



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS

HUMANIZED NURSING CARE IN PATIENTS WITH LIMITATION OF  
THERAPEUTIC EFFORT IN THE INTENSIVE CARE UNIT

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**AUTOR**

LIC. LESLY MELINA QUISPE GARRO

**ASESORA**

MG. PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO

LIMA-PERÚ

**2021**

**ASESORA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

**MG. PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO**

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-5129-5609

## **DEDICATORIA**

A mis padres, que confiaron en mí en todo momento, por su apoyo constante en toda mi vida sin esperar nada a cambio, motivándome a perseguir mis sueños y metas.

A todos los docentes que en algún momento participaron en el enriquecimiento de los conocimientos de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida personal y profesional, a mis docentes que contribuyeron en la realización del presente trabajo académico.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

La presente investigación fue autofinanciada.

## **DECLARACIÓN DEL AUTOR**

La presente investigación titulada “Cuidado humanizado de enfermería en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos”, fue seleccionado para la obtención del título de segunda especialidad en enfermería en cuidado intensivos, es un trabajo original y que se realizó siguiendo las pautas establecidas por la facultad.

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y Métodos	9
IV. Resultados	10
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	16
VII. Referencias Bibliográficas	17
Anexos	

## RESUMEN

Las unidades de cuidados intensivos son un área altamente tecnificado, en donde el profesional de salud busca salvaguardar la vida de la persona, sin embargo, en ocasiones a pesar de los esfuerzos extraordinarios que se realizan no es posible la recuperación del paciente, es allí donde según evaluaciones pertinentes deciden limitar esfuerzos terapéuticos. **Objetivo:** analizar la información sobre el cuidado humanizado de enfermería brindado a los pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de: Scielo, Pubmed, Lilacs, Redalyc; asimismo, se indagó en la Revista de científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, Elsevier. **Resultados:** tras la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 20 artículos científicos, comprendidos entre el 2014 -2021, se encontró que el cuidado que se brinda en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico es humanizado, las principales causas de limitación del esfuerzo terapéutico son calidad de vida del paciente, esfuerzos fútiles, mayor edad, etapa terminal o avanzada de la enfermedad y que no existen protocolos para la atención en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico. **Conclusión:** el cuidado de enfermería en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico debe continuar siendo humanizado, la enfermera es la principal defensora del paciente y más aun encontrándose muy vulnerable, por ello busca realzar su dignidad humana, garantizando que tenga una muerte digna y acompañada. **Palabras Clave:** “cuidado humanizado”, “limitación del esfuerzo terapéutico”, “cuidados de enfermería”, “cuidados al final de la vida”, “enfermería”, “unidad de cuidados intensivos”.

## ABSTRACT

Intensive care units are a highly technical area, where the health professional seeks to safeguard the life of the person, however, sometimes despite the extraordinary efforts that are made, the recovery of the patient is not possible, it is there where according to pertinent evaluations they decide to limit therapeutic efforts. **Objective:** to analyze the information on humanized nursing care provided to patients with limited therapeutic effort in the intensive care unit. **Methodology:** a bibliographic review was carried out in the databases of: Scielo, Pubmed, Lilacs, Redalyc; likewise, the Scientific Journal of the Official College of Nursing of Valencia, Elsevier, was investigated. **Results:** after the bibliographic search, 20 scientific articles were selected, between 2014 -2021, it was found that the care provided in patients with limitation of therapeutic effort is humanized, the main causes of limitation of therapeutic effort are quality of life of the patient, futile efforts, older age, terminal or advanced stage of the disease and that there are no protocols for care in patients with limited therapeutic effort. **Conclusion:** nursing care in patients with limited therapeutic effort must continue to be humanized, the nurse is the main defender of the patient and even more so when she is very vulnerable, therefore she seeks to enhance her human dignity, guaranteeing that she has a dignified and accompanied death. **Keywords:** "humanized care", "limitation of therapeutic effort", "nursing care", "care at the end of life", "nursing", "intensive care unit".

## I. INTRODUCCIÓN

Durante muchos años con el desarrollo de la ciencia, la tecnología y los avances de la evidencia científica se ha logrado contribuir en la recuperación de la salud de muchas personas; así también, como en su mejora de la calidad de vida, pero en ocasiones a pesar de todos los esfuerzos humanamente posible la salud de algunos pacientes ya no es recuperable y solamente está dirigida a lograr su supervivencia apoyada con toda la tecnología disponible, logrando la prolongación de la vida (1), y en estas situaciones donde razonablemente el pronóstico del paciente es catastrófico o merma totalmente su calidad de vida nace el concepto de la limitación del esfuerzo terapéutico.

Si bien la definición de limitación del esfuerzo terapéutico, no está consignada como tal en el código penal peruano; pero sí estipulan, la eutanasia pasiva (2), situación en la que la persona no desea seguir con su tratamiento, ni la administración de medicamentos que puedan mantenerla con vida, por lo que debe diferenciarse claramente ambos conceptos, asimismo ninguna de ellas es sancionada penalmente, porque no se viola en ningún momento dicho código penal peruano.

Es por ello que cuando la evolución de un paciente crítico es completamente desfavorable y la muerte del paciente es inevitable a pesar de todo lo realizado, mediante una junta médica e información debida a la familia, se toma la decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos en algunos pacientes y de esta manera no realizar un

encarnizamiento terapéutico y permitiendo al paciente tener una muerte digna y rodeado de su familia.

La limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos, se basa en la no implementación o la restricción de nuevas medidas terapéuticas que no tengan ninguna futilidad en el paciente (3); como, por ejemplo: la no reanimación, no brindar asistencia ventilatoria artificial (si es que no la tenía), técnicas de diálisis, administración de algunos fármacos, transfusiones, entre otros (4).

Debe quedar claro que la decisión de limitar esfuerzos terapéuticos no incluye de ninguna manera limitar el cuidado de enfermería porque este continúa hasta el final de la vida de la persona. En esta etapa el cuidado humanizado se enfoca en el acompañamiento para una muerte digna (5), cuidados que son sustentados en teorías de enfermería tales como: la teoría de confort desarrollada por Katharina Kolcaba (6); sustenta que, las necesidades de los pacientes que se encuentran en la etapa final de la vida y que son satisfechas por la enfermera, tiene que basarse principalmente en el confort de la persona, y para realizarlo correctamente y así se logre acciones reconfortantes y que incrementen la comodidad de la persona, es necesario valorar 4 contextos como son: el físico, psico-espiritual, ambiental y el socio-cultural; para que así esta valoración sea holística permitiendo desarrollar intervenciones que favorezcan tanto al sujeto (paciente) como a la familia.

La segunda teoría que fortalece el cuidado de enfermería al final de la vida es la teoría desarrollada por Ruland y Moore (7), la cual se denomina Teoría al final de vida

tranquilo, el cual postula que mediante una valoración integral de la persona se logre reconocer las necesidades y demandas tanto del paciente como de su familia para poder satisfacerlas, se basa en brindar cuidados dirigidos a que el paciente no sienta dolor, se controle o disminuya las incomodidades físicas, el brindar apoyo emocional, tranquilidad y apoyo espiritual que van a contribuir a un final de vida tranquilo, con dignidad, respeto y en paz, respetando los deseos de la familia y haciéndoles participe de todo el proceso.

Jean Watson, quien sustenta el cuidado humanizado se refiere que la enfermera tiene que tratar al paciente respetando todas las esferas que lo conforman y así poder trascender en el cuidado, pues la enfermera busca proteger y realzar la dignidad humana de allí la definición del cuidado humanizado, como la importancia de la consecución del equilibrio entre el cuerpo, el alma y mente de la persona logrando así una armonía el cual generará respeto hacia uno mismo y el autnocimiento, pero para ello es vital el apoyo del personal de enfermería con un trato empático, digno y sobre todo un cuidado basado en valores (8).

En la unidad de cuidados intensivos, en ocasiones la enfermera se enfrenta a situaciones de limitación del esfuerzo terapéutico, y debe seguir brindando un cuidado integral a estos pacientes salvaguardando la dignidad del paciente, garantizando una muerte respetuosa con integración de la familia durante el proceso (9).

En este trabajo académico se busca analizar y reunir información reciente sobre el cuidado humanizado de enfermería en los pacientes con limitación del esfuerzo

terapéutico en la unidad de cuidados intensivos pues los resultados fortalecerán los conocimientos de enfermería y ayudarán a garantizar la calidad de cuidados al paciente y familia en esta etapa de la vida.

## **II. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar el cuidado humanizado de enfermería brindado a los pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las causas más frecuentes de limitación del esfuerzo terapéutico de pacientes en la unidad de cuidados intensivos.
- Describir el cuidado de enfermería en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos.
- Describir los modelos de atención de enfermería que se aplica en paciente con limitación del esfuerzo terapéutico.

**CUIDADO HUMANIZADO** Según Jean Watson, en su Teoría del Cuidado Humanizado, menciona que el cuidado que brinda el enfermero tiene que integrar las diferentes esferas que sustentan su quehacer, como son, la asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado que brinda es entonces un cuidado especial, catalogado como cuidado humano, ya que busca proteger y realzar la dignidad humana, pero para que ello se dé es necesario que el enfermero realice un compromiso moral para que así con ello pueda trascender en el cuidado (10).

Watson interpreta el cuidado como un proceso intersubjetivo, en el cual se da la interacción de la enfermera y la persona cuidada. Menciona la existencia del binomio cuidar/sanar, en donde este binomio busca resaltar y mantener la dignidad humana y que mediante ello se dé o no la sanación de la persona siempre prevalezca el cuidado humanizado; es la persona que recibe los cuidados quien debe favorecer la direccionalidad del proceso terapéutico (11). Esta teórica incorpora el concepto de espiritualidad a las dimensiones corporal y mental de la persona, para así poder cuidar a la persona en su totalidad, ofreciendo un cuidado de calidad y humanizado, lo que permite que se conozca la esencia del trabajo de la enfermera (12).

La humanización del sector salud según Gabriel Heras (13), uno de los personajes más resaltantes en el proyecto para la Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI), menciona que la humanización es todo un proceso que tiene como eje principal el respeto del paciente para así preservar su dignidad y valores como persona, teniendo

en demasía la importancia del paciente, su familia y los profesionales que intervengan en su cuidado, logrando así que dichos profesionales de la salud también se vean beneficiados con el regocijo de su vocación como funcionario de la salud (14).

El cuidado humanizado en cuanto a la atención directa del paciente en la unidad de cuidados intensivos se conforma por:

- **Bienestar del paciente:** Esta premisa resalta la importancia de mitigar aquellas situaciones internas y externas que generen disconfort en el paciente, la propia infraestructura, ambiente de una uci que genera temor, aislamiento, disminución de intimidad y dignidad que son percibido por el paciente, aunando a ello los procedimientos propios dentro de una unidad critica, por tal motivo se busca tratar de minimizarlos, evitar que el paciente sienta dolor, y en aquellos casos que el paciente que a pesar de todo lo que se hubiese realizado y no hay mejoría evidente y la curación no es posible se debe incrementar aún más los esfuerzos para lograr su bienestar espiritual y mental acompañándolo en los últimos momentos de vida (15).
- **Cuidados al final de la vida:** La unidad de cuidados intensivos fueron instauradas con la finalidad de evitar la muerte en paciente críticamente enfermos pero como es sabido muchas veces no ocurre ello y por más esfuerzos médicos y tecnológicos no es posible recuperar esa vida, y es ahí donde los cuidados paliativos y la limitación de esfuerzo terapéuticos son considerados con la finalidad que el paciente muera de manera digna y respetuosa libre de dolor y sufrimiento,

disminuyendo el proceso de duelo en la familia por medio de una comunicación veraz y asertiva (16).

## **LIMITACIÓN DEL ESFUERZO DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

La limitación del esfuerzo terapéutico, significa la suspensión o restricción de nueva terapéutica, los cuales no tendrían ningún beneficio en el paciente (17).

## **PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.**

Los principios bioéticos que se originan en la unidad de cuidados intensivos debido al estado crítico del paciente hacen que el personal médico tome decisiones de urgencia según la evolución del paciente, los cuales brindan fundamento metodológico en el actuar, los cuales son (18):

- a. No Maleficencia:** significa en no hacer daño. Este principio no se respeta en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, cuando el profesional de la salud decide se somete al paciente terminal o con muchas enfermedades de comorbilidad, pacientes irrecuperables a tratamiento y/o maniobras que en vez de ocasionar alguna mejoría sólo logra un proceso largo de agonía, causando así una muerte indigna.

- b. Beneficencia:** este principio lo aplican los profesionales de la salud, los cuales buscan mejorar la salud del paciente, preservarle la vida y aliviar su sufrimiento. Este principio se ve violado cuando a pesar del esfuerzo del equipo multidisciplinario el diagnóstico y/o evolución de paciente es irreversible y en vez de aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico se realiza encarnizamiento del paciente.
- c. Autonomía:** es el principio se aplica al respetar las decisiones del paciente si es que fuese capaz de manifestarlo, sino del familiar directo responsable; por ejemplo, en situaciones en el que corre riesgo la vida de la persona. En las últimas décadas se usa el consentimiento informado para respetar este principio, y en caso se haga caso omiso a los deseos del paciente o familiar se violaría este principio de la bioética.
- d. Justicia:** este principio se aplica cuando el personal de salud brinda atención especializada de igual forma, sin tipo de discriminación a los pacientes. En algunos casos cuando la salud del paciente es irrecuperable y se le mantiene encarnizándolo, haciendo uso ineficiente de materiales y/o equipos que son siempre limitados lo que ocasiona inequidad en los servicios de salud.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 Metodología**

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de: Scielo, Pubmed, Lilacs, Redalyc; asimismo, se indagó en la Revista de científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, Elsevier. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: “cuidado humanizado”, “limitación del esfuerzo terapéutico”, “cuidados de enfermería”, “cuidados al final de la vida”, “enfermería”, “unidad de cuidados intensivos”. Se utilizaron los operadores booleanos de “AND” y “OR”.

Las publicaciones se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión: artículos científicos completos, publicaciones con una antigüedad no superior de 8 años, desde el 2014 – 2021. Se encontraron 64 artículos de los cuales se seleccionaron 20 que cumplían con los criterios de inclusión.

#### **IV. RESULTADOS**

Según el año de publicación de los 20 artículos seleccionados se distribuyen de la siguiente manera: 6 fueron publicadas entre el año 2014 - 2015, 4 entre el año 2016 - 2017, 8 entre los años 2018 - 2019, y 2 entre los años 2020 - 2021. (Ver Tabla N° 1)

De los artículos seleccionados que aportaron a este trabajo académico, 9 artículos corresponden a la base de datos de Pubmed; 5 a la base de datos Scielo, 1 a Lilacs, 1 a Redalyc y 4 en otras fuentes de revistas científicas como Elsevier y la revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. (Ver Tabla N° 2)

En relación al diseño metodológico, 10 son investigaciones cualitativas; 5 son revisiones bibliográficas; 2 son investigaciones integrativas; 2 son investigaciones cuali-cuantitativas y 1 es un estudio observacional. (Ver Tabla N° 3). Asimismo 11 publicaciones son en idioma español y 9 publicaciones en idioma inglés.

Según el país de publicación, 5 artículos son de España, 2 de Colombia, 2 de Canadá, 2 de Chile, 1 de Cuba, 1 de Inglaterra, 1 de Sudáfrica, 1 de Australia, 1 de Nueva Zelanda, 1 de Países Bajos, 1 de Líbano, 1 de Uruguay y 1 de Francia. (Ver Tabla N° 4)

En relación a las causas de limitación del esfuerzo terapéutico este dato solo se encontró en 7 de las 20 publicaciones seleccionadas, las principales causas de limitar esfuerzos terapéuticos en los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son: Calidad de vida del paciente, nombrado en 2 artículos; esfuerzos fútiles, nombrado en 2 artículos; mayor edad, nombrado en 1 artículo; etapa avanzada o etapa terminal de una enfermedad, nombrado en 1 artículo; percepción de tratamiento no beneficioso expresado por la familia, nombrado en 1 artículo. (Ver Tabla N° 5)

En relación al segundo objetivo específico sobre el cuidado de enfermería para pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI, se encontraron datos en 12 investigaciones; donde se evidencia que el cuidado brindado por la enfermera a pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico fue humanizado (11 investigaciones), pues la enfermera es capaz de detectar las necesidades insatisfechas tanto del paciente en su etapa final de la vida como de su familia basándose en una comunicación asertiva con la familia para poder brindar una muerte tranquila y digna del paciente, así mismo lograr que la familia pueda llevar un duelo tranquilo. Solo una investigación calificó al cuidado brindado por la enfermera como deshumanizado debido a la alta tecnología que rodea la unidad de cuidados intensivos, la cosificación de los pacientes, catalogándolos como un número de cama o su patología, la comunicación altamente científica que la familia no logra comprender hace que la enfermera se desvincule del sentir del paciente y de la familia.

Respecto al tercer objetivo específico sobre la existencia de modelos de atención de enfermería para estos paciente con limitación del esfuerzo terapéutico, no se encontró información específica en los artículos seleccionados, en la actualidad no hay evidencia de protocolos estandarizados para la atención de este tipo de pacientes, sin embargo se interpreta en los artículos la aplicación del cuidado humanizado, ya que hacen participe de los 3 pilares fundamentales del ser humano, los que son el cuerpo, el alma y la mente de la persona, respetando el proceso de morir acompañado y con dignidad del paciente.

## V. DISCUSIÓN

En la actualidad con el avance de la ciencia, la unidad de cuidados intensivos se transformó un ambiente muy tecnificado, con equipos complejos y de alta gama que facilitan un monitoreo muy minucioso y benefician en la recuperación, tratamiento y/o soporte de vida del paciente, sin embargo; esa cantidad de equipos colocados en el paciente sumado a la cantidad de información que brindan, en ocasiones absorbe el tiempo de la enfermera en la recogida de estos datos, disminuyendo en consecuencia el tiempo en contacto con el paciente convirtiéndose en una dificultad para brindar un cuidado humanizado.

Durante la estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos, debido a su complejidad y/o gravedad de su estado patológico, en muchas ocasiones algunos de estos pacientes presentan un deterioro significativo de su salud llegando a tal punto de ser irreversible, por lo que según la evaluación médica y en un trabajo en conjunto con la familia concluyen en limitar esfuerzos terapéuticos del paciente (20). Según los artículos analizados, las causas más comunes de limitación del esfuerzo terapéutico están relacionadas con la calidad de vida del paciente como consecuencia de su enfermedad, esta causa es debido a las condiciones tanto físicas como psicológicas que deberá afrontar el paciente y la familia siendo muy limitante y concluyendo de igual forma en la muerte de la persona, por lo que en este caso limitar el esfuerzo terapéutico evitará acciones obstinadas que no generarán ninguna mejoría en el paciente, sino muy

por el contrario origina el encarnizamiento, es decir la prolongación de su vida de una forma no digna; otra causa se da cuando los esfuerzos terapéuticos ya no originan ningún bien, pues a pesar de todas las intervenciones y procedimientos que se aplican en el paciente, no se evidencia ninguna recuperación de su salud, se considera una causante de limitación porque la salud del paciente ya se encuentra muy comprometida y no es posible revertirla, pero aun así el profesional de enfermería continua cuidando del paciente hasta el final de sus días garantizando un estado de confort, creando las condiciones necesarias para su tranquilidad física, mental y espiritual.

La edad avanzada del paciente, es considerada otra causa, los esfuerzos que se puedan aplicar no generarán mejoría, porque aunado a su deteriorado estado de salud y la alta mortalidad que presentan, sólo se logra prolongar un inevitable proceso de muerte, y esto origina falta al principio de no maleficencia. Otra causa común es la etapa avanzada o terminal de una enfermedad (21) (22) (23), este caso se da cuando el paciente fallecerá en un tiempo muy cercano aun brindándosele soporte vital; y durante este proceso de toma de decisión se mantiene el respeto hacia el paciente aplicándose los principios de bioética.

A pesar de realizar la limitación de esfuerzos terapéuticos en los pacientes, el cuidado de enfermería continúa siendo humanizado, porque se respeta al ser humano inclusive en sus últimos días de vida, ofreciendo un cuidado basado en valores y respetando la

dignidad humana tanto del paciente como de la familia, razón por la cual no se limita en ningún momento (25); y a su vez, busca que el ambiente en el que se desarrolle los cuidados de enfermería sea confortable y tranquilo; motivo por el cual la enfermera es la clave en el proceso del final de la vida de la persona, como se sostiene en la Teoría del final de la vida tranquilo, cumpliendo su rol de velar por el acompañamiento emocional y espiritual del paciente y su familia (26) (27).

El cuidado de enfermería brindado a pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en el final de su vida, tiene como objetivo seguir siendo humanizada, actualmente no se cuenta con protocolos de actuación estandarizados ante estas situaciones, pero su implementación favorecería en brindar una atención equilibrada, integral, segura y de calidad, respetando los principios bioéticos adaptándose a la realidad, y cultura del paciente y su familia, pudiendo aplicarse valores humanos, sociales y espirituales, así mismo estos protocolos y/o guías van a permitir identificar las dificultades que puedan presentarse para brindar un cuidado humanizado pero de forma estructurada, logrando una cercanía de los familiares con el paciente y así permitir que el paciente tenga una muerte acompañada y respetando su integridad como persona hasta sus últimos días de vida.

## VI. CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico es humanizado, pues la enfermera al brindar su cuidado a este paciente busca realzar su dignidad humana, garantizando tengan una muerte tranquila y acompañada, satisfaciendo sus necesidades al final de la vida.

Las causas más frecuentes de limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos son: la calidad de vida del paciente consecuente a su estado patológico, cuando ya los esfuerzos son fútiles, mayor edad del paciente y una etapa avanzada o terminal de una enfermedad.

El cuidado que brinda enfermería en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico se describe como humanizado, y este cuidado también involucra a la familia, creando un ambiente de confianza y respeto el cual facilite que la familia asimile la muerte de su familiar como parte de su ciclo vital.

No se cuenta con protocolos o guías en el cuidado de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, pero su implementación garantiza la continuidad, seguridad y calidad del cuidado.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev. Clin. Esp. [Internet] 2012 [acceso 03 agosto de 2021]; 212 (3): 134–140. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122>
- 2- ¿Qué dice la ley sobre la eutanasia en Perú? [Internet]. Com.pe. 2021 [consultado el 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.radionacional.com.pe/novedades/que-hacer/que-dice-la-ley-sobre-la-eutanasia-en-peru>
- 3- Rincón M, Garzón F. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. Rev Latinoam Bioet. [Internet] 2015 [acceso 19 agosto de 2021]; 15 (29-2): 42. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022015000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022015000200004)
- 4- Falcó A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Enfermería Intensiva. [Internet] 2009 [acceso 09 agosto de 2021]; 20(3):104-109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-frente-limitacion-del-13141481>
- 5- Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M, Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima

- Callao, 2015. Revista de Enfermería Herediana. [Internet] 2017 [acceso 19 agosto de 2021]; 9(2):133. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- 6- Carrillo G, Gómez O, Arias, E. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Rev Latinoam Bioet. [Internet] 2016 [acceso 19 agosto de 2021];17(32-1):60-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>
- 7- Cruz O, Concepción MYE. La enfermera y los cuidados al final de la vida. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado 4 Setiembre 2021]; 34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>
- 8- Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enferm. [Internet] 2015 [citado 20 Setiembre 2021]; 31(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es).
- 9- Bueno MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enfermería Intensiva. [Internet] 2013 [citado 16 Setiembre 2021]; 24(4):167-174. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-aproximacion-S113023991300045X>
- 10- Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Rev Ciencia y Desarrollo. [Internet] 2011 [citado 1 Setiembre 2021]; 13: 53-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21503/cyd.v13i0.1151>

- 11- Olivé M, Isla M. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. Rev ROL Enferm [Internet] 2015 [citado 1 Setiembre 2021]; 38(2): 123-128. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>
  
- 12- Urra M, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería [Internet] 2011 2015 [citado 1 Setiembre 2021]; 17 ( 3 ): 11-22. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002)
  
- 13- Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Revista médica Clínica Las Condes. [Internet] 2019 [citado 4 Setiembre 2021]; 30(2):120–125. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0716864019300240&r=202>
  
- 14- Heras G. Aproximación al concepto de Humanización [Internet]. Proyectohuci.com. [citado 20 Setiembre 2021]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/aproximacion-al-concepto-de-humanizacion/>
  
- 15- Baeza, I. Quispe, L. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020 [citado 20 Setiembre 2021]; 48: 111-126. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/342387699\\_Proyecto\\_Humanizando\\_los\\_Cuidados\\_Intensivos\\_nuevo\\_paradigma\\_de\\_orientacion\\_de\\_los\\_Cuidados\\_Intensivos/fulltext/5ef1fc64299bf1c5c8dba86e/Proyecto-Humanizando-los-Cuidados-Intensivos-nuevo-paradigma-de-orientacion-de-los-Cuidados-Intensivos.pdf](https://www.researchgate.net/publication/342387699_Proyecto_Humanizando_los_Cuidados_Intensivos_nuevo_paradigma_de_orientacion_de_los_Cuidados_Intensivos/fulltext/5ef1fc64299bf1c5c8dba86e/Proyecto-Humanizando-los-Cuidados-Intensivos-nuevo-paradigma-de-orientacion-de-los-Cuidados-Intensivos.pdf)

- 16- Estella A, Velasco T, Saralegui I, Velasco J, Rubio O, Barrio M, Delgado M. Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2019 [citado 8 Setiembre 2021]; 43 (2): 61–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.08.008>
- 17- Fernández R, Baigorri F, Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Medicina Intensiva*. [Internet]. 2005 [citado 9 Setiembre 2021]; 29 (6): 338–341. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-cuidados-articulo-13078000>
- 18- Betancour G. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Rev Hum Med* [Internet]. 2014 [citado 4 Setiembre 2021]; 14(2):407-422. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es).
- 19- Valvidares, M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia* [Internet]. 2017 [citado 22 Setiembre 2021]; (116): 51–57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514>
- 20- Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nurs Ethics*. [Internet] 2018 [citado 22 Setiembre 2021]; 25(7):867-879. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6238171/>

- 21- El Jawiche R, Hallit S, Tarabey L, Abou-Mrad F. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Lebanon: a cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders. *BMC Med Ethics*. [Internet] 2020 [citado 22 Setiembre 2021];21(1):80. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00525-y>
- 22- Frache B, Moreira E, Carámbula A, Pan C, Barbato M, Alzugaray P, Burghi G. Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. *Rev Med Urug (Montev)*. [Internet] 2018 [citado 22 Setiembre 2021]; 34(4):5–25. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29193/rmu.34.4.1>
- 23- Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer M-F, EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. [Internet] 2015 [citado 22 Setiembre 2021]; 5(1):56. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13613-015-0056-x>
- 24- Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, De Vries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. [Internet] 2015 [citado 23 Setiembre 2021]; 28 (2): 82–86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.03.002>
- 25- Medina A. Limitación Del Esfuerzo Terapéutico, según La Percepción Del Enfermero Especialista En La Unidad De Cuidados Intensivos. Chiclayo: Un Aporte Hacia Un Cuidado Humanizado. [Tesis] 2017. [citado 20 Setiembre 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1159>

- 26- Hernández S, Carrillo A, Torres A, Marroquín K, Enciso C, Gómez M. Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. [Internet] 2020 [citado 23 Setiembre 2021]; 31(4):170-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.12.003>
- 27- Vanderspank-Wright, B., Efstathiou, N., & Vandyk, A. D. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence. *International journal of nursing studies*. [Internet] 2018 [citado 23 Setiembre 2021]; 77, 15–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.012>

## ANEXOS

**Tabla N° 1**

**Distribución de los artículos científicos según año de publicación.**

<b>AÑO</b>	<b>N°</b>
<b>2014 - 2015</b>	6
<b>2016-2017</b>	4
<b>2018-2019</b>	8
<b>2020-2021</b>	2
<b>TOTAL</b>	20

**Tabla N°2**

**Distribución de los artículos científicos según la base de datos.**

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Base de datos Lilacs</b>	1	5%
<b>Base de datos Redalyc</b>	1	5%
<b>Base de datos Scielo</b>	5	25%
<b>Base de datos Pubmed</b>	9	45%
<b>Otras Fuentes</b>	4	20%
<b>TOTAL</b>	20	100%

**Tabla N°3**

**Distribución de las publicaciones según su diseño metodológico.**

<b>METODOLOGÍA</b>	<b>N°</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Revisión Bibliográfica	5	25%
Cualitativo	10	50%
Estudio Observacional	1	5%
Cuantitativo-cualitativo	2	10%
Integrativa	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Tabla N° 4**

**Distribución de las publicaciones según el país.**

<b>PAÍS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>CANTIDAD</b>
Cuba	5%	1
Colombia	10%	2
Canadá	10%	2
España	25%	5
Chile	10%	2
Inglaterra	5%	1
Sudáfrica	5%	1
Australia	5%	1
Nueva Zelanda	5%	1
Países Bajos	5%	1
Líbano	5%	1
Uruguay	5%	1
Francia	5%	1
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>

**Tabla N°5**

**Causas de limitación del esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidados intensivos.**

<b>Causas de limitación de esfuerzo terapéutico</b>	<b>N°</b>
Calidad de vida del paciente	2
Esfuerzos fútiles	2
Mayor edad	1
Etapa avanzada o terminal de una enfermedad	1
Percepción de tratamiento no beneficioso expresado por la familia	1
	7

## FICHAS RAE

**FICHA RAE N°1:** Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

<b>TÍTULO</b>	Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos
<b>AUTOR(ES)</b>	María Valvidares Mayor
<b>AÑO/PAÍS</b>	2016 - España
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica
<b>RESULTADOS</b>	Es frecuente que los profesionales dirijan su esfuerzo a cuidar al paciente, a veces olvidando la atención de los familiares, componente fundamental en la recuperación del enfermo. Ya que la humanización de los cuidados intensivos y los beneficios de flexibilizar el horario de visitas de los familiares, son parte del proceso del cambio que complejiza desafiadamente la estructura tradicional de estas unidades y la percepción de las distintas necesidades de pacientes.
<b>CONCLUSIONES</b>	La deshumanización de la atención sanitaria dificulta la relación enfermera y paciente, ya que se centra en la calidad técnica y científica, relegando los aspectos emocionales a un segundo plano. Pues humanizar los cuidados que da enfermería en la UCI tiene una base en personalizar los horarios de visitas, implicando a los familiares en los cuidados básicos de sus pacientes, mejorar las relaciones entre los miembros del equipo multidisciplinario y cuidar el ambiente de estas unidades; puesto que la presencia de los familiares influye positivamente en la recuperación de los pacientes críticos. La efectividad de humanizar los cuidados intensivos es para mejorar el bienestar de pacientes y familiares.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	El estudio define el cuidado de enfermería de uci como deshumanizado ya que se centran en el cuidado tecnológico, dejando de lado la parte humana, desvinculándose del sentir del paciente y la familia; en los últimos años la humanización del cuidado de enfermería ha tomado relevancia y presenta un incremento del porcentaje de profesionales que desean practicarla.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514</a>

**FICHA RAE N°2: Scielo.**

<b>TÍTULO</b>	Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería.
<b>AUTOR(ES)</b>	Macarena Yáñez Dabdoub, Ivonne Vargas-Celis.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2018- Chile
<b>OBJETIVO</b>	Conocer y describir los factores que pueden llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con LET que se encuentran en una UCI de adulto.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica
<b>RESULTADOS</b>	Las principales intervenciones de enfermería es ser gestor de múltiples cuidados al final de la vida de los pacientes, que son derivados y que están con post analgesia, ventilación mecánica, o nutrición apoyado en la familia principalmente, y así permanecer en acompañamiento hasta el fallecimiento.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los hallazgos fueron agrupados en seis categorías que pueden influir en la deshumanización del cuidado en UCI. Se concluye que en el cuidado humanizado se destacan los roles de enfermería como defensora de los intereses del paciente y como agente comunicador.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo aporta información con respecto que a pesar de la limitación terapéutica, el personal de enfermería sigue cumpliendo su rol de cuidador, velando por el acompañamiento emocional y espiritual del paciente y sus seres queridos, y brindar un ambiente de confort y tranquilidad dentro de lo que el contexto permita.
<b>FUENTE</b>	<a href="http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf</a>

**FICHA RAE N°3: Elsevier.**

<b>TÍTULO</b>	Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico.
<b>AUTOR(ES)</b>	M. González-Rincón, P. Díaz de Herrera-Marchal y M.L. Martínez-Martín MSc
<b>AÑO/PAÍS</b>	2019 - España
<b>OBJETIVO</b>	Analizar el rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica
<b>RESULTADOS</b>	Ciento ochenta artículos cumplieron los criterios de inclusión, seleccionándose 16 para su análisis. Los principales resultados se agruparon en tres categorías de análisis: el cuidado directo al paciente, la atención centrada en la familia y el rol dentro del equipo multidisciplinar.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los roles descritos sitúan a la enfermera como un elemento clave para humanizar la muerte en las UCI, por ello las enfermeras pueden y deben liderar el cambio desempeñando un papel activo en la creación de estrategias que hagan realidad la integración del enfoque de cuidados paliativos en las UCI.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que el rol que tiene enfermería en la etapa final de la vida del paciente se basa en un cuidado integral, basándose en la comunicación con la familia, y generando confort en el paciente. Permitiendo así que la familia pueda llevar un duelo tranquilo y al paciente morir en paz y con dignidad.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-rol-enfermera-el-cuidado-al-S1130239918300567">https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-rol-enfermera-el-cuidado-al-S1130239918300567</a>

**FICHA RAE N°4:** Elsevier.

<b>TÍTULO</b>	Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos.
<b>AUTOR(ES)</b>	Hernández, S., Carrillo, A., Torres, A. Marroquín, K., Enciso, C., Gómez, M.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2020 – España
<b>OBJETIVO</b>	Comprender el sentido otorgado por los profesionales de la salud de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), respecto a los cuidados del paciente al final de la vida, y de sus familiares.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio cualitativo.
<b>RESULTADOS</b>	Participaron 20 trabajadores de UCI, del análisis de los datos emergieron cuatro categorías: Equipo multidisciplinario de UCI frente al proceso de n de vida, Manejo del paciente crítico y de su familia, al final de la vida en UCI, Proceso de Comunicación entre el paciente, familia y equipo multidisciplinario al final de la vida, Aspectos éticos al final de la vida en la UCI.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los profesionales conciben como un objetivo terapéutico, preservar la calidad de vida durante la estancia del paciente en UCI. Para los profesionales de la salud, es fundamental desarrollar guías basadas en la evidencia que faciliten el manejo multidisciplinar al final de la vida, la personalización de la atención, la comunicación efectiva, la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la persona y su familiar y favorecer el derecho de autonomía del paciente en la toma de decisiones.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que es necesario la implementación de protocolos, que determinen el actuar de los profesionales de la salud, y mientras ello se realice el personal de enfermería brinda cuidados con pensamiento crítico para el cuidado paliativo del paciente. Respecto a la atención se recalca la importancia de ofrecer acompañamiento y cuidado humanizado al paciente en final de vida.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/03/Perspectiva-de-los-profesionales-de-la-salud-sobre-cuidados-al-final-de-la-vida-en-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf">https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/03/Perspectiva-de-los-profesionales-de-la-salud-sobre-cuidados-al-final-de-la-vida-en-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf</a>

**FICHA RAE N°5: Scielo.**

<b>TÍTULO</b>	Significado de brindar cuidado al paciente crítico al final de la vida en Unidad de Cuidados Intensivos
<b>AUTOR(ES)</b>	Heidi Paola Ospina Garzón, Angela Maria Henao Castaño, Nathaly Rivera-Romero
<b>AÑO/PAÍS</b>	2019 - Colombia
<b>OBJETIVO</b>	Examinar la experiencia que tiene el personal de enfermería al brindar cuidado al paciente crítico al final de la vida.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	Se contó con la participación de 18 enfermeros y enfermeras. Se identificaron 3 temas principales (actitud frente al cuidado, significado de los cuidados al final de la vida y conocimientos de cuidado empírico).
<b>CONCLUSIONES</b>	Los enfermeros durante el cuidado al final de la vida principalmente llevan a cabo intervenciones para cubrir las necesidades básicas del paciente y manifiesta la necesidad de adquirir conocimiento teórico de la muerte y el cuidado al final de la vida.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÉMICO</b>	El artículo determina que el cuidado de enfermería al final de la vida está relacionado con la comodidad, tecnología menos visible, privacidad y dignidad del paciente, haciendo que tenga una muerte digna y en compañía de su familia.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962019000100009&amp;lang=es">https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962019000100009&amp;lang=es</a>

**FICHA RAE N°6: Scielo.**

<b>TÍTULO</b>	Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería.
<b>AUTOR(ES)</b>	Juan Francisco Velarde-García, Raquel Luengo-González, Raquel González-Hervías, Sergio González-Cervantes, Beatriz Álvarez-Embarba, Domingo Palacios-Ceña
<b>AÑO/PAÍS</b>	2017 - España
<b>OBJETIVO</b>	Describir las dificultades percibidas por el personal de enfermería para prestar cuidados al final de la vida al paciente grave dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI).
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	Se identificaron tres temas: dificultades académico-culturales, relacionadas con la orientación curativa de la UCI y la falta de formación en cuidados al final de la vida; dificultades estructurales-arquitectónicas, relacionadas con la falta de espacio e intimidad para el paciente y la familia en los últimos momentos; y dificultades psicoemocionales, relacionadas con el distanciamiento emocional como estrategia aplicada por el personal de enfermería.
<b>CONCLUSIONES</b>	El personal de enfermería necesita formación sobre los cuidados al final de la vida mediante el uso de guías o protocolos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, junto a un cambio en la organización de la UCI orientado al cuidado terminal de los pacientes graves y a la atención de la familia.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que es necesario la implementación de la preparación profesional sobre cuidados del paciente crítico al final de la vida ya que la instalación en una unidad crítica es muy diferente a la de hospitalización.
<b>FUENTE</b>	<a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0213-91112017000400299&amp;lng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0213-91112017000400299&amp;lng=es</a> . <a href="https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006">https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006</a> .

**FICHA RAE N°7: Pubmed.**

<b>TÍTULO</b>	<p>Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study.</p> <p>Experiencias de enfermeras de cuidados intensivos al brindar cuidados al final de la vida después de la retirada del tratamiento: un estudio cualitativo.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Nikolaos Efstathiou - Wendy Walker
<b>AÑO/PAÍS</b>	2014 - Inglaterra
<b>OBJETIVO</b>	<p>To explore the experiences of intensive care nurses who provided end-of-life care to adult patients and their families after a decision had been taken to withdraw treatment.</p> <p>Explorar las experiencias de enfermeras de cuidados intensivos que brindaron cuidados al final de la vida a pacientes adultos y sus familias después de que se tomó la decisión de retirar el tratamiento.</p>
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	<p>La esencia de las experiencias de las enfermeras de brindar atención al final de la vida después de la suspensión del tratamiento se interpretó como "hacer lo mejor para facilitar una muerte cómoda y digna". Cuatro temas principales incluyeron los siguientes: el cuidado del paciente moribundo y su familia; proporcionar y fomentar la presencia; reconectar al paciente y su familia; y lidiar con las emociones y la ambigüedad. Las incertidumbres fueron evidentes sobre los procesos y acciones involucradas en el retiro del tratamiento, cómo reconectar a los pacientes y su familia de manera efectiva y cómo reducir el entorno tecnológico.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Brindar cuidados al final de la vida después de que se tomó la decisión de retirar el tratamiento fue un aspecto común de los cuidados intensivos. Era evidente que las enfermeras estaban haciendo todo lo posible para apoyar a los pacientes y sus familias al final de la vida, a pesar de los múltiples desafíos que enfrentaban.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÉMICO</b>	<p>Este artículo contribuye a que la enfermera de uci desarrolle de manera eficiente su función en cuanto a los cuidados al final de la vida después que se decide limitar la terapéutica, permitiendo la familia acompañe al paciente en sus últimos días.</p>
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25453123/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25453123/</a>

**FICHA RAE N°8: Pubmed.**

<b>TÍTULO</b>	Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. Las experiencias de las enfermeras de cuidados intensivos sobre los cuidados al final de la vida.
<b>AUTOR(ES)</b>	Leah C. Kisorio - Gayle C. Langley
<b>AÑO/PAÍS</b>	2016 – Sudáfrica
<b>OBJETIVO</b>	To explore intensive care nurses' experiences of end-of-life care in adult intensive care units. Explorar las experiencias de las enfermeras de cuidados intensivos de los cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos para adultos.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	Surgieron cinco temas principales relacionados con las experiencias de las enfermeras en la atención al final de la vida. Estos incluyeron: "dificultades que experimentamos", "discusión y toma de decisiones", "apoyo a los pacientes", "apoyo a las familias" y "apoyo a las enfermeras".
<b>CONCLUSIONES</b>	End-of-life care can be difficult and a challenging process. Nevertheless, this study has highlighted some of the interventions and support systems that could be incorporated for improved caring process. Whereas the dying patients and their families need to be continuously supported, critical care nurses too need to be taken care of for them to continue providing the best possible end-of-life care. La atención al final de la vida puede ser un proceso difícil y desafiante. Sin embargo, este estudio ha destacado algunas de las intervenciones y sistemas de apoyo que podrían incorporarse para mejorar el proceso de cuidado. Mientras que los pacientes moribundos y sus familias necesitan un apoyo continuo, las enfermeras de cuidados intensivos también deben ser atendidas para que sigan brindándoles la mejor atención posible al final de la vida.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo concluye que las enfermeras deben trabajar también muy de cerca con la familia del paciente, ya que para que estos entiendan el proceso de muerte de su familiar necesitan también ser educados en ello.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791353/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791353/</a>

**FICHA RAE N°9: Pubmed.**

<b>TÍTULO</b>	Meaningful experiences and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative study  Experiencias significativas y cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo.
<b>AUTOR(ES)</b>	Heather Stokes - Brandi Vanderspank Wright - Frances Fothergill Bourbonnais - David Kenneth Wright
<b>AÑO/PAÍS</b>	2019 - Canadá
<b>OBJETIVO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. To explore what is meaningful practice for nurses regarding endof-life care.</li><li>2. To describe how nurses, create a good death in the intensive care unit.</li><li>3. To identify the challenges that nurses face that affect their meaningful experiences and ultimately the creation of a good death.</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Explorar qué es una práctica significativa para las enfermeras con respecto a los cuidados al final de la vida.</li><li>2. Describir cómo las enfermeras crean una buena muerte en la unidad de cuidados intensivos.</li><li>3. Identificar los desafíos que enfrentan las enfermeras que afectan sus experiencias significativas y, en última instancia, la creación de una buena muerte.</li></ol>
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	El tema principal del análisis de esta experiencia fue "ser capaz de hacer una diferencia", que se entrelazó intrincadamente en torno a contribuir a una buena muerte. Se identificaron e incluyeron tres temas principales: crear una buena muerte, afrontar los desafíos y hacer que funcione.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los hallazgos revelan cómo las enfermeras de cuidados intensivos brindan una buena atención al final de la vida y crean buenas muertes para los pacientes y sus familias.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo contribuye con la información que con la comunicación y trabajo en equipo óptimo garantiza la comodidad del paciente en el final de la vida; se debe facilitar que la familia esté cerca del paciente en este proceso facilitando las condiciones para que se dé.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967306/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967306/</a>

**FICHA RAE N°10: Pubmed**

<b>TÍTULO</b>	<p>End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – A critical literature review.</p> <p>Decisiones sobre el final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) - Explorando las experiencias de enfermeras y médicos de UCI - Revisión crítica de la literatura.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Liz Flannery - Lucie Michelle Ramjan - Kath Peters
<b>AÑO/PAÍS</b>	2015 – Australia.
<b>OBJETIVO</b>	<p>The purpose of this paper is to critically review the literature related to end-of-life decision making among ICU doctors and nurses.</p> <p>El propósito de este artículo es revisar críticamente la literatura relacionada con la toma de decisiones sobre el final de la vida entre médicos y enfermeras de la UCI.</p>
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica
<b>RESULTADOS</b>	Se informaron diferencias en el proceso de toma de decisiones y la colaboración entre médicos y enfermeras (que dependía de la preferencia del médico o la antigüedad de las enfermeras), con la responsabilidad general asignada al médico. La ambigüedad de roles, los problemas de comunicación, la indecisión sobre la futilidad del tratamiento y el inicio de discusiones sobre el final de la vida fueron algunos de los mayores desafíos. El impacto de estas decisiones incluyó una disminución de la satisfacción laboral y un "agotamiento" emocional y psicológico.
<b>CONCLUSIONES</b>	Se necesitan más investigaciones para abordar la necesidad de un enfoque más integral y estandarizado para apoyar a los médicos (médicos y de enfermería) en la toma de decisiones sobre el final de la vida en la UCI. Se necesitan más investigaciones para abordar la necesidad de un enfoque más integral y estandarizado para apoyar a los médicos (médicos y de enfermería) en la toma de decisiones sobre el final de la vida en la UCI.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que en la unidad de cuidados intensivos la decisión al final de la vida es tomada por los médicos, pero en caso del personal médico antiguo tiende a tomar en cuenta a la enfermera más experimentada en relación a cuando el tratamiento que se brinda ya es inútil para el paciente, y así evitar prolongar la vida de los pacientes.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388551/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388551/</a>

**FICHA RAE N°11: Pubmed.**

<b>TÍTULO</b>	<p>Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study.</p> <p>Certeza e incertidumbre sobre las prácticas de enfermería de cuidados al final de la vida en las Unidades de Cuidados Intensivos de Nueva Zelanda: un estudio de métodos mixtos.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Coombs M. - Paul Fulbrook - Sarah Donovan - Rachel Tester - Kay de Vries
<b>AÑO/PAÍS</b>	2015 – Nueva Zelanda
<b>OBJETIVO</b>	<p>To investigate NZ intensive care nurses' experiences of, and attitudes towards EOL care.</p> <p>Investigar las experiencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos de Nueva Zelanda hacia la atención al final de la vida.</p>
<b>METODOLOGÍA</b>	Cualitativo-Cuantitativo
<b>RESULTADOS</b>	<p>Se devolvieron 203 encuestas completas (tasa de respuesta del 44%) de las cuatro UCI. Más de la mitad de las enfermeras encuestadas (55%, n = 111) no estaban de acuerdo con que retener y retirar el tratamiento de soporte vital fuera éticamente lo mismo. El 78% (n = 159) de las enfermeras afirmó que suspender el tratamiento era éticamente más aceptable que retirarlo. Si bien las enfermeras en general apoyaron la reducción del oxígeno inspirado al aire para los pacientes ventilados al final de la vida (71%, n = 139), esta fue también un área que demostró uno de los niveles más altos de incertidumbre (21%, n = 41). Poco menos de una cuarta parte de los encuestados tampoco estaban seguros del uso de apoyo nutricional continuo, ejercicios continuos pasivos de las extremidades y el uso de sedación profunda durante la EOL. Las 18 enfermeras que participaron en los grupos focales de seguimiento detallaron los aspectos de apoyo, culturalmente sensibles.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Si bien los resultados de este estudio de Nueva Zelanda se alinean ampliamente con los estudios europeos, la incertidumbre sobre áreas específicas de las prácticas de EOL resalta que se requiere más orientación para las enfermeras.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	<p>Este artículo determina que limitar la terapéutica en pacientes al final de la vida genera incertidumbre sobre el retiro de soporte vital afectando así su estado emocional en el personal de enfermería.</p>
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823748/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823748/</a>

**FICHA RAE N°12: Pubmed**

<b>TÍTULO</b>	<p>The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient, family and professional: an integrative review.</p> <p>El rol de la enfermería durante los cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos relacionado con la interacción entre paciente, familia y profesional: una revisión integradora.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Marijke Noome, Deirdre M. Beneken Genaamd Kolmer, Evert van Leeuwen, Boukje M Dijkstra, Lilian CM Vloet.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2016 – Países bajos
<b>OBJETIVO</b>	The aim of this study was to explore how intensive care unit (ICU) nurses describe their role during Endof-Life Care (EOLC) in the ICU, related to the interaction between patient, family and professionals (care triad).
<b>METODOLOGÍA</b>	Integrative review
<b>RESULTADOS</b>	Twenty studies were included. Four categories emerged: care for the ICU patient, care for the family, environmental aspects of EOLC and organizational aspects of EOLC. Regarding the care triad, a gap exists between theoretical models and the actual care provided by ICU nurses during EOLC. The relational aspect of care, like aimed with care triad, is absent.
<b>CONCLUSIONES</b>	The literature clearly indicates that the role of ICU nurses concerns care for the patient, family and environment. It described which care should be given, but it remains unclear how care should be given (attitude). Therefore, it is difficult for ICU nurses to provide this care. Further, it seems that care provided to family mainly consists of giving advice on how to care for the patient; care for family members themselves was only mentioned in a few studies. Therefore, it seems that family does not always receive adequate care yet, which may be helpful in preventing problems like depression, anxiety or post-traumatic stress disorder. It can be concluded that it is important for ICU nurses to be aware of the existing relationships; however, comparing the literature, care triad does not appear to be reached.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÉMICO</b>	Este artículo contribuye con que actualmente existe información de cómo debe ser el cuidado que brinda enfermería al paciente en el final de la vida, más no que actitud debe afrontar la enfermera, pero siempre este cuidado es centrado al paciente.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991253/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991253/</a>

**FICHA RAE N13: Pubmed**

<b>TÍTULO</b>	<p>Withholding and withdrawal of lifesustaining treatments in intensive care units in Lebanon: a cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders.</p> <p>Suspensión y retirada de tratamientos de soporte vital en unidades de cuidados intensivos en el Líbano: una encuesta transversal de intensivistas y entrevistas a sociedades profesionales, líderes legales y religiosos.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Rita El Jawiche, Souheil Hallit, Lubna Tarabey and Fadi Abou-Mrad
<b>AÑO/PAÍS</b>	2020 - Líbano
<b>OBJETIVO</b>	The objectives of the study were to assess the points of view and practices of intensivists in Lebanon along with the opinions of medical, legal and religious leaders regarding withholding withdrawal of life-sustaining treatments in Lebanese intensive care units (ICU).
<b>METODOLOGÍA</b>	Qualitative
<b>RESULTADOS</b>	<p>Of the 229 survey recipients, 83 intensivists completed it, i.e. a response rate of (36.3%). Most respondents were between 30 and 49 years old (72%), Catholic Christians (60%), anesthesiologists (63%), working in Beirut (47%). Ninety-two percent of them were familiar with the withholding and withdrawal concepts and 80% applied them. Poor prognosis of the acute and chronic disease and futile therapy were the main reasons to consider withholding and withdrawal of treatments. Ninety-five percent of intensivists agreed with the “Principle of Double Effect” (i.e.adding analgesia and or sedation to patients after the withholding/withdrawal decisions in order to prevent their suffering and allow their comfort, even though it might hasten the dying process). The main withheld therapies</p> <p>were vasopressors, respiratory assistance and CPR. Most of the respondents reported the decision was often to always multidisciplinary (92%), involving the family (68%), and the patient (65%), or his advance directives (77%) or his surrogate (81%) and the nurses (78%). The interviewees agreed there was a law governing withholding and withdrawal decisions/practices in Lebanon. Christians and Muslim Sunni leaders declared accepting those practices (withholding or withdrawing LSTs from patients when appropriate).</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	Withholding and withdrawal of LSTs in the ICU are known concepts among intensivists working in Lebanon and are being practiced. Our results could be used to inform and optimize therapeutic limitation in ICUs in the country.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que la práctica de limitación de esfuerzo terapéutico se da por medio de: no reanimación cardiopulmonar (RCP), no uso de los vasopresores / inotrópicos, no hemodiálisis y no oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), no transfusiones, no uso de antibióticos y no terapias anticoagulantes. En cuanto a la retención de terapéutica se da mediante: la nutrición (enteral y parenteral), el oxígeno suplementario, los líquidos intravenosos y la aspiración oral, la ventilación mecánica, la intubación endotraqueal y la traqueotomía.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32859185/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32859185/</a>

**FICHA RAE N°14: Elsevier**

<b>TÍTULO</b>	<p>Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: A systematic review of qualitative evidence.</p> <p>Las experiencias de las enfermeras de cuidados intensivos sobre la retirada del tratamiento: una revisión sistemática de la evidencia cualitativa.</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Brandi Vanderspank-Wrighta, Nikolaos Efstathioub, Amanda D. Vandyka
<b>AÑO/PAÍS</b>	2018-Canadá
<b>OBJETIVO</b>	To synthesize qualitative evidence on the experiences of critical care nurses who have cared for patients and families throughout the process of withdrawal of life-sustaining treatment.
<b>METODOLOGÍA</b>	Qualitative
<b>RESULTADOS</b>	Thirteen studies were included in the review, 12 qualitative and one mixed-methods. Four key themes were identified from the original research: Navigating Complexity and Conflict; Focusing on the Patient; Working with Families; and Dealing with Emotions Related to Treatment Withdrawal. Critical care nurses provide care to patients and families during the process of withdrawal of life-sustaining treatment which is described as complex and challenging. Despite the inherent challenges, nurses strive towards doing their utmost for patients and families.
<b>CONCLUSIONES</b>	This systematic review of qualitative studies from various countries provided an aggregated perspective of the experiences of critical care nurses working in adult intensive care units who have cared for patients and families during the process of withdrawal of life-sustaining treatment. The experiences of nurses within this context of care is complex, multifaceted and has similarities across the world where withdrawal of treatment is practised despite evidence of variability of practices. Intensive care nurses are confronted with many challenges, yet they strive towards doing their utmost for patients and families. This review expands our understanding of this experience for nurses in that it provides implications for practice and is suggestive of areas for the development of new knowledge by clearly identifying areas for further research.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo concluye que la enfermera realiza su rol de cuidador centrada en la paciente hasta el final de sus días incluyendo a la familia, logrando que el paciente tenga una muerte con dignidad, presencia y comodidad.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024808/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024808/</a>

**FICHA RAE N°15: Lilacs**

<b>TÍTULO</b>	Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos.
<b>AUTOR(ES)</b>	Bettancourt Ortega, Lorena Paola; Gonzalez Nahuelquin, Cibeles Andrea; Gundelach Gonzalez, Paulina Cecilia; Carrasco Iturrieta, Tania Andrea; Muñoz Fuentes, Catalina; Valenzuela Iturrieta, Anika.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2019 - Chile
<b>OBJETIVO</b>	Comprender cómo es la experiencia de las enfermeras en cuanto a vivenciar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en unidades de paciente crítico de un hospital público de la región de Valparaíso.
<b>METODOLOGÍA</b>	Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	Para las enfermeras entrevistadas, la posibilidad de instaurar la LET está presente desde la decisión de ingreso de una persona a la UCI, lo cual genera un sentimiento de alta responsabilidad y preocupación, existiendo de esta forma, un cuestionamiento constante respecto a los alcances de las intervenciones médicas y de los procedimientos invasivos. Según las experiencias descritas en los discursos de las entrevistadas, muchas veces se ven enfrentadas a decisiones que prolongan la vida de las personas en forma innecesaria, llevando un escenario complejo donde se debate el sufrimiento producido al paciente y su familia con el uso de la tecnología para mantener su vida. Destacan que en estos momentos de vulnerabilidad del binomio, es el cuidado de enfermería lo que reconforta y permite otorgar tranquilidad en el sufrimiento.
<b>CONCLUSIONES</b>	Se concluye que las enfermeras son quienes deben asumir un rol más protagónico en el cuidado de la persona en esta situación, participando activamente en la toma de decisiones del binomio familia-paciente.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Concluye que la enfermera cumple un rol protagónico en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico ya que es capaz de detectar las necesidades insatisfechas del paciente y su familia para lograr su cuidado humanizado,
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1223304">https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1223304</a> <a href="http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.61-75">http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.61-75</a>

**FICHA RAE N°16: Scielo**

<b>TÍTULO</b>	Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva
<b>AUTOR(ES)</b>	Bernardina Frache, Eduardo Moreira, Agustín Carámbula, Carlos Pan, Marcelo Barbato, Pedro Alzugaray, Gastón Burghi.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2018 - Uruguay
<b>OBJETIVO</b>	Determinar la frecuencia, las directivas de implementación y los factores asociados a LSTV en los pacientes fallecidos en unidades de cuidados intensivos (UCI). Conocer la frecuencia y características del registro de este proceso en la historia clínica.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio observacional multicéntrico de corte transversal.
<b>RESULTADOS</b>	Analizamos 210 pacientes fallecidos. Se identificó LSTV en 63 (30%). El 75% de las decisiones consistió en la retirada de medidas terapéuticas. Los factores independientemente asociados a LSTV fueron: mayor edad (OR 1,04 (IC 95% 1,01-1,07), p = 0,001), mayor estadía en UCI (OR 1,06 (IC 95% 1,02 - 1,11), p = 0,001) y limitación para las actividades de la vida diaria (OR 4,65 (IC 95% 1,1-19,6), p=0,035). El 70% de las directivas LSTV fueron registradas en la historia clínica. Los soportes vitales más frecuentemente retirados fueron: nutrición parenteral (100%), vasopresores (79%), nutrición enteral (64%) y antimicrobianos (52%). La asistencia ventilatoria mecánica invasiva se retiró en el 33% de los casos.
<b>CONCLUSIONES</b>	Un tercio de los pacientes fallece con LSTV. Este tipo de decisiones se asocian a mala calidad de vida previa, mayor edad y mayor estadía en UCI. Un tercio de las decisiones de LSTV no son registradas.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que las causas más frecuentes para realizar limitación del esfuerzo terapéutico fueron mayor edad, mayor estadía en UCI con presencia de limitación funcional, comorbilidades.  Los soportes vitales más frecuentemente retirados fueron: nutrición parenteral, vasopresores, nutrición enteral, antimicrobianos y asistencia ventilatoria mecánica invasiva.
<b>FUENTE</b>	<a href="http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1688-03902018000400005&amp;lng=es">http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1688-03902018000400005&amp;lng=es.</a>

## FICHA RAE N°17: Redalyc

<b>TÍTULO</b>	Limitar los esfuerzos terapéuticos (LET) en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Criterios éticos y procesos de toma de decisiones.
<b>AUTOR(ES)</b>	Aristizábal Franco, Luis Evelio.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2015 – Colombia
<b>METODOLOGÍA</b>	Cualitativo-Cuantitativo (Mixto)
<b>RESULTADOS</b>	Se determinó que la muestra estaba conformada por el 57 % de médicos y 43 % enfermeras. De ellos el 71 % especialistas, 14 % con maestría y el porcentaje restante solo con pregrado. Respecto a las convicciones religiosas manifestaron seguir algún credo el 85 % y no tenerlas el 15 %, el 57 % manifestó no haber recibido formación en bioética. En relación con la edad el 28 % manifestó tener más de 52 años, el resto edades menores a la anterior. El 42 % de los entrevistados manifestaron tener más de 20 años de ejercicio y los otros por debajo de este patrón. Un 71 % consideró que es diferente la eutanasia y las limitaciones de esfuerzos terapéuticos. Un 71 % admitió que en sus lugares de trabajo se tomaban decisiones de LET, y que incluso también se excluían pacientes de todo tipo de atención, como cuando se niega la entrada a una UCI.
<b>CONCLUSIONES</b>	En términos generales en el personal entrevistado médicos y enfermeras será aceptación de las LET, y parece ser que soportan tanto si son con argumentos que básicamente se refieren al concepto de dignidad y de lo que ellos consideran es su significado “morir con dignidad”. Aquí si se tiene un problema mayor por la diversidad de concepciones del término dignidad y por el reduccionismo biologicista. Pero lo que realmente motiva a todos a pensar en la LET son el pronóstico del paciente y la futilidad de los tratamientos. Otro sustento importante a la hora de decidir es el de las convicciones religiosas del personal de la salud, dónde en términos generales se aduce que los médicos son “católicos no practicantes” y se encuentra un personal de enfermería que si se declara “católico practicante”. Con la familia se presentan dilemas en el sentido por ejemplo desde hacer los conocedores uno de las acciones de LET, ya que ese documento en las evidencias como las acciones de LET, muchas veces se hacen con o sin el consentimiento de la familia y en la mayoría de los casos se hacen para legitimar las LET (Para que el familia en última sea el responsable). parece que la firma de la familia imitar a los dilemas éticos; es decir, la familia parece legitimar la actuar los profesionales de la salud y de cierta manera resolver los dilemas éticos.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Se concluye que la limitación de esfuerzos terapéuticos es determinada por el médico previo a un consenso entre un comité de ética y la decisión de la familia, se realiza en caso de pacientes en la que los esfuerzos son fútiles, y ya no tienen posibilidad de mejorar permitiendo así que tengan una muerte digna, orientadas a suspender los soportes vasoactivos; no suspender soporte ventilatorio ni nutricional; se siguen los cuidados generales; no se hacen ayudas extremas; no hacer maniobras de reanimación.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242457002.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242457002.pdf</a>

**FICHA RAE N°18: Scielo.**

<b>TÍTULO</b>	Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones.
<b>AUTOR(ES)</b>	Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2014 - Cuba
<b>OBJETIVO</b>	Resaltar la importancia de estos principios básicos en la discusión ético-clínica para la toma de decisiones, a partir de una bioética que se corresponda a la realidad de los sistemas imperantes.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión Integrativa
<b>RESULTADOS</b>	La limitación del esfuerzo terapéutico es un tema de vigente actualidad, por estar en estrecha relación con la vida y la muerte, con la toma de decisiones por los profesionales de la salud al final de la vida; mucho se está discutiendo a nivel mundial a cerca de este polémico y controvertido tema, en el que están involucrados aspectos culturales, religiosos, filosóficos, morales, éticos y hasta económicos.
<b>CONCLUSIONES</b>	El tema, por su amplitud y complejidad, requiere un minucioso análisis que rebasa las posibilidades de este trabajo. Por ello, se ha preferido realizar un acercamiento inicial al mismo, mediante el reconocimiento de la limitación del esfuerzo terapéutico como buena práctica médica, bien conocida por todos los profesionales que laboran en las unidades de cuidados intensivos. Ciertamente, es en este ámbito donde más frecuentemente acontecen hoy los dilemas éticos que tienen que resolver el equipo de salud y, donde los principios universales y tradicionales de la ética son de un valor incalculable en el buen juicio clínico para la toma de decisiones moralmente aceptables, asentadas sobre las sólidas bases del pensamiento bioético cubano.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÈMICO</b>	Este artículo determina que la aplicación de limitación de esfuerzos terapéuticos en los pacientes, debe valorarse íntegramente los principios de la bioética, para así tratar al paciente con todo el respeto que se merece.
<b>FUENTE</b>	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1727-81202014000200011&amp;lng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1727-81202014000200011&amp;lng=es.</a>

**FICHA RAE N°19: Pubmed**

<b>TÍTULO</b>	Limitación del esfuerzo terapéutico experimentado por enfermeras de cuidados intensivos.
<b>AUTOR(ES)</b>	Juan Francisco Velarde-García. Raquel Luengo-González. Raquel González-Hervías. César Cardenete-Reyes. Beatriz Álvarez-Embarba. Domingo Palacios-Ceña.
<b>AÑO/PAÍS</b>	2018 - España
<b>OBJETIVO</b>	Describir la experiencia de enfermeras de cuidados intensivos que practican la limitación del esfuerzo terapéutico.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio Cualitativo
<b>RESULTADOS</b>	En total participaron 22 enfermeras y se identificaron 3 temas sobre las vivencias de las enfermeras ante la limitación del esfuerzo terapéutico: (a) experimentar alivio, (b) aceptar la decisión médica, y (c) implementar la limitación del esfuerzo terapéutico.
<b>CONCLUSIONES</b>	Las enfermeras sintieron que, si bien estaban cargadas con la responsabilidad de implementar la limitación del esfuerzo terapéutico, estaban siendo excluidas del proceso final de toma de decisiones sobre la misma.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÉMICO</b>	Concluye que la decisión de limitar es netamente del médico mediante una junta médica y a su vez decisión de la familia, dejando a enfermería fuera del proceso de decisión. En ocasiones cuando el paciente fallece en el turno de una enfermera presentan sentimientos de culpa por aplicar estas medidas.
<b>FUENTE</b>	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027690/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027690/</a>

**FICHA RAE N°20: Pubmed**

<b>TÍTULO</b>	<p>Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units.</p> <p>Suspensión o retirada del tratamiento según la normativa francesa: un estudio realizado en 43 unidades de cuidados intensivos</p>
<b>AUTOR(ES)</b>	Olivier Lesieur, Maxime Leloup , Frédéric González , Marie-France Mamzer
<b>AÑO/PAÍS</b>	2015 – Francia
<b>OBJETIVO</b>	To investigate the procedural aspects of withholding/withdrawing treatment in French ICUs and their adequacy with the existing law.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica
<b>RESULTADOS</b>	<p>During the study period, 777 (14 %) of 5589 admitted patients and 584 (52 %) of 1132 patients dying in the ICU had their treatment withheld or withdrawn. Whereas 344 patients had treatment(s) withheld (i.e., not started or not increased if already engaged), 433 had one or more treatment(s) withdrawn. Withdrawal of treatment was applied in 156 of 223 (70 %) brain-injured patients, compared to 277 of 554 (50 %) patients with other reasons for admission (<math>p &lt; 0.01</math>). At the time of the decision-making, the patient's wishes were known in 181 (23 %) of the 777 cases in one or more different way(s): 73 (9.4 %) from the patient, 10 (1.3 %) by advance directives, 10 (1.3 %) through a designated trusted person, and 108 (13.9 %) reported by the family or close relatives. An external consultant was involved in less than half of all decisions (356 of 777, 46 %). Of the 777 patients qualified for a withholding/ withdrawal procedure, 133 (17 %) were discharged alive from the hospital (126 after withholding, 7 after withdrawal).</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>More than half of deaths in the study population occurred after a decision to withhold or withdraw treatment. Among patients under withholding/withdrawal procedures, brain-injured subjects were more likely to undergo a withdrawal procedure. The prevalence of advance directives and designated trusted persons was low. Because patients' preferences were unknown in more than three quarters of cases, decisions remained primarily based on medical judgment. Limitations, especially withholding of treatment, did not preclude survival and hospital discharge.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA EL TRABAJO ACADÉMICO</b>	<p>El estudio concluye que la toma de decisión para limitar el esfuerzo terapéutico se basa : Autonomía funcional posterior limitada, ausencia de estrategia curativa, no responde a la terapia médica, etapa avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable, calidad de vida relacional posterior limitada, autonomía funcional limitada antes del ingreso hospitalario, edad muy avanzada, percepción de tratamiento desproporcionado y no beneficioso expresado por los familiares del paciente, deseo limitar el tratamiento expresado por el paciente.</p>
<b>FUENTE</b>	<a href="https://doi.org/10.1186/s13613-015-0056-x">https://doi.org/10.1186/s13613-015-0056-x</a>