

Curso 2021/2022

**La Limitación del Esfuerzo Terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos:
un desafío para enfermería**

Garazi Gómez Calvo

RESUMEN

Introducción: Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son áreas especializadas que ofertan cuidados a pacientes críticos, que se encuentran ante un grave pronóstico, quienes requieren de cuidados constantes y atención especializada. No obstante, en ocasiones las medidas establecidas no conllevan una mejoría. Es este el escenario en el que tiene lugar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) que consiste en adecuar las medidas y procedimientos al estado de salud del paciente.

Objetivo: analizar el cuidado de enfermería en la LET en la unidad de cuidados intensivos.

Metodología: Se ha realizado una revisión de la literatura, mediante la formulación de la pregunta PIO. Se definieron una serie de palabras clave y descriptores para el rastreo en las bases de datos, utilizando filtros y criterios de inclusión y exclusión para acotar la temática.

Resultados y discusión: se encontraron dificultades a la hora de aplicar la LET, se identificaron los aspectos a tener en cuenta en la instauración de la LET y la atención de enfermería al paciente que se le aplica la LET.

Conclusión: el trabajo colaborativo de los profesionales de la salud en la LET es fundamental para proporcionar las medidas adecuadas al paciente y durante este proceso se ha observado que enfermería oferta una serie de cuidados. Se han identificado áreas de mejora en los cuidados dirigidos a la instauración y manejo de la LET.

Palabras clave: limitación del esfuerzo terapéutico, unidad de cuidados intensivos, atención de enfermería, toma de decisiones, paciente crítico.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA	3
4. RESULTADOS.....	9
4.1Análisis de las dificultades frente a la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico	9
4.2Criterios a considerar en la instauración de la limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI.....	10
4.3Atención de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI	13
5. DISCUSIÓN	15
6. CONCLUSIÓN	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS.....	23
Anexo I: La pirámide de Haynes.....	23
Anexo II: ¿Quién propone inicialmente la Limitación del Esfuerzo Terapéutico?.....	24
Anexo III: Criterios a considerar en la instauración de la LET.....	25
Anexo IV: Participación familiar durante el proceso de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico	26
Anexo V: Recomendaciones / líneas estratégicas del Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (HUCI)	27

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Pregunta de investigación PICO/PIO. Fuente: elaboración propia.	3
Tabla 2. Palabras clave y descriptores bibliográficos. Fuente: elaboración propia.....	3
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.	4
Tabla 4.Estrategias de búsqueda. Fuente: elaboración propia.....	5
Tabla 5. Resultados de la búsqueda avanzada. Fuente: elaboración propia.	6

1. INTRODUCCIÓN

El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la aparición de una nueva enfermedad, la que nombraron como COVID-19. Meses más tarde, el 11 de marzo, la OMS declara la pandemia por COVID-19 y, el 14 de marzo, se decretó el estado de alarma y confinamiento de la población española. Mientras tanto, en España, en aquellas fechas, llegaron a alcanzarse 135.000 casos, de los cuales 7.000, aproximadamente, necesitaron de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (1).

En este contexto de medicina intensiva, se trata de pacientes en estado crítico de salud (denominados como pacientes críticos), que se definen como: una persona que presenta algún tipo de alteración fisiopatológica, que debido a su nivel de gravedad alcanzado puede llegar a suponer una amenaza real o potencial para su vida (2,3). A su vez, encontramos una serie de características, que ayudan a definir este tipo de pacientes: enfermedad grave; potencial de revertir la enfermedad; necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos; y necesidad de un área tecnificada, la UCI (2).

La UCI, dentro del marco hospitalario, es una unidad especializada y equipada con las medidas necesarias para atender aquellos pacientes que se encuentran ante un pronóstico grave o con alto riesgo de presentar complicaciones, y quienes requieren de un cuidado constante y atención especializada las 24 horas del día (2,4). Por lo tanto, uno de los objetivos de las UCIs, consiste en restaurar la salud de los pacientes que se encuentran en un estado grave, con posibilidades de recuperación o no, a través del empleo de tratamientos de soporte vital (5,6).

En algunas ocasiones, las medidas adoptadas no ofrecen una expectativa de mejora (3). En este contexto se hace necesario revisar los procedimientos puestos en marcha y cuidados, teniendo en consideración el alivio del dolor, sufrimiento y calidad de vida (7). En este marco y dadas las posibilidades que brinda la tecnología, podría darse lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica considerada una mala praxis por cuanto hace referencia a *“una situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía o afecta de una enfermedad grave e incurable se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica que únicamente prolongan su vida biológica sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia susceptibles de limitación”* tal

y como se dispone en la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida (8).

Para prevenir que se den este tipo de situaciones, en las UCI's se inicia lo que se conoce como Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. La LET, se define como: *“la retirada o la no instauración de una intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vidas futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios, algo fútil”* (9).

En España la LET se encuentra respaldada por un marco legal, que queda recopilado en diferentes leyes: El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina (10); la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente (11); el Real Decreto 124/2007 que regula el Registro Nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal (12); y las leyes autonómicas que regulan las instrucciones previas¹ (13).

Desde el punto de vista clínico, la LET es apoyada por diversas sociedades científicas, entre las que se destaca la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), la cual, en 2018, junto con el apoyo de otras sociedades y el proyecto HUCI² (14), adoptaron un acuerdo al objeto de proponer una serie de recomendaciones para mejorar el cuidado de los pacientes ingresados en la UCI (15).

En las UCI's el empleo de la LET, alcanza porcentajes superiores al 50% (5,6). En la decisión de instaurar la LET, no solamente se tienen en cuenta los aspectos técnicos, sino también la dimensión humana, en relación a los valores y creencias de la persona. La LET no debe asociarse con el abandono de la persona, por el contrario, se sustituyen unos cuidados por otros a fin de mantener la calidad de vida (7).

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, surge la siguiente cuestión: ¿Cuál es el papel de enfermería en el proceso de LET en las UCI's?.

¹ En la Comunidad Autónoma del País Vasco queda recogida mediante la Ley 7/2002, de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

² Se trata de un grupo de investigación multidisciplinar formado por profesionales sanitarios que desarrollan su labor en la UCI, junto a pacientes, familiares y otros profesionales, y cuentan con una serie de objetivos específicos: humanizar los cuidados intensivos; servir de foro y punto de encuentro; difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general; fomentar la formación en habilidades de humanización; y orientar la prestación de una atención humanizada. Manual disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>

2. OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar el cuidado de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos.

Como objetivos específicos, se formulan los siguientes:

- Analizar las dificultades que presenta la aplicación de la LET en la UCI.
- Identificar las pautas a tener en cuenta en la decisión de aplicar la LET.
- Examinar propuestas a la mejora en la atención de enfermería en la LET.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo, se efectuó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos disponibles: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Cuiden, PubMed, Scielo y Scopus; tratando de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la atención de enfermería ante el proceso de la LET en las unidades de cuidados intensivos?

En relación a la pregunta de investigación, se obtuvo la siguiente tabla PICO / PIO:

Tabla 1. Pregunta de investigación PICO/PIO. Fuente: elaboración propia.

P	Paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos
I	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
O	Atención de enfermería

Teniendo en cuenta la pregunta PIO, se seleccionaron una serie de palabras clave y descriptores para poder realizar la búsqueda bibliográfica, que se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Palabras clave y descriptores bibliográficos. Fuente: elaboración propia.

PIO	Palabras Clave	DeSH	MeSH
P	Unidad de cuidados intensivos	Unidad de cuidados intensivos	Intensive care units
	Paciente crítico	UCI	ICU
I	Limitación del esfuerzo terapéutico (limitation of therapeutic effort)	Cuidados intensivos	Intensive care
	Adecuación del esfuerzo terapéutico	Privación de tratamiento	Withholding treatment Whidrawal treatment End of care
O	Enfermería	Atención de enfermería	Nursing care
	Cuidados de enfermería	Rol de enfermería	Nursing

Con el fin de conseguir una primera aproximación al tema, se efectuó una búsqueda general que permitió elaborar una estrategia de búsqueda posibilitando la recopilación de la información adecuada para responder a los objetivos propuestos en este trabajo. Dicha estrategia de búsqueda se llevó a cabo mediante una búsqueda avanzada (tabla 3). Para afinar la búsqueda, se dispusieron una serie de filtros y operadores booleanos que permitieron acotar la información.

Los filtros más comúnmente utilizados fueron: artículos de revista, texto completo o free full text, idiomas en inglés y español, nursing y el rango de los últimos 10 años (2011-2021). En cuanto a los operadores booleanos aplicados han sido: AND y OR.

A través de la búsqueda avanzada (tabla 4), se obtuvieron un total de 18 artículos. Dichos artículos se encuentran recogidos en la tabla 5 y clasificados teniendo en cuenta la pirámide de Haynes ([Anexo I](#)).

Para este trabajo, también se tuvieron en consideración la información de sociedades científicas, como han sido: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

Para poder realizar la selección de los artículos, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión, que quedan recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artículos enfocados hacia el cuidado de enfermería en la UCI. <input type="checkbox"/> Artículos que hicieran mención a pacientes adultos en las UCI's. <input type="checkbox"/> Cuidados de la LET en las UCI's. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Donación de órganos en pacientes con LET. <input type="checkbox"/> Artículos que solamente hacían mención al papel de la medicina. <input type="checkbox"/> Artículos que enfocaban la LET en pacientes pediátricos y otras unidades que no fueran la UCI.

Tabla 4. Estrategias de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Bases de datos	BÚSQUEDA AVANZADA	Artículos SIN filtros	Artículos CON filtros	Artículos seleccionados
BVS	(limitación del esfuerzo terapéutico) AND (atención de enfermería) AND (cuidados intensivos)	10	5	3
	(limitación del esfuerzo terapéutico) OR (privación de tratamiento) AND (UCI) OR (Unidad de cuidados intensivos) AND (Rol de enfermería) OR (Cuidados de enfermería)	950	28	2
CUIDEN	("limitación del esfuerzo terapéutico")OR(("privación de tratamiento")AND(("UCI")OR(("Unidad de Cuidados Intensivos")AND(("Rol de enfermería")OR(" cuidados de enfermería")))))	36	9	3
			7	3
PUBMED	(((((nursing [tiab])) AND ("Intensive Care Units"[tiab] OR ICU [tiab])) AND ("limitation of therapeutic effort"[tiab])) AND ("intensive care"[tiab])) OR (((("Withholding Treatment"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh]))	33	12	3
SCIELO	(*limitación del esfuerzo terapéutico) AND (cuidados intensivos)	12	-	1
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY ("nursing") AND (("intensive care units") OR ("ICU")) AND ("limitation of therapeutic effort" OR "withholding treatment") AND ("intensive care" OR "end of life care")	276	23	3

Tabla 5. Resultados de la búsqueda avanzada. Fuente: elaboración propia.

Bases de Datos	Resultados de la Búsqueda			Tipo de Artículo
	Título del artículo	Autores	Año	
CUIDEN	Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto	MJ Bueno Muñoz	2013	Revisión sistemática
	Experiencia enfermera en la toma de decisiones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	Soraya Bernardo García, Miriam Montalvo López	2014	Revisión sistemática
	Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos	Lorena Paola Bettancourt Ortega, Cibeles Andrea Gonzalez Nahuelquin, Paulina Cecilia Gundelach Gonzalez, Tania Andrea Carrasco Iturrieta, Catalina Muñoz Fuentes y Anika Valenzuela Iturrieta	2020	Estudio descriptivo
	Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales	JC Muñoz Camargo, MP Martín Tercero, MP Nuñez López, MJ Espadas Maeso, S Pérez Fernández-Infantes, P Cinordis Valcerde, et al.	2012	Estudio descriptivo
	El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos	María Navarro Navarro, María Jiménez Herrera	2015	Estudio descriptivo
	En respuesta a la pregunta: ¿Jugamos todos en el mismo equipo?	Patricia Escudero Ancha, Juan Carlos Rodríguez-Borregán, Enrique Chicote Álvarez, María Ortiz Lasa, Andrés Fernando Jiménez Alfoso y Alejandro González Castro	2019	Opinión de expertos

BVS	Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería	Macarena Yañez Dabdoub y Ivonne Esmeralda Vargas Celis	2018	Revisión sistemática
	Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico	Idalid Rojas, Ivonne Vargas y Lilian Ferrer	2013	Revisión sistemática
	Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)	A Hernández Tejedor, O Peñuelas, G Sirgo Rodríguez, J.A Llompard Pou, E Palencia Herrejón, A Estella, et al.	2017	Revisión sistemática
	Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prologando en UCI. Situación actual en España a la vista del estudio EPIPUSE	A Hernández Tejedor, M.C Martín Delgado, A Alggora Weber y miembros del grupo de estudio EPIPUSE	2015	Estudio descriptivo
	Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos de la Región Metropolitana	María Cristina Paredes Escobar	2012	Estudio descriptivo
PUBMED	Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: a systematic review of qualitative evidence	Brandi Vanderspank-Wright, Nikolaos Efstathiou y Amanda D Vandyk	2017	Revisión sistemática
	Compassionate care during withdrawal of treatment: a secondary analysis of ICU nurses' experiences	Nikolaos Efstathiou y Jonathan Ives	2017	Estudio descriptivo
	Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses	Juan Francisco Velarde García, Raquel Luengo González, Raquel González Hervías, Cesar Cardenete Reyes, Beatriz Álvarez Embarba y Domingo Palacios Ceña	2016	Estudio descriptivo

SCOPUS	Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care patients: a qualitative study	Ine Henriette Fossum Taylor, Alfhild Dihle, Kristin Hofsø y Simen Alexander Steindal	2019	Estudio descriptivo
	End of life care difficulties in intensive care units. The nurses' perspective	Juan Francisco Velarde García, Raquel Luengo González, Raquel González Hervías, Cesar Cardenete Reyes, Beatriz Álvarez Embarba y Domingo Palacios Ceña	2017	Estudio descriptivo
	Perceptions of patients and their families regarding limitation of therapeutic effort in the intensive care unit	Juan Carlos Muñoz Camargo, Antonio Hernández-Martínez, Julián Rodríguez-Almagro, María Laura Parra-Fernández, María Del Carmen Prado-Laguna y Mairena Martín	2021	Estudio descriptivo

4. RESULTADOS

Tras la lectura y análisis de los diversos artículos seleccionados, los resultados son organizados y presentados en las siguientes categorías de intervención: problemas o dificultades con las que se encuentran los profesionales de la salud en las UCI's a la hora de instaurar la LET, pautas a considerar en el proceso de instauración de la LET y el papel que las/os enfermeras/os efectúan en el cuidado y atención en la LET.

4.1 Análisis de las dificultades frente a la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico

Con la decisión de instaurar la LET en la UCI, surgen una serie de obstáculos para los profesionales de la salud. Diferentes estudios han identificado los siguientes: confusión con el término de eutanasia, falta de objetivos claros y falta de participación del personal de enfermería (3,5,7,16,17,18,19,20,21,22,23,24).

Puede darse el caso de que, en el momento de decidir la instauración de la LET, sean los profesionales quienes manifiesten su postura contraria a la misma por cuanto la consideran una forma de eutanasia (18,21,23).

En este sentido, se destaca que la aplicación de la LET no implica que el esfuerzo terapéutico finalice, sino que se adapta a la situación clínica del paciente (7,19).

Conforme a lo dispuesto en la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, define la eutanasia como: *“el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objetivo de evitar un sufrimiento”* (25).

Otro de los problemas destacados en diversos estudios referidos a la enfermería es la falta de participación o consideración de este colectivo profesional durante el proceso de toma de decisión de la LET (3,6,7,16,18,19,20,21,22,23,26,27).

En este sentido enfermeras y enfermeros exponen que se sienten excluidos en el proceso de la toma de decisiones respecto a la adopción de la LET, teniendo que hacer frente a un enfrentamiento dentro del equipo, debido a que son los médicos los encargados en tomar la decisión y el personal de enfermería el encargado de aportar los cuidados establecidos al paciente (7,16,18,20,21,22,24). Como consecuencia, al no sentirse partícipes, los profesionales carecen de la oportunidad de aportar su perspectiva de cuidado respecto a la decisión a adoptar, que en otro estudio alude, que llegan a sentirse como “simples

ejecutores de órdenes”, trayendo consigo una disminución de la satisfacción laboral, lo que podría verse afectado en los cuidados aportados hacia el paciente (3,6,28).

En otra ocasión, sin embargo, es la enfermera y/o enfermero quien decide no implicarse en el proceso de la LET (21). Según un estudio, puede deberse a la falta de experiencia laboral en relación con el cuidado del paciente crítico y/o al uso de la LET en la UCI, pues recoge que estos profesionales no expresan su opinión respecto a la LET, dado su desconocimiento hacia él, lo que puede reflejarse, según el estudio como una falta de preocupación por el paciente (3). Los profesionales con menor experiencia laboral en esta área, referían encontrarse con la dificultad en cuanto a la colaboración con los médicos (22,28) quienes, en la mayoría de las ocasiones, tienen en cuenta la opinión de aquellos profesionales con mayor experiencia en la UCI (23,27).

La falta de participación de enfermería en el proceso de la LET, se ha identificado como uno de los factores de riesgo que conlleva al agotamiento de estos profesionales, pudiendo llegar a generar estrategias de protección, como puede ser el distanciamiento o evitación lo que, según ciertos estudios, puede llegar a originar una despersonalización respecto al paciente (3,5,24).

Esta situación se complica con el sistema de turnos, el poco tiempo disponible y la responsabilidad de otros pacientes, lo que puede llegar a que el profesional encargado de ofertar los cuidados, los realice de forma rutinaria y, según el estudio, en consecuencia, pueden llegar a surgir impedimentos a la hora de aplicar la LET (3).

Se han encontrado resultados donde el personal de enfermería de la UCI, refiere encontrarse con una actitud paternalista por parte de los médicos, lo que llega a dificultar la instauración de la LET (16,18). Conforme con el criterio médico, la aplicación de la LET puede variar en un mismo paciente en relación a los procedimientos o medidas a aplicar, lo que genera conflictos e incertidumbre entre los profesionales implicados y la familia, debido a la falta de objetivos claros en relación con el tratamiento instaurado o retirado en el paciente (6,22,29).

4.2 Criterios a considerar en la instauración de la limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI

La toma de decisión de instaurar la LET resulta compleja y según un estudio realizado (8), son en la mayoría de las ocasiones los profesionales médicos quienes proponen la instauración de la LET ([anexo II](#)); a pesar de sus decisiones, el paciente y familiares deben de ser informados correctamente y hacerles partícipes durante el proceso (3,24,30,31).

En los resultados obtenidos se ha identificado que una de las razones por las que se aplica el proceso de LET es debido a la gravedad del pronóstico de la enfermedad, secundariamente sería el sufrimiento del paciente y finalmente la mala calidad de vida futura del paciente (18). Es por lo que se ha considerado la LET como buena práctica clínica y un estándar de calidad (10,18,30).

En los distintos resultados, se han identificado una serie de criterios a considerar a la hora de instaurar la LET ([anexo III](#)).

Con relación al paciente ingresado en la UCI candidato a una LET, se le asiste el derecho a la información (regulado por la LAP, artículo nº4 (32)) con la finalidad de que pueda adoptar sus decisiones en relación a sus valores y deseos (16,31). En algunas ocasiones, debido a la gravedad de su estado, el paciente no es capaz de hacer uso de su autonomía y expresar sus decisiones. Cuando se dan este tipo de situaciones, se revisa si el paciente ha formalizado el Documento de Voluntades Anticipadas³ (DVA) (19). Si por el contrario no constan, es la familia o allegados, junto con el equipo de profesionales de la salud quienes deben ponderar las mejores opciones para el paciente (3,16,17,21,27,31). Debatir este tipo de situaciones con la familia resulta difícil, pues no conocen los deseos de su familiar (4,28). En un estudio realizado se determinó que el 54% de los familiares conocían los deseos del paciente (17). Puede darse que sean los profesionales quienes no tienen en cuenta a la familia o allegados, por miedo a la falta de entendimiento, dando lugar a conflictos entre ellos (16,19,23,28).

Respecto a la implicación de los familiares en el proceso de la LET en la UCI, véase el [anexo IV](#). Según los resultados, se considera que se ha de mantener una adecuada comunicación entre el equipo de salud y familia/allegados, para lograr un consenso (16,19).

³ Es un documento en el que el paciente deja constancia de las instrucciones que se deben tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en la que por si mismo no puede expresar su voluntad. A su vez permite designar un representante capaz de expresar sus deseos y, también, sirve de ayuda para el equipo sanitario a la hora de tomar una decisión.

Con respecto a la adopción de la decisión de instaurar o no una LET, ésta se debe adoptar de forma colaborativa, contribuyendo a la decisión todos los profesionales sanitarios implicados: médicos, enfermeras/os e incluso profesionales de otras especialidades; junto con el paciente y la familia (15,16). En todo momento, se optará por elegir las medidas o tratamientos que sean necesarios para el paciente, con el fin de evitar los procedimientos fútiles y, así, no caer en la obstinación terapéutica y como consecuencia, evitar el sufrimiento del paciente y familia (16).

Algunos estudios concuerdan, que a la hora de tomar la decisión de instaurar la LET, se ha de considerar la posibilidad de la calidad de vida posterior del paciente, entendida ésta como la percepción subjetiva de la propia vida, en torno a un contexto cultural y valores físicos, psíquicos y sociales. (16,7,23,29,33).

Tras tomar la decisión de instaurar la LET, todo este proceso debe de ser registrado en la historia clínica del paciente (22,31).

En cuanto a la aplicación de las medidas determinadas en el caso concreto, se distinguen dos tipos: la decisión de no iniciar un tratamiento (withholding) o el cese y retirada de un tratamiento implantado (withdrawal) (9,19,21). O en otras ocasiones, en lugar de retirar o detener un tratamiento, se decide aplicar un tratamiento correspondiente a la patología del paciente y/o medidas paliativas, con el fin de aliviar el dolor y sufrimiento (9).

Otro tipo de medida de LET, se puede aplicar en el momento del ingreso del paciente en la UCI; es decir, consistiría en la decisión de no aceptar al paciente en la UCI, dado su mal pronóstico y/o mala calidad de vida futura, por lo que el paciente sería trasladado a otra unidad, como por ejemplo cuidados paliativos, donde le ofertarán los cuidados pertinentes a su estado (7,26).

4.3 Atención de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI

Diferentes estudios de la literatura científica, han justificado la importancia de la/del enfermera/o durante la adopción de la decisión de la instauración de la LET, ya que dedican un mayor tiempo a los pacientes, pues son los encargados de brindar los cuidados, lo que les permite averiguar los deseos del paciente y familiares/allegados y poder, así, compartir dicha información con el resto del equipo profesional (3,6,7,18,19,22,29). Algunos de los estudios, han identificado la atención que la enfermera/o oferta a los pacientes en la LET, y se encuentran definidos de la siguiente manera: rol mediador o de información, rol de soporte familiar y rol cuidador (3,6,7,18,22,24,28).

Los profesionales de enfermería, detentan un protagonismo en relación con los pacientes y familiares, pues son percibidos como un gran apoyo en el momento en el que se contempla que el tratamiento utilizado no resulta beneficioso para el paciente, actuando como mediador/a entre el equipo multidisciplinar y la familia (7,19). En este aspecto la enfermera o enfermero constituyen una garantía de calidad en la atención del paciente y familias, pues son portadoras de un gran volumen de información co relación a estado y deseos/voluntades del paciente, lo que facilita el intercambio entre paciente, familia y profesionales implicados en la atención del paciente (33). Enfermería a través de los testimonios del paciente y la familia, puede contribuir en la toma de decisiones sobre iniciar o retirar un tratamiento que no beneficia al paciente (16,29). Además, al ser los profesionales encargados de los cuidados, pueden detectar cuando un tratamiento deja de ser efectivo (22,27). En un estudio, se identificó que el 63,9% de los casos había sido la enfermería o el enfermero quien iniciaba una discusión por considerar que las terapias utilizadas no traían expectativas de mejorar para el paciente (22).

En la atención que enfermería proporciona, se ha hallado que en ocasiones adopta un “rol defensor” por ser el/la encargada de preservar los deseos del paciente, cuidando su bienestar y el de su familia; de tal manera, que facilita la toma de decisiones, ya que conoce los intereses del paciente y ayuda a dirigir los objetivos de su cuidado, mediante la comunicación con el resto del equipo (3,22,27,29). Es por ello que el personal de enfermería implicado en la LET actúa como defensor de los deseos/voluntades del paciente, con el fin de que no contribuya al proceso de la obstinación terapéutica y se preserve la dignidad de la persona (34).

La responsabilidad de enfermería, no se encuentra solamente en relación al paciente, sino que también abarca a la familia y/o allegados, quienes pueden llegar a encontrarse

en un estado de vulnerabilidad, a la espera de información y atención (7,29). Las enfermeras y los enfermeros son percibidos por los familiares, como aquel profesional que se encarga de: los cuidados, de ayudar a entender la situación del paciente y de dar respuesta a sus preguntas; además de intentar aclarar sus dudas acerca del tratamiento, procedimientos y pronóstico, con el fin de que los familiares/allegados puedan comprender el estado crítico del paciente (7,22,24).

Conforme a las pautas recogidas en la Guía para familiares y personas allegadas⁴ y entregadas a los familiares en la UCI, el contacto entre familiares/allegados y paciente puede ser escaso dado el horario de visitas, lo que en consecuencia hace que los/las enfermeros/as sean los “cuidadores principales” de los pacientes (31,35). Dicha situación permite conocer a los pacientes, lo que facilita a los profesionales ajustar los cuidados en relación a los deseos del paciente (24). En el momento en el que se aplica la LET al paciente, es importante que enfermería no abandone su rol de cuidador y que no realice los cuidados de forma rutinaria, sino que acorde con los resultados, debe tener en cuenta los valores del paciente y aplicar cuidados humanizados⁵ (9), con el fin de aliviar el sufrimiento, de proporcionar una buena calidad de vida en relación a la situación clínica del paciente y servir de apoyo emocional (3,7,22). Son estos profesionales de la salud los encargados de aplicar las medidas acordadas sobre la LET, acorde a la situación clínica del paciente (6,7). Para logara proveer unos cuidados humanizados de calidad, es preciso tener en cuenta las recomendaciones recogidas en el Manual de Proyecto HUCI, véase el [anexo V](#) (14).

⁴ Consúltese la guía en (fecha de acceso 22 de enero de 2022):

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bagal_hospil_infoutil/es_def/adjuntos/Guia_Personas_Allegadas_CAS.pdf

⁵ Los cuidados humanizados, hacen referencia a que el profesional de enfermería favorece una atención individualizada, centrada no solamente en la parte técnica, sino también en la humana, que ambas se complementan para garantizar un cuidado integral.

5. DISCUSIÓN

Las UCI's, constituyen unidades complejas en las que se localizan pacientes críticos. El perfil de este tipo de pacientes está relacionado con criterios de: gravedad, recuperabilidad, requerimiento de técnicas de soporte vital y una atención constante, que brinda enfermería (23). Sin embargo, en algunas ocasiones, los tratamientos y medidas utilizadas no proporcionan una mejoría en el paciente y, resulta frecuente, aplicar en estas unidades la LET, con el fin de evitar la obstinación terapéutica y como consecuencia alargar el sufrimiento y agonía del paciente.

Se ha obtenido que esta práctica es habitual en la UCI, aunque son los profesionales de la salud, en especial el equipo de enfermería, quien debe hacer frente a un abanico de obstáculos, entre los que se destaca la falta de participación de estos profesionales en el proceso de decisión sobre la instauración de la LET. A pesar de ello, se ha podido comprobar que el papel que enfermería desempeña es significativo por lo que debería de participar en la discusión sobre la decisión de LET, pues son estos los profesionales que brindan una mayor atención a los pacientes y familia y tiene como labor defender los deseos del paciente, pudiendo intervenir como mediadora entre los profesionales, para satisfacerlos (3,6,7,22).

Enfermería es uno de los profesionales que mayor tiempo dedica a estos pacientes dados la exigencia y complejidad de sus cuidados. Es por lo que traer a consideración al personal de enfermería. A pesar de que no son ellas las que adoptan la decisión de instaurar la LET, contribuyen en la búsqueda del consenso y en proporcionar cuidados dirigidos a reconfortar al paciente (6). Aquí es donde entra en juego la importancia de desarrollar el trabajo en equipo, dado que la colaboración interprofesional en la UCI, resulta ser un instrumento que mejora la atención a los pacientes, disminuye las posibles complicaciones y mejora la confianza, comunicación y relación de los profesionales de la salud (6). Podría resultar de ayuda a la hora de tomar las decisiones de forma conjunta realizar una sesión clínica conjunta por los profesionales, que permita valorar las distintas opciones acerca del caso y asegurarse de elegir la mejor opción para el paciente.

Se ha revisado que el personal de enfermería desempeña un papel valioso en las UCI's, ya que a través de sus múltiples roles descritos le permite proporcionar una atención al paciente y su entorno. Mediante la elaboración del trabajo, se ha observado que el personal de enfermería efectúa un rol destacado a la hora de prestar atención al paciente y a la familia/allegados, cuando se aplica la LET. A pesar de que se han definido

algunos “roles”, se describe que, en la mayoría de las ocasiones bien no se les tiene en cuenta o bien son los propios enfermeros/as quienes deciden no involucrarse. Resulta estratégico que enfermería sea considerado en el proceso de la LET. Así como que se involucre en la participación en la toma de decisión sobre la instauración de la LET, dado que su información sobre las necesidades del paciente y/o familia pueden actuar en beneficio del paciente. Para ello, es importante disponer de formación sobre el área (UCI), habilidades de comunicación, etc., que le permitan al profesional actuar con una necesaria base conceptual, en beneficio del paciente. Todo lo cual le sitúa en un escenario en el que compartir criterios y consideraciones en la adopción y atención en torno a la LET.

En este contexto, puede resultar de gran utilidad la elaboración de protocolos o guías de práctica clínica, en la que se defina la LET, el proceso de toma de decisión en instauración o no, los cuidados y atención a brindar a estos pacientes en las UCI's. De tal forma, que estas guías podrían emplearse de orientación tanto para los profesionales que comienza a trabajar en la unidad, como para las familias que desconocen en qué consiste. En este sentido, como base para realizar el protocolo o guía, se ha observado en los resultados, que el Proyecto HUCI ha confeccionado un manual de buenas prácticas que podría adoptarse como referencia, por cuanto este manual establece como finalidad mejorar la atención de los pacientes y familiares de la UCI (14).

Desde el momento que se decide instaurar la LET, tanto el paciente como la familia, deben y tienen el derecho de estar correctamente informados sobre el pronóstico, tratamientos y se han de tener en consideración en el momento de valorar la calidad de vida futura del paciente. Consideramos que es fundamental adoptar como eje central de nuestra intervención los valores y las necesidades del paciente, aunque su estado de salud le imposibilite ejercer plenamente su autonomía. En este sentido adquiere pleno valor el DVA.

En la literatura revisada, se ha recogido que el personal de enfermería con poca experiencia en este entorno, son poco tenidos en consideración a la hora de decidir si instaurar la LET o no; por lo que resultaría de gran ayuda para estos profesionales que se encuentran en las “listas específicas”, recibir formación acerca de la LET y su indicación, al igual de contar con la posibilidad de ser acompañados por profesionales experimentados. Se ha revisado, que algunos de los profesionales, confunden los términos de eutanasia y LET, por lo que parte de la formación consistiría en hacer hincapié en ser capaces de diferenciar los términos LET y eutanasia para saber diferenciar dichas

situaciones y, en consecuencia, adoptar las decisiones pertinentes en busca del beneficio del paciente (33).

Como propuestas a la mejora, se ha visto que el personal que se encuentra en las listas específicas para trabajar en la UCI, sería de ayuda que recibieran formación sobre la LET, para que sean considerados en la toma de decisiones. Pero, para ello conforme a los resultados analizados, es conveniente realizar un trabajo colaborativo, en el que se tengan en cuenta las opiniones de todos los profesionales de la salud involucrados en el caso del paciente crítico. Puede resultar de ayuda realizar sesiones informativas, en la que se llegue a un consenso en beneficio del paciente, teniendo en cuenta sus voluntades y haciendo participe, también, a la familia o allegados, con el fin de actuar en beneficio del paciente. Por lo que, la familia y el paciente han de ser informados en todo momento de la evolución del paciente y de las medidas que se van a llevar a cabo, resultado destacable las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud.

6. CONCLUSIÓN

Existen dificultades en la aplicación de la LET ocasionadas por la falta de participación del personal de enfermería y, como consecuencia, una falta de trabajo en equipo en la adopción de la decisión de instaurar la LET.

Las pautas a considerar en la LET son: deseos y voluntades del paciente, que pueden quedar recogidos en el DVA y, en caso, de no tenerlo, se debe llegar a un acuerdo con la familia en relación a las mejores medidas a adoptar acorde con la situación clínica del paciente. Después, se ponen en marcha las medidas/procedimientos acordados.

Entre las propuestas en la mejora en la decisión y atención en la LET están, proporcionar formación acerca de la LET a los profesionales de la salud, fomentar sesiones informativas conjuntas, para elaborar un adecuado trabajo en equipo y, la posible elaboración de guías prácticas o protocolos que sirvan de ayuda para los familiares y profesionales de la salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. Med Intensiva [Internet] 2020 [citado 28 de diciembre de 2021]; 44 (6): 323-324. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569120301017>
- (2) Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crít [Internet] 2017 [citado 28 de diciembre de 2021]; 31(3): 171-173. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171
- (3) Yañez Dabdoub M, Vargas Celis IE. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Pers Bioét [Internet] 2018 [citado 8 de diciembre de 2021]; 22(1): 56-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6599949>
- (4) Recoletas Red Hospitalaria [Sede Web]. Grupo Recoletas; 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]. ¿Qué es la UCI y cómo actuar cuando un familiar está ingresado en esta unidad?. Disponible en: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/>
- (5) Velarde García JF, Luengo González R, González Hervías R, González Cervantes S, Álvarez Embarba B, Palacios Ceña D. End of life care difficulties in intensive care units. The nurses' perspective. Gac Sanit [Internet] 2017 [citado 28 de diciembre de 2021]; 31(4): 299-304. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000400299
- (6) Velarde García JF, Luengo García 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 28 de diciembre de 2021]; 25(7): 867-879. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027690/>
- (7) Bettancourt Ortega LP, Gonzalez Nahuelquin CA, Gundelach Gonzalez PC, Carrasco Iturrieta TA, Muñoz Fuentes C, Valenzuela Iturrieta A. Limitación del esfuerzo terapéutico: experiencias de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos. Horizonte Enferm [Internet] 2019 [citado 28 de diciembre de 2021]; 30(1):61-75. Disponible en: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11880>

- (8) Garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Ley 11/2016 de 8 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº228, (23-09-2015).
- (9) Vera Carrasco O. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. Rev Med La Paz [Internet] 2019 [citado 28 de diciembre de 2021]; 25(2): 78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lang=es
- (10) Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina. Boletín Oficial del Estado, nº251 (20-10-1999).
- (11) Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2000 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº274 (15-11-2002).
- (12) Real Decreto por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero. Boletín Oficial del Estado, nº40 (15-02-2007).
- (13) Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad. Ley 7/2002, de 12 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº291 (3-12-2011).
- (14) Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
- (15) Estella A, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, del Barrio M, et al. Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva [Internet] 2019 [citado 28 de diciembre de 2021]; 43(2):61-62. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-cuidados-paliativos-multidisciplinares-al-final-articulo-S0210569118302602>
- (16) Navarro Navarro M, Jiménez Herrera M. El papel de enfermería ante la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo en las unidades de cuidados intensivos. Ética de los cuidados [Internet] 2015 [citado 22 de enero de 2022]; 8(15). Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=714210_1

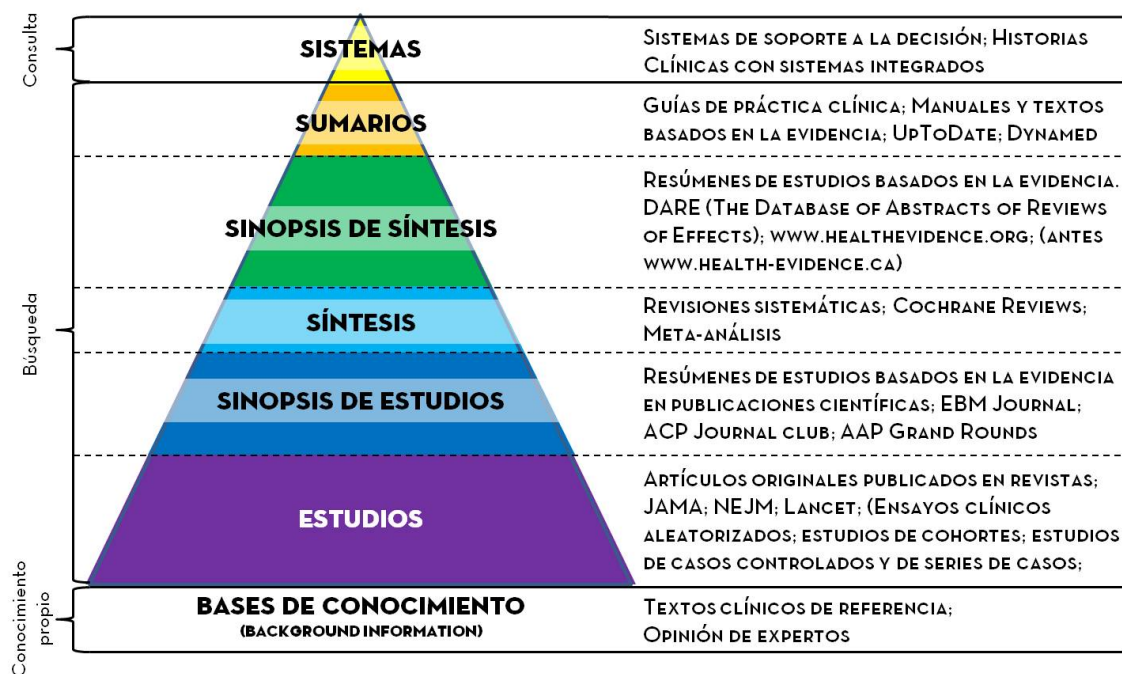
- (17) Muñoz Camargo JC, Hernández Martínez A, Rodríguez Almagro J, Parra Fernández ML, Prado Laguna MC, Martín M. Perceptions of Patients and Their Families Regarding Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit. *J Clin Med* [Internet] 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]; 10(21). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34768420/>
- (18) Muñoz Camargo JC, Marín Tercero MP, Núñez López MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernández-Infantes S, Cinjordis Valverde P et al. Limitación del esfuerzo terapéutico: opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva* [Internet] 2012 [citado 28 de diciembre de 2021]; 23(3): 103-114. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-opinion-S1130239911000964>
- (19) Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enferm Intensiva* [Internet] 2013 [citado 22 de enero de 2022]; 24(4): 167-174. Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=725241_1
- (20) Escudero Acha P, Rodríguez Borregán JC, Chicote Álvarez E, Ortiz Lasa M, Jiménez Alfonso AF, González Castro A. En respuesta a la pregunta: «¿Jugamos todos en el mismo equipo?». *Enferm Intensiva* [Internet] 2019 [citado 22 de enero de 2022] 30(3): 148-149. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239918301093?dgcid=rss_sd_all
- (21) Bernardo García S, Montalvo López M. Experiencia enfermera en la toma de decisiones sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). *Parainfo* [Internet] 2014 [citado 22 de enero de 2022]; (20). Disponible en: http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/extendida.php?cdid=727510_1
- (22) Idalid Rojas G, Ivonne Vargas C, Lilian Ferrer I. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Cienc enferm* [Internet] 2013 [citado 22 de enero 2022]; 19(3). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-699668>
- (23) Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta bioeth* [Internet] 2012 [citado 22 de enero de 2022]; 18(2): 163-171. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-687029>

- (24) Vanderspank Wright B, Efstathiou N, D Vandyk A. Critical care nurses' experiences of withdrawal of treatment: a systematic review of qualitative evidence. *Int J Nurs Stud* [Internet] 2018 [citado 22 de enero de 2022]; 77: 15-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29024808/>
- (25) Regulación de la eutanasia. Ley 3/2021 de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº72, (25-04-2021).
- (26) Hernández Tejedor A, Martín Delgado MC, Cabré Pericas L, Algora Weber A, Grupo EPIPUSE. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI: Situación actual en España a la Vista del Estudio EPIPUSE. *Med Intensiva* [Internet] 2015 [citado 22 de enero de 2022]; 39 (7): 395-404. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569114001521?via%3Dihub>
- (27) Cilla Intxaurreaga A, Martínez Martín ML. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Med Paliat* [Internet] 2018 [citado 22 de enero de 2022]; 25(3):195-202. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-avance-resumen-competencia-enfermera-el-proceso-adequacion-S1134248X17300940>
- (28) Fossum Taylor IH, Dihle A, Hofsø K, Steindal SA. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet] 2020 [citado 22 de enero de 2022]; 56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31735565/>
- (29) Vallès Fructuoso O, Ruiz de Pablo B, Fernández Plaza M, Fuentes Milà V, Vallès Fructuoso O, Martínez Estatella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enferm Intensiva* [Internet] 2016 [citado 22 de enero de 2022]; 27(4): 138-145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-perspectiva-profesionales-enfermeria-unidades-cuidados-S1130239916300372>
- (30) Efstathiou N, Ives J. Compassionate care during withdrawal of treatment: a secondary analysis of ICU nurses' experiences. *Nurs Ethics* [Internet] 2018 [citado 22 de enero de 2022]; 25(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28116962/>
- (31) Hernández Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompart Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva,

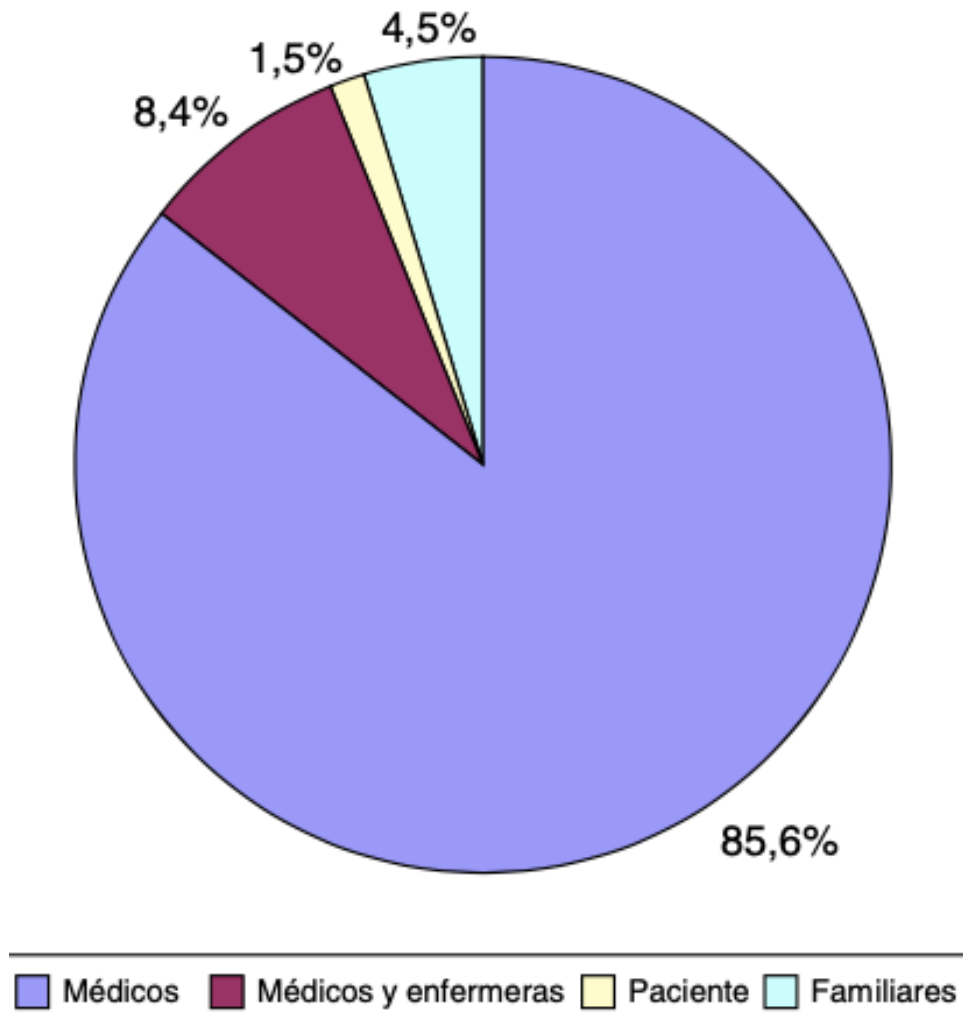
- Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva [Internet] 2017 [citado 2 de enero de 2022]; 41(5): 285-305. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-el-tratamiento-los-pacientes-articulo-S0210569117301377>
- (32) Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº274 (15-11-2002).
- (33) González Catro A, Azcune O, Peñasco Y, Rodríguez JC, Domínguez MJ, Rojas R. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calid Asist [Internet] 2016 [citado 22 de enero de 2022]; 31(5): 262-266. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645100>
- (34) González Rincón M, Días de Herrera Marchal P, Martínez Martín ML. Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. Enferm Intensiva [Interne] 2019 [citado 22 de enero de 2022]; 30(2): 78-91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-rol-enfermera-el-cuidado-al-S1130239918300567>
- (35) V Arnaiz, T Esteban, A Arana. Guía para la familia y personas allegadas [Internet]. Bilbao: Osakidetza; 2022 [citado 13 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bagal_hospi_infoutil/es_def/adjuntos/Guia_Personas_Allegadas_CAS.pdf

ANEXOS

Anexo I: La pirámide de Haynes



Anexo II: ¿Quién propone inicialmente la Limitación del Esfuerzo Terapéutico?



Fuente de la imagen: (26)

Anexo III: Criterios a considerar en la instauración de la LET.

¿QUÉ?

- › Preferencias del paciente y de los allegados.
- › Pronóstico.
- › Calidad de vida: previa y futura.

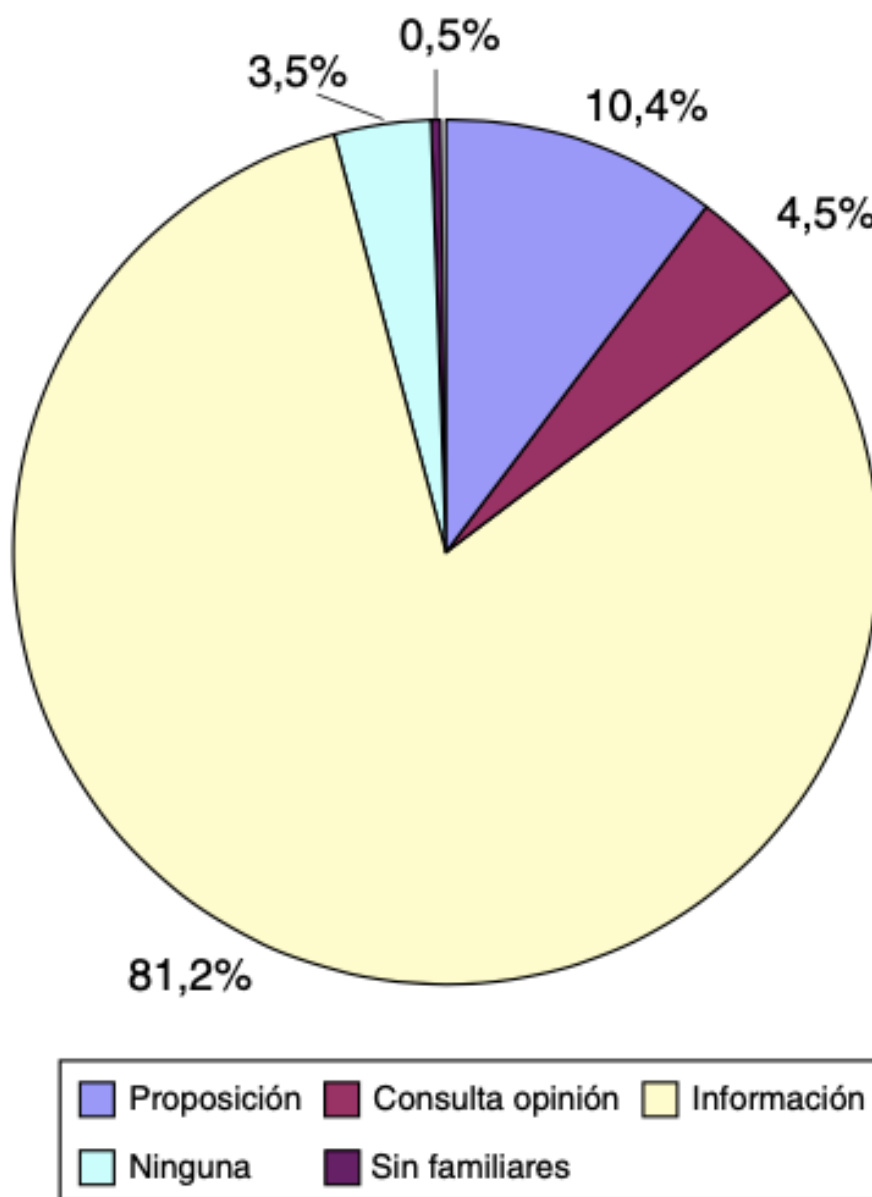
¿QUIÉN?

- › Deliberación participativa, deben participar todos los implicados: paciente, familiares y equipo profesional.

¿CÓMO?

- › Tipo de medida decidida a aplicar.





Anexo IV: Participación familiar durante el proceso de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico














Fuente de la imagen: (26)









Anexo V: Recomendaciones / líneas estratégicas del Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (HUCI)

Fuente de las imágenes: (14)

Línea estratégica 1	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LOS CUIDADOS	SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES.
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia.		
Buena práctica 1.23	Se indagan y detectan las posibles necesidades emocionales, psicológicas, religiosas y/o espirituales de los familiares	
Buena práctica 1.24	Se facilita el uso regulado de telefonía móvil u otros dispositivos (favorecer el contacto con familiares)	
Buena práctica 1.25	Existe una guía, folleto y/o cartel informativo de acogida para los familiares en la que se indican los distintos métodos que tienen los familiares para poder comunicarse con el paciente	
Buena práctica 1.26	Se dispone de atención psicológica para las familias que lo precisen	

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente y su familia entre todos los miembros del equipo y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo		
Buena práctica 2.1	Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el cambio de turno/guardia	
Buena práctica 2.2	Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el alta a planta	
Buena práctica 2.3	Se realizan actividades formativas para los profesionales de UCI en trabajo en equipo y comunicación efectiva utilizando herramientas como por ejemplo la simulación clínica y el CRM (<i>Crisis Resource Management</i>)	
Buena práctica 2.4	Se realizan sesiones conjuntas y/o rondas diarias por el equipo asistencial	
Buena práctica 2.5	Están implantadas herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios / listados de verificación / Briefings / AASTRE (Análisis Aleatorio de Seguridad en Tiempo Real) / técnica SBAR	
Buena práctica 2.6	Existen herramientas para identificar los conflictos entre los profesionales de cuidados intensivos.	

Línea estratégica 2	COMUNICACIÓN	COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con los familiares por parte de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información		
Buena práctica 2.7	Existen espacios físicos adecuados para la información a familiares	
Buena práctica 2.8	Existe un protocolo de información conjunta médico-enfermera a pacientes y familiares y se lleva a cabo de forma habitual	
Buena práctica 2.9	Se realizan actividades formativas en habilidades no técnicas y de relación de ayuda que incluyan comunicación de malas noticias, en situaciones difíciles y duelo	
Buena práctica 2.10	Además de la información programada existen otras estrategias que facilitan la información y comunicación con los pacientes y las familias tales como la flexibilización de los horarios de visita y de información, la información telefónica y a través de herramientas telemáticas en casos seleccionados	
Buena práctica 2.11	En pacientes competentes se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia o los allegados	

Línea estratégica 3	BIENESTAR DEL PACIENTE	BIENESTAR FÍSICO
Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas y que favorezcan la recuperación motora precoz		
Buena práctica 3.1	Existe un protocolo actualizado de analgesia y sedación ^[5.2]	
Buena práctica 3.2	Existe una monitorización de los niveles de analgesia y sedación a través de escalas validadas ^[5.3]	
Buena práctica 3.3	Existe un protocolo actualizado de prevención y manejo del delirium ^[5.5]	
Buena práctica 3.4	Existe un protocolo de sujeción física	
Buena práctica 3.5	Existe un protocolo de fisioterapia respiratoria temprana en los pacientes críticos ^[5.6]	
Buena práctica 3.6	Existe un protocolo de movilización temprana ^[5.7]	
Buena práctica 3.7	Se dispone de fisioterapeuta integrado en el equipo asistencial ^[5.8]	
Buena práctica 3.8	Existe protocolo de aseo (higiene e hidratación) del paciente encamado	

Línea estratégica 4	CUIDADOS AL PROFESIONAL	PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
<i>Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el engagement</i>		
Buena práctica 4.3	La dotación de plantilla es adecuada cumpliendo con las recomendaciones vigentes	
Buena práctica 4.4	Personal de reciente incorporación: Se ofrece un programa de acogida a todo el personal sanitario de UCI (para explicación adecuada de la organización, dinámicas internas UCI, ajuste de expectativas de los nuevos profesionales, motivación, difusión de propuestas de humanización, etc.)	
Buena práctica 4.5	Personal mayor de 55 años: se ofrece la posibilidad de reducción/exención de guardias	
Buena práctica 4.6	Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adaptar horario a las necesidades particulares de los profesionales	
Buena práctica 4.7	Existen reuniones preestablecidas y periódicas del equipo de UCI en los que poder establecer pautas participativas de actuación y organización del trabajo	
Buena práctica 4.8	Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora	
Buena práctica 4.9	Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma	
Buena práctica 4.10	Se dispone de estrategias de prevención ante problemas emocionales y soporte del profesional, incluyendo la disponibilidad de un psicólogo	
Buena práctica 4.11	Ante incidentes críticos, situaciones difíciles o traumáticas para el equipo asistencial (por complicaciones no esperadas en un paciente, errores en la práctica asistencial, actitudes violentas de familiares, etc), se llevan a cabo acciones facilitadoras del procesamiento emocional de la situación, promotoras del bienestar del equipo y detección temprana de alteraciones emocionales en los profesionales	
Buena práctica 4.12	Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales	
Buena práctica 4.13	Se dispone de material/dispositivos de trabajo para movilizar a los pacientes minimizando el riesgo de lesiones de los profesionales	
Buena práctica 4.14	Se promueven actividades grupales para promover las relaciones positivas entre miembros del equipo	