clínica, la angustia de los familiares quienes solicitan “hacer todo”, diferencias en el criterio del equipo de salud, entre otras. Ante lo cual, el equipo de salud sugiere el acceso a material de lectura, discusión de casos clínicos, charlas informativas, cursos sobre cuidados paliativos, encuentro con especialistas en bioética, médicos legistas, entre otras.⁽¹⁵⁾ Incluso es importante la aprobación de una ley que garantice una atención integral a las necesidades de los enfermos al final de la vida.⁽⁶⁾

Otro aspecto asociado a la decisión clínica de aplicación de la AET tiene relación con la interacción entre la ciencia y la tecnología que se ha vuelto más fuerte y dependiente con el tiempo. Sin embargo, hay momentos en que la tecnología avanza demasiado y conlleva implicaciones éticas en sus aplicaciones sociales. Debido a los dilemas morales que presenta el

hombre el uso del avance técnico científico en el campo de la medicina, la bioética está en auge en la actualidad. Considerando los derechos y deberes de los pacientes, el acelerado desarrollo de la bioética ha planteado cuestiones de importancia crítica. Debido a que están involucradas consideraciones de primer orden como la vida del paciente, la situación de la familia y la toma de decisiones del equipo médico, la efectividad de la AET es uno de los temas más significativos y controvertidos en el mundo.⁽¹⁶⁾

Actualmente, la comunidad científica internacional considera a la AET como una práctica éticamente adecuada y aceptable en pacientes que cumplen criterios que aseguran la irreversibilidad de su situación patológica, lo que está justificado en el contexto de la bioética. Los diseños tradicionales del arte médico no están en conflicto con la AET, que está en perfecta concordancia con el Juramento Hipocrático. La diferencia entre ella y la eutanasia es que en realidad permite la muerte de un paciente en estado terminal sin iniciarla, dejando que la enfermedad progrese naturalmente hasta ganarle la batalla a la vida. Los cuidados de enfermería sirven como primera línea de defensa en esta situación, donde la analgesia, la sedación y el apoyo psicológico son vitales e imprescindibles.⁽³⁾

Por su parte, la enfermería desempeña un rol coordinador y asistencial al estar en contacto directo y permanente con la persona y su familia, su atención al final de la vida se basa en criterios como: alivio de los síntomas físicos, soporte psicosocial respetando deseos, costumbres, creencias y religiones; la cooperación y colaboración en el proceso de toma de decisiones junto con el equipo médico; la comunicación efectiva y la atención continuada junto con el apoyo familiar, creando la mejor experiencia para los pacientes y familias, para ayudar al afrontamiento de la transición de la vida a la muerte.⁽⁹⁾

Desde el punto de vista humano, en el proceso de la muerte, las creencias religiosas son fundamentales en la búsqueda del sentido de la vida. La eutanasia y el suicidio asistido son condenados por las religiones cristiana, islámica, judía, budista e hindú. Los juicios clínicos de los pacientes sometidos a la AET están influenciados por las creencias religiosas puesto que sus ideologías pueden ayudarlos a sentirse más seguros en la atención al final de la vida.⁽¹⁷⁾ La práctica familiar de tradiciones y creencias antes de la AET es una representación de satisfacer una necesidad, en busca de un ente superior con el fin de protegerse o defenderse de la situación

inminente y creer en la salvación de su alma con la esperanza de la vida eterna traduciéndose en calma y alivio ante la muerte.^(9,18)

Por lo descrito, debido a una creciente necesidad social de estandarizar los criterios de toma de decisiones y consensuar recomendaciones a nivel mundial, la AET se ha ampliado y actualizado internacionalmente en los últimos diez años con el fin de mejorar la atención a los pacientes que inevitablemente morirán.⁽¹⁸⁾ De este modo, durante su aplicación es importante ofrecer apoyo emocional y social, como permitir la presencia familiar favoreciendo la intimidad, mantener líneas abiertas de comunicación y participación en las decisiones tomadas. Aunque es cierto que las decisiones de limitar las terapias o introducirlas como sustitutos responsables legales en las decisiones del paciente causan estrés en los familiares, es importante cumplir con el deber ético en estas situaciones de no abandonar sino acompañar.⁽¹⁹⁾

Es cierto que la AET toma en cuenta a la familia, sin embargo, esta es una responsabilidad que a veces no se asume, por temor a la falta de comprensión, problemas legales o conflictos entre ellos. Frecuentemente, los familiares intentan proteger y ocultar la gravedad de la enfermedad, pero el paciente tiene derecho a recibir información verdadera para que pueda tomar decisiones con su propia y libre voluntad.⁽²⁰⁾ Sin embargo, un cambio en el pronóstico del paciente implica un giro emocional que requiere tiempo e información para asimilar las nuevas circunstancias.⁽²¹⁾ De acuerdo con el principio de autonomía, los pacientes pueden comprender, aceptar o rechazar el someterse a una prueba diagnóstica o recibir un tratamiento de soporte vital que prolongue innecesariamente el sufrimiento.⁽²⁰⁾

En cambio, cuando un paciente se encuentra física o emocionalmente vulnerable, debido a una condición de salud grave, es posible que no pueda ejercer su autonomía, dar su consentimiento o expresar sus elecciones personales frente a su enfermedad. En estas situaciones, la familia representante del paciente y el equipo médico son los responsables de decidir qué acción es mejor.⁽²²⁾ Brindando acompañamiento e involucrando a la familia del paciente, es posible disminuir el impacto del sufrimiento físico-emocional y asegurar un tránsito tranquilo.⁽²³⁾

Dada la preocupación consciente por los dilemas éticos que plantea la toma de decisiones para en la práctica médica diaria y de los potenciales conflictos psicológicos que podrían suscitarse,

se lleva a cabo un debate reflexivo sobre los aspectos fundamentales a fin de lograr un acercamiento teórico a este tema polémico y contencioso de permanente relevancia, en el que intervienen aspectos religiosos, filosóficos, morales, culturales y éticos; en este sentido, las cuestiones clínicas y éticas surgen cuando modifica la planificación de la AET, por lo tanto, para que el equipo de salud tome decisiones acertadas, los autores creen que este tema requiere madurez y cautela.⁽²⁴⁾

En el mismo orden de ideas, para promover decisiones acertadas, cada país debe disponer de una legislación clara conforme su autonomía, por ejemplo, en Uruguay el Código de Ética Médica manifiesta “*En etapas terminales de la enfermedad no es ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean innecesarios y eventualmente perjudiciales para su calidad de vida*”. El derecho a una muerte digna se encuentra contenido en el artículo 2 Numeral D de la Ley 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, estipula “*morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica)*”.⁽¹⁵⁾

Cabe recalcar que en base a lo descrito anteriormente un documento de registro de AET puede permitir realizar un mapa de ruta para momentos de incertidumbre. Además, con relación a la atención recibida, todo paciente tiene derecho a un trato digno y respetuoso; al respecto, la misma Ley 18.335 incluye la preservación de la dignidad al final de la vida, entendiéndose que este concepto implica el morir naturalmente, en paz, sin dolor, evitando en toda circunstancia anticipar la muerte por cualquier medio utilizado para tal fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existen expectativas realistas de mejora (inutilidad terapéutica).⁽¹⁵⁾

Así también, en el artículo 3 refiere que “*en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constatando a continuación la orden médica ‘No reanimar’ impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente*”. Estas declaraciones legales sirven como marco de derechos de los pacientes y de referencia para los profesionales médicos, garantizando la orientación para una decisión clínica adecuada.⁽¹²⁾ Por su parte, el sistema de salud cubano contempla regulaciones relacionadas con la muerte

encefálica, pero hace falta más disposiciones legales que establezca los límites de las acciones terapéuticas; por lo tanto, la AET no se encuentra reconocida expresamente por el ordenamiento jurídico.⁽²⁵⁾

En cuanto a Ecuador, los estudios y la información encontrada sobre la AET son escasos y desactualizados, sin embargo, la aplicación de criterios éticos en cuidados paliativos y la AET, se encuentran consignados brevemente en la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014 (MSP), en la que señala que el mencionado documento “*contribuirá para proveer información práctica y de fácil lectura que capacite tanto a los profesionales de la salud como a los familiares de personas que presentan una enfermedad incurable avanzada y de pronóstico de vida limitado, acerca de los cuidados paliativos para que tengan mejores condiciones, aliviando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.*” (Acuerdo Ministerial 4862, del 7 de mayo del 2014).⁽²⁶⁾

En la revista ecuatoriana Metrociencia se publicó un estudio realizado por Montenegro CD y Maldonado FM, titulado “Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado al buen morir” que valida la realidad de la AET que se vive en el Ecuador, mencionando “*La adecuación de esfuerzo terapéutico se trata de conceptos avalados por Ética y Bioética que pocos países han legalizado y llevado a la práctica, mientras en nuestro país no está claro el abordaje y la ejecución de este tema, quizás por las condiciones socio culturales y religiosas que determinan nuestra conducta*”.⁽¹⁸⁾

Desde la perspectiva de la respuesta emocional por parte del personal de salud, la toma de decisiones implica una importante carga emocional y altos niveles de ansiedad para el personal de enfermería, situación que depende de varios factores, uno de ellos son las experiencias dolorosas en torno a la muerte, la inexperiencia que afecta el desarrollo de habilidades y disminuye la capacidad resolutive y incrementa el grado de estrés. Otros factores, que causan conflictos emocionales son: el tiempo que pasa el personal de enfermería con el paciente y familia y la naturaleza de sus funciones. Por lo tanto, se requiere desarrollar la capacidad de análisis ético, reflexivo y expresión emocional, fortalecer las habilidades de atención al paciente y de la capacidad de establecer una relación con el paciente y la familia que genere confianza dentro del equipo multidisciplinario priorizando el beneficio del paciente.⁽²⁷⁾

Ante los conflictos emocionales es fundamental la actitud de los profesionales frente a la AET, de esta dependerá el desarrollo o no de respuestas patológicas que desencadenan problemas de salud. Al respecto, la actitud no es homogénea y varía según la especialidad, la experiencia y las creencias. Al considerar la especialidad, en servicios de atención primaria el personal tiene mayores oportunidades de acercarse a la vida y a los valores de los pacientes y familiares y no solo a la enfermedad, lo que hace que sea el lugar adecuado para orientar y asesorar sobre la preparación y registro del documento de últimas voluntades.⁽²⁸⁾

Por su parte, la experiencia laboral se convierte en una guía y regula el accionar profesional en la UCI a fin de lograr cuidados de calidad garantizando una muerte digna en lo posterior. Con el tiempo de experiencia el personal enfermero va comprendiendo la finalidad de la AET que es evitar el sufrimiento, así enfermería proporciona una experiencia de bienestar al paciente crítico planificando sus cuidados para satisfacer las necesidades en la fase terminal y fortalecer el buen morir mediante el alivio de molestias, comunicación, compañía y apoyo emocional.⁽⁹⁾

Las creencias de los profesionales al estar en contacto directo con el paciente, compartir creencias y costumbres religiosas le ayuda al paciente a tener un final tranquilo, por lo general el personal de enfermería busca estar cerca de los familiares del paciente para que puedan despedirse e incluso pedir disculpas por errores cometidos, para que de esta manera el paciente tenga una muerte sin temor, sin preocupaciones y se encuentre tranquilo. Basado en la experiencia de una enfermera, ella menciona que es de suma importancia que los familiares de acuerdo a sus creencias puedan traer un sacerdote para que el paciente pueda recibir la unción de los enfermos, posterior a esto se le coloca loción, música relajante, se ayuda a disminuir el estrés, se habla del amor y de experiencias agradables.⁽⁹⁾

Los procedimientos de la Planificación Avanzada del Cuidado (PAC) y la AET se han convertido en partes importantes del sistema de salud, estas incluyen: buena comunicación entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia sobre la condición clínica y el pronóstico, definición conjunta de objetivos asistenciales y planificación asistencial del paciente para alcanzar los objetivos. La PAC, al considerar y combinar la realidad clínica con la personalidad y los deseos del paciente o su familia, les permite adaptarse mejor a la realidad de la enfermedad y mejorar la vida del paciente a lo largo del tratamiento.⁽¹²⁾

Un mejor y profundo registro sobre la evolución o condiciones clínicas en las historias clínicas de los pacientes ayuda a identificar situaciones y analizar las causas, facilitando la comprensión de cómo se realizan las intervenciones, lo que permite identificar e implementar medidas clínico-éticas conforme a la enfermedad.⁽²⁹⁾ En el hospital es imprescindible tener un comité de ética el cual ayude al equipo el médico, al paciente y su familia a analizar y tomar una decisión adecuada sobre el diagnóstico o tratamiento a fin de lograr siempre el bienestar del mismo.⁽¹⁰⁾

Entre las principales dificultades asociadas a la aplicación de la AET en UCI se incluye expectativas poco realistas de los padres de menores de edad, diferencias entre personal de salud y pacientes, poca comprensión de la enfermedad por parte del paciente y de los familiares, falta de preparación profesional con respecto al afrontamiento y a la comunicación de la AET, la incertidumbre, la dificultad en las dinámicas familiares y reconocer el sufrimiento y la difícil tarea en la toma de decisiones, son acciones que causan un alto desequilibrio a la hora de aplicar la AET.⁽¹⁵⁾

Por lo descrito, se desarrolla el presente estudio con el objetivo de sistematizar aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico, para dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué dificultades se pueden encontrar en la aplicación de la AET?, ¿Cuáles son las estrategias orientadas al sostén emocional del profesional sanitario frente a la aplicación de la AET?, ¿Qué recomendaciones se aplicaría sobre estrategias orientadas al soporte emocional en profesionales sanitarios en el entorno de la aplicación de la AET?.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La AET según López R, Jiménez E, Osorio S, et al. es la decisión médica o clínica de no iniciar o retirar las medidas de soporte terapéuticas adecuadas con fines de curar al paciente pero no adecuadas cuando la enfermedad se encuentra en etapas finales, por ende solo alargan la vida sin ninguna sanación, coincidiendo así con Vallejo LI, Palacio AM, Marulanda V, et al. en su estudio mencionan que la AET es toda acción que conlleve a suspender o no empezar tratamientos médicos en pacientes que su condición clínica es crónica, no existe cura, es decir; los tratamientos no tendrán ningún objetivo final.^(10,30)

Según el Instituto de Investigación de Bioética Independiente Hastings Center, las medidas de soporte vital se definen como: "*Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal*". Entre los tipos de medidas de soporte vital se han descrito: las técnicas de circulación asistida, sistemas de oxigenación extracorpórea, reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, depuración extrarrenal, utilización de derivados sanguíneos o sustancias vasoactivas, e incluso la administración de determinados tratamientos farmacológicos, nutrición e hidratación artificial.⁽²⁵⁾

Cabe recalcar que la AET para la comunidad científica solo puede ser un método ético adecuado cuando se tiene pacientes con enfermedad irreversible sin compatibilidad con la vida. Además, la medicina es descrita no solo como una ciencia sino también como un arte, la cual define que curar a un paciente no solo está en luchar por su vida, sino también tener en cuenta su dignidad a través del cumplimiento de los principios bioéticos, con una alta reflexión sobre lo que se puede, lo que se quiere y lo que se debe hacer por una persona.⁽²⁹⁾

Otro rasgo de la AET es que se considera un tema muy delicado, dado que, se encuentran inmersos pacientes críticos, familiares y el personal de salud encargado de brindar sus servicios en UCI. Dentro de este contexto, existen investigaciones desarrolladas para describir el criterio profesional de salud de acuerdo a la AET, identificar a los participantes en la aplicación de la AET, conocer la autopercepción de capacitación en la toma de decisiones de la AET y entender la percepción sobre la toma de decisión para ampliación de la AET.⁽³¹⁾

En lo que respecta al equipo que participa en la aplicación de la AET, Oliveira M y Paganini M en su estudio sobre “La identificación de los participantes en la aplicación de la AET en la UCI” concluyen que enfermería tiene un papel importante en el control de los síntomas y en la comunicación con el paciente, familia y el equipo de salud; los psicólogos ayudan a manejar los sentimientos, depresión, estrés, sufrimiento, entre otros; los fisioterapeutas establecen técnicas para reducir el dolor e incentivar la actividad, siendo finalmente el médico quien lidera, decide y prescribe el tratamiento, liderando al equipo de salud.⁽³¹⁾

Por otro lado, Vallejo LI, Palacio AM, Marulanda V, et al. realizaron un estudio con el fin de establecer el conocimiento del personal de salud acerca de la AET en un centro oncológico en la ciudad de Medellín, el mismo indica que del 100 % de encuestados, solo el 56,5 % dijo conocer lo que es y de que se trata la AET y el 90 % dijo aplicarlo. Sin embargo, del porcentaje de participantes que mencionaron conocerla, existe variabilidad en el conocimiento de la definición y expresaron comentarios de gran controversia desde el punto de vista bioético, religioso y legal.⁽¹⁰⁾

Por su parte, Bárzaga S, Estrada C, Sánchez H, et al., en su estudio “Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico” manifiestan que el 77% de los encuestados conocen el significado de AET, frente al 23% que revelan no conocerlo, por otra parte, quienes decían escuchar por primera vez el término, mencionan no estar a favor del procedimiento y que sería bueno tener una formación en bioética con el objetivo de ayudar a todos los profesionales de la salud en la toma de decisiones.^(10,32)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos tienen como finalidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares que enfrentan problemas o enfermedades que amenazan la vida, prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento físico, psicosocial o espiritual.⁽³³⁾ Así mismo, la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, define a los cuidados paliativos como la atención de salud brindada al paciente y a la familia que se encuentra con una enfermedad incurable y que cursa por el final de su vida, incluyendo al duelo, además, describe necesidades que deben ser satisfechas como: el control de síntomas, información adecuada y oportuna, buena comunicación y autonomía a fin de brindar paz y tranquilidad.^(26,33)

A continuación, se mencionan algunos de los derechos de pacientes con enfermedades crónicas:

- Ser tratado como un ser humano hasta el fin de su vida.
- Recibir una atención personalizada y brindada por profesionales competentes.
- Ser informado de protocolos y procedimientos a seguir en el curso de la enfermedad.
- Participar en la decisión de los cuidados que se le han de aplicar.
- Recibir una respuesta adecuada y honesta a sus preguntas.
- Respetar su decisión de no recibir atención si así lo quisiera.
- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por su enfermedad.
- Mantener y expresar su fe.⁽³⁴⁾

De ahí que, en un estudio publicado en el año 2019 denominado “Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos” declaran que es importante contar con un equipo multidisciplinario para suplir las necesidades de los pacientes. Considerando que una persona es un ser único conformada por dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales. Por lo tanto, la atención sanitaria debe brindar una atención de calidad y calidez al paciente y a la familia. También, destaca que el papel de enfermería en la AET es fundamental porque su rol se basa en “cuidar” y con esto hace referencia a que el papel principal de enfermería es atender y satisfacer las necesidades básicas del paciente salvaguardando la dignidad humana.⁽³¹⁾

Para situar los criterios posibles de intervenciones para poner fin a la vida se destacan los siguientes términos:

1. Eutanasia: es la muerte asistida, provocada a una persona que tiene una enfermedad incurable con el único fin de evitar que sufra;
2. Antidistancia: es la prolongación de la vida del paciente esperando que la misma enfermedad sea quien termine con su vida, es también conocida como eutanasia pasiva.
3. Ortotonasia: es la muerte justa del paciente, no se acelera ni se retrasa su proceso tan solo se respeta el momento de la muerte.⁽¹⁵⁾

Contextualizando aún más sobre la AET, Muñoz J, Núñez M, Espadas M, et al. En un estudio realizado en España en médicos y enfermeras, arroja que casi la totalidad de los encuestados se encuentran a favor de la AET, de ellos el 48,8% de médicos consideran que la decisión se toma

por consenso del equipo multidisciplinar más el representante del paciente cuando es niño. Por su parte, el 51,1% de las enfermeras opinan que se realiza por acuerdo entre médicos y representante del paciente, el 65,5% afirma que nunca les consultan en la toma de decisiones de pacientes a su cargo. Además, el estudio revela que el 57% de las enfermeras y el 83% de los médicos se sienten capacitados para la toma de decisiones sobre AET.⁽³⁰⁾

En lo que concierne a la opinión de la familia sobre la AET, un estudio en el cual compararon la evolución de la opinión de los familiares ante la AET en el año 2004 frente al 2016, encontrando más acuerdos en el año 2016, encontrando constancia de acuerdos en cuanto a la reanimación cardiopulmonar, pruebas invasivas, tratamiento antibiótico vía intravenosa y sueroterapia, este estudio a pesar de los años transcurridos evidencia que los familiares del paciente estaban a favor de realizar maniobras diagnósticas y terapéuticas invasivas, independientemente de la enfermedad del paciente.⁽³⁵⁾

Algunos factores que influyen en la toma de decisiones a médicos, enfermeros y especialistas según Agamez Insignares CP, Sánchez Pedraza R, León MX, son:

- Falta de preparación de los profesionales de salud en el tema de toma de decisiones al final de la vida.
- Uso reducido de escalas que permitan mejorar la información del pronóstico.
- Desconocimiento sobre voluntades anticipadas.

Por ende, los factores mencionados deben ser fortalecidos con el fin de lograr una mejora al momento de abordar la AET.⁽³⁶⁾

En consecuencia, los dilemas éticos son situaciones que por lo general tienen dos o más alternativas haciendo referencia a que deben inclinarse a un fin positivo teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente y su familia. Hoy en día, algunos factores que incrementan los dilemas éticos en la aplicación de la AET son: la edad del paciente, grado de afectación vital, escasez de recursos sanitarios, falta de personal de salud, insuficiente presupuesto al sector salud, la hospitalización, el nivel de atención, entre otros. Entonces, es evidente de que la eficiencia del personal no es suficiente.⁽³⁷⁾

Actualmente, la AET tiene como objetivo lograr una muerte digna y humanizada, pero lamentablemente al presentarse un caso clínico que requiera la AET decidir qué es lo mejor para

el paciente se convierte en un reto, porque durante los últimos años la medicina ha estado arraigada a la ciencia y tecnología, enfocándose en la prolongación de la vida, pes, la tecnología aplicada a la salud puede generar un sometimiento del paciente a procedimientos invasivos porque hace posible mantener las funciones vitales estables, sin embargo, en ocasiones se llega a prolongar el sufrimiento del paciente y su familia, sin ser compatible con la priorización de la dignidad humana.⁽¹⁸⁾

Ante esta situación la mejor opción es hacer énfasis en la bioética, analizando algunas variables relacionadas para la toma de decisión que son principalmente: la compatibilidad con la vida del paciente frente a una posible disyuntiva familiar, el abuso tecnológico, el empleo de medidas extraordinarias o desproporcionadas que se tornan en tratamientos fútiles. A pesar de tener acceso a mucha información para los profesionales y familiares del paciente decidir en estas situaciones, actualmente sigue siendo todo un reto.⁽¹⁶⁾

En el mismo orden de ideas, en el artículo “Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos” los autores coinciden que las situaciones o momentos que más generan dilemas éticos son: la incertidumbre en el pronóstico, el no saber cuándo es oportuno iniciar conversaciones con la familia y la escasa comunicación entre los profesionales, pero hace énfasis en la familia ya que con ellos no existe un vínculo. En este contexto, los profesionales de enfermería al compartir más tiempo con los pacientes sienten que tienen más temor, creen que sus valores como seres humanos les hace pensar mucho más en cuanto a aplicar la AET, ellos se basan en que cuidar también es brindar un buen morir al paciente.⁽⁹⁾

De la misma forma, el tomar estas decisiones desencadena emociones como una reacción generada por la aplicación o no de la AET, en este aspecto, el personal de salud puede experimentar emociones positivas y negativas. Por ejemplo, en el estudio “Estrés laboral en los intensivistas de Uruguay” menciona que el personal puede encontrarse con niveles de estrés mínimo (5%), moderado (63%) y severo (32%). Sin embargo, este resultado no era el origen solo de las situaciones que se presentaban con sus pacientes sino también el número de horas laboradas y de la carga laboral que tiene cada profesional.⁽³⁸⁾

En cuanto a los profesionales en los que existen mayores cambios emocionales, se discurre que enfermería suele ser el equipo más susceptible, al vivir más de cerca las emociones, estado psicológico y físico del paciente y de su familia, pues es de conocimiento que la aplicación de la AET empieza cuando prácticamente ya se ha intentado de todo y no se ha logrado una respuesta positiva en la situación clínica del paciente, entonces es cuando el equipo de salud y familia deben tomar decisiones difíciles cursando por emociones como la tristeza, miedo y la confusión, que se ve influenciada por las propias creencias y convicciones del personal.⁽³⁹⁾

Es en este instante cuando inicia la resignación, ante lo cual, surgen criterios como: si ya no hay más que hacer es mejor retirar o no iniciar más intervenciones clínicas; solo Dios tiene juicio entre la vida o la muerte o lo único que queda es acompañar en su lecho de muerte, sin embargo, aunque parezcan opiniones inocentes, tienen como resultado la insatisfacción con los cuidados brindados y la aparente contradicción con los principios éticos, pues en la mente y misión profesional siempre su objetivo será salvar vidas.⁽³⁹⁾

Aunque algunos estudios mencionan que la decisión para aplicar la AET debe ser tomada en equipo, en ocasiones el personal de enfermería no es tomado en cuenta a pesar de ser quienes ejecutan las prescripciones, incluso aquellas que implican la aplicación de la AET, por ende, es importante integrar a estos profesionales pues al estar estrechamente relacionados con el paciente son quienes lo conocen y saben de sus últimos deseos, es más, la familia del paciente considera a enfermería y demandan ante ellos más información sobre la brindada por el médico, para convertirla en algo más comprensible lo que influye en su respuesta de aceptación o negación.⁽⁹⁾

En lo relacionado a las estrategias que los profesionales adoptan para reducir el impacto de la AET es siempre tratar de preservar la calidad de vida durante la estancia hospitalaria del paciente, la atención personalizada, la comunicación efectiva, la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la persona y su familiar, favorecer el derecho de autonomía del paciente en la toma de decisiones si su confición lo permite; además de desarrollar algunas guías fundamentadas en la evidencia para facilitar el manejo multidisciplinar al final de la vida.⁽⁴⁰⁾

Del mismo modo, se ha demostrado que en el ámbito de la salud no basta tener profesionales capacitados y con vastos conocimientos, sino que se mantengan en formación y capacitación constante en todas sus habilidades sin dejar de lado, las competencias comunicativas y relacionales, a ser aplicadas en situaciones que suelen ser más difíciles de manejar. Por ejemplo, enfrentarse a conversaciones difíciles, interactuar con personas de personalidad difícil o afligidas, debe saber cómo comunicar malas noticias. Sin duda alguna, es un proceso de aprendizaje muy complejo que debe realizarse de a poco, con constancia y práctica, porque los pacientes y la familia están sensibles, frágiles y vulnerables, por lo tanto, no van a poder recibir información que no contenga un resultado positivo y que además, no se evidencie empatía, amabilidad o que sea descorteses, frías o cínicas.⁽⁸⁾

En este sentido, algunos niveles mencionados en el estudio realizado por Bernat M, Montse A y Ramos S, para poder brindar una comunicación asertiva son:

- Elaboración de una infografía dirigida a los profesionales sanitarios.
- Establecer un programa formativo basado en simulación.
- Realizar intervenciones en la formación de residentes.

No pueden quedar de lado una importante población que se integra a los equipos de salud que son los estudiantes, ellos deben aprender a manejar los sentimientos y emociones que tienen ante un paciente o alguna situación tanto buena como mala. En conclusión, para una comunicación asertiva, se debe iniciar con la autogestión de sus emociones, sus malestares y así poder regularlas poco a poco, porque quienes no validan las emociones propias y ajenas no pueden brindar una atención humana que incluso actualmente podría ser denominada como una mala praxis. En el empeño por humanizar la atención sanitaria, quizás sea un buen punto de partida la humanización de la formación de los profesionales sanitarios para así ir rompiendo esquemas que no llevan a una mejora en la atención de salud.⁽⁴¹⁾

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Estrategias de búsqueda

Se realizó la búsqueda en las bases de datos Web of Science y Medline, en la plataforma ProQuest y en la biblioteca digital SciELO. Se usó el formato PICO⁽⁴²⁾ (población, intervención, comparación y resultados), para establecer la pregunta de investigación y definir los descriptores. Los descriptores utilizados fueron: enfermería, autocuidado, adecuación del esfuerzo terapéutico, decisiones, ética, aspectos emocionales, cuidados paliativos, final de la vida; posteriormente se crearon cadenas de búsqueda que determinaron los artículos seleccionados.

Criterios de selección

Para la selección de los artículos se utilizaron:

1. Artículos originales publicados en inglés y español.
2. Publicados en los últimos cinco años.
3. Estudios disponibles en texto completo.
4. Artículos que den respuesta a los objetivos de la revisión.
5. Se analizaron los trabajos a través del título, resumen y lectura completa, mismos que fueron clasificados como relevantes.
6. No fueron seleccionados artículos duplicados, estudios que no estaban disponibles a textos completos o publicados fuera del intervalo de tiempo definido.

Criterios de exclusión

1. Artículos sin permiso de acceso al texto completo.
2. Artículos duplicados.
3. Estudios publicados fuera del intervalo de tiempo definido.

Se identificaron 128 artículos, de los cuales 48 fueron eliminados por tener citas duplicadas, 22 han sido excluidos luego de la lectura del título y del resumen, quedando 58 que cumplieron con los criterios de evaluación para su elegibilidad, de los cuales 39 se excluyeron por estar duplicados y no estar orientados a los objetivos del tema de estudio, quedando así un compendio

de 19 artículos científicos seleccionados. Se organizó la información en 4 tablas según los objetivos planteados en la revisión bibliográfica. En la revisión de los artículos 5 fueron elaborados en España, 4 en Colombia, 3 en Uruguay, 2 Ecuador, 1 en Chile, 1 en Brasil, 1 en Cuba, 1 en Europa y 1 en Perú.

Búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos que abordan “aspectos emocionales y éticos de la AET”, así también las características de los profesionales encargados de tomar decisiones para aplicar la AET que permitieron identificar dificultades asociadas a esta aplicación y finalmente se elaboraron recomendaciones sobre estrategias orientadas al soporte emocional en profesionales sanitarios en el entorno de la aplicación de la AET. Tras la búsqueda (n=128), se descartaron los artículos que no cumplían los criterios de selección. Con los artículos seleccionados comprobando que estos aporten información relevante sobre el tema se procedió a un filtrado en base a la lectura completa, quedando definidos los artículos, los mismos que dan un resultado de (n= 19).

Recogida y extracción de datos

Se diseñó una matriz de extracción de datos que contiene autoría del trabajo (título del artículo, autores, año de publicación, país y principales hallazgos).

Evaluación crítica

Luego de la lectura completa de los artículos seleccionados, se realizó una evaluación de la metodología, orientándonos en la base de datos utilizada para la revisión bibliográfica realizada mediante la aplicación de la guía CASPe, la misma que posee preguntas de evaluación crítica para los artículos en estudio.

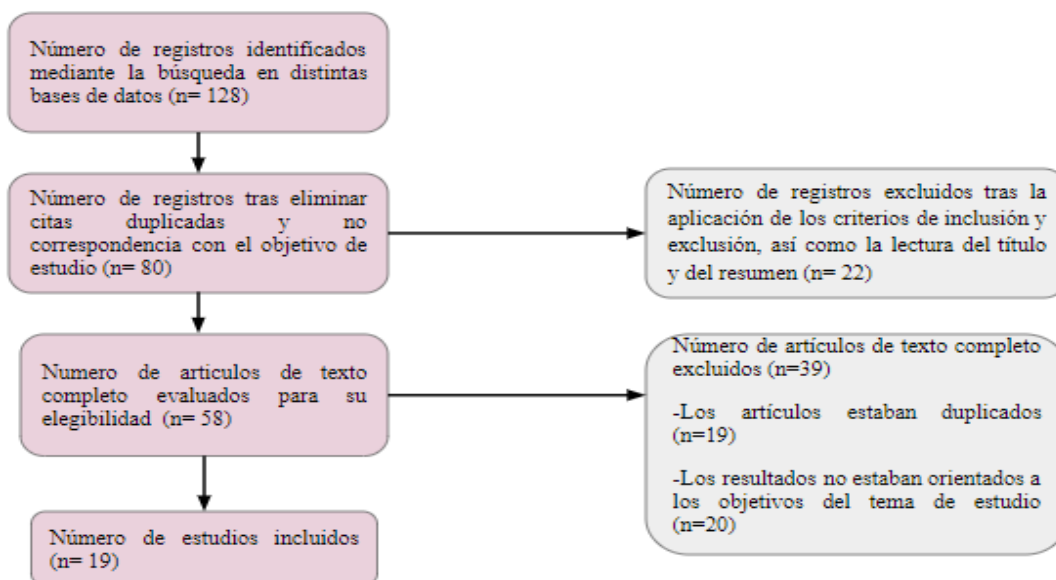
Posteriormente, se pone a conocimiento la manera exacta de como se ha podido manejar la guía, los criterios establecidos según los estudios valorados junto a un resumen de los resultados de

la evaluación crítica: Se inició con la lectura completa de los artículos, se indagó la respuesta de cada una de las preguntas instauradas en el instrumento (10 preguntas de la guía CASPe), los artículos que contaban con los siguientes criterios fueron elegidos:

- No presentar en ninguno de los apartados de eliminación “NO CONSTA” (preguntas 1 a 3).
- No presentar cuatro o más “NO CONSTA” o “DUDOSO” en los ítems restantes.

Todo lo mencionado se muestran en las tablas resumen de los resultados obtenidos tras la búsqueda (Ver anexos) y en un diagrama de flujo de búsqueda que se ilustra a continuación:

FIGURA 1: Diagrama de flujo de la búsqueda



Consideraciones éticas

La revisión bibliográfica fue realizada en bases de datos científicas y académicas; no existe ningún conflicto de intereses, ni aspectos éticos, que originen un problema para llevar a cabo el estudio. Los resultados encontrados se consideraron de la misma manera que se consiguieron de los artículos científicos y se realizó la citación de todas las fuentes.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para el personal que labora en atención a la persona al final de la vida, la posibilidad de instaurar la AET está presente desde que se conoce su pronóstico o cuando ingresa a las Unidad de Cuidados Intensivos, lo cual genera un ambiente de alta responsabilidad, incertidumbre y preocupación, existiendo de esta forma, un cuestionamiento constante respecto a los alcances de las intervenciones médicas y de los procedimientos invasivos.

Los temas que surgieron del análisis de los artículos fueron: aspectos emocionales y éticos, influencia de las opiniones que tienen los profesionales para aplicar la AET, actividades que desempeñan cada profesional, dificultades que se presentan, importancia de la implicación familiar en el cuidado y satisfacción de las necesidades del paciente con el fin de mejorar la calidad de vida hacia una muerte digna.

Según Hurtado ⁽⁹⁾ y Montenegro ⁽¹⁸⁾ los conflictos emocionales desencadenados al aplicar la AET especialmente en el personal de enfermería son: temor, tristeza, miedo confusión e insatisfacción cuando la muerte es inminente pues a pesar de los cuidados que se pueden realizar no existe una mejora, añadiendo a esto que se basan en la religión que cada profesional de salud, mencionando así, que Dios es el único que decide cuando termina la vida, es por eso que, en las etapas finales de la vida los cuidados solo van dirigidos hacia el buen morir. Asimismo, Bernadá ⁽¹²⁾ coincide en que los aspectos éticos de la AET se basan en la bioética junto a sus principios que son la no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía del paciente.

La Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014 (MSP), alude a la falta de autocontrol ante la inminencia de la muerte puede afectar las necesidades de comunicación del paciente y su familia. El nivel de comunicación brindada dependerá de las emociones que experimente el paciente y el profesional sanitario, sin embargo, la tendencia actual se orienta hacia la demanda de mayor información, la misma que debe ser sincera, sensible y esperanzadora para lo cual es muy importante que los profesionales de la salud demuestren cierto grado de empatía y utilicen un lenguaje claro y comprensible. Conforme a ello, se debe evaluar individualmente a los pacientes para saber si cierta información se puede brindar cuando el paciente esté solo o acompañado.⁽²⁶⁾

Según Carreras⁽⁴¹⁾ y Cárdenas⁽⁴⁴⁾ el personal de salud debe poseer características como son: experiencia en brindar cuidados paliativos a pacientes terminales, conocimientos, actitudes y habilidades comunicativas para hacer frente a situaciones difíciles que contienen malas noticias. Mientras que, Hurtado⁽⁹⁾ menciona que especialmente el personal de enfermería son quienes abogan por los deseos del paciente, incluso los familiares y el paciente los miran como una guía al momento de aceptar el tratamiento o la clínica del mismo, por esa razón el personal de enfermería debe ser tomado en cuenta como ente principal al momento de aplicar la AET sin embargo, en el estudio de López⁽³⁰⁾ se hace referencia a que al personal de enfermería no se le consulta esta decisión a pesar de que son pacientes que se encuentran bajo su cuidado.

En este sentido, la GPC de Cuidados paliativos del MSP, Ecuador 2014 menciona que se debe proveer al paciente y a su familia de cuidados al final de la vida para así satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, haciendo referencia a lo siguiente, se menciona: control de dolor, valoración de síntomas, cuidados de la piel, prevención de úlceras, limpieza corporal diaria, sedación paliativa, incentivar a la autonomía, referencia a un psicólogo para ayudar en la ansiedad y la depresión, hablar acerca de lo ético, emocional y legal con la familia, finalmente, aplicar métodos de comunicación tanto de buenas como de malas noticias.⁽²⁶⁾

Las dificultades asociadas a la aplicación de la AET según Carreño⁽⁴⁵⁾ y Hurtado⁽⁹⁾ es que el personal de enfermería no es consultado al momento de establecer un juicio ético. Por otro lado, Bettancourt⁽³⁹⁾ y Bernadá⁽¹²⁾ mencionan que una de las dificultades es la falta de capacitación en la comunicación de malas noticias a los pacientes y familiares, además, de no tener una buena relación profesional. Finalmente, una dificultad para Casagrande⁽³⁸⁾ es el estrés y la carga laboral que presentan día a día el personal de salud convirtiéndolo en un trabajo monótono.

Realizando una comparación con la GPC de Cuidados paliativos del MSP, Ecuador 2014 se menciona que las dificultades para aplicar la AET son: No respetar la autonomía del paciente y su familia, carencia en el asesoramiento por parte de expertos o escasa participación del Comité de Ética Asistencial, subestimar las necesidades de informar al paciente su estado y dar por hecho que conoce su situación clínica, el no registro de actividades desarrolladas durante el turno por otros profesionales, no dominar lenguas nativas lo que dificulta la comunicación con los pueblos indígenas.⁽²⁶⁾

Los autores Hernández⁽⁴⁰⁾, Casagrande⁽³⁸⁾, Santana⁽⁴⁶⁾ y Carreras⁽⁴¹⁾ llegan a la conclusión en que algunas estrategias asociadas al sostén emocional de los profesionales son: realizar diversas estrategias con el fin de disminuir el estrés en el ámbito laboral, realizar un protocolo científico que oriente a todos los profesionales de salud al momento de practicar la AET, humanizar la atención sanitaria, dar paso a la experiencia de las emociones tanto en profesionales como en los estudiantes y capacitar frecuentemente en el afrontamiento de situaciones difíciles.

Ante tal eventualidad es indispensable disponer una cita comparativa en función de los aspectos éticos que regula los cuidados paliativos según la vigente GPC de Cuidados paliativos del MSP, Ecuador 2014 en la que hace mención que el personal médico es quien facilita la toma de decisiones ante dilemas éticos en la fase final de la vida y si el paciente no está en condiciones de autonomía decisiva se deberían considerarse las siguientes opciones: Directrices previas, deseos expresados por el paciente y recogidos en su historia clínica, en caso de que los haya, representante legal familiares a cargo más cercanos, siendo importante en toda circunstancia; documentar la toma de decisiones en la historia clínica e informar al equipo sobre dichas acciones.⁽²⁶⁾

Siguiendo con este razonamiento, es importante mencionar que en la actualidad no se cuenta con un protocolo, guía u otro documento ni en la parte médica ni terapéutica que oriente a los profesionales de la salud a conocer cuando es o no necesario aplicar la AET, por lo general lo que realiza el personal médico después de agotar todos los medios y recursos es comunicarse con los familiares del estado general del paciente, una vez que los familiares aceptan el mal pronóstico, si el paciente se descompensa se accede a limitar la medicación y el apoyo ventilatorio. En Ecuador si por alguna situación los familiares directos no desean que se continúe con el tratamiento independientemente del estado del paciente, no es posible acceder a su petición ya que la eutanasia no se encuentra legalizada en nuestro país.⁽²⁶⁾

Por esta razón, la AET se encuentra basada netamente en los principios bioéticos ya que en el Ecuador la aplicación de los Cuidados Paliativos y de la AET se encuentran establecidos en la GPC de Cuidados paliativos del MSP, Ecuador 2014, que menciona “*contribuirá para proveer información práctica y de fácil lectura que capacite tanto a los profesionales de la salud como a los familiares de personas que presentan una enfermedad incurable avanzada y de pronóstico*

de vida limitado, acerca de los cuidados paliativos para que tengan mejores condiciones, aliviando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales”.^(47,48)

Según la taxonomía NANDA y NOC, basados en las necesidades del paciente crítico se destacan etiquetas diagnósticas y resultados. En la necesidad 11 Creencias/Valores se incluye la etiqueta diagnóstica 00124: Desesperación, atribuyéndose la sensación de no experimentar emociones positivas o una mejora en su condición de salud, asociándose con factores como el temor, depresión, pérdida de fe, estrés, apoyo social inadecuado, aislamiento, enfermedades crónicas o terminales, para esto se desarrolla las NOC 0902: Comunicación y 1201: Esperanza. También se incluye la etiqueta diagnóstica 00147: Ansiedad ante la muerte, se asocia con factores de experiencia cercana a la muerte o el experimentar el proceso de agonía y confrontación de la realidad de la enfermedad terminal, acompañado de las NOC 1201: Esperanza, 1307: Muerte digna y 2001: Salud espiritual.^(49,50)

Dentro de la necesidad 09: Evitar peligros/Seguridad se abarca a la etiqueta 00061: Tensión del rol del cuidador, esta se encamina en la decisión de la familia o representante legal sobre la aplicación de la AET. Debido a factores como la resiliencia psicológica inadecuada, estrategias de afrontamiento familiar ineficaz y enfermedad crónica, lo cual dificulta el cumplimiento con las responsabilidades, expectativas y/o comportamientos del cuidado de la familia hacia el paciente. Se aplica la NOC 2609: Apoyo familiar durante el tratamiento.^(49,50)

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a la exhaustiva recolección de datos e información de diversas fuentes se ha podido establecer lo siguiente:

- La AET consiste en la decisión de adaptar los procedimientos médicos, diagnósticos y los cuidados enfermeros a la situación clínica de los pacientes, para prevenir acciones innecesarias que no van a mejorar su condición médica. Se hace referencia a que los médicos tienen mayor facilidad de manejo de la AET, pero si hablamos de los profesionales de Enfermería, se ha identificado miedo al practicar la AET, consideran que se toman decisiones radicales y difíciles, por lo que, el personal de salud experimenta emociones y situaciones como: estrés, confusión, tristeza, temor, insatisfacción, perturbaciones éticas contrarias a su misión y conflictos religiosos al asociar a la AET con la decisión entre la vida y la muerte de una persona.
- En cuanto a los aspectos éticos que se presentan en la AET se encuentra la bioética junto a sus principios que son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Al momento de aplicar la AET todo el equipo de salud debería estar incluido, sin embargo, enfermería sigue siendo unas de las profesiones subestimadas al momento de realizar una toma de decisión o de participar en el acto, pues como profesional posee ciertas características que constituyen una fortaleza para el equipo de salud como: empatía, aboga los deseos del paciente y de la familia, posee conocimientos, actitudes y habilidades comunicativas-relacionales aplicables en situaciones complejas, responsable de brindar soporte vital, ayuda a entender la situación clínica, entrega información veraz y facilita la aceptación de la muerte.
- Entre las dificultades asociadas a la AET se identificaron que enfermería no es tomada en cuenta para decidir la aplicación de AET en pacientes terminales, en los estudios se explica esta situación en la percepción de poseer competencias insuficientes para aplicar los cuidados y medidas de soporte terapéutico. Los dilemas éticos, el estrés en UCI, la falta de recursos sanitarios y de personal especializado, ha generado una excesiva carga

laboral, otras dificultades identificadas son: la falta de registros sobre la condición del paciente, la falta de protocolos sobre la AET, obstáculos en la comunicación entre el equipo de salud con los familiares, poca comprensión de la enfermedad por parte del paciente y de los familiares, todos estos factores limitan o dificultan tomar la decisión de AET.

- Finalmente, entre las estrategias que permiten la participación adecuada de los profesionales de Enfermería en la AET se encuentran: fortalecimiento de la formación académica en el tema (manifestaciones del paciente, disminución del sufrimiento, suspensión de medidas de soporte vital, cuidados y afrontamiento sobre la AET, manejo de emociones), por otra parte, es fundamental la creación de programas, guías y protocolos que faciliten la atención multidisciplinar al final de la vida, considerando las necesidades físicas, emocionales y espirituales tanto del paciente como del personal de salud encargado de su cuidado. Sería útil recibir información o capacitación respecto a la AET en temas de la planificación anticipada del cuidado, comunicación colaborativa con pacientes y familiares, regirse a un marco bioético y legal, comunicación asertiva entre profesionales de la salud y herramientas de discernimiento clínico-ético.

Recomendaciones

Los equipos de salud al afrontar la decisión de iniciar la AET deben seguir un protocolo o circuito priorizando los principios bioéticos, evaluando el riesgo-beneficio en cada caso a fin de proporcionar una muerte digna y sin sufrimiento a los pacientes terminales. Es fundamental diseñar estrategias en la formación de los nuevos estudiantes enfermeros, no tan solo con la incorporación de nuevos conocimientos sino también con la formación en el cuidado ético, actitudes y habilidades comunicativas en algunos ámbitos, como las conversaciones difíciles y comunicación de malas noticias, requieren un proceso de aprendizaje basado en un modelo de comunicación adaptado a las necesidades reales del paciente.

Es fundamental que los profesionales de enfermería sean capacitados constantemente en conocimiento basado en evidencia científica y que adquieran mayor experiencia dentro del servicio de UCI para que brinden cuidados de calidad, tengan la facultad de ser consultados y colaboren en las decisiones de iniciar AET. En el contexto enfermero, pensar en el paciente y

en el respeto de su vida, no siempre implica mantener un balance entre lo que se puede, lo que se quiere y lo que se debe hacer; con empatía, solidaridad y amor, pensando siempre en los principios y en el juramento que desde siempre ha formado parte del buen proceder enfermero.

Finalmente, algunas estrategias que se puede mencionar para ayudar al sostén emocional de los profesionales sanitario al momento de aplicar la AET son:

- Formar al personal sanitario en cuanto a habilidades comunicativas y relacionales.
- Validar a los alumnos la posibilidad de emocionarse ante un paciente o situación.
- Humanizar la atención sanitaria conjunto a la formación de los profesionales sanitarios.
- Realizar protocolos de AET dirigidos a cada grupo etario.
- Llevar a cabo actividades que relajen al personal sanitario.
- Permitir espacios en el horario laboral para poder compartir entre profesionales y paciente-profesional.
- Contar con un psicólogo personal para los profesionales.
- Realizar pausas activas en el área de trabajo para disminuir el estrés laboral.
- Desarrollar nuevos estudios e investigaciones acerca del conocimiento y la aplicación de la AET.
- Fomentar la educación y la ejecución de programas formativos basados en la simulación y práctica sobre la toma de decisiones al final de la vida y acerca del uso adecuado de escalas de valoración para proporcionar información del pronóstico y de las voluntades anticipadas del paciente.
- Facilitar la capacitación del profesional de enfermería en el área del conocimiento de la bioética y el manejo emocional mediante sesiones formativas específicas, que incorporen la discusión, el análisis de casos y el trabajo en equipo.
- Desarrollar el trabajo en equipo, dado que la colaboración interprofesional en la UCI, tiene como finalidad la mejora de la atención a los pacientes, disminuye las posibles complicaciones y mejora la confianza, comunicación y relación de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Herrera Alicia, García Hernández Alfonso Miguel. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. Ene [Internet]. enero de 2021 [citado 16 de marzo de 2023];15(2):1-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000200009&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Arturo Linda. Criterios bioéticos Comisión Nacional de Bioética en Salud. Ene. 2018;1:1-14.
3. Betancourt Reyes Gilbert. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? medica electronica [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2023];975-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012
4. Bernadá M, Notejane M, Bernadá M, Notejane M. Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Fundamento y procedimiento. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2022 [citado 22 de junio de 2023];93(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492022000101603&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Pérez Macarena, Sánchez Ana, García Diego. Cuidados integrales en el final de la vida. 2022 [citado 15 de abril de 2023];146-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.12795/IETSCIENTIA>
6. Zurriarán Roberto. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Persona y Bioética [Internet]. 3 de diciembre de 2019 [citado 15 de abril de 2023];23(2):180-93. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200180&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. García Begoña, García Salvador. Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19. Med Paliat [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2023];27(3):181-91. Disponible en: www.medicinapaliativa.es
8. Garizábalo Claudia, Rodríguez Alba, Cañon Wilson. Soporte social enfocado a personas con diabetes: una necesidad desde enfermería. Rev Cuid [Internet]. 1 de enero de 2019

- [citado 17 de abril de 2023];10(1):e697. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100100&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. Hurtado Rojas Mariana, Valderrama Saña Lidia ROT. CUIDADO ENFERMERO A PACIENTES CON LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Ser, saber y hacer de enfermería [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];1-9. Disponible en: <http://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/377>
 10. Laura Vallejo, Palacio Ana, Marulanda Verónica. Evaluación del conocimiento y práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en personal asistencial de una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de Medellín, 2018. Persona y Bioética [Internet]. 27 de noviembre de 2020 [citado 21 de marzo de 2023];24(2):177-87. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222020000200177&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 11. Carmen Nadal Agust. SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA OFICINA DE BIOÉTICA RECOMENDACIONES PARA ANÁLISIS DE CASOS ÉTICO-CLÍNICOS (*) 1. RCEA. 2021;1-8.
 12. Bernadá M, Notejane M, Bernadá M, Notejane M. Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Fundamento y procedimiento. Arch Pediatr Urug [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 16 de marzo de 2023];93(1):1-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492022000101603&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Carrasco Vera Oscar. LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA. Revista Médica La Paz [Internet]. 2019 [citado 17 de marzo de 2023];25(2):78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Hernández Sánchez Rosa. Adaptación del Esfuerzo Terapéutico en Diálisis | Nefrología al día. SEN [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];1-15. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-adaptacion-del-esfuerzo-terapeutico-dialisis-277>

15. Bernadá M, Notejane M, Martínez R, Campos C, Bernadá M, Notejane M, et al. Opinión de los profesionales de la salud sobre un documento de registro de directivas de adecuación de esfuerzo terapéutico en pediatría. *Rev Médica del Uruguay* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 18 de marzo de 2023];36(2):36-58. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000200036&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Betancourt Betancourt Gilberto de Jesús, Cula Pérez Alexis BRGL. La adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto actual. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2023];19(4):746. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-7594-030X>
17. Toro Flores Rafael. Influencia de las creencias religiosas en la toma de decisiones clínicas al final de la vida | *Ética de los Cuidados*. *Ciberindex* [Internet]. 2021 [citado 19 de marzo de 2023];5-27. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e13457>
18. Montenegro Carlos, Maldonado Freddy. Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Metro Cienc* [Internet]. 28 de diciembre de 2021 [citado 19 de marzo de 2023];29(4):9-15. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/196>
19. Camargo Rubio Rubén Darío. Principio de proporcionalidad terapéutica en la decisión de intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva en paciente COVID-19 grave. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 19 de marzo de 2023];22:S62. Disponible en: </pmc/articles/PMC7843031/>
20. Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Nuñez Lopez MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 19 de marzo de 2023];23(3):104-14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-opinion-S1130239911000964>
21. González Rafael. DOCUMENTO SOBRE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO ÁREA DE SALUD DE LEÓN. *Sacyl*. 2018;1-16.
22. Gómez Calvo Garazi. La limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos: un desafío para enfermería. *UPV* [Internet]. 26 de julio de 2022 [citado 22 de

- junio de 2023];22-5. Disponible en: <http://addi.ehu.es/handle/10810/57009>
23. Pérez Alicia. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa [Internet]. Ene. 2021 [citado 19 de marzo de 2023]. p. 1-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000200009
 24. Betancourt Reyes Gilberto, Betancourt Betancourt Gilberto. TRABAJOS ORIGINALES Introducción. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2018 [citado 22 de junio de 2023];15(4):21-9. Disponible en: www.revmie.sld.cu
 25. Momblanc Liuver, Estupiñan Yanet, Fernández María. La adecuación del esfuerzo terapéutico en el ordenamiento jurídico cubano. Rev Cuba Med Intensiva y Emergencias [Internet]. 18 de enero de 2023 [citado 20 de marzo de 2023];21(4):3-9. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/951>
 26. Ministerio de salud publica. 2014 Cuidados Paliativos Guía de Práctica Clínica (GPC). MSP [Internet]. 2014 [citado 16 de marzo de 2023]; Disponible en: www.salud.gob.ec
 27. Villota Jessica, Serrato Carmen, Gutiérrez Gustavo. Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. Rev Colomb Bioética [Internet]. 18 de diciembre de 2021 [citado 20 de marzo de 2023];16(2):1-10. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3405>
 28. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 20 de marzo de 2023];42(8):566-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>
 29. Hernández Bello Estela, Gash Gallén Ángel. Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo de pacientes terminales ingresados en un hospital de tercer nivel. Carencias y mejoras. Española de salud publica [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2023];1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100079
 30. López Sánchez R, Jiménez García E, Osorio Álvarez S. Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados intensivos pediátricos: opinión y actitud de los profesionales. Enfermería Intensiva (English ed). 1 de octubre de 2020;31(4):184-91.

- Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984020300495>
31. Oliveira Martha, Paganini María. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. *Rev bioét* [Internet]. 2019 [citado 22 de marzo de 2023];27(4):699-710. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
 32. Bázquez Salvador, Estrada Ciro, Sánchez Heiberg. Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed* [Internet]. 2019 [citado 22 de marzo de 2023];23(1):131-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000100131&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 33. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. OMS. 2020 [citado 22 de marzo de 2023]. p. 1-3. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
 34. Ministerio de Salud Publica. Guía de cuidados paliativos para el ciudadano. MSP. 2014;
 35. Navarro G, Blanco A, Pérez M. Evolución de la opinión de los familiares sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ancianos. *Med Interna México* [Internet]. 2021 [citado 22 de marzo de 2023];37(1):45-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98472>
 36. García Begoña, García Isidro. Toma de decisiones para la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Persona y Bioética* [Internet]. 28 de marzo de 2023 [citado 15 de abril de 2023];27(1):e2713. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/18939>
 37. Hortal Carmona Joaquín, Padilla Bernáldez Javier, Melguizo Jiménez Miguel. La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia. *Gac Sanit* [Internet]. 15 de abril de 2022 [citado 2 de abril de 2023];35(6):525-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.006>
 38. Casagrande Cecilia, Soto Juan Pablo, Gómez Haedo Milagros. Estrés laboral en los intensivistas de Uruguay. *Rev Médica del Uruguay* [Internet]. 22 de junio de 2022 [citado 4 de abril de 2023];38(1). Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902022000101206&lng=es&nrm=iso&tlng=es

39. Bettancourt Ortega Lorena Paola, Gonzalez Nahuelquin Cibeles Andrea, Gundelach Gonzalez Paulina Cecilia. Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos. *Horiz enferm* [Internet]. 2019 [citado 10 de abril de 2023];30(1):61-75. Disponible en: <http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11880/11776>
40. Hernández S, Carrillo A, Augusto C. Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 1 de octubre de 2020;31(4):170-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300298>
41. Bernat Carreras Marcos, Esquerda Areste Montse, Ramos Pozón Sergio. Formación en comunicación para profesionales sanitarios. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 4 de abril de 2023];(52):29-44. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Sánchez Micaela, Pedreño Marina, Ponce Ana, Navarro Fernando. Y, al principio, fue la pregunta de investigación ... : los formatos PICO, PECO, SPIDER y FINER. *Espiral Cuadernos del profesorado* [Internet]. 23 de marzo de 2023 [citado 18 de abril de 2023];16(32):126-36. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/250243>
43. Salamanca Ana. Checklist para autores y checklist para lectores: diferentes herramientas con diferentes objetivos. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, ISSN-e 1697-218X, N° 99, 2019 [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2023];(99):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7125323&info=resumen&idioma=SPA>
44. CÁRDENAS CÁRDENAS JOHN LIDEMBERTO. Factores determinantes para la toma de decisiones complejas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Una mirada desde los cuidados paliativos. *Acta Medica Colomb* [Internet]. 9 de septiembre de 2022 [citado 10 de abril de 2023];47(2):24-8. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482022000200024&lng=en&nrm=iso&tlng=es

45. Carreño Cecibel, Veliz Ingebord. Limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes terminales: Artículo de Revisión. Polo del Conoc [Internet]. 18 de agosto de 2022 [citado 20 de marzo de 2023];7(8):109-1829. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4488/html>
46. Santana-Padilla YG, Santana-Cabrera L, Bernat-Adell MD, Linares-Pérez T, Alemán-González J, Acosta-Rodríguez RF. Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico. Enfermería Intensiva. 1 de octubre de 2019;30(4):181-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239919300665>
47. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. Ley Orgánica de Salud (Última Reforma 29-04-2022). Asam Nac [Internet]. 29 de abril de 2022 [citado 22 de junio de 2023]; Disponible en: <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>
48. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. Regist Of [Internet]. 2008 [citado 22 de junio de 2023];449(20):25-2021. Disponible en: www.lexis.com.ec
49. Herdman T, Kamitsuru Shigemi, Takáo Camila. DIAGNOSTICOS ENFERMERÍA Definiciones y clasificación. 2021. 339-952 p.
50. Moorhead Sue, Swanson Elizabeth, Johnson Marion. Clasificación completa de resultados de enfermería NOC 2018 (6º edición) [Internet]. Elsevier. 2018 [citado 22 de junio de 2023]. p. 1-668. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/>
51. Morales Valdés Gonzalo, Alvarado Romero Tatiana, Zuleta Castro Rodrigo. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. Rev Chil pediatría [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 9 de abril de 2023];87(2):116-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

TABLA 1. Aspectos emocionales y éticos de la adecuación del esfuerzo terapéutico

TÍTULO	AUTOR	AÑO	PAÍS	PRINCIPALES HALLAZGOS
Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos.	Hurtado Rojas ML, Valderra ma Saña LM, Ruiz Oliva TE.	2020	Perú	<ul style="list-style-type: none"> ● Actualmente no se cuenta con una guía o protocolo de aplicación de la LET. Como apoyo en la deliberación de cómo proceder en estas situaciones piden la colaboración al comité de ética asistencial en los establecimientos que cuentan con este, como lo indica el Artículo 17 de la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes en cuanto a acciones vinculadas con la atención de salud. ● Las enfermeras enfocan su rol en brindar un buen morir a la persona, se preocupan por el bienestar en el proceso de muerte. Concuerdan en que es fundamental otorgar una atención holística durante todo el proceso de la AET. ● Las enfermeras consideran importante plasmar una actitud empática en cada acción realizada, como agente mediador con la familia fomentando la visión humanizadora y ética de los cuidados.

				<ul style="list-style-type: none"> ● La gente se vuelve fría en relación a la rutina, a nadie le importa si el paciente se muere. ● La enfermera ve, siente y percibe la subjetividad del cuidado brindado a la persona en estado de gravedad, sin embargo, el rol desempeñado en la toma de decisiones al final de la vida, es de forma invisible y casi imperceptible por el resto del equipo de salud y la familia, puesto que se realiza en forma de sugerencias basada mayormente en la experiencia de la enfermera/o. ● El personal de enfermería demuestra temor, tristeza, miedo y confusión con la práctica de AET en pacientes con enfermedades avanzadas, influenciado por sus valores como seres humanos y también al tener contacto directo al aplicar cuidados hacia el buen morir y más cuando practican su religión indicando que solo Dios es quién puede decidir en la vida o muerte de alguien. ● En situaciones cuando la muerte es inminente, en el equipo enfermero se genera un sentido de insatisfacción, alterando en su ética y misión que es el salvar vidas.⁽⁹⁾
--	--	--	--	--

Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir.	Montenegro C, Maldonado F.	2021	Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuestionamiento de si están en lo correcto al brindar un tratamiento cuando éste es desproporcionado para la situación médica del paciente, pues debe existir un balance entre lo que se puede, lo que se quiere y lo que se debe hacer, basándose en los principios bioéticos, ya que por encima de la ciencia debe estar siempre el bienestar, la dignidad, el respeto a la vida del paciente.⁽¹⁸⁾
Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico.	Bárzaga S, Estrada C, Sánchez H, et al.	2019	Cuba	<ul style="list-style-type: none"> ● Existe un porcentaje considerable que no se encuentran a favor de aplicar la AET además mencionan que es de mucha importancia tener información acerca de la bioética para tener una orientación al momento de decidir sobre la AET ya que se encuentran inmersos aspectos desde culturales hasta económicos. Se hace mención a una frase muy acertada: “ante pacientes en estado terminal, ser capaces de aliviar, consolar y tranquilizar” es decir el personal de salud debe proteger la calidad de vida y preservar la dignidad del paciente.⁽³²⁾
Limitación del esfuerzo terapéutico	Morales G,	2018	Chile	<ul style="list-style-type: none"> ● A pesar de existir comité de ética, un porcentaje importante de los

<p>en cuidados intensivos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico.</p>	<p>Alvarado T, Zuleta R.</p>			<p>participantes nunca solicita su consulta, lo cual puede reflejar la falta de capacitación en bioética.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La familia tiene un papel activo en la toma de decisiones, dejando constancia escrita firmada. ● Dejar constancia en la ficha clínica de los procesos de LET: conformidad de la familia y las decisiones tomadas en equipo, además de constituir una buena práctica clínica, contribuye a una percepción positiva ante los jueces si el caso trasciende a tribunales. ● Si la limitación se refiere a órdenes de no reanimación o suspensión del soporte vital, estas deben ser visibles para ser respetadas por otros médicos que no conozcan al paciente. ● Recurrir a la justicia por conflictos éticos es excepcional, debiéndose utilizar este recurso en situaciones donde hay discrepancias irresolubles entre los implicados y que podrían tener consecuencias legales. ● Las formas más frecuentes de LET en nuestras unidades son la orden de no reanimar, la limitación de ingresos en la UCI y la no instauración de determinados tratamientos. A pesar
---	------------------------------	--	--	---

				<p>de no existir diferencias éticas ni legales entre no instaurar y retirar un determinado tratamiento, un alto porcentaje de encuestados indica que retirar un tratamiento es más perturbador que su abstención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Resulta positivo que un porcentaje de médicos tienen formación en bioética que repercute en su quehacer diario. (51)
Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico. Fundamento y procedimiento.	Bernadá M, Notejane M.	2022	Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ● El Código de Ética Médica establece que <i>“en etapas terminales de la enfermedad no es ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean innecesarios y eventualmente perjudiciales para su calidad de vida”</i>. ● Previamente a la opción para aplicar la AET, la bioética evalúa en cada situación la no maleficencia, justicia y beneficencia en un marco de respeto a la autonomía del paciente.⁽¹²⁾

TABLA 2. Recomendaciones de los profesionales que participan en la aplicación de la AET

TÍTULO	AUTOR	AÑO	PAÍS	PRINCIPALES HALLAZGOS
Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos.	Hurtado Rojas ML, Valderrama Saña LM, Ruiz Oliva TE.	2020	Perú	<ul style="list-style-type: none"> ● El equipo enfermero ayuda a aclarar la situación siendo los abogados de los deseos del paciente, es decir, defienden su estado, velan por su bienestar y el de la familia favoreciendo la toma de decisiones del médico iniciando la discusión y propuesta al considerar la aplicación de AET. ● Los familiares del paciente consideran a enfermería como los responsables de brindar soporte vital, de ayudar a entender la situación clínica, de entregar información veraz y comprensible, facilitando el proceso de toma de decisiones y aceptación de la muerte.⁽⁹⁾
Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos.	Hernández S, Carrillo A, Torres C, et al.	2019	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ● Con respecto a los cuidados del paciente al final de la vida y de sus familiares, los profesionales desempeñan sus diferentes actividades con el fin de preservar la calidad de vida en el transcurso de la estancia en UCI.

				<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las intervenciones enfermeras se incluye el satisfacer las necesidades que pueden ser físicas, emocionales (tristeza, llanto, impotencia) y espirituales, para identificarlas se propone implementar instrumentos de valoración para cada necesidad alterada. • En este contexto, se plantea desarrollar guías basadas en la evidencia científica que faciliten el manejo multidisciplinar al final de la vida, la personalización de la atención, la comunicación efectiva, así como las necesidades del paciente.⁽⁴⁰⁾
Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados intensivos: opinión y actitud de los profesionales.	López R, Jimenez E, Osorio S, et al.	2020	España	<ul style="list-style-type: none"> • Por parte de los médicos, consideran que antes de aplicar la AET se debe tener una reunión con todo el equipo de salud y con los familiares del paciente, por otro lado, el personal de enfermería afirma que nunca le consultan aun cuando son pacientes a su cargo. Aunque, en este estudio los profesionales dicen sentirse capacitados para tomar una

				<p>decisión de aplicar o no la AET, mencionan que muchas de las veces esta práctica se aplica en menos ocasiones de las que en verdad se requiere.⁽³⁰⁾</p>
<p>Factores determinantes para la toma de decisiones complejas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Una mirada desde los cuidados paliativos.</p>	<p>Cárdenas Cárdenas J.</p>	<p>2022</p>	<p>Uruguay</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos que determinan la aplicación de la AET se relacionan con el paciente y su entorno, como la disponibilidad de los recursos y el manejo correcto de la información sobre los cuidados. Por otro lado, al tratar con pacientes que cursan enfermedades más avanzadas o en fase final los factores para aplicar la AET son distintos, por ejemplo, se requiere de un profesional con capacidad de realizar actividades en el proceso de comunicación médico-paciente-familia teniendo como base los deseos del paciente.⁽⁴⁴⁾
<p>Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales.</p>	<p>Muñoz J, Núñez M, Espadas M, et al.</p>	<p>2020</p>	<p>España</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la práctica asistencial los profesionales deben aplicar una evaluación ética a los pacientes ya que en un mayor porcentaje se encuentran en contra de terapias que no tienen

				ningún fin de recuperación de la enfermedad por ende se encuentran a favor de una muerte digna. ⁽²⁰⁾
Opinión de los profesionales de la salud sobre un documento de registro de directivas de adecuación de esfuerzo terapéutico.	Bernadá M, Notejane M, Martínez R, et al.	2020	Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales de la salud mencionan que es importante contar con registros de la AET, puesto que, al enfrentarse a esta práctica se han encontrado con algunas complicaciones o dudas éticas, clínicas, legales y dificultades atribuidas a los familiares pues al encontrarse en un momento de angustia por lo general solicitan “hacer todo”. ⁽¹⁵⁾
Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos.	Oliveira M, Paganini M.	2019	Brasil	<p>En cada área de la salud a los cuidados paliativos se los manejan mediante actividades desarrolladas por diferentes profesionales tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicos de enfermería: Integrar los cuidados paliativos en un modelo de atención integral y humanizadora basándose en la solidaridad y el respeto . • Enfermería: Administrar medicación según prescripción médica, control de síntomas,

				<p>alivio del dolor, comunicación paciente-familia, mediar en la relación entre el equipo multiprofesional con el paciente/familia y respetar la privacidad y la voluntad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trabajador social: Conocer la historia del paciente y de la familia a fin de orientar al equipo de salud a la toma de decisiones, fortalece las relaciones y proporciona los recursos necesarios para que el paciente tenga una muerte digna junto a su familia. ● Psicólogo: Trata y reduce la depresión, ansiedad, el sufrimiento ante la muerte y brinda apoyo emocional en las diferentes fases de la enfermedad, así como el duelo anticipado. ● Fisioterapeuta: Facilita la adaptación a la pérdida progresiva de funcionalidad o hasta la llegada de la muerte realizando ejercicios y terapia manual con el objetivo de proporcionar al paciente alivio
--	--	--	--	--

				<p>del sufrimiento, del dolor y de síntomas estresantes y así permanezca lo más activo posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Médico: Decide la aplicación de la AET, proporciona a todo el equipo sanitario la información y las actividades a realizar, garantiza que la atención alcance todos los aspectos biopsicosociales y espirituales del paciente y de su familia, informa al paciente y familia sobre el cuadro clínico⁽³¹⁾
<p>Evaluación del conocimiento y práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en personal asistencial de una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de Medellín 2018.</p>	<p>Vallejo L, Palacio AM, Marulanda V, et al.</p>	<p>2020</p>	<p>Colombia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Según en el estudio de referencia, la AET, por el equipo de salud no es tan conocida, en cuanto a las personas conocedoras del tema mencionaron que entre algunas acciones de la AET se encuentra el realizar la higiene del enfermo, cambios de posiciones, aplicar la analgesia y sedación, pero también es importante no realizar RCP, transfusión, realizar diálisis o administrar antibióticos y se demuestra un rechazo total por la ventilación mecánica. Se

				observa un porcentaje bajo al momento de hablar si consultan con entre colegas la decisión de AET. ⁽¹⁰⁾
Formación en comunicación para profesionales sanitarios.	Carreras Marcos B, Esquerda Areste M, Ramos Pozón S.	2021	España	<ul style="list-style-type: none"> El personal de salud debe poseer conocimientos, actitudes y habilidades comunicativas y relacionales aplicables en situaciones complejas, conversaciones difíciles y comunicación de malas noticias.⁽⁴¹⁾
Limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes terminales: Artículo de Revisión.	Cevallos Carreño CC, Veliz Zevallos JJ.	2022	Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> Es de suma importancia establecer protocolos que ayuden a saber cuándo aplicar la AET, así el rol de enfermería no sería subestimado sino al contrario sería más concreto en cuanto a la decisión y práctica de la AET.⁽⁴⁵⁾

TABLA 3. Dificultades asociadas a la aplicación de la AET

TÍTULO	AUTOR	AÑO	PAÍS	PRINCIPALES HALLAZGOS
Estrés laboral en los intensivistas de Uruguay	Casagrande C, Soto JP, Gómez M.	2022	Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> El estrés laboral en UCI se genera por la carga de trabajo, relación entre profesionales de salud y con el paciente-familia, así como la ejecución de maniobras invasivas. Este estudio determinó una carga laboral semanal en UCI de 48 (36-60) horas, correspondiendo a trabajo nocturno 24 (12-24) horas. El nivel de estrés total fue de 53 (44-65) puntos y según nivel de severidad se encontró que 5% presenta estrés mínimo, 63% estrés moderado y 32% estrés severo en personal joven asociado a una carga laboral semanal mayor de 40 horas.⁽³⁸⁾
Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo de pacientes terminales ingresados en un hospital de III nivel.	Hernández Bello E, Gasch Gallén A.	2020	España	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los pacientes que ingresan en un hospital general y requieren CP no son identificados como AET, por ende una de las dificultades es que no existen registros en las historias clínicas tanto de la condición de pacientes terminales como de las órdenes

				de no reanimar, dando resultado no tener una orden de aplicar o no la AET. ⁽²⁹⁾
Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos	Bettancourt Ortega LP, González Nahuelquin CA, Gundelach González PC.	2019	Chile	<ul style="list-style-type: none"> Según la experiencia enfermera en cuanto la AET en UCI el rol de enfermería es confuso en la toma de decisión relacionado a la AET ya que al decidir si aplicar AET no son tomadas en cuenta ya sea por no poseer conocimientos, por automarginación o por no ser consideradas por el equipo, pero se recompensa al momento del cuidado al final de la vida ya que ellas son las que brindan los cuidados y tienen una relación más estrecha con el paciente, otra dificultad mencionada en este estudio es la falta de protocolos que guíen al personal sanitario y eviten el sufrimiento innecesario del paciente.⁽³⁹⁾
Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico.	Santana Padilla YG, Santana Cabrera L, Bernat Adell MD, et al.	2019	España	<ul style="list-style-type: none"> En este estudio las enfermeras mencionan que la formación previa y sus competencias eran insuficientes siendo así una dificultad al momento de decidir la aplicación de la AET, por

				<p>tanto, al aplicar los cuidados y medidas de soporte terapéutico en un inicio era todo un reto pues atienden a pacientes críticos en UCI. Dando como resultado una necesidad de capacitación en el tema y en los equipos a usar en la UCI⁽⁴⁶⁾</p>
<p>Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico. Fundamento y procedimiento.</p>	<p>Bernadá M, Notejane M.</p>	<p>2022</p>	<p>Uruguay</p>	<ul style="list-style-type: none"> Al decidir la AET uno de los principales obstáculos que por general se presenta es la mala comunicación entre el equipo de salud debido a la demanda de especialistas implicados, ya que cada uno de ellos cuenta con diferente experiencia, creencia y es fiel a su ética y legalidad del procedimiento, además otra dificultad es la difícil comunicación con los familiares y el paciente pues se encuentran en una situación compleja llevándolos hasta a olvidarse de la dignidad del mismo .⁽¹²⁾
<p>Cuidado enfermero a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Hurtado Rojas ML, Valderrama Saña LM, Ruiz Oliva</p>	<p>2020</p>	<p>Perú</p>	<ul style="list-style-type: none"> El personal de enfermería no está siendo consultado en el momento de hacer el juicio ético para tomar la decisión y son ellos quienes conocen la

	TE.			evolución y estado clínico del paciente al ejercer cuidados directos diariamente, ellos están encargados de la ejecución de actividades que implica la aplicación de AET, es decir está en una dificultad que incluso lleva a decir que no se toman en cuenta los deseos del paciente. ⁽⁹⁾
--	-----	--	--	---

TABLA 4. Estrategias orientadas al sostén emocional al profesional sanitario frente a la aplicación de la AET

TÍTULO	AUTOR	AÑO	PAÍS	PRINCIPALES HALLAZGOS
Estrés laboral en los intensivistas de Uruguay	Casagrande C, Soto JP, Gómez M.	2022	Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ● Diseñar estrategias tendientes a reducir el impacto del estrés laboral en UCI. ● Evaluar el efecto de factores organizacionales en el desarrollo del estrés laboral. ● Valorar el impacto de los conflictos, las decisiones de la AET o la percepción de cuidados desproporcionados en el desarrollo del estrés laboral.⁽³⁸⁾
Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico.	Santana Padilla YG, Santana Cabrera L, Bernat Adell MD, et al.	2019	España	<ul style="list-style-type: none"> ● La formación completa, dirigida y continua en temas sobre medidas de soporte, cuidados y afrontamiento sobre la AET junto con la experiencia son determinantes para poder desarrollar efectivamente la labor de enfermería en UCI.⁽⁴⁶⁾
Formación en comunicación para profesionales sanitarios.	Carreras Marcos B, Esquerda Areste M, Ramos Pozón	2021	España	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar programas formativos basados en la simulación e intervención en el cuidado a pacientes críticos que son sensibles a las señales de

	S.			<p>amabilidad y de descortesía, por ello durante la comunicación se debe evitar usar respuestas o actitudes apáticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Durante la formación académica a los profesionales sanitarios se debe incentivar la posibilidad de crear un vínculo emotivo ante el contacto con un paciente. ● Entrenar al alumnado sanitario en estrategias para su autogestión, afrontamiento y regulación de emociones, manteniendo un equilibrio entre no acercarse al sufrimiento en exceso y tampoco alejarse en exceso del mismo. ● Humanizar la atención sanitaria aplicando correctamente habilidades de comunicación, relación y empatía.⁽⁴¹⁾
--	----	--	--	---