

Escuela de Posgrados UCU
Maestría en Cuidados Paliativos

*El buen morir en una unidad de cuidados intensivos.
Una revisión sistemática*

Autores

María Gracia de Arteaga Albornoz

Paula María Porto Mata

Daniela Silva Gerfauo

Tutor

Dra. Micaela Reich

Montevideo, 3 de mayo de dos mil veintidós

Índice

Glosario	3
Aproximación al problema	4
Modalidad de trabajo	8
Justificación de la relevancia y alcance del problema a estudiar	8
Objetivos	
Objetivo general	17
Objetivos específicos	18
Marco Metodológico	18
Resultados	19
Discusión	34
Conclusiones´	43
Limitaciones del Estudio	44
Sugerencias	44
Referencias Bibliográficas	45

Glosario

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIs	Unidades de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica
CP	Cuidados Paliativos
UCP	Unidad de Cuidados Paliativos
AET	Adecuación del Esfuerzo terapéutico
LET	Límite del Esfuerzo Terapéutico
CTI	Centro de Terapia Intensiva
E	Enfermeros
TE	Técnicos en Enfermería
RCP	Reanimación Cardiopulmonar

I. Aproximación al problema

A mediados del siglo XX la muerte era considerada un suceso natural y el enfermo moría en su casa junto a los suyos, el progreso de la ciencia, los avances en materia de salud y el surgimiento de avanzadas tecnologías han ayudado a alargar la vida de los pacientes con patologías crónicas o terminales. En este sentido, la calidad de vida de los pacientes ha mejorado, siendo posible en ocasiones evitar el deterioro de las capacidades y habilidades de las personas enfermas, por lo que de alguna manera el hecho natural de morir puede entenderse como un fracaso de la atención profesional (Rubio Sanchiz & Ventura Pascual, 2020).

Las unidades de cuidados intensivos (en adelante, UCIs) se caracterizan por ser unidades especializadas que tienen a su alcance innovadoras tecnologías en pos de restablecer las funciones vitales del enfermo, por lo cual en reiteradas ocasiones no se tiene en cuenta el deseo y derecho del paciente y su familia a ejercer su autonomía en relación con las decisiones sobre su salud (Mercadante et al., 2018).

Están sometidos a situaciones de mucho estrés, “Los pacientes con procesos avanzados y en situación de final de vida ingresados en cuidados intensivos se encuentran con un nivel de sufrimiento y vulnerabilidad que solo una atención comprensiva y holística puede dar un alivio adecuado” (Girbau Campo et al., 2016, p. 117).

“Atender de forma excelente el final de la vida significa dignificar a las personas que están pasando por ese proceso, aporta un valor extraordinario de humanidad y debe ser un objetivo prioritario actual en nuestro quehacer diario en las Unidades de Cuidados Intensivos” (Rubio Sanchiz & Ventura Pascual, 2020, p. 82).

Sin embargo, una vez que un paciente con una patología grave ingresa a una unidad de terapia intensiva se presenta un escenario complejo, por lo cual cada vez más la literatura científica sugiere la integración de la medicina paliativa y los cuidados humanizados a la práctica clínica de las UCIs. De esta manera, en el centro de terapia intensiva (en adelante, CTI) se deben tomar decisiones trascendentales respecto a las personas con enfermedad irreversible, teniendo en cuenta no sólo su calidad de vida sino también la calidad de su muerte. Las guías y lineamientos actuales indican que el equipo asistencial debe mantener

una comunicación activa y efectiva con el paciente y su familia teniendo en cuenta variables contextuales, reconociendo la voluntad del paciente para con su propia vida, respetando sus derechos, autonomía, y toma de decisiones respecto a su condición y situación de próximos días (Rincón Roncancio & Garzón Díaz, 2015).

Actualmente, la adecuación del esfuerzo terapéutico (en adelante, AET) forma parte de las UCIs, donde se implementa el cese de los tratamientos fútiles ante la irreversibilidad de la enfermedad, para dar lugar a un proceso de morir dignamente y según las propias concepciones del protagonista de su vida. La AET tiene en cuenta el criterio de ingreso a la UCI, la necesidad de no implementar ni continuar tratamientos terapéuticos fútiles, como por ejemplo el inicio de la ventilación mecánica (ARM) en situaciones que no beneficien al paciente, y el retiro de estos, siendo éste el menos frecuente. La mayor discusión sobre la AET corresponde a los pacientes geriátricos, crónicos complejos y neurológicos críticos donde es más difícil identificar hasta cuándo continuar escalando en medidas terapéuticas y tratamientos invasivos (Rubio Sanchiz & Ventura Pascual, 2020).

La relación del equipo de salud, paciente, y familia sustentada en el respeto a la autonomía, voluntad del usuario, dignidad y libertad individual, confluyen en un proceso de toma de decisiones compartidas donde la comunicación efectiva y clara es una herramienta terapéutica generadora de confianza mutua, y de seguridad para pacientes y familiares en dicho proceso. A su vez, además de compartida actualmente se recomienda una toma de decisiones deliberativa, donde cabe al equipo profesional la responsabilidad de evaluar el pronóstico teniendo en cuenta la evidencia científica y los principios bioéticos de tratamientos curativos o paliativos, ajustados los mismos a la voluntad del paciente (Rubio Sanchiz & Ventura Pascual, 2020).

La muerte en la UCI representa una importante proporción de la mortalidad hospitalaria; en Estados Unidos (en adelante, EE. UU.), una de cada cinco personas que muere en el hospital falleció en UCI, por lo cual, se considera una responsabilidad asistencial el velar por la calidad de la muerte en los centros de terapia intensiva del mismo modo que se busca la excelencia en otros aspectos clínicos (Girbau et al., 2017).

Según el estudio SUPPORT, el fallecimiento en UCI comporta mayor sufrimiento que en otras áreas de internación hospitalaria, suponiendo un alto costo psicológico tanto para el paciente como para su familia que sufre por su ser querido. Es frecuente la muerte en

soledad de estos pacientes donde se puede llegar a experimentar un estado de sufrimiento total: físico y espiritual (Girbau et al., 2017).

Estos pacientes experimentan a su vez eventos adversos relacionados al mantenimiento de los tratamientos invasivos, que en reiteradas ocasiones se sostienen hasta el final. El abordaje de las necesidades específicas de esa fase final de la vida es de difícil manejo en el contexto de la UCI, incluso para el profesional. El modo de morir en los centros de terapia intensiva es una razón de preocupación que aumenta día a día (Girbau et al., 2017).

La muerte en UCI representa en algunas ocasiones un proceso sumamente tecnificado donde se realizan desmedidos tratamientos terapéuticos que atentan contra la dignidad del ser humano en la instancia de su muerte. En este contexto, la adecuación del esfuerzo terapéutico hace de puente entre la medicina intensiva y los cuidados paliativos que tienen como objetivo garantizar una muerte digna evitando el sufrimiento de los pacientes sin posibilidad de recuperación (Bueno Muñoz, 2013).

En la bibliografía revisada hemos encontrado escasos estudios de la realidad europea en lo que refiere al buen morir en UCI. Consideramos importante y relevante la formación de los profesionales de medicina intensiva en el proceso de acompañar de forma respetuosa y empática al paciente y su familia durante el proceso de fin de vida. En un estudio realizado en seis UCIs de hospitales de Madrid encontramos que los cuidados que se brindan a los enfermos en la etapa final de la vida deben mejorarse, ante todo en el acompañamiento al paciente, por ende, en el buen morir. Según este estudio, los familiares permanecen con el paciente en el momento de su muerte, por lo cual tanto paciente como familia, requieren de la empatía y el sostén necesario, durante la instancia del abordaje de la muerte (Pascual-Fernández, 2014).

Según Clark et al. (2020, p. 53), Uruguay se encuentra en el grupo 4 y dentro de este grupo en el 4a, junto a Chile, Argentina y México, esto implica que está considerado dentro de los países que se caracterizan por el desarrollo y concientización de los cuidados paliativos.

En Uruguay los cuidados paliativos se brindan tanto a nivel público como privado, en las diferentes locaciones y con propuestas diferentes. Cuentan con una estrategia pautada y regularmente evaluada. Tienen a disposición a nivel país, la morfina y el resto de la

medicación necesaria para el dolor y control de los síntomas más frecuentes en la asistencia paliativa (Clark et al., 2020, p. 52).

The Lancet Commission Report, en su texto describe la necesidad del acceso global a cuidados paliativos, para que esto ocurra contempla mensajes claves, dentro de los que menciona en primera instancia el alivio del dolor y sufrimiento asociado a enfermedades que amenazan o limitan la vida, apelando a la equidad y justicia social, Esto depende de las intervenciones que cada país realice de acuerdo a sus ingresos, los países económicamente pudientes responden con intervenciones efectivas, mientras que los de bajo y mediano recursos tienen escaso o ningún acceso a los cuidados paliativos. Se especifica también la importancia de protocolizar un conjunto de medidas, que se llama “paquete esencial”, accesible para el alivio del dolor y al alcance de toda la población, así como para la prevención que puede minimizar el impacto del sufrimiento con políticas de salud adecuadas (Knaul et al., 2018).

Optimizar los recursos a pesar de los magros ingresos de cada país en pos de mejorar el bienestar, la implementación de políticas sanitarias efectivas y globales permite una asistencia equitativa. La acción colectiva internacional es de vital importancia para que se garanticen los derechos de todas las personas al acceso a cuidados paliativos, así como también la disponibilidad de los fármacos a nivel general. Se proponen políticas de salud efectivas que mejoren la evidencia y las herramientas que permitan medir las necesidades globales de los cuidados paliativos, monitoreando los avances en forma permanente sobre el alivio del dolor, así como los demás temas que se propone abarcar (Knaul et al., 2018).

En lo que a nuestro trabajo refiere, y llevado a la integración de los cuidados paliativos en la UCI, los mismos promueven la valoración de las necesidades específicas que contribuyen a una muerte digna, de una forma personalizada y contando con un sistema de salud que siga el proceso de atención continua, centrada en la persona, culturalmente apropiada y relevante en lo que tiene que ver con las necesidades, valores, prioridades, intereses y emociones del paciente y su familia. El apoyo psicosocial y el acompañamiento de una muerte digna se dirige hacia la persona, su contexto y sus recursos (Knaul et al., 2018).

Se espera para el 2030, una cobertura universal con un paquete esencial de recursos e intervenciones, para responder al daño causado por enfermedades graves e incurables

avanzadas. Debiendo contar con recursos financieros, programas de bienestar y asistencia social (Knaul et al., 2018).

Estos antecedentes, que hemos recogido, sugieren que es relevante abordar y revisar protocolos y políticas de acción que contemplen desde una mirada de la medicina paliativa el buen morir del paciente en una unidad de cuidados intensivos para mejorar la intervención, y el trabajo en equipo de los CP en la UCI, lo que hace posible acompañar al paciente y su familia en el proceso de morir y en la muerte, dignificando la misma.

II. Modalidad de trabajo

Revisión sistemática de la literatura relevante sobre el proceso de la buena muerte en las unidades de cuidados intensivos. Esta modalidad de trabajo permitirá reportar los hallazgos claves de investigaciones recientes sobre el buen morir en la UCI.

III. Justificación de la relevancia y alcance del problema a estudiar

Si bien las unidades de cuidados intensivos apuntan a la curación del enfermo, el fallecimiento de los pacientes internados en terapia intensiva es frecuente, aún más desde la incorporación de nuevos conceptos como el límite del esfuerzo terapéutico (en adelante, LET), o la adecuación del esfuerzo terapéutico (en adelante, AET), que llevan en sí mismo el concepto que el tratamiento o terapéuticas aplicadas no van a mejorar al paciente, pero si va a ayudar a mejorar su calidad de vida y bienestar en pos de brindar una muerte digna y en paz (Rincón Roncancio & Garzón Díaz, 2015).

La medicina crítica y sus avances tecnológicos sin dudas han venido a sumar positivamente en la rehabilitación de pacientes complejos y con patologías graves, como afirma Gracia, “Los cuidados intensivos han alcanzado su mayoría de edad” (Rincón Roncancio & Garzón Díaz, 2015). Pero es difícil establecer el límite del cese de los tratamientos que tienen como objetivo la rehabilitación de la salud, por lo cual, la medicina crítica desde su visión individualista y con todo su poder científico - tecnológico, podría caer en perseguir el alargamiento de la vida sin tener en cuenta el proceso natural de la muerte (Rincón Roncancio & Garzón Díaz, 2015).

La práctica profesional y la formación adecuada para actuar frente al proceso de la muerte es un desafío para los centros de terapia intensiva que requiere el abordaje de un análisis

reflexivo sobre la práctica clínica cotidiana llevada a cabo dentro de la UCI, acercando la brecha existente entre la medicina crítica y la medicina paliativa (Souza e Souza et al., 2013).

Los cuidados paliativos (en adelante, CP) se enfocan en mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que se ven enfrentados a enfermedades graves amenazantes para la vida, tienen como objetivo el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana y oportuna del tratamiento del dolor en toda su extensión abarcando las necesidades físicas, psicológicas y espirituales (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Es importante resaltar que como parte fundamental del equipo y desde la definición de cuidados paliativos, la familia y las personas cuidadoras son pilares fundamentales de la atención, quienes compartirán instancias de comunicación, capacitación y mutuo aprendizaje, ya que todas las partes deben conocer la biografía, los deseos, creencias y legados que guían la atención del paciente, abarcando una visión más plural y centrada en la persona (Mercadante et al., 2018).

La calidad de la atención de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos está siendo objeto de especial interés en los últimos años, de hecho, se está enfocando como una responsabilidad asistencial de relevancia. Del mismo modo que se busca la excelencia en otros aspectos clínicos, es fundamental la visión desde una mirada sensible, y profesional en el cuidado final de la vida dentro del trabajo multidisciplinar que debe caracterizar a una UCI (Souza e Souza et al., 2013).

La muerte es entendida como la etapa final del ciclo de la vida, tiene implicancias emocionales y sentimentales en el ser enfermo y en la familia que rodea a la persona. Es un tema complejo, los pacientes manifiestan miedo, alivio o también el sentimiento de inicio de otra etapa. La muerte afecta al enfermo, a la familia, y también al personal sanitario que atiende al paciente al sentir frustración, sensación de derrota e incapacidad (Hernández Zambrano et al., 2020).

La muerte en el centro de terapia intensiva (en adelante, CTI) representa una importante cuota de mortalidad. El hospital, como un escenario espinoso e intrincado, involucra a un todo, enfermo, entorno y personal sanitario desde diferentes experiencias, ya sea desde el cese del sufrimiento físico, espiritual o desde la mirada frustrada del personal de salud. Morir forma parte de la vida, sin embargo, es un proceso difícil y en cierta forma

sorpresivo, ante el encuentro único que representa el fin de la vida (Rubio Sanchiz & Ventura Pascual, 2020).

En el estudio SUPPORT se describe la dura realidad del fallecimiento en UCI de la siguiente forma:

Un gran número de personas muere en soledad, con dolor moderado e incluso severo, y tras haber estado días y semanas recibiendo tratamientos fútiles, ya que las medidas terapéuticas utilizadas en UCI son agresivas. El estudio concluye que el tratamiento recibido por parte de los pacientes críticos en los días finales de su vida (end of life care-EOLC) y la atención a las necesidades de sus familias están lejos de ser adecuados (Girbau et al., 2017, pp. 13-14).

El cuidado es un proceso dinámico debe estar presente en todas las fases de la vida. La muerte es la última etapa y su abordaje afecta de manera positiva o negativa al círculo social en el que convivió la persona. Es importante garantizar comodidad, ausencia de dolor, acompañamiento familiar, bienestar espiritual respeto de las voluntades del paciente y buena comunicación que facilite la inclusión de los familiares en la toma de decisiones (Hernández Zambrano et al., 2020).

La experiencia laboral, valores culturales, creencias religiosas, relación interpersonal con la familia y edad cronológica del paciente afectan de manera directa el abordaje que el equipo del centro de terapia intensiva realiza con el paciente próximo a la muerte. Los dilemas éticos generan sobrecarga y sufrimiento al personal de salud, por lo cual, es importante identificar las herramientas que mejoran la atención del paciente crítico y su familia, como por ejemplo comunicación terapéutica asertiva, aspectos ético-legales, diseños de protocolos multidisciplinarios, formación en cuidados paliativos entre otros (Hernández Zambrano et al., 2020).

Para el equipo asistencial el morir significa el fin de las funciones vitales del organismo, sin embargo, dada la dimensión espiritual de trascendencia que desarrollan muchas personas, este proceso no se vislumbra como el fin y debería ser contemplado de esta misma forma por el equipo de salud para ofrecer una muerte digna. Esto, de acuerdo con el sistema de creencias que puedan tener los moribundos, ya que en este momento su valoración y tratamiento por el personal de la UCI son aún muy incipientes y deberían abordarse en otros espacios de investigación (Hernández Zambrano et al., 2020).

El proceso de atención médica en una UCI incluye afectaciones psicológicas y físicas de todos los actores involucrados. Por una parte, los pacientes comparten síntomas frecuentes de personas en cuidados paliativos como, por ejemplo, dolor, sed, ansiedad, alteración del sueño, disnea, los cuales pueden persistir luego del alta de la UCI, con posibles consecuencias a nivel cognitivo, psiquiátrico y físico. Por otra parte, las familias pueden ser vulnerables a síntomas como depresión, miedo, ansiedad, fatiga, anorexia y síntomas de estrés postraumático temprano. Por último, los clínicos de la UCI podrían padecer angustia emocional y psicológica al enfrentarse a estas situaciones (Mercadante et al., 2018).

Los Cuidados Paliativos están tradicionalmente centrados en la atención del final de la vida, los cuales focalizan su trabajo en el paciente y la familia, a partir de un manejo integral con una visión proactiva, es decir, anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. Todo esto, al margen de la edad, diagnóstico y pronóstico. Este enfoque “hablado de la medicina” se podría asumir como contrapuesto al de la “medicina técnica” desarrollada en la UCI, sin embargo, existen puntos en común entre ambas que redundan en beneficios para el paciente, la familia y el equipo asistencial (Mercadante et al., 2018).

La atención integral que promueven los cuidados paliativos se enfoca en el respeto a los derechos y la dignidad humana, incluido el proceso de muerte. Al respecto, el Dr. Marcos Gómez Sancho, citado por la Dra. Marta Bove Panizza (2020), define el morir con dignidad de la siguiente forma:

Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte (dignidad como condición intrínseca), el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera del equipo asistencial (p. 13).

Los derechos humanos han sido el sustento fundamental para reivindicar, exigir y efectivizar los derechos con que cuentan los pacientes y establecen las obligaciones del equipo médico. La muerte digna, forma parte de los objetivos éticos que debe priorizar la medicina y corresponden con las siguientes aspiraciones: 1. dignificar el proceso de morir 2. prevenir la muerte evitable 3. consolidar la plenitud del ejercicio de la autonomía de la persona. De esta manera, se fortalece la perspectiva centrada en la persona como

protagonista de su muerte digna, se reflexiona sobre la trayectoria actual de la medicina y la reenfoca a sus raíces, priorizando el pleno conocimiento del enfermo. Evocando a Hipócrates en su pensamiento en cuanto a ello: “Es más importante conocer al paciente que tiene la enfermedad que a la enfermedad que tiene el paciente” (Cluzet, 2020, p. 26).

El conocimiento del paciente por parte del médico es sustantivo para fortalecer su verdadera autonomía, para que la misma constituya una expresión real de la voluntad de la persona. Implica conocer sus deseos, creencias y sueños, para fortalecer los momentos de toma de decisiones de la persona en su rol protagónico frente a la muerte. El Dr. Cluzet (2020) nos comparte en las condiciones de la verdadera autonomía, sus consideraciones para que dichas condiciones sean verdaderas, en las cuales se deben tener muy presentes los siguientes puntos:

1. Libertad: para adoptar decisiones con relativa independencia de las condicionantes externas y que no sean determinantes de las decisiones que se terminen finalmente adoptando.
2. Voluntariedad: en cuanto a que la persona implicada quiera obtener realmente los objetivos proclamados o deseados.
3. Capacidad de consentimiento: en cuanto a poder ejercer un juicio maduro y ponderado de evaluación de las circunstancias en las cuales estamos inmersos, entendiendo las consecuencias de cada una y todas las opciones posibles, para adoptar una decisión personal y prudente siempre en línea con las convicciones más profundas de la persona.

Para poder decidir sobre su tratamiento el paciente debe conocer su diagnóstico y pronóstico. Dentro del escenario de imposibilidad de cura del paciente, no permitir que el enfermo decida sobre su tratamiento es violar el principio de dignidad humana, ya que se impone al paciente la voluntad de un tercero, invalidando así a la persona como sujeto de derechos. La bioética busca establecer una comunicación entre ciencia y tecnología con el individuo y con la sociedad, con el objetivo de construir una ética responsable y solidaria (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

La bioética percibe al ser humano en forma multi, inter y transdisciplinar. De esta forma, se crean nuevos conceptos como el de liberación, propuesto por Paulo Freire, quien

defiende la percepción del “yo” y del “otro” en relación con el medio en que se encuentran. A partir de este enfoque, las personas en fin de vida son vulnerables y deben luchar en pos de su autonomía para obtener los mejores resultados para su asistencia. El progreso científico-tecnológico puede amenazar la dignidad de la persona si no tiene en cuenta su voluntad. Si bien es deber del médico comunicar las propuestas de tratamiento y tecnología a aplicar acorde a cada caso, no se lo debe excluir en la toma de decisiones al enfermo. Lo cual, ocurre frecuentemente guiados por una cultura médica curativa, donde no se coteja si las opciones son realmente las más beneficiosas para el más interesado o sea el propio paciente (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

Para un proceso de toma de decisiones justo es necesario reconocer la capacidad de cada individuo para actuar libre, genuina, racional, individual e igualitariamente acompañando, pero no interfiriendo en el proceso. El individuo autónomo debe tener capacidad de reflexión para decidir sobre sus propósitos y no ceder a presiones externas, además, lejos de establecer una relación médico-paciente paternalista, la propuesta de un vínculo autónomo debería ser guiada por los principios éticos y legales (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

La vida debe verse íntegramente y la buena muerte se vincula a la dignidad de la persona humana, y las garantías del respeto para con el paciente en fin de vida donde la curación no es el objetivo y cambiaría diametralmente el curso de su vida, Cicely Saunders (citada en Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021, p. 271) lo propone de la siguiente manera:

Al cuidarte al final de la vida, quiero que sientas que me importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo para ayudarte a morir en paz, sino también para que vivas hasta el día de tu muerte.

Con base en la vulnerabilidad, la bioética actual, defensora de los derechos humanos tiene una postura activa e intervencionista. Con el aporte de Freire dentro de la liberación, aplicado al conocimiento, defiende una propuesta reflexiva y crítica comprometida que aboga por un cambio social activo que a pesar de la vulnerabilidad y circunstancias en las que se encuentre el paciente, aún en su sufrimiento, lo contempla como el protagonista de su vida con un rol activo, reflexivo, con poder para decidir lo más conveniente en defensa de sus intereses. A su vez, para esto también se requieren cambios a nivel institucional. La liberación, llevada al campo del personal sanitario propone

transformaciones a nivel formativo de los profesionales de la salud, lo cual promueve un vínculo constructivo donde la tarea no sea meramente académica formativa, sino en un ida y vuelta entre el profesional y su paciente, a partir de una mutua relación de aprendizaje (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

De esta forma, el equipo de salud puede identificar sus propias vulnerabilidades, miedos y limitaciones para poder superarlos. Ejemplo de ello, afrontar la terminalidad de la vida humana, aceptando el fin de vida y por qué no, su propia finitud. Una difícil tarea dentro de una sociedad que promueve por medio de la tecnología la prolongación de la vida, postergando la inevitable muerte (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

En cuidados paliativos aplicar el principio de liberación en la buena muerte, consiste en asumirla como una muerte digna, humanizada y que no debería ser prolongada innecesariamente, ni acortada. Evitándose así el sufrimiento y posicionando ante todo la calidad de vida del paciente. Para una buena muerte es necesario que el paciente asuma su condición de terminalidad y actuar en consecuencia, decidiendo en forma autónoma. Cuando el paciente conoce su diagnóstico y pronóstico (condición imprescindible) podrá interactuar libremente, sin miedos, compartiendo las decisiones terapéuticas ofrecidas por el equipo de salud (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

Una limitante para la aplicación de este principio de liberación es la falta de comprensión que pueden tener los pacientes sobre la verdadera dimensión de su enfermedad, ya sea por no desear su conocimiento o por los impedimentos propios inherentes a su padecer. Se hacen esfuerzos para salvaguardar la "buena muerte" mediante el respeto a la autonomía del ser humano, los cuidados de calidad que protegen la libertad y la dignidad de cada paciente (Arruda Lima & Manchola-Castillo, 2021).

La muerte como lo hemos mencionado es un acto inevitable, no obstante, puede ocurrir en un ambiente sereno, en paz, priorizando el buen morir desde una mirada compasiva hacia el enfermo. La AET que limita el uso de recursos tecnológicos avanzados y terapéuticas invasivas en pacientes con enfermedad irreversible, se ha introducido en la realidad de los centros de terapia intensiva en la búsqueda de priorizar la dignidad en el proceso de morir (Mercadante et al., 2018).

Si bien los objetivos de los cuidados paliativos y de la UCI pueden parecer diferentes, ambos comparten valores y objetivos comunes, dado que, salvar o prolongar la vida puede

ir de la mano con aliviar el sufrimiento y/o mejorar la calidad de vida y la muerte del paciente. De esta forma, complementándose, se posiciona un cambio en el modelo de atención, ya que se establecen objetivos con la familia, se planifican los cuidados, se ofrece apoyo durante el proceso de muerte y en el duelo. También, con el uso de la medicación analgésica, los opioides y la sedación paliativa (Mercadante et al., 2018).

La atención paliativa se debe incorporar desde el ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos y durante todo el proceso de atención. Es necesario mantener reuniones frecuentes con la familia, para valorar los posibles tratamientos y revisar el cumplimiento de objetivos del plan de cuidados. Estas reuniones deben ser en un ambiente tranquilo, dentro de un entorno privado y personal, donde se involucren representantes de la familia y miembros del equipo de la UCI. Existen tres modelos de intervención de CP dentro de una UCI, todos pueden ser exitosos, dependiendo de los recursos y necesidades de cada unidad (Mercadante et al, 2018).

A continuación, describimos los tres modelos, según Mercadante et al., 2018:

1. Modelo Integrador: donde los médicos de la UCI cuentan con conocimiento, capacitaciones y habilidades en cuidados paliativos, a partir de una formación básica.
2. Modelo Consultor: donde se realizan interconsultas específicas a la UCP (Unidad de Cuidados Paliativos). La desventaja de este modelo se encuentra en la escasa cantidad de profesionales que se han especializado en CP.
3. Modelo Mixto: incluye ambas opciones, es decir que, las habilidades paliativas que poseen los médicos de la UCI se combinan con la consulta hacia los especialistas en CP. Este Modelo ha sido el más recomendado dada la carencia de profesionales en CP. Consiste en la consulta de los profesionales de la UCI hacia los profesionales de CP para realizar un mejor abordaje en situaciones de difícil manejo, las cuales pueden presentarse mientras los pacientes se encuentran internados en esa unidad.

A su vez, según estos autores, en términos de evidencia es difícil evaluar el accionar de los CP dentro de la UCI debido a la heterogeneidad de los estudios. No obstante, los datos muestran que, ya sea dentro un modelo de intervención integrador o consultivo, la internación en el hospital y la UCI es menor en tiempo y no se ve afectada la mortalidad.

Para cumplir con las demandas de CP en la UCI se debe contemplar las instancias educativas para el personal sanitario de la UCI. Por lo tanto, es fundamental promover la formación de profesionales en CP para que ocurra el cambio necesario y garantizar a pacientes y familias un nivel de cuidados que contemple todas sus necesidades (Mercadante et al., 2018).

El buen morir es actualmente considerado como un derecho inalienable de los seres humanos. En este sentido, la formación del equipo interdisciplinario dentro de la UCI es relevante en lo que refiere a los conocimientos técnicos, médicos y de los principios bioéticos desde la empatía, contemplando las dimensiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente (Arranz et al., 2003).

Según un estudio realizado por Labres de Freitas et al. (2016), la visión de los profesionales que cuidan debe afrontar el proceso de morir como algo inseparable del ser humano y que no se convierta en causa de sufrimiento, negación, insatisfacción e incluso rechazo al equipo de salud, por su falta de preparación ante esta situación. Este trabajo concluye que la muerte es algo inherente al ser humano y que una mejor formación en el equipo asistencial colabora a transcurrir y sobrellevar este momento.

Por su parte, Computaro et al. (2017) presentan una visión de los tratamientos y los estudios que se realizan en la etapa final de la vida; este estudio realiza una revisión de la literatura existente, además de aplicar una encuesta a profesionales de las áreas de cuidados intensivos, a fin de medir las percepciones de éstos sobre el final de la vida. El estudio reportó que, en las áreas de cuidados intensivos se plantea la necesidad de ampliar la aceptación de la muerte, así como su comprensión. Por lo que se necesitan instancias de formación que entrenen al personal sanitario en esta área asumiendo la muerte como un hecho natural.

Si bien es cierto que las unidades de cuidados intensivos se enfocan en la recuperación de la salud no es menos cierto que les cabe a las mismas reconocer la finitud de la vida, y con la misma responsabilidad asistencial enfocar la dignidad de la persona en su etapa final de vida acompañando en el proceso del buen morir. Por otro lado, la UCI brinda al paciente en fin de vida el manejo del dolor, la analgesia y sedación paliativa que hacen a la muerte en paz. Los profesionales de UCI son un pilar fundamental en el acompañamiento y seguridad para el enfermo y su familia durante el difícil transitar por

el proceso de morir (Godoy García, 2008). La atención humanizada es aún hoy una materia pendiente en el sistema sanitario en el cual persiste el modelo biomédico, continúa presente el concepto de la muerte como un fracaso de los profesionales de la salud y se pierde la realidad de la muerte como un hecho inevitable y natural (Godoy García, 2008).

Por lo anteriormente mencionado consideramos que es de interés, importante, necesario y relevante la revisión de literatura científica que nos aporte una visión de la buena muerte para el enfermo - familia y equipo de salud dentro de un centro hospitalario altamente especializado donde ocasionalmente puede desdibujarse la mirada integral del paciente como un ser único en todas sus dimensiones físicas, sociales y espirituales.

IV. Objetivos

Objetivo general

Realizar una revisión sistemática de la bibliografía existente publicada en los últimos diez años sobre el conocimiento del buen morir en las unidades de cuidados intensivos desde la mirada del equipo asistencial, como presentación de trabajo final del máster de cuidados paliativos de la Universidad Católica del Uruguay de la ciudad de Montevideo.

Objetivos específicos

- Realizar la búsqueda bibliográfica para seleccionar las fuentes de información idóneas con base en las palabras clave y criterios de búsqueda.
- Seleccionar los artículos basados en criterios de inclusión y exclusión previamente determinados.
- Analizar en forma sistemática los resultados de los artículos incluidos en la revisión.
- Redactar y presentar el Trabajo Final de Maestría en forma de revisión sistemática.

V. Marco Metodológico

El proceso de investigación realizado por medio de la técnica de revisión sistemática incluyó diferentes etapas, las cuales, estuvieron orientadas en la consecución de los objetivos propuestos para el presente estudio de investigación. Por una parte, resultó

fundamental identificar las diferentes plataformas científicas a las cuales se tuvo acceso a través de la biblioteca virtual de la Universidad Católica del Uruguay. De esta forma, se identificaron una serie de publicaciones científicas pertinentes al campo de estudio investigado.

Las Palabras Claves utilizadas dentro de la búsqueda virtual fueron: cuidados intensivos, cuidados paliativos, buena muerte, cuidados al final de la vida, fin de vida, adecuación del esfuerzo terapéutico. Por medio de este primer filtro de investigación alusivo al tema, al alcance previsto y al marco de las fechas establecidas se tuvo acceso a un aproximado de treinta y cinco artículos.

Posteriormente, una lectura rápida nos situaba con mayor precisión en la propuesta de investigación que cada documento abordaba para evaluar la pertinencia de este con respecto a nuestro enfoque de investigación: la buena muerte en un centro de terapia intensiva, con miras a posicionar el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas enfermas como protagonistas en su proceso de muerte. A su vez, se estableció que, dentro de la elección final de los documentos, los mismos tuvieran enfoques cuantitativos y cualitativos.

Como criterios de exclusión se establecieron las siguientes categorías:

1. Que no abordaron la problemática de la muerte en la UCI.
2. Que fueran textos con más de diez años de haber sido publicados.
3. Que los estudios estuvieran publicados en un idioma que no fuera el español, portugués o el inglés.
4. Que las investigaciones no pertenecieran a revistas arbitradas e indexadas que cumplieran con estándares de calidad científica.

De acuerdo con estos parámetros fueron seleccionadas cinco publicaciones, las cuales se analizaron de forma independiente por parte de las tres investigadoras. Posteriormente se realizaron sesiones conjuntas que se expusieron y contrastaron: 1. las creencias de los distintos actores (equipo asistencial de la UCI, pacientes, familias, y profesionales de cuidados paliativos en la UCI) con respecto a la buena muerte en un centro de terapia intensiva. 2. el contexto en el que se desarrolló 3. su desenlace. De esta forma, se

consolidó la construcción de la tabla de lectura bibliográfica que facilitó la confrontación de las diferentes experiencias, las cuales se desarrollaron en distintos países y contextos de atención pública y privada.

VI. Resultados

Tabla 1.

Referencia del Estudio (artículo 1)	N	Descripción de la muestra	Objetivo principal	Diseño metodológico	Instrumentos de medida	Resultados principales
Neris de Souza, P. dos S., y Fernandes Conceição, A. de O. (2018). El proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos pediátrica. Brasil.	30 Profesionales de enfermería	<p>20 Técnicos en enfermería y 10 Licenciados en enfermería de 4 unidades de terapia intensiva pediátrica de un hospital grande en Curitiba, Paraná, Brasil.</p> <p>La población de la muestra se caracteriza por el 67 % de los entrevistados que pertenecen al rango entre 20 y 30 años, el 20% entre 31 y 40 años y el 13% entre 41 y 50 años. Solo 1 participante era del sexo masculino</p> <p>Del total de profesionales de enfermería que compusieron la muestra un 30% pertenecían a una unidad de terapia intensiva pediátrica polivalente, un 30% a una unidad cardiológica, un 20% a una unidad neonatal y</p>	Identificar la percepción de los profesionales de enfermería en relación con los procesos de la muerte y con la muerte en sí.	<p>Método cualitativo y exploratorio - descriptivo utilizando el análisis de contenido de Bardin.</p> <p>Se compararon elementos del corpus (palabras u oraciones) y se agruparon los elementos de significado similar.</p> <p>El análisis del contenido de las declaraciones se realizó de acuerdo con el instrumento, distribuyendo las conversaciones en 8 categorías, subdivididas por divergencia en las respuestas entre el enfermero (E)</p>	<p>Entrevistas grabadas y posteriormente transcritas recolectadas en cuatro unidades de terapia intensiva pediátrica de un hospital grande de Curitiba, Paraná, Brasil.</p> <p>El instrumento de recolección fue un cuestionario semiestructurado diseñado para este estudio que contenía las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cómo se siente durante el proceso de muerte y la muerte en sí?</p>	<p>Ante el proceso de muerte, ambas profesiones E y TE coinciden en que el tiempo de convivencia y seguimiento de los niños dentro de la UCI termina generando sentimientos de mayor apego y compasión adoptando una visión empática frente a la triste realidad familiar. En relación con la muerte en sí, los E manifestaron aceptación a pesar de que sienten impotencia y frustración profesional por el esfuerzo realizado sin resultados. Revistiéndose de sus fortalezas para acompañar en el dolor. Para los TE la aceptación de la pérdida es más difícil a pesar de su voluntad en ello.</p>

		un 20 % a una unidad de terapia intensiva pediátrica quirúrgica.		y el técnico en enfermería (TE)	<p>¿Cómo se siente con la muerte esperada y la inesperada?</p> <p>¿Cómo el cuidado de enfermería puede contribuir en ese momento?</p> <p>¿Cuáles son los sentimientos experimentados durante ese proceso de muerte y la muerte en sí?</p> <p>Después de la muerte de un paciente, ¿usted tiene y/o necesita apoyo para enfrentar dicha pérdida?</p> <p>¿Usted entiende la causa del deceso?</p> <p>¿Esto afecta el proceso del trabajo?</p> <p>¿Esto afecta la atención a otros pacientes?</p>	<p>Ante la muerte esperada e inesperada E y TE manifestaron aceptación, pero existe la visión de los E de una oportunidad de despedida. El sufrimiento es conocido, esperado mientras que la sorpresa de lo inesperado provoca mayor sufrimiento. Para los TE lo inesperado es más soportable, puesto que lo esperado genera el sufrimiento de pensar que en su próximo turno el niño pueda ser ausente.</p> <p>Contribución de los cuidados en enfermería, coexiste una unanimidad ante las medidas de confort y acogida a la familia como relevantes en los cuidados de enfermería en el proceso de morir. Para los E la comprensión y respeto de los límites terapéuticos deben ser enfatizados teniendo como objetivo primario el alivio del dolor. Los TE presentan una perspectiva</p>
--	--	--	--	---------------------------------	--	--

						<p>diferente donde el objetivo primario es el de “hacer todo lo posible para que no se muera” sin reconocimiento claro de los límites del esfuerzo terapéutico.</p> <p>Sentimientos experimentados durante el proceso de la muerte y la muerte en sí Tristeza y angustia son los sentimientos experimentados durante el proceso de muerte. Los TE intentan no dejar los visibles ante la familia los E refieren que existe tristeza en todos los casos, aunque algunas muertes son más difíciles de sobrellevar que otras.</p> <p>Después de la muerte de un paciente ante la necesidad de apoyo para enfrentar las pérdidas. E y TE manifestaron dificultad para expresar sus sentimientos. Para los E en gran medida el grado de tristeza depende del apego generado con el enfermo y su familia, el llanto es un lenguaje común</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>y la resignación ante los hechos es una forma de consuelo.</p> <p>Para los TE es como si la jornada finalizara con la muerte, les resulta difícil recuperarse y continuar.</p> <p>Comprensión de la causa del deceso. E y TE comprenden de forma diferente la causa de la muerte. Los E tienen la oportunidad mediante las visitas multidisciplinarias de vislumbrar las patologías y las causas mientras que los TE siempre se cuestionan la muerte de los niños sin comprender las complicaciones ni la evolución de la enfermedad, esta óptica diferente estaría asociada al nivel profesional.</p> <p>Como afecta el proceso del trabajo, en primera instancia son coincidentes que hacerle un seguimiento a la muerte de los pacientes no afecta a los profesionales, pero a lo largo de las respuestas se evidencia que de alguna manera el proceso del trabajo</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>se ve afectado en el clima laboral afectando a todo el equipo manifiestan que cuando se produce una muerte la jornada es diferente pero aun así se debe continuar por los otros niños que requieren cuidados.</p> <p>Con relación a como se ven afectados los otros pacientes los E entienden que el equipo comprende que el paciente descansa y que hay que seguir por los otros que necesitan. Los TE creen que afecta el ambiente laboral en un todo ya que una familia puede ver el desenlace de una muerte y pensar que lo mismo puede suceder son su enfermo impactando a todos equipo y familias. Manifiestan que hacen hincapié en mantenerse fuertes para cuidar al otro paciente e intentar la vida de nuevo no obstante a pesar de creer que es necesario el equilibrio y la ecuanimidad no se puede evitar la tristeza</p>
Referencia del Estudio	N	Descripción de la muestra	Objetivo principal	Diseño metodológico	Instrumentos de medida	Resultados principales

(artículo 2)						
<p>Sprung, C. L., Ricou, B., Hartog, C. S., Maia, P., Mentzelopoulos, S. D., Weiss, M., Levin, P. D., Galarza, L., de la Guardia, V., Schefold, J. C., Baras, M., Joynt, G. M., Bülow, H.-H., Nakos, G., Cerny, V., Marsch, S., Girbes, A. R., Ingels, C., Miskolci, O., ...Avidan, A. (2019). Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016.</p>	<p>13625 pacientes de 22 UCI europeas</p>	<p>Participaron 22 UCI de Europa del norte, sur y central.</p> <p>15 UCI de las 37 de la cohorte 1999-2000 declinaron su participación.</p> <p>Por 6 meses se incluyeron pacientes que murieron o tuvieron alguna limitación de la terapia de soporte vital.</p> <p>Se siguieron hasta la muerte o hasta 2 meses después de la primera decisión de limitación del tratamiento.</p>	<p>Determinar los cambios en las prácticas al final de la vida en las UCI europeas desde 1999-2000 hasta 2015-2016.</p>	<p>Estudio observacional, prospectivo. Comparativo entre la cohorte 1999-2000 y la cohorte 2015-2016.</p> <p>En cada UCI el intensivista principal responsable de las decisiones al final de la vida determinó que práctica al final de la vida se llevó a cabo y fue responsable de completar el formulario de datos del estudio, incluyendo los resultados.</p> <p>Los coordinadores finalizaron las definiciones, los formularios de datos, y el protocolo de los procedimientos para el estudio.</p> <p>Se reunieron con los investigadores principales de cada UCI para explicar el estudio, describir criterios</p>	<p>Se utilizó un formulario especialmente diseñado por los coordinadores del estudio, AD HOC en 1999-2000 (primera cohorte). Los datos recogidos incluían: sexo, edad, afiliación religiosa, diagnóstico de ingreso en UCI, trastornos crónicos, categoría de fin de vida, limitaciones terapéuticas específicas, fechas y horas de ingreso en el hospital y en UCI, fallecimiento o alta, decisiones de limitar las intervenciones y la supervivencia o la mortalidad en el hospital.</p> <p>Para el estudio comparativo se encuestó a los investigadores</p>	<p>Se clasificaron 5 categorías: 1. suspensión de la terapia de prolongación de la vida. Fue mayor en cohorte 2015/16 que en la cohorte 1999/00, con una diferencia del 21,4%.</p> <p>2. Retirada de la terapia de prolongación de la vida. Significativamente mayor en 2015/16 que en 1999/00 con una diferencia del 21,4%</p> <p>3. Acortamiento activo del proceso de muerte. Menos frecuente en 2015/16, que en 1999/00 representando una diferencia de 1,9%.</p> <p>4. Fracaso de la RCP.</p> <p>5. Muerte cerebral Los pacientes q se inscribieron por una muerte sin ninguna limitación en las terapias 31,7%, una diferencia de – 21,4%.</p> <p>En 2015/16 la probabilidad de muerte luego de la suspender el tratamiento</p>

				<p>inclusión / exclusión e instruir sobre los formularios.</p> <p>Se probó la confiabilidad de los formularios entregándose los a los investigadores para que los completaran para casos de prueba hipotéticos inicialmente y, nuevamente, después de 2 semanas.</p>	<p>s para que proporcionar an datos retrospectivamente de 12 variables.</p> <p>1) Reuniones familiares rutinarias 2) Deliberaciones diarias sobre el nivel adecuado de cuidados. 3) Discusiones sobre el final de la vida durante las reuniones. 4) Desencadenantes escritos de las limitaciones. 5) Directrices escritas sobre el final de la vida. 6) Protocolos escritos. 7) Consultas de cuidados paliativos. 8) Consultas de ética. 9) El personal que realiza cursos de ética. 10) El personal que realiza cursos de bioética. 11) Las directrices del final de la vida de cada país.</p>	<p>(ajustada a edad, sexo, diagnóstico, práctica, rotación y región) fue de 93 % en 24hs, 98% en 48 h y de 99% en 72 h.</p> <p>Tras la decisión del retiro del tratamiento de prolongación de la vida la probabilidad de muerte fue de 98 % en 24h, 99% en 48 h y del 100% en 72 h y tras la decisión de acortar activamente el proceso de muerte, la probabilidad de muerte fue de 100%.</p> <p>En 1999/00 la Probabilidad de muerte luego de suspender tratamiento de prolongación de la vida (ajustada por edad, sexo, diagnóstico, práctica, rotación y región) fue del 92 % en 24 h, 94% en 48hs, y 96% en 72 h. Tras la decisión de retirar el tratamiento de prolongación de la vida, la probabilidad de muerte fue de 99% en 24hs, 100% en 48hs y 72 h, y tras la decisión de acortar activamente el proceso de muerte la probabilidad de</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>12)La legislación de cada país.</p> <p>Los análisis estadísticos se llevaron a cabo por el programa IBM SPSS</p>	<p>muerte fue de 99% en 24h y del100% en 48h y72 h.</p> <p>Para todos los pacientes la mediana del tiempo transcurrido desde el ingreso a UCI hasta la primera limitación del tratamiento de mantenimiento de la vida fue menor en 2015/16 q en 1999/00 2,1 frente a 4 días y la estancia en uci fue menor en 2015/16 q en 1999/00 4 frente a 5 días. La mediana del tiempo transcurrido desde la retirada del soporte vital hasta la muerte fue menor en 2015/16 q en 1999/00, 11,55 frente a 17 h. Los pacientes q tuvieron limitaciones en las terapias de prolongación de la vida en las22 UCI del estudio en 2015/16 fueron significativamente menores que en el estudio 1999/00. Estos hallazgos sugieren un cambio en las prácticas al final de la vida en las UCI europea, aunque el estudio es limitado porque excluyo a los pacientes que</p>
--	--	--	--	--	---	---

Referencia del Estudio (artículo 3)	N	Descripción de la muestra	Objetivo principal	Diseño metodológico	Instrumentos de medida	Resultados principales
Lee, Y. J., Ahn, S., Cho, J. Y., Park, T. Y., Yun, S. Y., Kim, J., Kim, J.-M., Lee, J., Lee, S.-M., Park, J. S., Cho, Y.-J., Yoon, H. I., Lee, J. H., Lee, C.-T., y Lee, Y. J. (2022). Change in perception of the quality of death in the intensive care unit by healthcare workers associated with the implementation of the “well-dying law”. Korea.	252 pacientes fallecidos	Participaron 252 pacientes moribundos - fallecidos de 4 UCI médicas de Corea del Sur.	Comparar la calidad de la muerte en UCI de medicina en cuatro hospitales de Corea del Sur antes y después de la aplicación del buen morir.	Estudio prospectivo multicéntrico. Este estudio se basó en un estudio previo (6) realizado en junio 2016- mayo 2017 antes de la implementación de la ley del buen morir para evaluar la calidad de muerte posterior a la implementación de la ley. Se realizó una encuesta usando el mismo cuestionario. Anterior (6). Se utilizaron iguales métodos en los dos periodos. Se recolectaron los datos prospectivamente a médicos y enfermeras de pacientes fallecidos de las mismas 4 UCI del estudio previo.	Última versión coreana del cuestionario Quality of Dying and Death (QODD) (versión 3.2) [7,8], que consta de 20 elementos en 3 dominios: experiencia del paciente al final de la vida (15 preguntas), atención médica al final de la vida (3 preguntas) y experiencia en el momento de la muerte (2 preguntas). 1. Tener dolor controlado 2. Tener control sobre que pasa alrededor. 3. Poder alimentarse 4. Poder respirar cómodamente.	sobrevivieron a la hospitalización en la UCI sin limitaciones de tratamiento. 1° periodo 2016-17 (66 médicos, 111 enfermeros, 255 pacientes fallecidos). 2° periodo 2019-00 (50 médicos, 93 enfermeros, 252 pacientes). La legislación sobre la decisión del final de vida (ley buen morir) mejora significativa la calidad de muerte. Después de la ley los 252 pacientes eran un poco mayores (68,6 – 66,6 p= 0,003) y menos pacientes ingresaron en la uci para cuidados pos-reanimación (10,3% frente a 20% p=0,003). El total medio de la puntuación QODD aumento significativamente después de la aprobación de la ley (36,9 frente a 31,3 p = 0,001). Los ítems individuales del cuestionario recibieron puntuaciones mayores pos ley.

				<p>Las 4 UCI compartían similitud en el horario y frecuencia de visitas.</p> <p>El cuestionario se completaba 48 h después del fallecimiento. La calidad de cada experiencia se calificaba en una escala de 0 a 10. 0 (experiencia terrible), 10 (experiencia excelente). Puntuación total de 0 a 100, mayor puntuación = mayor calidad muerte.</p> <p>Luego del cuestionario QODD se preguntó sobre, opinión del personal sobre la mejor acción y la acción real en el retiro de LST en el paciente fallecido.</p> <p>Demografía de los pacientes fallecidos, motivo ingreso uci, días internación, uso equipos SV, RCP dentro 24h pos fallecimiento,</p>	<p>5. Sentirse en paz con la muerte.</p> <p>6.No tener miedo a morir</p> <p>7.Poder reír y sonreír</p> <p>8. Mantener la dignidad y respeto por uno mismo.</p> <p>9. Pasar tiempo con la familia y amigos.</p> <p>10.Pasar tiempo a solas</p> <p>11.Ser tocado abrazados por seres queridos</p> <p>12. Despedirse de los seres queridos.</p> <p>13.Aclarar los malos sentimientos</p> <p>14.Visistas de un consejero religioso</p> <p>15. Servicio espiritual ante la muerte.</p> <p>16.Experiencia de recibir ventilación mecánica</p> <p>17.Experiencia de recibir diálisis</p> <p>18.Discusion de los médicos sobre sus deseos</p>	<p>La puntuación sobre autonomía y apoyo emocional fue bajo (preg.10) lo que demuestra que la autonomía al final de la vida se realiza a través de la comunicación activa y temprana cuando aún el paciente pueda practicarla.</p> <p>El aumento visitas alivia la angustia y mejora calidad de la muerte.</p> <p>Aspectos éticos y legales aplicados al LSV/tratamientos fútiles, mejoraron y permitieron a los profesionales actuar según su juicio clínico.</p> <p>La ampliación de las horas y frecuencia de visitas en uci redujo el delirio de los pacientes y mejoró la satisfacción familiar (preg. 15).</p> <p>En resumen, la puntuación del QODD mejoro tras la implementación de la ley, pero aún está por debajo de las puntuaciones de países occidentales como EE. UU. y Países Bajos (pp. 17 a 21).</p>
--	--	--	--	--	---	--

				orden de no reanimar y medicamentos dentro de las 24 h. de la muerte. Estas respuestas se revisaron en las Historias Clínicas.	19. Cualquier persona presente en el momento de la muerte. 20. Estado en el momento de la muerte.	
Referencia del Estudio (artículo 4)	N	Descripción de la muestra	Objetivo principal	Diseño metodológico	Instrumentos de medida	Resultados principales
De Magalhães Barbosa, A. P., do Espírito Santo, F. H., Hipólito, R. L., Andrade Silveira, I., y Cardoso da Silva, R. (2020). Vivências do CTI: Visão da Equipe Multiprofissional Frente ao Paciente em Cuidados Paliativos. Brasil	15 profesionales de la salud de una unidad de terapia intensiva de un Hospital Universitario de Río de Janeiro.	15 profesionales de salud presentes en la uci con 6 meses de experiencia en el sector y en los turnos diurnos. 5 enfermeros, 3 técnicos en enfermería, 3 fisioterapeutas, 2 médicos, 1 auxiliar de farmacia y 1 nutricionista.	Analizar la mirada de los profesionales de la salud hacia el paciente sin posibilidad terapéutica en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Estudio descriptivo cualitativo. Las entrevistas duraron 10 minutos, fueron grabadas y posteriormente transcritas autorizadas por los participantes a través de consentimiento informado. Pos-transcripción de los datos, se analizaron 3 fases: 1. Pre – análisis. 2. Exploración del material. 3. Proceso de resultados inferencia e interpretación. Del análisis de datos se elaboraron 3 categorías: -(Vi) Viendo el paciente crítico en la uci.	Entrevistas semiestructuradas con guion AD HOC específicamente elaborado para este estudio con preguntas abiertas.	-(Vi) viendo el paciente crítico en la uci. Refiere a la mirada del profesional sobre finitud de la vida, confort, apoyo a la familia para proporcionar una muerte digna. (P1) En final de vida lo mínimo ofrecer máximo confort los cuidados es lo mejor que puedo ofrecer (P2) Pacientes con larga vida o a veces corta llegan a la conclusión que lo mejor es el fin de su vida. (P3) El sufrimiento sostenido del paciente y familia a lo largo de la enfermedad, principalmente en uci por el uso de RR innecesarios, resaltan la necesidad de humanizar esos momentos. No vemos un final de

				<p>-(Re) Viendo conceptos - Proponiendo soluciones. Para preservar la identidad de los participantes, las respuestas se identificaron con la letra "P" (profesional) seguida del número.</p>	<p>vida digno en la uci, el paciente está aislado, lejos de su familia sin visitas, vemos muertes frías y solitarias. -(Re) Viendo conceptos sobre la práctica profesional a los pacientes en CP internados en uci los profesionales se manifestaron insatisfechos con la realidad de las conductas actuales y creen que es necesario cambios y mejoras en el escenario de la práctica clínica promoviendo el confort y bienestar y minimizando el sufrimiento (P3) Veo que aun en pacientes con CP se recetan ATB o maniobras de RCP. (P4) Me siento un poco incomoda cuando se realizan procedimientos que no suman y los cuidados que proporcionan confort y bienestar se dejan en segundo lugar y se invierte innecesariamente.</p> <p>Se mencionó falta de formación en la asistencia a pacientes en CP en CTI, ausencia de</p>
--	--	--	--	--	---

						<p>estrategias y protocolos.</p> <p>(P3) El equipo no está formado porque no se habla sobre el tema no se toman decisiones acordes a la situación, en la mañana las indicaciones son de “hacer todo” de tarde “está limitado...”, el equipo se siente perdido.</p> <p>(P2) Se especifica q el paciente es paliativo, pero en realidad no se sabe que es eso...pero creemos que sabemos, hay disparidad de opiniones en la uci muchas veces enemistades. Si bien hay consenso que la familia debe conocer la situación real del enfermo, la interacción profesional-paciente-familia fue identificada como un problema recurrente. Se le informa a la familia que la situación es limite que no hay mucho que hacer y de tarde está yendo al BQ lo que redundo en generar ciertas esperanzas que no son reales y terminan por creer que alguno</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>integrantes del equipo tiene mala voluntad y terminan comparando a unos con otros del equipo.</p> <p>(P4) El ingreso a CTI y procedimientos invasivos genera en las familias muchas esperanzas.</p> <p>-Proponiendo soluciones</p> <p>Cuando se preguntó cómo mejorar el escenario de los CP en uci se sugirió el entrenamiento del equipo, implementar una comisión multidisciplinaria de CP, mayor interacción entre profesionales y familias y la necesidad de humanización del cuidado prestado.</p> <p>(P2) Lo que falta es conocer que es un paciente sin posibilidades terapéuticas, entrenamiento y concientización de esos pacientes.</p> <p>(P2) Creo que una comisión de CP activa (dicen que hay, pero no la vemos participar) contribuiría mucho para discutir los casos, toma de decisiones y</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>unificación de criterios.</p> <p>(P5) El paciente que está en CP transita una situación compleja, creo que la familia tendría que poder estar más tiempo a su lado en CTI, sobre todo en fin de vida generando contención en la despedida.</p> <p>(P7) Es necesario +humanización, ser “humano”, no pensar que si es paliativo no hay nada que hacer...merece la misma dedicación y tratamiento que todos los demás.</p>
<p>Referencia del Estudio (artículo 5)</p> <p>Souza e Souza, L. P., Mota Ribeiro, J., Barbosa Rosa, R., Ribeiro Gonçalves, R. C., Oliveira e Silva, C. S., y Barbosa, D. A. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los</p>	<p>N</p> <p>7 enfermeros de un centro de cuidados intensivos de un hospital filantrópico en Montes Claros, norte de</p>	<p>Descripción de la muestra</p> <p>7 enfermeros con voluntad de participar del estudio y que habían experimentado la muerte actualmente en ese centro de terapia intensiva</p>	<p>Objetivo principal</p> <p>Conocer los sentimientos experimentados por los enfermeros ante la muerte y el proceso de morir</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Estudio cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo.</p> <p>Se realizaron 7 entrevistas en la propia unidad de terapia intensiva, individualmente con fecha y horario programado de acuerdo con la disponibilidad de los participantes.</p>	<p>Instrumentos de medida</p> <p>Entrevista no estructurada con guion específicamente elaborado para este estudio AD HOC, abordando aspectos inherentes a la vida profesional.</p>	<p>Resultados principales</p> <p>1. Concepto de muerte</p> <p>La muerte como fenómeno natural discutida por las religiones.</p> <p>La muerte como un tiempo que la persona ya cumplió en la tierra. Muerte como una transición que luego habrá un lugar especial para cada uno.</p> <p>Estas apreciaciones enfermeras muestran que conciben a la muerte como una</p>

enfermeros. Brasil.	Minas Gerais			<p>Las palabras fueron grabadas y transcritas en su integridad, autorizadas por los participantes a través de consentimiento informado. Se preservó la identidad de los participantes utilizando nombres ficticios en sus respuestas</p> <p>Después de la transcripción se realizó el análisis de los datos a través de la técnica de análisis de contenido, surgieron las siguientes categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concepto de muerte. 2. Sentimientos con relación a la muerte en su lugar de trabajo. 3. Reacciones ante la muerte y del proceso de morir. 		<p>etapa natural, que forma parte de la vida humana y que tienen connotaciones diferentes según las individualidades y creencias religiosas de los entrevistados. La muerte es aún un tabú para algunos profesionales. Crean mecanismos de defensa, comportamientos fríos y aparente equilibrio para manejar mejor las situaciones.</p> <p>2. Sentimientos con relación a la muerte en su lugar de trabajo.</p> <p>Tristeza, Impotencia, Sufrimiento y Miedo.</p> <p>Preocupación x la familia más que con el que se muere. La muerte produce profundas rupturas entre quien se muere y el que continúa viviendo.</p> <p>El enfermero tiene dificultad en hablar sobre la muerte. Es importante identificar los sentimientos de los enfermeros en la práctica de la asistencia en la muerte y en el proceso de morir ya que el</p>
------------------------	-----------------	--	--	--	--	---

						<p>autoconocimiento es importante para manejar mejor las situaciones que impliquen profundas emociones como lo es la muerte.</p> <p>3. Reacciones ante la muerte y del proceso de morir.</p> <p>En general se mantienen distantes del paciente y su familia para disminuir la posibilidad de un vínculo afectivo que provoca más sufrimiento en el momento de la muerte del paciente. Generan mecanismos de defensa q auxilian en el enfrentamiento con la muerte. Lo cotidiano de la muerte suscita sentimientos de frustración, tristeza, pérdida, impotencia, estrés y culpa.</p> <p>La falta de formación y de enseñanza en la graduación lleva a los profesionales a alejarse de la situación, ya que el enfermero crea mecanismos y formas de vivir el proceso de muerte y morir negativos o positivos para sí mismo y con su</p>
--	--	--	--	--	--	--

						relación con los demás.
--	--	--	--	--	--	-------------------------

VII. Discusión

A partir de la literatura encontrada se han analizado diferentes artículos científicos con la intención de conocer la mirada del equipo asistencial con relación a la buena muerte o buen morir en las unidades de medicina intensiva, donde paradójicamente se llevan a cabo un sin número de tratamientos en pos de preservar la vida. Se deja en evidencia a su vez, la importancia del rol del cuidado ante la decisión de la adecuación del esfuerzo terapéutico, enfocado éste a mantener la dignidad del ser humano como ser integral en todo el proceso de su muerte. A su vez, lo significativo del consenso de la medicina paliativa y la medicina crítica (Yáñez Dabdoub & Vargas Celis, 2018).

El estudio analizado sobre el proceso de morir en una unidad de cuidados intensivos pediátrica (en adelante, UCIP) coincide con la importancia del cuidado humanizado que abarca las dimensiones físicas, psicológicas y espirituales del paciente internado en la UCI. El mismo tuvo como objetivo conocer cómo los enfermeros llevan adelante el proceso de morir de los niños enfermos internados en la UCI y el impacto que ello produce en el equipo asistencial. Se entrevistaron a 30 profesionales identificados como enfermero (E) y técnico en enfermería (TE) (Souza e Souza et al., 2013).

Los resultados obtenidos se clasificaron en 8 categorías: sentimientos durante el proceso de la muerte y la muerte en sí, experiencias ante la muerte esperada e inesperada, contribución de los cuidados de enfermería en ese momento, sentimientos experimentados durante ese proceso de muerte y la muerte en sí, necesidad de apoyo para enfrentar la muerte de una paciente, si entendían la causa del deceso, si el proceso del trabajo se veía afectado, y si afectaba la atención a otros pacientes (Souza e Souza et al., 2013).

En los hallazgos encontrados se identificó que durante el proceso de la muerte ambos grupos E y TE coincidieron en las dificultades en la convivencia con el paciente y su familia y el sentimiento de empatía durante el proceso y la muerte. Con relación a la muerte hubo divergencias, si bien ambos grupos de profesionales respondieron sentirse impotentes, los primeros manifestaron aceptar la muerte lo cual no ocurrió con los

profesionales TE. En cuanto a la muerte esperada e inesperada los profesionales respondieron aceptación ante ambas, pero los E señalaron que la muerte esperada permite tiempo para despedirse del paciente, ya para los TE la muerte inesperada era más fácil de sobrellevar, ya que en la muerte esperada siempre existía la interrogante de si el paciente estuviese vivo en el próximo turno que les tocará volver a trabajar. Sobre la contribución de los cuidados de enfermería, tanto E como TE apuntaron como relevantes las medidas de confort, la acogida a la familia y la comprensión, no sucediendo lo mismo en relación con los límites terapéuticos, los E respondieron que existían límites para hacer lo posible dentro de lo que fuera aceptable, para los TE las terapias aplicadas debían realizarse hasta el fin en pos de salvar la vida del paciente. Los sentimientos experimentados durante el proceso de morir y la muerte fueron comunes para ambos grupos de profesionales, la tristeza y la angustia fueron los más relevantes. Con referencia a si luego de la muerte de un paciente necesitaban apoyo para enfrentar dicha pérdida respondieron que tenían dificultad en expresar sus sentimientos, para los E era proporcional a la tristeza que sentían ante el hecho, mientras que a los TE les resultaba difícil recuperarse y continuar con la rutina diaria. En la comprensión de la causa de muerte ambos grupos se diferencian marcadamente, los E comprenden las complicaciones y su inevitable desenlace, no sucediendo lo mismo con los TE que se **cuestionaron** la causa de la enfermedad y muerte de un niño, buscando adjudicar responsables de los hechos, la palabra culpa estuvo presente en sus respuestas. Para ambos grupos el clima laboral se ve afectado ante la muerte de un paciente y el sufrimiento de la familia. En última instancia, sobre si afecta la atención a los otros pacientes, ambos profesionales respondieron que el clima laboral se ve afectado y proporciona la reflexión sobre el trabajo realizado, a su vez los TE destacaron sentirse desmotivados (Souza e Souza et al., 2013).

La muerte de un niño es un tema por demás complejo causando diferentes posturas, en ocasiones contrapuestas, es relevante y significativo como la muerte continúa siendo un tema tabú dentro de la sociedad, así como también entre los profesionales de la salud de las unidades de medicina intensiva teniendo en cuenta el objetivo primario de las mismas enfocadas en recuperar la salud de los enfermos (García S y Rivas Riveros, 2013).

El estudio anteriormente mencionado deja entrever la necesidad de poner sobre la mesa los cuidados del paciente crítico pediátrico al final de la vida. El tiempo compartido durante la internación, la cercanía e interacción con el paciente pediátrico y la familia

hacen más difícil aceptar la muerte, el reconocimiento de la necesidad de la limitación de las terapias de prolongación de la vida, el respeto a su autonomía, la finitud de la vida y el acompañamiento en el proceso de morir requieren instancias de aprendizaje, comunicación activa y conocimientos que sostengan la toma de decisiones ofreciendo una muerte digna (Alberti et al., 2008).

El apego y la empatía del paciente y su familia en ocasiones no favorece a la identificación temprana de sus propias fragilidades para con el manejo de una situación tan difícil y a destiempo como lo es la muerte de un niño. Se considera relevante delinear intervenciones en favor de mejorar la educación en cuanto a los conocimientos del equipo, enfocada a una atención unificada en sus criterios que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes y su familia desarrollando cuidados humanizados que identifiquen la profesionalidad de estos (García S y Rivas Riveros, 2013).

El siguiente estudio analizado tuvo como objetivo conocer las manifestaciones de siete enfermeros en relación con la muerte y el proceso de morir en una UCI de adultos de Mina Gerais en Brasil. Los resultados arrojados se dividieron en tres categorías, concepto de muerte, sentimientos con relación a la muerte en su trabajo, y reacciones ante la muerte y el proceso de morir. En primera instancia encontramos, la visión de la muerte como un fenómeno natural que forma parte de la vida del ser humano, pero con desigualdades según las individualidades y creencias religiosas de los entrevistados, aunque reconocieron que para algunos profesionales hablar sobre la muerte es aún un tabú, lo que genera mecanismos de defensa notablemente visibles en un comportamiento indiferente, desinteresado y revestido de aparente equilibrio, lo que de alguna manera permite manipular mejor la situación (Souza e Souza et al., 2013).

En lo que respecta a los sentimientos con relación al trabajo y su dedicación total al paciente destacaron la tristeza, la impotencia, el sufrimiento y el miedo como los más relevantes. Tristeza y angustia por el enfermo y mayormente por la familia dada la ruptura insondable que produce la muerte. Impotencia en el abordaje del proceso de morir resultante de la interrogante sobre su desarrollo ante la situación de vida - muerte del paciente. Sufrimiento que intentan evitar como mecanismo de autodefensa en su profesión. Miedo a presenciar el funeral de los pacientes y acompañar a la familia en la muerte en sí misma, aunque refirieron desarrollar sin problema los procedimientos

técnicos hacia el paciente ya sin vida dentro de los muros de la UCI (Souza e Souza et al., 2013).

En relación con las reacciones ante la muerte y del proceso de morir los enfermeros identificaron la necesidad de mantenerse distantes del paciente y su familia para no profundizar en los vínculos, lo cual genera mecanismos de defensa que ayudan frente a la muerte. La frustración, tristeza, pérdida, impotencia, estrés y culpa fueron los sentimientos más identificados por los enfermeros en el día a día del enfrentamiento con la muerte en la UCI. Apuntaron la falta de formación como puente que permite mantener distancia de los hechos que están aconteciendo, mientras van generando mecanismos positivos o negativos ante el proceso de morir en consonancia consigo mismo y con la relación con los demás (Souza e Souza et al., 2013).

Comparando ambos estudios y teniendo en cuenta los resultados arrojados se considera que es más difícil acompañar el proceso de morir de los pacientes internados en las unidades de medicina intensiva pediátricas que en los centros de terapia intensiva de adultos, si bien no se pueden generalizar estos hallazgos ya que no encontramos suficientes estudios que identifiquen la problemática de la buena muerte en las UCIP (Neris de Souza & Fernandes Conceição, 2018).

Es relevante que aun siendo la muerte un acontecimiento cotidiano dentro de las unidades de medicina intensiva los enfermeros enfrenten una serie de dificultades en el abordaje del proceso de morir y la muerte en sí misma. Son similares los resultados de estos dos estudios con relación a los sentimientos de tristeza, miedo, angustia e impotencia que viven los enfermeros en la UCI, no sólo para con el enfermo sino también para con su familia que también sufre la pérdida de su ser querido. A su vez esto resulta en detrimento del desarrollo de los profesionales que asumen indiferencia, despertando mecanismos de defensa que les permita protegerse y sobrellevar su trabajo con eficiencia y responsabilidad en las tareas rutinarias de las UCISs (Vicensi, 2016).

La literatura revisada deja en evidencia las dificultades de los enfermeros ante la muerte en un lugar cuyo objetivo principal es la vida. Observamos que en el encuentro definitivo con la muerte los enfermeros evidencian la fragilidad de la vida del paciente, el sufrimiento de la familia, la culpa por no haberlo “hecho mejor”, y sus dificultades ante la falta de recursos para enfrentarse a estas situaciones bajo el manto de una fortaleza que

carece de herramientas. Ambos estudios constatan estas dificultades como resultado de la falta de formación en el proceso de morir donde las tecnologías y conocimientos de la ciencia abandonan su protagonismo para dar paso a la humanización del cuidado en toda su extensión (Vicensi, 2016).

Los resultados presentados sobre las vivencias de un equipo multidisciplinario de 15 profesionales de salud de una UCI del estado de Río de Janeiro, frente a un paciente sin posibilidades de recuperación, son contundentes sobre la necesidad de una visión paliativa dentro de los centros de terapia intensiva, acercando y desmitificando la histórica brecha entre ambas disciplinas (De Magalhães Barbosa et al., 2020).

Los hallazgos encontrados en este estudio se clasificaron en tres categorías: viviendo el paciente crítico en la UCI, que refiere a la visión del profesional sobre el paciente en cuidados paliativos internado en un Centro de terapia intensiva. En segunda instancia la revisión de conceptos sobre la práctica profesional al paciente en cuidados paliativos en UCI, y en tercera instancia las propuestas de soluciones en lo que atañe a las actitudes de mejora en el escenario actual de los cuidados paliativos integrados a la UCI (De Magalhães Barbosa et al., 2020).

En la primera categoría los profesionales destacaron la finitud de la vida humana y el ofrecimiento de medidas de confort y apoyo a la familia en procura de una muerte digna. Se deja en evidencia la importancia del reconocimiento precoz del límite del esfuerzo terapéutico ante la finitud de la vida, en pos de medidas de contención y confort hacia el enfermo y su familia con el propósito de dignificar la muerte del paciente. Los profesionales resaltaron también el sufrimiento de la familia durante las largas estadías en UCI, el sometimiento del ser humano enfermo a tratamientos muchas veces innecesarios que conlleva inevitablemente a una atención deshumanizada teniendo como fin último una muerte triste, fría y en soledad (De Magalhães Barbosa et al., 2020).

En relación con los conceptos sobre la práctica profesional frente a un paciente en cuidados paliativos en la UCI, la literatura revisada deja en evidencia que los profesionales consideraron escasas las conductas actuales en la práctica profesional y la imperiosa necesidad de vientos de cambios detrás de una mirada centrada en la promoción del confort y bienestar que minimiza el sufrimiento. Identificaron la importancia del conocimiento certero de la familia, sobre el diagnóstico-pronóstico de la enfermedad con

el fin de favorecer la aceptación de la enfermedad y el duelo. A su vez señalaron como una problemática recurrente la interacción profesional-paciente-familia (De Magalhães Barbosa et al., 2020).

En lo que cabe a las propuestas de mejoras de los CP integrados a la UCI, concluyeron como necesario incentivar la educación y entrenamiento del equipo de salud, la implementación de una comisión multidisciplinar de cuidados paliativos, mayor interacción entre los profesionales y las familias, y la necesidad de ofrecer una atención centrada en la humanización de los cuidados (De Magalhães Barbosa et al., 2020).

Estos resultados son coincidentes con los resultados de los dos estudios anteriores con referencia a las dificultades que enfrenta el equipo de salud en el acompañamiento durante el proceso de morir. La escasa formación, los vacíos de conocimiento, son quizás la respuesta al tabú que representa la muerte en la sociedad, y por ende también dentro de los centros asistenciales especializados, donde las terapéuticas aplicadas se enfocan y ocasionalmente se ensañan en tratamientos que tienen como eje central la curación de la enfermedad, dejando a un lado la visión integral y holística del paciente como ser único e irremplazable, que en su más pura vulnerabilidad urge por cuidados humanizados que aquieten su ser espiritual y lo acompañen en el difícil cruce de la vida con la muerte (Vicensi, 2016).

En el análisis del estudio comparativo que tenía como objetivo determinar los cambios en las prácticas al final de la vida en 22 UCIs europeas desde 1999-2000 hasta 2015-2016 se clasificaron 5 categorías: suspensión de la terapia de prolongación de la vida, que refiere a la decisión de no iniciar o aumentar una intervención de mantenimiento de la vida (ej. inicio de reanimación cardiopulmonar ante la presencia de un paro cardíaco del paciente). Retirada de la terapia de prolongación de la vida, en relación con la decisión de interrumpir una intervención de mantenimiento de la vida que se estaba llevando a cabo (ej. interrupción en la administración de un inotrópico). Acortamiento activo del proceso de la muerte, cuando se realiza un acto con el objetivo direccionado a acortar el proceso de la muerte. Fracaso de la reanimación cardiopulmonar (aun habiendo realizado masaje cardíaco y ventilación). Como quinta categoría se estableció muerte cerebral, que se define como aquella muerte documentada de la función cerebral y que cumpla con todos los criterios de muerte cerebral. Los resultados obtenidos concluyeron que las limitaciones de tratamiento (suspensión o retirada del tratamiento de mantenimiento de

la vida o el acortamiento activo del proceso de muerte) ocurrieron con una frecuencia notablemente mayor en la cohorte 2015-2016 (89,7%), en comparación con los resultados obtenidos en la cohorte 1999-2000 (68,3%). Mientras que la muerte sin ninguna limitación en las terapias de prolongación de la vida (RCP fallida y muerte cerebral) sucedieron con una frecuencia sensiblemente menor en la cohorte 2015-2016 (10,3 %) que en los datos reportados en la cohorte 1999-2000 (31,7 %) (Sprung et al., 2019).

A la vista de estos resultados y teniendo en cuenta la literatura revisada es importante mencionar que los centros de terapia intensiva europeos han sufrido cambios en la práctica asistencial brindada a los pacientes en fin de vida desde el primer estudio realizado en 1999-2000 y el presente estudio analizado 2015-2016 en el que se reportaron menor número de muertes sin limitaciones de tratamiento y mayor número de limitaciones de prolongación de la vida (Sprung et al., 2019).

Cabe destacar la importancia de los marcos de referencia que muestran el camino a seguir por parte de los profesionales de la medicina intensiva en la difícil tarea de la toma de decisiones sobre las terapéuticas aplicadas en pos de prolongar la vida de los pacientes internados en las unidades de medicina crítica. Las decisiones de no RCP forman parte del día a día de las UCIs y representan un marco formal ante la toma de decisiones (Sprung et al., 2019).

Actualmente los cuidados paliativos han adquirido mayor relevancia en todo el mundo, y se ha demostrado que la integración de los CP en la UCI colabora en establecer el límite entre los tratamientos fútiles, que no hacen más que ir en detrimento del ser humano enfermo, omitiendo la visión de la atención integral y humanizada que requieren estos pacientes y sus familias. La muerte no solo abarca al que muere sino también a la totalidad de su entorno. Es congruente este estudio con los estudios anteriores frente a la finitud del ser humano como premisa fundamental ante la toma de decisiones adecuadas por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta la futilidad innecesaria de tratamientos que no benefician ni dignifican el proceso de morir de los pacientes al final de la vida (Llauradó Sanz, 2014).

La muerte digna o buena muerte en las unidades de medicina crítica es un tema complejo e intrincado ya que como hemos mencionado tienen como objetivo el mantenimiento y recuperación de la vida. A su vez, los cuidados paliativos integrados a la UCI son objeto

de discusión y en ocasiones hasta de controversia si bien son aplicados cada vez más a lo cotidiano de los centros de terapia intensiva. En el año 2018 el gobierno de Corea del Sur implementó la “ley de la buena muerte”, la misma permite a los enfermos decidir sobre tratamientos fútiles que no desea recibir, posterior a ser diagnosticado como enfermo terminal (Lee et al., 2022).

El siguiente artículo analizado en esta revisión fue realizado en 2019-2020, se basó y se comparó con un estudio anterior realizado en 2016-2017, tuvo como objetivo estudiar si la ley del buen morir estaba asociada a un cambio significativo en relación con la calidad de la muerte en 4 UCIs de Corea del Sur. El cuestionario aplicado en dicho estudio constaba de 20 elementos clasificados en 3 dominios, experiencia del paciente al final de la vida, atención médica al final de la vida y experiencia en el momento de la muerte. Los hallazgos encontrados revelaron que la legislación de la decisión al final de la vida (ley del buen morir) mejora significativamente la calidad de la muerte en la UCI siendo menor a su vez la proporción de los pacientes que ingresan al centro de terapia intensiva. Se concluyó que la autonomía del paciente y el apoyo emocional van en concordancia con la necesidad de una comunicación activa y temprana cuando el paciente aún la puede practicar. Se mejoraron los aspectos ético - legales que dan respuestas a la retirada de tratamientos fútiles lo que permitió a los profesionales médicos actuar según su juicio clínico. La ampliación, flexibilización y aumento de las visitas en la UCI arrojó como resultados: el alivio de los sentimientos de angustia; redujo el delirio de los enfermos y mejoró la satisfacción de los familiares (Lee et al., 2022).

Si bien estos resultados son positivos y se concluyó que la calidad de la muerte tuvo un antes y un después de la aprobación e implementación de la ley del buen morir en las UCIs de Corea del Sur, se consideraron insuficientes comparados a las realidades de otros países occidentales como EE. UU. y los países bajos. Este estudio concluyó que las mencionadas diferencias pueden estar asociadas a las diferencias culturales de los pueblos en lo que refiere a la comunicación ya que en Corea del Sur el hecho de hablar sin reservas sobre el proceso de morir o la muerte en sí misma es considerado un acto irrespetuoso (Lee et al., 2022).

Cabe destacar que como se ha mencionado la muerte es una realidad que en repetidas ocasiones suele ocurrir en una unidad de cuidados intensivos. El reconocimiento del fin de la vida, la toma de decisiones en relación con al límite de soporte vital, el respeto a la

autonomía del enfermo, la necesidad de iniciativas educativas y entrenamiento de los profesionales en pos de ofrecer cuidados humanizados que prioricen el control del dolor físico y espiritual se vieron reflejados en todos los estudios analizados. La integración de la medicina paliativa a la UCI permite un abordaje multidisciplinario que beneficia al paciente y su familia desde una mirada holística del ser humano como ser único e integral (Hernández Zambrano et al., 2020).

Los estudios analizados dejan en evidencia las dificultades frente al abordaje del proceso de morir, los sentimientos de tristeza, angustia, miedo e impotencia que se enfrenta ante la muerte del enfermo internado en la soledad de una unidad de cuidados intensivos. La necesidad de un cambio de mirada hacia una asistencia en salud humanizada, el acompañamiento empático al paciente debe ser sustentado por una mirada de la totalidad del ser humano como ser biopsicosocial y espiritual. La formación del equipo de salud en todas sus disciplinas y la ruptura de los antiguos antagonismos entre el paliar y el curar deben preocuparnos y ocuparnos como seres humanos comprometidos con nuestra profesión (Hernández Zambrano et al., 2020).

Estas investigaciones son concluyentes en que los profesionales son seres humanos capaces de sentir diversas emociones ante la muerte, la familia del que se va y su propia relación con el equipo de salud que en ocasiones puede resultar enmascarada como fortaleza para mantener un rol profesional. De esta forma el distanciamiento del sufrimiento evita su propio sufrimiento. Ante esto es importante asumir que el proceso de morir y la muerte en sí misma supone una variedad de sentimientos que de una u otra forma afectan a los profesionales sobre todo cuando se cuida a los pacientes internados en un centro de terapia intensiva (Yáñez-Dabdoub & Vargas-Celis, 2018). La muerte representa la finitud del proceso vital por lo cual los cuidados al final de la vida deben abordar al paciente y a su familia desde un lugar multidimensional en el acompañamiento del proceso. Teniendo en cuenta la adecuación del esfuerzo terapéutico, la medicina intensiva debería cambiar su postura paternalista a fin de ofrecer cuidados humanizados que favorezcan el encuentro del paciente con sus familiares durante el proceso de morir, con el fin de evitar la triste soledad de la muerte en la UCI. Los cuidados humanos y profesionales generan seguridad para el enfermo y su familia, pero exigen implementar las competencias necesarias para enfrentar un nuevo paradigma que día a día se viene gestando en la realidad de la medicina intensiva (Yáñez-Dabdoub & Vargas-Celis, 2018).

VIII. Conclusiones

Esta revisión de la literatura sobre el buen morir o buena muerte en un centro de terapia intensiva sensibiliza hacia una reflexión sobre la muerte como tema tabú dentro de la sociedad y las diferentes culturas Europa, Asia y Latinoamérica.

Para los profesionales de la UCI a pesar de que la muerte es una realidad frecuente es importante, necesario e impostergable generar espacios de capacitación profesional y el desarrollo de nuevas guías basadas en evidencia que permitan el aprendizaje de un abordaje multidisciplinar en el proceso de morir ofreciendo cuidados humanizados que respetan la autonomía y las creencias del paciente y su familia.

La implementación de regulaciones legales de terapias de limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico mejora significativamente la calidad de la muerte, beneficiando al paciente, su familia, y al equipo de salud alineado con los principios bioéticos en pos de una muerte digna.

Los CP mejoran la calidad de vida del paciente y su familia cuando se enfrentan a situaciones de desorden físico, psicológico y espiritual inherente a una enfermedad irreversible, mejorando también la calidad de vida de los profesionales que cuidan. Es necesaria la integración de la medicina paliativa a los centros de terapia intensiva permitiendo brindar cuidados al final de la vida personalizados y de calidad, facilitando un consenso sobre la toma de decisiones ante terapias fútiles que no benefician al paciente y prolongan el sufrimiento de la familia.

Esta revisión de la literatura permite ampliar el horizonte entre las medidas paliativas y las medidas curativas. Los resultados obtenidos contribuyen a la práctica clínica en dirección a una calidad de atención centrada en la autonomía del paciente y su familia promoviendo una buena muerte en el centro de terapia intensiva.

Limitaciones del estudio

En primer lugar, no se encuentra suficiente literatura sobre el buen morir en UCI en base a las palabras claves, de igual forma las investigaciones analizadas son publicaciones recientes y algunas cuentan con aportes de continuidad. En segundo lugar, se entiende como una limitación de la revisión sistemática que la misma depende de procesos que ocasionalmente pueden resultar complejos, dadas las múltiples plataformas existentes para la selección de la literatura, dependiendo de las habilidades y experiencia del investigador el realizar una buena selección de artículos. En tercer lugar, se considera una limitación los recursos económicos en cuanto a la opción por plataformas privadas por sus altos costos, por ende, en esta investigación se utilizan plataformas digitales de libre acceso y las proporcionadas por la biblioteca virtual de la Universidad Católica del Uruguay. No obstante, cabe destacar el auspicioso interés que suscita dicha temática a nivel internacional donde se perciben coincidencias importantes, que animan a su promoción y difusión. En nuestro país el desarrollo de espacios educativos en la formación de cuidados humanizados resulta una congruencia que estimula los trabajos que se vienen realizando en ese sentido.

Sugerencias

La UCI a través de los tiempos permaneció con sus puertas cerradas y su visión tecnológica y de curación ha representado una distancia insondable, en distintas ocasiones perdiendo de vista la atención asistencial centrada en el ser humano enfermo y su familia como un todo. Se observa como positivo generar espacios de diálogo y de comunicación entre los profesionales de medicina crítica y otros miembros del equipo de salud. Dichas instancias de intercambio e información vinculan participativamente a todos los actores en la toma de decisiones del proceso médico. Consideramos necesario la flexibilización de los horarios de visitas y acompañamiento de las familias a sus seres queridos enfermos, con énfasis en aquellos pacientes que se encuentran en su proceso final de vida, lo cual disminuye la angustia y favorece el buen morir, proporcionando el marco de la espiritualidad individual que requiere cada paciente y familia. Es necesario contar con apoyo psicológico al equipo de salud de UCI y la promoción de instancias educativas para fortalecer la profesionalidad de los cuidados y la seguridad del paciente disminuyendo las múltiples situaciones de estrés del trabajo cotidiano en áreas tan críticas de la salud. Se considera fundamental incrementar la integración de los cuidados paliativos a las unidades de medicina crítica, los CP triangulan efectivamente la relación entre,

conocimiento médico, voluntad del paciente y participación familiar, lo cual en conjunto con la atención a los pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos, representa un aporte significativo en la transformación del sistema de salud para beneficiar la calidad y nivel de excelencia de la atención del paciente crítico y su familia.

IX Referencias Bibliográficas

- Alberti, M., Lores, R., y Menchaca, A. (2008). Modos de morir en la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Médica del Uruguay*, 24(3), 175–184.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000300004&lng=es&tlng=es
- Arranz, P., Barbero, J. J., Barreto, P., y Bayés, R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. *Psicothema*, 15(2), 339–340.
<https://www.psicothema.com/pi?pii=1069>
- Arruda Lima, M., y Manchola-Castillo, C. (2021). Bioética, cuidados paliativos y liberación: una contribución al “buen morir”. *Revista Bioética*, 29(2), 268–278.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>
- Bove Panizza, M. (2020). Definiciones fundamentales. En G. Aller Maisonnave, G. Berro Rovira, N. Campos Pierri, L. Cavalieri Cetrangolo, O. Cluzet, A. Della Valle, J. E. Fagúndez, D. Morelli, O. Pasquet Iribarne, Á. Valmaggia, y M. Varangot (Eds.), *Principios éticos de la muerte digna* (pp. 9–13). Federación Médica del Interior. https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2021/01/Principios_eticos_de_la_muerte_digna-1.pdf
- Bueno Muñoz, M. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167–174.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>

- Clark, D., Centeno, C., Clelland, D., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Downing, J., Varghese, C., y Connor, S. (2020). How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care? En S. Connor (Ed.), *Global Atlas of Palliative Care* (2.^a ed., pp. 45–58). Worldwide Palliative Care Alliance. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- Cluzet, O. (2020). La muerte asistida desde la perspectiva ética de la muerte digna. En G. Aller Maisonnave, G. Berro Rovira, N. Campos Pierri, L. Cavalieri Cetrangolo, O. Cluzet, A. Della Valle, J. E. Fagúndez, D. Morelli, O. Pasquet Iribarne, Á. Valmaggia, y M. Varangot (Eds.), *Principios éticos de la muerte digna* (pp. 23–33). Federación Médica del Interior. https://femi.com.uy/wp-content/uploads/2021/01/Principios_eticos_de_la_muerte_digna-1.pdf
- Computaro, L. A., Muchico, M. A., Angarola, J., Sarasino, A., Raimondi, N., Baccaro, F., Magnante, D., y Previgliano, I. (2017). Dignificando el final de la vida en cuidados intensivos. *Oncología (Ecuador)*, 27(2), 156–167. <https://doi.org/10.33821/206>
- De Magalhães Barbosa, A. P., do Espírito Santo, F. H., Hipólito, R. L., Andrade Silveira, I., y Cardoso da Silva, R. (2020). Vivências do CTI: Visão da Equipe Multiprofissional Frente ao Paciente em Cuidados Paliativos. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 161–166. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n4.2990>
- García S, V., y Rivas Riveros, E. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y enfermería*, XIX(2), 111–124. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532013000200011>
- Girbau Campo, M. B., Monedero Rodríguez, P., y Centeno-Cortés, C. (2016). Integración de los principios de cuidados paliativos en cuidados intensivos. *Cuadernos de*

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5684448>

Girbau, M. B., Monedero, P., Centeno, C., y Grupo Español de Cuidados al Final de la Vida en UCI. (2017). El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 339–349.

<https://doi.org/10.23938/assn.0026>

Godoy García, J. E. (2008). Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. *Index de Enfermería*, 17(4), 295–296.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400017&lng=es&tlng=es

Hernández Zambrano, S. M., Carrillo Algarra, A. J., Estupiñan Avellaneda, Y. J., González Rodríguez, Á. C., Martínez Herrera, E., Enciso Olivera, C. O., y Gómez Duque, M. (2020). Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 29(2), 111–121.

<https://doi.org/10.31260/repertmedcir.01217273.934>

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., de Lima, L., Bhadelia, A., JiangKwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Sáenz Madrigal, M. R., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., & Rajagopal, M. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)

- Labres de Freitas, T. L., Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt de Oliveira Vargas, J. V., y Souza de Silva, S. (2016). La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 15(1), 322–334. <http://hdl.handle.net/10201/47439>
- Lee, Y. J., Ahn, S., Cho, J. Y., Park, T. Y., Yun, S. Y., Kim, J., Kim, J.-M., Lee, J., Lee, S.-M., Park, J. S., Cho, Y.-J., Yoon, H. I., Lee, J. H., Lee, C.-T., y Lee, Y. J. (2022). Change in perception of the quality of death in the intensive care unit by healthcare workers associated with the implementation of the “well-dying law”. *Intensive Care Medicine*, 48, 281–289. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06597-7>
- Llauradó Sanz, G. (2014). Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene*, 8(1). <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2014000100006>
- Mercadante, S., Gregoretti, C., y Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>
- Ministerio de Salud Pública. (2013, noviembre). *Plan nacional de cuidados paliativos: Guía de buenas prácticas para su implementación*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-paliativos-guia-buenas-practicas-para-su>
- Neris de Souza, P. dos S., y Fernandes Conceição, A. de O. (2018). El proceso de morir en la unidad de cuidados intensivos pediátrica. *Revista Bioética*, 26(1), 127–134. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261234>
- Pascual-Fernández, M. C. (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos. Evaluación por parte de las

enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(3), 168–174.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.09.002>

Rincón Roncancio, M., y Garzón Díaz, F. (2015). Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista latinoamericana de bioética* [online], 15(2), 42–51.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-47022015000200004&script=sci_abstract&tlng=es

Rubio Sanchiz, O., y Ventura Pascual, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho* [online], 48, 81–93. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28883>

Souza e Souza, L. P., Mota Ribeiro, J., Barbosa Rosa, R., Ribeiro Gonçalves, R. C., Oliveira e Silva, C. S., y Barbosa, D. A. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 12(32), 222–229.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es&tlng=es

Sprung, C. L., Ricou, B., Hartog, C. S., Maia, P., Mentzelopoulos, S. D., Weiss, M., Levin, P. D., Galarza, L., de la Guardia, V., Schefold, J. C., Baras, M., Joynt, G. M., Bülow, H.-H., Nakos, G., Cerny, V., Marsch, S., Girbes, A. R., Ingels, C., Miskolci, O., . . . Avidan, A. (2019). Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*, 322(17), 1692–1704.

<https://doi.org/10.1001/jama.2019.14608>

Vicensi, M. C. (2016). Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Revista Bioética*, 24(1), 64–72.

<https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>

Yáñez-Dabdoub, M., y Vargas-Celis, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. *Persona y Bioética*, 22(1), 56–75.
<https://doi.org/10.5294/pebi.2018.21.1.5>