

Almudena Bondía Borraz

**CONSIDERACIONES ÉTICAS ANTE LA ORDEN DE NO REANIMACIÓN EN
PARADA CARDIORRESPIRATORIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Elsa Gil Mateu

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

Tortosa, 2022

*“La enfermería es un arte y si se pretende que sea
Un arte requiere una devoción tan exclusiva, una preparación
Tan dura, como el trabajo de un pintor o un escultor”.*

Florence Nightingale

A mis padres, por enseñarme desde pequeña la importancia de trabajar duro y luchar hasta el final por lo que uno quiere. A Miguel, por confiar siempre en mí y ser un ejemplo de constancia y disciplina. A Sandra, Ángela, Melani y Sara, por acogerme con los brazos abiertos cuando llegué a Tortosa y haberse convertido en una familia para mí. Gracias a Elsa, mi tutora, por su ayuda e implicación en este trabajo, por todo lo aprendido durante la carrera, y sobre todo por despertar en mí las ganas e interés de seguir formándome en el paciente crítico. Y en general, mi agradecimiento a todas aquellas personas que se han cruzado en mi camino a lo largo de estos años y han hecho de mí una mejor persona. A todos vosotros, gracias de corazón.

RESUMEN

Introducción: se estima que en España se producen aproximadamente unas 50.000 paradas cardiorrespiratorias (PCR) anuales, con 45.000 fallecimientos por esta causa. Son muchas las secuelas que puede sufrir una persona a consecuencia de la realización de una reanimación cardiopulmonar (RCP), por lo que en ocasiones puede resultar contraproducente iniciarla. Ante este dilema se encuentra en numerosas ocasiones el personal sanitario, especialmente enfermería, una figura clave en el abordaje de dicha situación, los cuales deberán tener en cuenta en todo momento una serie de consideraciones éticas que engloben al paciente en todo su contexto personal.

Objetivo: conocer cuáles son las consideraciones éticas, así como las percepciones y actitudes del personal sanitario en relación a la orden de no reanimación ante una parada cardiorrespiratoria.

Metodología: se realiza una revisión bibliografía en las principales bases de datos del ámbito sanitario Scopus, Medline Plus, Scielo, Web of Science y Pub Med durante los meses de diciembre de 2021 y febrero de 2022.

Resultados: se seleccionan un total de trece artículos, a partir de los cuales tras una lectura crítica se obtienen tres categorías temáticas en las que se sintetizan los resultados de los estudios evaluados y se da respuesta a los objetivos planteados.

Conclusiones: se identifican ciertos dilemas, así como emociones negativas entre el personal sanitario cuando se encuentran al frente de una parada cardiorrespiratoria. Destaca por otro lado la importancia de poseer una serie de cualidades personales y habilidades éticas para que el desempeño de la función enfermera en dichas situaciones se lleve a cabo de forma precisa y eficiente. Por último, se hace hincapié en el establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente y familia a través de una comunicación directa y de calidad.

Palabras clave: ética, parada cardíaca, orden de no reanimación, enfermera, experiencia.

ABSTRACT

Background: it is estimated that approximately 50,000 cardiorespiratory arrests occur annually in Spain, with 45,000 deaths from this cause. There are many side effects that a person can suffer as a result of performing cardiopulmonary resuscitation, so it can sometimes be counter-productive to administrate it. Healthcare professionals have to come up against this dilemma, especially the nursing staff, a key element in approaching this situation, who must take into account a series of ethical considerations which encompass the patients in all their personal context.

Objective: to know what the ethical considerations are, as well as the perceptions and approaches of healthcare professionals in relation to the request or direction of not resuscitate in the event of cardiorespiratory arrest.

Methodology: a bibliographic review has been carried out in the main health field databases of the Scopus, Medline Plus, Scielo, Web of Science and Pub Med during a three months period from December 2021 to February 2022.

Results: a total of thirteen articles have been selected, from which, after a critical reading, three thematic categories have been obtained in which the results of the evaluated studies are synthesized and the proposed objectives are answered.

Conclusions: some dilemmas are identified, as well as negative emotions among healthcare professionals when they are facing a cardiorespiratory arrest. Furthermore, it stands out the importance of having a series of personal qualities and ethical skills with the purpose of the nursing function in these situations in order to be carried out accurately and efficiently. Finally, it stands out the importance of establishing a good therapeutic relationship with the patient and family through straight forward and high communication.

Key words: ethics, cardiac arrest, do not resuscitation order, nurse, experience.

TABLA DE CONTENIDOS

1. JUSTIFICACIÓN	10
2. MARCO CONCEPTUAL	11
2.1. PARADA CARDIORRESPIRATORIA	11
2.1.3. Factores de riesgo y factores protectores	13
2.2. CADENA DE SUPERVIVENCIA	14
2.2.1. Breve historia de la reanimación cardiopulmonar	14
2.2.2. Referentes científicos	15
2.2.3. Eslabones de la cadena de supervivencia	16
2.3. SECUELAS NEUROLÓGICAS TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA	17
2.3.1. Manifestaciones clínicas de la lesión neurológica	18
2.4. ORDEN DE NO REANIMACIÓN	18
2.4.1. Definición	18
2.4.2. Criterios para no realizar RCP	19
2.5. PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	20
2.6. CONCEPTOS RELACIONADOS	20
2.6.1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET):	20
2.6.2. Ortotanasia:	21
2.6.3. Distanasia:	21
2.7. BIOÉTICA DEL CUIDADO	21
2.7.1. Modelo humanista/existencialista/fenomenológico	21
2.7.2. Modelo culturalista/evolucionista	22
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo general	23
3.2. Objetivos específicos	23
4. METODOLOGÍA	24
4.1. Diseño del estudio	24
4.2. Estrategia de búsqueda	24
4.3. Palabras clave	24
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	24
4.5. Ecuación de búsqueda	25
5. RESULTADOS	26
5.1. Diagrama de flujo	26
5.2. Tabla de resultados	28
5.3. Análisis de la calidad de los artículos seleccionados	45

6. DISCUSIÓN	47
7. CONCLUSIONES	52
8. LIMITACIONES DEL TRABAJO	53
9. LÍNEAS DE FUTURO	54
10. BIBLIOGRAFÍA	57
11. ANEXO	63

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AESP: Actividad Eléctrica Sin Pulso.

AHA: American Heart Association.

CS: Cadena de Supervivencia.

DEA: Desfibrilador Externo Automático.

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.

ERC: European Resuscitation Council.

HTA: Hipertensión Arterial.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

LCPPC: Lesión Cerebral Post Paro Cardíaco.

LET: Limitación del Esfuerzo Terapéutico.

MeSH: Medical Subject Headings.

ONR: Orden de No Reanimar.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PCEH: Parada Cardíaca Extrahospitalaria.

PCR: Parada cardiorrespiratoria.

SVA: Soporte Vital Avanzado.

SVB: Soporte Vital Básico.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	Morir vs. Parada cardíaca. (Revista Medicina Clínica).
Tabla 2	Descriptores MeSH y DeCS. (Elaboración propia).
Tabla 3	Criterios de inclusión y exclusión. (Elaboración propia).
Tabla 4	Filtros aplicados a las bases de datos utilizadas. (Elaboración propia).
Tabla 5	Ecuación de búsqueda. (Elaboración propia).
Tabla 6	Tabla de resultados. (Elaboración propia).
Tabla 7	Evaluación de la calidad de los artículos cualitativos. (Elaboración propia).
Tabla 8	Evaluación de la calidad de los artículos cuantitativos. (Elaboración propia).

Figura 1	Cadenas de supervivencia intrahospitalaria y extrahospitalaria. (Guías AHA 2020).
Figura 2	Actualización ERC 2021: nuevas recomendaciones para la reanimación (RCP).
Figura 3	Masaje cardíaco externo.

1. JUSTIFICACIÓN

Se estima que en España se producen aproximadamente unas 50.000 paradas cardiorrespiratorias anuales, con 45.000 fallecimientos por esta misma causa. Está demostrado cómo la intervención dentro de los 3-4 primeros minutos tras una parada cardíaca puede aumentar las posibilidades de supervivencia en más del 50%, pero no siempre se llega a realizar a tiempo.

Por otro lado, son muchas las secuelas a nivel neurológico y físico, además de la afectación funcional que puede sufrir una persona a consecuencia de la realización de una RCP de escasa calidad e inefectiva, o tardía (cabe destacar que cada minuto de retraso en la resucitación cardiopulmonar se reduce un 10% las probabilidades de supervivencia).

Está claro que cuando se realiza una RCP se hace con la finalidad de salvar la vida de alguien, pero en ocasiones puede resultar contraproducente iniciarla (por ejemplo, cuando no se conoce el periodo de tiempo que esa persona lleva en PCR). Es por esto que surge en numerosas ocasiones entre el personal sanitario el dilema de reanimar o no a una persona.

Este tema es lo que me ha llevado a la realización del presente trabajo, pues considero que puede llegar a generar cierta controversia a nivel social, pero a la vez puede resultar de interés al tratarse de una situación frecuente y a la orden del día, y algo difícil de gestionar por las decisiones tan importantes que se deben tomar in situ. Por otro lado, he considerado importante el profundizar en cómo se sienten estos sanitarios ante dichas situaciones, cómo las afrontan, qué cualidades deben tener a nivel personal, qué estrategias de afrontamiento poseen, y de qué manera llevan a cabo la comunicación con el paciente y la familia.

En definitiva, el objetivo de este trabajo no es otro que conocer las percepciones del personal sanitario y sentimientos que surgen cuando se encuentran ante un paciente al que se ha decidido no reanimar en caso de parada cardiorrespiratoria, con la finalidad de dar a conocer los resultados de este tema tan poco visibilizado como es la orden de no reanimación y poder dar pie a la realización de investigaciones futuras sobre ello.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. PARADA CARDIORRESPIRATORIA

El término de **parada cardiorrespiratoria** hace referencia a la pérdida brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea (1).

A consecuencia de ello se interrumpe el transporte de oxígeno a la periferia y a los órganos vitales, principalmente al cerebro. Cuando esto ocurre, la persona pierde rápidamente y en pocos segundos primeramente el pulso, luego el conocimiento y, finalmente, la capacidad de respirar (2).

Por lo tanto, se podría decir que la PCR es la situación clínica que conlleva mayor riesgo vital para una persona, por lo que requerirá una asistencia rápida y eficaz con el fin de recuperar las funciones respiratorias y circulatorias de la víctima, y sin secuelas a nivel neurológico (3).

2.1.1. Epidemiología y situación actual

La parada cardiorrespiratoria en el ámbito extrahospitalario supone un grave problema de salud pública a nivel mundial. Este hecho es todavía más alarmante si se tiene en cuenta que la tasa de supervivencia apenas alcanza el 10% (4).

En la literatura internacional se considera que la cardiopatía isquémica es la responsable de las dos terceras partes de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCEH), y que el 30% de los fallecimientos se produce de forma súbita, la mitad de ellos en la primera hora, y el 80% en las primeras 2 horas.

En Europa y Estados Unidos, aproximadamente, entre 275.000 y 300.000 personas cada año, respectivamente, sufren PCEH. En cuanto a la incidencia, esta es muy variable, sobre todo al compararse varias regiones de un mismo país. Este parámetro puede variar desde un 38 hasta un 59'9 por 100.000 habitantes y año en Europa y Estados Unidos, respectivamente. Por otro lado, también existe gran variabilidad en la supervivencia, es decir, en la recuperación de la circulación espontánea. Esta variabilidad puede deberse principalmente a factores sociodemográficos, epidemiológicos, a la dotación de recursos sanitarios, y a razones metodológicas (5).

En relación a la tasa de mortalidad de las PCEH, esta oscila entre el 40-60%, incluso habiéndose realizado una reanimación temprana y exitosa previa al ingreso en un centro

hospitalario de referencia (6). La intervención dentro de los 3-4 primeros minutos tras una PCR pueden aumentar las posibilidades de supervivencia en más del 50% (4), pero aun así, los intentos de resucitación inútiles representan aproximadamente un total de 70-95%, según las estadísticas publicadas por la **AHA** (American Heart Association), en los que el resultado final es la muerte inevitable (7).

En el caso de España, se estima que se producen unos 50.000 paros cardíacos anuales, con 45.000 fallecimientos por esta causa (4). Sería conveniente destacar la disponibilidad de estos datos gracias al **modelo OHSCAR**, un registro de asistencia de paradas cardiorrespiratorias en el ámbito extrahospitalario atendidas por servicios públicos de emergencias en España. Gracias a este registro se puede analizar la variabilidad en la incidencia, así como obtener datos acerca de las características y resultados en supervivencia en la atención de las PCR en los servicios de emergencias sanitarias de España, pues existe gran variabilidad tanto de incidencia como de las tasas de supervivencia dependiendo de la comunidad autónoma en la que nos encontremos.

Por último, destacar además la estimación de que, en un futuro, en 2030 casi 23'6 millones de personas morirán a causa de alguna enfermedad cardiovascular (8).

2.1.2. Causas de la parada cardiorrespiratoria

Tal y como se ha nombrado en el apartado anterior, la cardiopatía isquémica es la etiología más frecuente de la PCEH, contando con una prevalencia de enfermedad coronaria obstructiva de hasta el 70% (6).

No obstante, son múltiples las causas que pueden desencadenar una parada cardiorrespiratoria, pero destacan sobre todo:

- Infarto agudo de miocardio (IAM).
- Enfermedades de las válvulas cardíacas o del músculo cardíaco.
- Arritmias.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Shock cardiogénico.
- Shock hipovolémico (provocado por una pérdida importante de sangre debido a un traumatismo o a hemorragia interna) (3).
- Electrocuación.
- Ahogamiento.
- Asfixia.
- Intoxicación.

- Hipotermia grave.
- ...

Por otro lado, sería importante destacar la importancia de pensar sistemáticamente en una causa cardíaca si el paro aparece de forma aislada, es decir, no viene desencadenado por un traumatismo, hemorragia, atragantamiento, etc. En estos casos, el mecanismo de la parada puede ser:

- Fibrilación ventricular: supone la causa más frecuente, donde el corazón late a un ritmo de 300-400 ppm y de forma anárquica. Taquicardia ventricular sin pulso: donde el corazón late a 200 ppm, no lo hace de manera eficaz y ya no cumple su papel de bomba.

En ambas situaciones se pueden barajar varias causas, como bien puede ser la presencia de una enfermedad cardíaca, intoxicación de ciertos medicamentos, o IAM en curso.

- Asistolia: en este caso el corazón no muestra signos de actividad, es decir, no late, y puede deberse a ciertos trastornos de la circulación cardíaca.
- Actividad eléctrica sin pulso (AESP): en dicha situación el corazón conserva su actividad eléctrica normal, con la diferencia de que no bombea. Puede ocurrir cuando está comprimido por un hematoma, o bien a causa de un shock hipovolémico (9).

2.1.3. Factores de riesgo y factores protectores

El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un periodo de tiempo determinado (generalmente de 5 a 10 años). Por lo tanto, un factor de riesgo cardiovascular es una característica biológica, condición y/o comportamiento que aumenta la probabilidad de padecer o fallecer a causa de una enfermedad cardiovascular.

Los factores de riesgo cardiovasculares pueden ser clasificados en dos grupos: *modificables* y *no modificables*.

En el grupo de los factores de riesgo **modificables** encontramos por ejemplo el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipidemia.

En el grupo de los factores de riesgo **no modificables** se encuentra la raza, el sexo, la edad y los antecedentes familiares.

Cabe destacar que la presencia simultánea de varios factores de riesgo cardiovascular aumenta la probabilidad de desarrollo de enfermedad cardiovascular (10).

Por otro lado, se puede actuar sobre los factores de riesgo modificables con la finalidad de reducir este riesgo cardiovascular. Este mantenimiento de hábitos más activos y saludables recibe el nombre de *factores protectores*, entre los que podemos encontrar:

- Realizar **actividad física** (al menos 30 minutos, mínimo 5 días a la semana).
- Mantener una **dieta equilibrada**. Aconsejar comer una amplia variedad de alimentos; ajustarse el consumo calórico para evitar el sobrepeso; recomendar el consumo de frutas, verduras, pan con el grano entero, pescado (sobre todo azul), carne magra, y productos lácteos descremados; reducir la ingesta de sal y alimentos precocinados si existe HTA.
- En relación al **tabaquismo**, se aconseja la suspensión completa y ninguna exposición al humo de tabaco ambiental.
- **Control del peso corporal** (11).

2.2. CADENA DE SUPERVIVENCIA

2.2.1. Breve historia de la reanimación cardiopulmonar

Resulta difícil precisar el inicio de las primeras maniobras de RCP, pues se cree al tener constancia de ello que son técnicas muy antiguas.

No obstante, en 1901 Kristian Igelsrud, un médico noruego, marca el inicio de la RCP moderna realizando masaje cardíaco con tórax abierto. Previo a ello, Friedrich Maas realizó la primera compresión torácica en tórax cerrado, y de ahí en adelante se fue fortaleciendo la implementación de las técnicas de RCP que hoy conocemos.

En 1947 se practicó la primera desfibrilación exitosa con tórax abierto, y en 1955 Paul Zoll realizó la primera desfibrilación con tórax cerrado.

Años más tarde, en 1960, los médicos William Bennett Kouwenhoven, G. Gui Knickerbocker y James R. Jude, demostraron que las compresiones externas producían circulación cardíaca artificial.

Con base en estos estudios, aparece el padre de la RCP moderna, **Peter Safar**, el cual presenta en el año 1960 la apertura de la vía aérea con la maniobra de extensión de la cabeza y la ventilación boca a boca, que se muestra más eficaz que las diferentes técnicas manuales previamente preconizadas. A raíz de esto crea además el acrónimo

Airway, Breathing, Circulation (ABC) conocido en todo el mundo y utilizado tanto en el Soporte Vital Básico (SVB) como en el Soporte Vital Avanzado (SVA).

En 1966 tiene lugar la primera publicación de las primeras guías de resucitación cardiopulmonar. El primer modelo fue denominado *Resusci Anne* (12).

2.2.2. Referentes científicos

En primeros auxilios existen dos referentes científicos dedicados al estudio de las enfermedades cardiovasculares: la **American Heart Association (AHA)**, y la **European Resuscitation Council (ERC)**.

Ambas se reúnen periódicamente con el fin de publicar protocolos y recomendaciones utilizados en todo el mundo y basados en sus investigaciones. El principal objetivo es mejorar las actuaciones y la calidad de vida de los pacientes que han sufrido cualquier tipo de evento cardiovascular (13).

Tanto la AHA como la ERC proponen una secuencia denominada **Cadena de Supervivencia (CS)**, que serán las acciones que vinculan a la víctima de un paro cardíaco súbito con la supervivencia.



Imagen 1. Guías AHA 2020. Educación especializada virtual en salud, urgencias.

2.2.3. Eslabones de la cadena de supervivencia

La Cadena de Supervivencia comprende cuatro eslabones, es decir, consta de cuatro acciones las cuales realizadas de forma consecutiva y en un período corto de tiempo, han demostrado ser lo más eficiente a la hora de tratar a pacientes en PCR.

1. Reconocimiento de la PCR y acceso precoz a los Sistemas de Emergencias. Este primer eslabón es el que pone en funcionamiento toda la cadena de supervivencia, y habitualmente en el medio extrahospitalario es llevado a cabo por personal no sanitario. Consta de 2 fases: el reconocimiento de signos precoces de alarma como un ataque cardíaco, parada cardiorrespiratoria, ictus, ahogamiento, etc., y la activación del Sistema Médico de Emergencias llamando al 112.

2. Maniobras de reanimación cardiopulmonar o instauración del SVB. El rápido inicio de estas maniobras influye de forma positiva en la pronta recuperación del pulso espontáneo y la ausencia de secuelas neurológicas. De acuerdo con la última actualización del ERC, las compresiones torácicas deben realizarse lo antes posible; en la mitad inferior del esternón, comprimiendo hasta una profundidad de al menos 5cm, pero no más de 6cm; el tórax debe ser comprimido a un ritmo de 100-120 compresiones por minuto, con el menor número de interrupciones posible; se debe dejar que el tórax se vuelva a expandir completamente después de cada compresión, sin permanecer apoyado en el tórax; y las compresiones torácicas deben ser realizadas sobre una superficie firme siempre que sea posible.

En relación a las ventilaciones de rescate, se deberán proporcionar alternadamente 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones de rescate. Si el reanimador no estuviese capacitado para proporcionar ventilaciones efectivas, se deberán realizar compresiones torácicas de forma ininterrumpida.

Nombrar además, que los objetivos de la reanimación son: preservar la vida, restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, limitar la discapacidad, y respetar las decisiones, derechos y privacidad del paciente.

3. Desfibrilación precoz, cuya finalidad es la recuperación del latido cardíaco. Se deberá conseguir un DEA tan pronto como sea posible, colocar los electrodos en el tórax desnudo de la víctima, y seguir las indicaciones verbales del DEA. Si se indica una descarga se pulsará el botón de descarga según las indicaciones, reiniciando inmediatamente la RCP con 30 compresiones. Se deberá continuar con la RCP según las indicaciones del DEA (14).

4. Cuidados post resucitación. La finalidad de estos cuidados es recobrar la calidad de vida de la víctima. Es lo que se conoce como soporte vital avanzado (SVA), donde se completa la estabilización de las funciones vitales y la actuación sobre la causa desencadenante. Será el personal sanitario especializado quien los realice (15).

A modo informativo y dada la situación actual, se anexará al final del presente trabajo el algoritmo de SVB+DEA adaptado a la situación de COVID. (Ver Anexo 1).



Imagen 3. TAFAD y cursos. Primeros auxilios y socorrismo acuático. Masaje cardíaco externo. 2020.

Imagen 2. Actualización ERC 2021: nuevas recomendaciones para la reanimación (RCP). Urgencias y emergencias.

2.3. SECUELAS NEUROLÓGICAS TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

La PCR produce una isquemia global en el cerebro fuertemente influenciada por la duración de la interrupción del flujo sanguíneo, lo que conlleva a una muerte neuronal y culmina en un estado comatoso post paro cardíaco, así como un número considerable de alteraciones cognitivas y consecuencias psicológicas a largo plazo que normalmente no se reconocen y se asocian con un compromiso significativo del desempeño personal y la calidad de vida.

2.3.1. Manifestaciones clínicas de la lesión neurológica

La isquemia cerebral global durante la PCR produce una lesión heterogénea importante en el cerebro. Existen zonas cerebrales más vulnerables a sufrir afectación, y otras más tolerantes a la isquemia.

La alteración de la alerta continúa siendo el problema neurológico predominante durante el periodo temprano post resucitación. La afectación por ejemplo de los ganglios basales y el cerebelo pueden generar trastornos del movimiento, así como la ataxia observable tras la resucitación. Se pueden producir además tras la PCR estados vegetativos y comatosos.

Por otro lado, otros de los problemas prevalentes en las personas que sobreviven a una PCR con lesión cerebral post paro cardíaco (LCPPC) son las disfunciones cognitivas crónicas tales como alteraciones de la conciencia, atención, proceso del lenguaje, y funciones ejecutivas las cuales pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. Además, múltiples estudios informan sobre consecuencias psiquiátricas como puede ser el trastorno por estrés postraumático (16).

2.4. ORDEN DE NO REANIMACIÓN

2.4.1. Definición

La “orden de no reanimación” (ONR) es definida como aquella orden que, explícitamente escrita, firmada y fechada por un médico en la historia clínica del paciente tras su consenso con él, o con su representante o familiar en caso de incapacidad, únicamente prohíbe el uso de medidas de reanimación en PCR y que se aplica, por tanto y exclusivamente en el caso de que el paciente se encuentre inconsciente y sin pulso.

En los pacientes cuyas posibilidades de sobrevivir o mantener una calidad de vida aceptable tras una PCR son escasas y, por lo tanto, la RCP puede ser considerada fútil, se aconseja establecer una orden de no intentar reanimación cardiopulmonar.

La ONR proporciona instrucciones a los profesionales sanitarios, única y exclusivamente, para no iniciar o suspender medidas de RCP si el paciente sufre una PCR (17).

Morir	Parada cardíaca
Un proceso.	Un suceso.
Natural y esperado.	Emergencia médica.
Los criterios diagnósticos incluyen la falta de pulso y respiración.	Los criterios diagnósticos incluyen la falta de pulso y respiración.
Precedido por declive progresivo.	Acontecimiento súbito sobre una estabilidad relativa.
Deterioro a pesar de máximo tratamiento médico apropiado.	Se dispone de posterior tratamiento médico apropiado.
Causa subyacente irreversible.	Es posible mejorar la causa subyacente.
La RCP no tiene probabilidad realista de éxito.	La RCP tiene probabilidad realista de éxito.

Tabla 1. Rev. Medicina clínica. Las órdenes de no reanimar, historia y situación actual. 2016.

2.4.2. Criterios para no realizar RCP

- Cuando existan signos evidentes de muerte biológica o cuando se compruebe la exteriorización masiva de tejidos intracavitarios.
- Cuando se tenga constancia de que el paciente ha expresado su voluntad de no ser sometido a maniobras de RCP.
- Cuando la PCR sea a consecuencia de una enfermedad crónica, debilitante y terminal.
- Cuando la víctima se halle en situación de daño cerebral permanente e irreversible o de deterioro intelectual progresivo, conocido y limitante.
- Cuando haya un retraso de más de 10 minutos entre el inicio de la PCR y el de las maniobras de reanimación.

La edad no constituye, por sí misma, ni una indicación ni una contraindicación a la RCP.

2.5. PRINCIPIOS BIOETICOS DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

La bioética moderna surge de la convergencia de diversas fuentes como son la propia tradición médica, el ámbito de la tradición jurídica, y el de la política. De ellas derivan los principios ampliamente aceptados que guían la actuación de los profesionales sanitarios:

- Principio de **beneficencia**.
- Principio de **no maleficencia**.

Del ámbito jurídico lo guía el principio de **autonomía**, y de la tradición política consta el principio de **justicia**.

La *dignidad* y *honestidad* se añaden con frecuencia a los principios básicos de la ética clínica, ya que los pacientes siempre tienen el derecho de ser tratados con dignidad y la información debe ser honesta y sin evitar datos importantes.

En el medio extrahospitalario la toma de decisiones en un caso concreto puede resultar especialmente conflictiva. Ante la duda, debe actuarse en mejor beneficio de la víctima, comenzando de inmediato la reanimación. Una vez iniciada, la adquisición de nueva información o valoraciones permitirán al equipo reanimador reconsiderar la conveniencia o no de continuar con los esfuerzos de reanimación.

Se debe puntualizar que no son tampoco éticamente aceptables los retrasos voluntarios y las maniobras de reanimación simbólicas llevadas a cabo de manera deliberada, utilizadas generalmente como engaño para dar una falsa impresión a los familiares o seres queridos en el momento de la PCR, las cuales realmente pueden poner en peligro la relación sanitario-paciente.

También cabe señalar y reafirmar que, desde el punto de vista ético y legal, no existe diferencia entre no iniciar o suspender una reanimación una vez comenzada si se tiene constancia posterior del deseo contrario expresado anteriormente por el paciente o si se comprueba que su aplicación puede considerarse fútil (18).

2.6. CONCEPTOS RELACIONADOS

2.6.1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET):

La LET consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando

están instauradas. Primero se tienen que conocer los detalles más relevantes del caso para tomar una decisión: las preferencias del paciente, de sus allegados cuando sea pertinente, el pronóstico, la calidad de vida y la distribución de los recursos limitados. Después de tener todo ello en cuenta es cuando se debe tomar la decisión. Tras ello se debería mantener solo el tratamiento de las patologías que se han decidido tratar y, finalmente, instaurar las medidas paliativas que sean precisas (19).

2.6.2. Ortotanasia:

Referido al hecho de permitir que la muerte ocurra “cuando deba ocurrir”, por lo tanto los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte.

2.6.3. Distanasia:

Es sinónimo de obstinación terapéutica, y hace referencia a la prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal, mediante tratamientos o acciones que de alguna manera “calman” los síntomas que tiene y tratan de manera parcial el problema, pero con el inconveniente de estar prolongando la vida sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo (20).

2.7. BIOÉTICA DEL CUIDADO

Actualmente se acepta que no existe una definición universal del cuidado, ya que se tiene en cuenta que el cuidar puede ser todo aquello que el personal de enfermería cree que es cuidar. Algunos autores afirman que no es necesario tener que definir este concepto, sino que cada uno lo dote del significado que se pueda aplicar en la realidad.

Sin embargo, se explicarán brevemente a continuación dos corrientes influyentes e íntimamente relacionadas con el concepto de cuidar como bien son: el modelo humanista/existencialista/fenomenológico, y el modelo culturalista/evolucionista.

2.7.1. Modelo humanista/existencialista/fenomenológico

Aquí se incluye la Teoría del Cuidado Humano, perteneciente a la Escuela del Caring, impulsada por Jean Watson, y desde cuya perspectiva se puede definir el cuidado como aquellas actitudes que tiene el profesional cuando se encuentra frente a la persona enferma, yendo mucho más allá de una lista de tareas que la enfermera puede realizar. Se enfatiza en las técnicas de comunicación con el fin de acompañar, reconfortar,

ayudar a la expresión de los sentimientos, así como buscar significados de las experiencias como elementos claves para el cuidado (21).

En definitiva, las teorías de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones (22).

2.7.2. Modelo culturalista/evolucionista

Su pionera fue Madeleine Leininger, la cual incide en el uso del concepto de cuidado transcultural, donde destaca que los cuidados deben ser culturalmente congruentes, sensibles y competentes para las personas de las diferentes culturas.

Leininger construye un nuevo concepto, el del cuidado cultural, que emerge en cada grupo y por el que entiende identificar las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas culturales del cuidado para individuos o grupos, dentro de una perspectiva holística que incluye factores como cosmovisión, experiencias vitales, contexto ambiental, etnohistoria, así como la estructura social, con el fin de crear un mapa donde se muestren las necesidades reales del cuidado.

Por último, destacar los tres modos de actuación para poner en la práctica el cuidado cultural según Leininger, los cuales son: la preservación o sostén, la acomodación o negociación y, por último, la reorientación o la reestructuración (21).

3. OBJETIVOS

Pregunta de investigación → “¿Cuáles son las consideraciones éticas que debe tener en cuenta el personal sanitario ante una orden de no reanimación?”

3.1. Objetivo general

- Conocer las consideraciones éticas ante la orden de no reanimación.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar cuáles son los sentimientos, percepciones y actitudes del personal sanitario ante una parada cardiorrespiratoria con orden de no reanimación.
- Describir las competencias éticas de la orden de no reanimación.
- Conocer cómo es la comunicación con el paciente y su familia.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

Revisión sistemática de los 13 artículos seleccionados durante los meses de diciembre de 2021 y febrero de 2022, evaluándose además su calidad mediante la herramienta CASPe.

4.2. Estrategia de búsqueda

Las bases de datos utilizadas para la realización del trabajo, así como para la recopilación de los artículos mostrados han sido: Scopus, Medline Plus, Scielo, Web of Science y PubMed.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica se han utilizado una serie de palabras clave, así como descriptores de búsqueda, ambos basados en el lenguaje MeSH y DeCS. Se han utilizado además, operadores booleanos (AND / OR / NOT) y truncadores con el fin de facilitar la búsqueda.

4.3. Palabras clave

Decs	Mesh
Ética	Ethics
No reanimación	No Resuscitation
Parada cardíaca	Heart arrest
Enferm*	Nurs*
Experiencia	Experience
ONR (Orden de no reanimación)	DNR (Do not resuscitation)

Tabla 2. Descriptores Mesh y Decs. Elaboración propia.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de <u>inclusión</u>	Criterios de <u>exclusión</u>
Año de publicación últimos 15 años.	Artículos publicados antes de 2007
Idioma: castellano, catalán, inglés y portugués.	Cualquier otro idioma de los citados en los criterios de inclusión.
Acceso a texto completo (full text) y artículos de acceso a través de SaBiDi.	Artículos con acceso únicamente al resumen o sin acceso a texto completo.

Artículos originales.	Revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, revisiones narrativas.
Población de estudio: personal de enfermería, médicos, y técnicos en emergencias sanitarias.	Estudios realizados en estudiantes de enfermería.
Pacientes adultos.	Pacientes pediátricos.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.



Los filtros aplicados en cada una de las bases de datos en base a los criterios de inclusión y exclusión nombrados en este mismo apartado han sido los siguientes:

	All open access + Publicados entre 2007-2021 + Área temática: nursing + Idioma: inglés
	Publicados entre 2007-2021 + Journal article + Idioma: inglés
	Publicados entre 2007-2021 + Área temática: ciencias de la salud
	Open access + Publicados entre 2007-2021 + Journal article + Idioma: inglés + Categorías: ethics, nursing, cardiac cardiovascular systems, medical ethics, social sciences biomedical, critical care medicine.
	Free full text + Publicados entre 2007-2021 + Journal article + Categoría: resuscitation orders + Idioma: inglés

Tabla 4. Filtros aplicados a las bases de datos utilizadas. Elaboración propia.

4.5. Ecuación de búsqueda

Las ecuaciones de búsqueda utilizadas en cada una de las diferentes bases de datos han sido las siguientes:

	Ethics AND nurs* AND no AND resuscitation AND heart AND attack
	Ethics AND nurs* AND no AND resuscitation AND heart AND arrest AND experience
	Ethics AND nurs* AND no AND resuscitation AND heart AND arrest




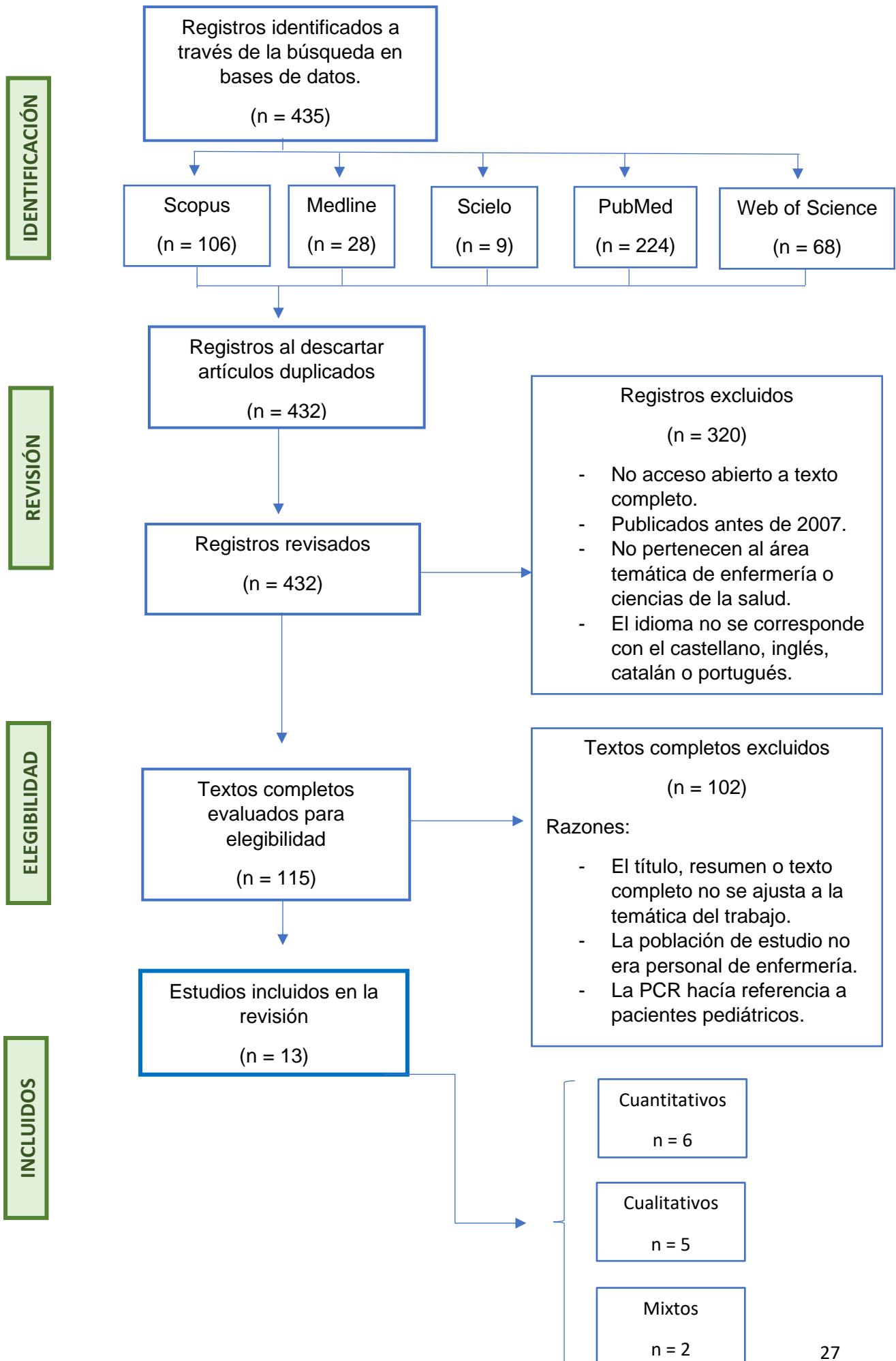
	Ética AND enf* AND no reanimación
	Ethics AND nurs* AND no AND resuscitation
	Ethics AND nurs* and DNR AND experience
	Ethics AND nurs* and DNR

Tabla 5. Ecuación de búsqueda. Elaboración propia.

5. RESULTADOS

5.1. Diagrama de flujo



5.2. Tabla de resultados

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Resultados	Conclusiones principales	Criterios de calidad	Nivel de evidencia (Anexo II)
Jainurakhma, J., Soleh, M., Sita, N. L. D. A., & Astuti, I. Y. 2020 Indonesia	Lived experience of nurses in caring for persons with out-of-hospital cardiac arrest in rural areas of East Java Indonesia: A phenomenological study.	Explorar la experiencia de vida de las enfermeras durante el cuidado a personas que habían sufrido un paro cardíaco en medio extrahospitalario en las áreas rurales de Java Oriental, Indonesia.	Estudio cualitativo fenomenológico. n=5. Debían llevar como mínimo 3 años en el puesto de trabajo, y tener experiencia en la actuación de PCR en el medio EH. Entrevista semiestructurada. Método Colaizzi para análisis de los datos.	Se requiere rapidez, precisión y un comportamiento responsable a la hora de abordar una PCR extrahospitalaria en el medio rural. Se necesita establecer un vínculo de confianza con la familia a través de una buena comunicación. El medio extrahospitalario provoca nerviosismo y preocupación a los sanitarios ante la incertidumbre de si el paciente sobrevivirá o no.	Importancia de mejorar la calidad del conocimiento de los sanitarios en el manejo del paciente en estado crítico, así como el entrenamiento en primeros auxilios a la población. Sería necesario implantar un servicio de asistencia telefónica de emergencias 24h para reducir la ratio de muertes por PCR. El gobierno del país debería proporcionar mejores equipos de emergencias y añadir más personal sanitario a la comunidad.	10/10	III

				Malestar mental en las enfermeras provocado por la escasez de recursos sanitarios.			
Kelly, P. A., Baker, K. A., Hodges, K. M., Vuong, E. Y., Lee, J. C., & Lockwood, S. W. 2021 Estados Unidos	Nurses' Perspectives on Caring for Patients with Do-Not-Resuscitate Orders.	Explorar las perspectivas de las enfermeras en cuanto al significado e interpretación de la Orden de No Reanimación en relación al cuidado de los pacientes a los que se les ha aplicado dicha orden en Estados Unidos.	Estudio mixto. n = 35 Encuesta online con respuestas de opción múltiple y de texto libre. Entrevistas personales presencialmente o por teléfono.	Son comunes las diversas interpretaciones de la ONR entre las enfermeras, resultando en consecuencias involuntarias y accidentales hacia el paciente, como los cambios en su cuidado. Las enfermeras dan definiciones claras de la ONR, pero existe ambigüedad y variedad de respuestas y malinterpretaciones cuando se encuentran una ONR durante la práctica clínica. Las enfermeras estuvieron de	Es crucial que el personal sanitario entienda que las ONR no sustituyen los planes de cuidados. El PAE de un paciente con ONR debería reflejar un abordaje multidisciplinar, así como respetar los deseos y valores del paciente y su familia. Se recomienda añadir una formación dirigida al nuevo personal sanitario que es contratado en los hospitales relacionada con la ONR y cómo esto puede afectar o no a	10/10 10/10	III

				<p>acuerdo en que llevar una pulsera indicativa de no reanimar puede suponer un estigma para el paciente.</p> <p>Los familiares pueden entrar en conflicto y sentirse confundidos sobre la ONR y el cambio en el estado del paciente.</p>	los planes de cuidados.		
<p>Tíscar V, Blanco J, Gea M, Rodriguez A, Moreno T</p> <p>2019</p> <p>España</p>	<p>Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis</p>	<p>Analizar si el nivel de conocimientos teóricos y prácticos en relación a la reanimación afectaba a la actitud del equipo de enfermería.</p>	<p>Estudio cuantitativo.</p> <p>n = 30</p> <p>Análisis descriptivo de cuestionarios diseñados para el estudio. Se establecen relaciones entre las características demográficas, el trabajo, y el nivel de conocimiento.</p>	<p>Muchos de los profesionales no se sentían los suficientemente preparados para realizar una RCP.</p> <p>Las enfermeras no habían recibido formación en RCP desde hacía más de 2 años (según la literatura lo ideal es cada 6 meses).</p> <p>El 93% de las enfermeras consideraban que</p>	<p>Las políticas deben garantizar que la capacitación en RCP sea obligatoria para todo el personal sanitario, además de incluir los aspectos éticos en su formación.</p> <p>Los profesionales de la salud deberían preocuparse por los aspectos éticos que puede englobar una PCR, y considerar el impacto potencial en su actitud hacia la</p>	10/10	III

				la institución sanitaria en la que trabajaban debería proporcionar formación en RCP.	supervivencia de los pacientes y su calidad de vida. Los pacientes que no son candidatos a RCP debería estar bien identificado en su historia clínica.		
Hansen C, Lauridsen KG, Schmidt AS, Løfgren B 2019 Dinamarca	Decision-making in cardiac arrest: physicians' and nurses' knowledge and views on terminating resuscitation	Investigar el conocimiento de médicos y enfermeras sobre las directrices del European Resuscitation Council Guidelines sobre el cese de la RCP. Investigar los factores que conducen al cese de la RCP.	Estudio cuantitativo. n = 308 (enfermeras n=204) Cuestionarios distribuidos durante un curso de soporte vital cardíaco avanzado (ACLS).	Factores como: PCR presenciada, edad joven, o sexo femenino fueron asociados con duración más larga de RCP. 1/3 de los facultativos no se sentían competentes al decidir cuándo dejar de realizar RCP. Pocos médicos y enfermeras conocían los contenidos de las guías y protocolos de ERC y sobre	Debates más amplios sobre la ONR puede ayudar a establecer una estrategia de actuación para la toma de decisiones, independientemente de la profesión y la experiencia. Dedicar tiempo al debate meticuloso de la finalización de la RCP, incluyendo contenido de las guías, puede ayudar a mejorar las competencias de los profesionales sanitarios.	10/10	III

				cuándo detener una RCP. Identificaron factores que generaban controversia como factor para detener una RCP.			
Fernández I, Pérez I, Unanue S, García Z, Ballesteros S 2017 España	A qualitative study about experiences and emotions of emergency medical technicians and out-of-hospital emergency nurses after performing cardiopulmonary resuscitation resulting in death	Explorar las experiencias, emociones y estrategias de afrontamiento de las enfermeras y técnicos de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de resucitación cardiopulmonar con resultado de muerte.	Estudio cualitativo exploratorio. n = 13 Entrevistas individuales y un grupo focal.	Surgimiento de emociones negativas durante la RPC tales como incertidumbre, duda o estrés, lo cual no suele influir en el desempeño o criterio a la hora de iniciar o concluir las maniobras. No se describen técnicas estructuradas ni habituales orientadas a la reducción del impacto psicológico. Existe dificultad para mantener la	La muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Convivir en contacto con el sufrimiento ajeno es un elemento generador de estrés emocional con implicaciones directas sobre la vida profesional y personal de los trabajadores de emergencias. Las reacciones emocionales	10/10	III

				<p>comunicación con los familiares en los casos de maniobras fallidas de reanimación. Pocos creen sentirse preparados para ello.</p> <p>El impacto a nivel personal sobre los sanitarios es mayor cuando el fallecido es un niño o persona joven.</p>	<p>negativas no están asociadas al proceso de muerte en sí mismo sino a la capacidad de empatía del profesional o a las circunstancias que rodean la muerte.</p> <p>Necesidad de una mayor formación para adquirir habilidades para comunicar malas noticias.</p>		
<p>Pettersson M, Höglund A, Hedström M</p> <p>2018</p> <p>Países Bajos</p>	<p>Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in haematology and oncology</p>	<p>Investigar cómo de importante y probable es para enfermeros y médicos el considerar diferentes aspectos relacionados con el proceso de no reanimación, teniendo en cuenta la participación, información, y documentación existente sobre el tema.</p> <p>Explorar qué atributos encuentran más importantes en relación a</p>	<p>Estudio correlacional descriptivo.</p> <p>n = 216 (n=132 enfermeras)</p> <p>Encuesta online.</p>	<p>El 57% informaron que proporcionar información al paciente sobre la ONR era importante, pero solo el 21% consideró probable que ocurriese.</p> <p>El 47% veía improbable que el paciente estuviese involucrado en su decisión de ONR.</p>	<p>Enfermeras y médicos necesitan poder hablar abiertamente sobre sus diferentes perspectivas en relación a la ONR, con la finalidad de poder entender más profundamente las decisiones, especialmente en los casos en los que discrepan y no están de acuerdo con ello.</p>	10/10	III

		la orden de no reanimación.		<p>Riesgo de angustia moral en las enfermeras del estudio.</p> <p>Enfermería evaluó como más importante respecto a los médicos, que la ONR fuese tomada después de discutirlo y debatirlo con el paciente y seres queridos.</p>	<p>Necesidad de conciencia de que lo que los profesionales consideran más importante y correcto no siempre es probable que pueda llevarse a cabo.</p> <p>El sistema sanitario debería apoyar los debates éticos proporcionando un entorno que permita estas discusiones de manera regular.</p> <p>El personal de enfermería podría evitar la angustia moral si fuesen conocedores de las razones de la decisión de no reanimar.</p>		
Pettersson M, Hedström M, Höglund A 2018	Ethical competence in DNR decisions: a qualitative study of Swedish	Investigar de qué manera enfermeras y médicos pertenecientes a una unidad de oncología y hematología	Estudio cualitativo. n = 31	Componentes de la competencia ética: el conocimiento de teorías y principios éticos (como el	Tanto médicos como enfermeras necesitan desarrollar virtudes apropiadas, mejorar su	10/10	III

<p>Suecia</p>	<p>physicians and nurses working in hematology and oncology care</p>	<p>entienden el concepto de “competencia ética” con el fin de involucrarse en las órdenes de no reanimación, así como las habilidades pueden ser aprendidas y desarrolladas.</p> <p>Investigar el rol de los protocolos en relación al desarrollo de competencias éticas en las decisiones de no reanimación.</p>	<p>Entrevista estructurada.</p>	<p>utilitarismo y el principio de la dignidad humana); la habilidad de identificar conflictos de valor; respetar la integridad de la persona; y tener habilidades éticas.</p> <p>Requisitos para ser capaz de aprender y desarrollar competencias éticas: educación, formación y cursos, experiencia, autorreflexión, y buen clima de trabajo.</p> <p>Cualidades individuales que hacen al sanitario un mejor profesional: empatía, respeto, compasión, sinceridad, coraje y humildad.</p>	<p>conocimiento sobre teorías éticas y protocolos clínicos relevantes.</p> <p>Una educación continuada sobre ética y debates con una finalidad más allá del desarrollo de un lenguaje ético común, puede mejorar las competencias y ayudar a los sanitarios a cooperar mejor entre ellos y considerar a los pacientes a la hora de tomar la decisión de no reanimar.</p> <p>Se necesitan guías más detalladas y desarrolladas, las cuales podrían contribuir a que todo el mundo interiorizase la misma definición de ONR y así poder</p>		
---------------	--	---	---------------------------------	--	---	--	--

				<p>Resulta importante tener la habilidad de entender la situación, ser capaz de comunicarte bien y cambiar tu perspectiva si es necesario.</p> <p>Muchos facultativos se sentían culpables por no informar siempre a los pacientes y familiares de las decisiones de no reanimar.</p>	<p>tomar decisiones más claras.</p> <p>Necesidad de más clases de ética durante las carreras sanitarias para estar mejor preparados en un futuro durante la práctica clínica.</p>		
<p>Chang HT, Lin MH, Chen CK, Chen TJ, Hwang SJ</p> <p>2020</p> <p>Taiwan</p>	<p>Nurses' experiences and factors related to their attitudes regarding discussions with patients and family members about Do-Not-Resuscitate decisions and Life-Sustaining treatment withdrawal: a hospital-based</p>	<p>Evaluar las experiencias de las enfermeras y los factores relacionados con sus actitudes respecto a la orden de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).</p>	<p>Estudio cuantitativo.</p> <p>n = 132</p> <p>Cuestionario semiestructurado.</p>	<p>Resulta más probable debatir sobre la ONR y la LET con las familias que con los mismos pacientes.</p> <p>Enfermeras de entre 40-60 años era menos probable que debatiesen sobre la ONR con el paciente y familia, que las que</p>	<p>Es necesario hablar sobre la ONR y la LET con los pacientes, con el fin de proteger su autonomía y su derecho a tomar decisiones sobre ello de cara a garantizar unos mejores cuidados al final de la vida.</p>	10/10	III

	cross-sectional study		<p>tenían entre 20-29 años.</p> <p>Tener experiencia previa de inicio de conversación sobre la ONR, ser hombre, y poseer un nivel educacional superior al universitario, se relacionó significativamente con las conversaciones sobre la LET en pacientes terminales y sus familias.</p> <p>Lo que ayuda a lidiar con el proceso de la toma de decisiones es: escuchar a los pacientes y sus familias con empatía; debatir sobre la fecha límite del tratamiento; mantener el confort</p>			
--	---------------------------------------	--	---	--	--	--

				de los pacientes; apoyar a los miembros de la familia y conocer sus necesidades; y mantener una comunicación activa.			
Park YR, Kim JA, Kim K 2011 Corea	Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it	Investigar las percepciones y actitudes de enfermeras de UCI en relación a la orden de no reanimar, y los cambios en sus actividades enfermeras tras su implementación en Corea del Sur.	Estudio cuantitativo. n = 252 Cuestionarios autoadministrados.	Las razones para implementar la ONR son: el estado médico terminal, el confort, el derecho a una muerte digna, y el ahorro en gasto sanitario. El 52.8% indicó que la ONR debería tomarse de acuerdo a los deseos del paciente y su familia. El 76.6% indicaron que la toma de la decisión de no reanimar debería basarse en las guías éticas.	La toma de decisiones éticas debería incluirse en las carreras universitarias tanto de medicina como de enfermería para minimizar el en futuro los dilemas relacionados con la muerte. Son necesarias más investigaciones para el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones y una guía de intervención para enfermería sobre el final de la vida. Se sugiere para un futuro la creación de	9/10	III

				El 73.4% indicó que las peticiones de la familia debían ser respetadas en el caso de que quisieran tratamiento agresivo como la RCP en el momento de PCR, incluso después de haberse tomado la decisión de no reanimar.	un protocolo ético y relacionado con la orden de no reanimación en Corea del Sur.		
Paixão Q, Oliveira M, Fontoura E, Freitas K 2019 Brasil	Dilemas éticos no fazer/agir do enfermeiro diante da parada cardiorrespiratoria em terapia intensiva	Conocer los problemas éticos experimentados en las acciones/procedimientos de enfermeros con respecto a PCR en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	Estudio cualitativo n = 10 Entrevistas semiestructuradas.	La muerte de los pacientes genera sufrimiento y angustia entre los profesionales, y miedo a la reacción de la familia, por lo que muchas veces se evita interaccionar de manera efectiva con ellos. Surgen 2 condiciones que generan dilema ético en las enfermeras: el mal	Los dilemas éticos en la experiencia de los enfermeros en PCR en la UCI se asociaron a: la indicación de reanimar o no a un paciente según su pronóstico; el momento en que los procedimientos de reanimación deberían ser continuados o interrumpidos; y a la experiencia de distanasia, que	10/10	III

				<p>pronóstico del paciente, y la duda de cuánto tiempo persistir en la RCP.</p> <p>Realizar RCP en situaciones de mal pronóstico o enfermedad incurable resulta una decisión inadecuada, pues no dignifica el final de la vida.</p> <p>La duda de hasta cuándo reanimar genera mal estar psicológico y sentimiento de culpa a los profesionales.</p>	<p>solamente alarga el proceso de muerte.</p> <p>Resulta necesario invertir en recursos materiales en las UCI de Brasil, pues su escasez genera angustia en los profesionales y pone en riesgo a la persona que se encuentra en PCR.</p>		
<p>Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S</p> <p>2021</p> <p>Suecia</p>	<p>Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses</p>	<p>Describir actitudes, percepciones y prácticas entre médicos y enfermeras en relación a la resucitación cardiopulmonar y la orden de no reanimación, en pacientes y familiares cercanos.</p>	<p>Estudio cuantitativo observacional retrospectivo.</p> <p>n = 522</p> <p>Cuestionarios.</p> <p>Análisis descriptivo</p>	<p>El 50% de los pacientes se consideran incapaces para participar en la decisión de la ONR.</p> <p>Los facultativos tienden a esperar hasta que el</p>	<p>Los profesionales de la salud tienen en cuenta la autonomía de sus pacientes en relación a las decisiones de no reanimación.</p> <p>La opinión del paciente debería ser</p>	<p>9/10</p>	<p>III</p>

		Investigar si médicos y enfermeras estaban familiarizados con el protocolo nacional de ética para resucitación cardiopulmonar.	de los datos obtenidos.	paciente se encuentra muy deteriorado para tomar la decisión de no reanimar. Los sanitarios que no informan a los pacientes sobre su ONR reflejan entrenamiento inadecuado, inexperiencia, déficit de formación, e incomodidad.	escuchada y tenida en cuenta antes de tomar la decisión de no reanimar. Resulta raro e inusual que los mismos pacientes inicien una conversación sobre la decisión de no reanimarles.		
Trigueiro TH, Labronici LM, Raimondo ML, Paganini MC 2011 Brasil	Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da orden de nao reanimação	Conocer la percepción y actuación de los enfermeros durante la orden de no reanimación.	Estudio cualitativo-exploratorio. n = 15 Entrevista semiestructurada individual.	La distanasia fue el mayor dilema ético vivido en la práctica profesional. En el caso de la ONR, el principio bioético de no maleficencia prima sobre el de beneficencia cuando nos encontramos frente a un paciente con pronóstico de	Necesidad de sensibilizar sobre la importancia de la participación de los enfermeros junto al equipo multidisciplinario en la toma de decisiones sobre la ONR, ya que poseen competencia técnica, científica y ética para realizar la sistematización de los cuidados, además de ser el	9/10	III

				<p>enfermedad incurable.</p> <p>La indicación de no realizar RCP genera sentimientos de impotencia, de abandono del paciente y malestar por parte de los profesionales.</p> <p>Los enfermeros relataron no haber participado efectiva y directamente en la toma de decisiones sobre ONR, siendo el médico el único profesional encargado de ello.</p>	<p>profesional que pasa más tiempo con el paciente y desarrolla la comunicación con la familia.</p>		
<p>Nunes, L 2015 Portugal</p>	<p>Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico</p>	<p>Identificar los problemas éticos que emergen de la práctica clínica en situaciones críticas y complejas, en la perspectiva de los enfermeros.</p>	<p>Estudio mixto. n = 166 Muestra por conveniencia, no probabilística y accidental.</p>	<p>Surgen las siguientes temáticas: - Dilemas en la comunicación con el paciente (quién debe informar, a quien y en qué situación).</p>	<p>Las principales preocupaciones éticas están relacionadas con la información que se da al paciente, el acompañamiento al final de la vida, y con la responsabilidad</p>	<p>10/10 10/10</p>	<p>III</p>

			<p>Aplicación de cuestionario con preguntas abiertas, y grupo focal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento al final de la vida (aspectos relacionados con el proceso de morir y con una posible obstinación terapéutica). - Responsabilidad profesional en las intervenciones interdependientes. - Decisión de los destinatarios de los cuidados (dificultades cuando la voluntad del usuario no es conocida. Confrontación de voluntades entre la persona cuidada y su familia, o entre los profesionales y enfermos). - Distribución de recursos (escasez de personal y 	<p>profesional en intervenciones interdependientes.</p> <p>En muchas situaciones de verdadera emergencia no hay propiamente una secuencia de fases en las tomas de decisión, aunque estén establecidos protocolos o algoritmos.</p> <p>Los algoritmos se diseñan con la finalidad de aumentar la brevedad de la decisión y reducir los riesgos y aumentar las posibilidades de una decisión adecuada.</p> <p>Se identifican factores mediadores a la hora de gestionar las dificultades éticas,</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

				<p>sobrecarga del equipo).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeto por la persona (necesidad de adecuación en la gestión del espacio y en la aplicación de las normas). - Sigilo profesional (aspectos legales, y la elección entre guardar secreto y compartir información). 	<p>como son el apoyo del líder del equipo, el diálogo entre los diferentes profesionales del equipo, el conocimiento de la historia clínica de la persona, la autoconfianza, y la autoestima de los profesionales.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla 6. Tabla de resultados. Elaboración propia.

5.3. Análisis de la calidad de los artículos seleccionados

La evaluación de la calidad de los artículos, cuantitativos, cualitativos y mixtos se ha llevado a cabo mediante la herramienta [CASPE](#).

Autor/es	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Jainurakhma, J., Soleh, M., Sita, N. L. D. A., & Astuti, I. Y. 2020	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Kelly, P. A., Baker, K. A., Hodges, K. M., Vuong, E. Y., Lee, J. C., & Lockwood, S. W. 2021	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Fernández I, Pérez I, Unanue S, García Z, Ballesteros S 2017	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Chang HT, Lin MH, Chen CK, Chen TJ, Hwang SJ 2020	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S 2021	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Nunes, L 2015	+	+	+	+	+		+	+	+	+	9
Pettersson M, Höglund A, Hedström M 2018	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10

Tabla 7. Evaluación de la calidad de los artículos cualitativos (incluidos los mixtos). Elaboración propia.

Autor/es	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Kelly, P. A., Baker, K. A., Hodges, K. M., Vuong, E. Y., Lee, J. C., & Lockwood, S. W. 2021	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Tíscar V, Blanco J, Gea M, Rodriguez A, Moreno T 2019	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Hansen C, Lauridsen KG, Schmidt AS, Løfgren B 2019	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Pettersson M, Höglund A, Hedström M 2018	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Park YR, Kim JA, Kim K 2011	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Paixão Q, Oliveira M, Fontoura E, Freitas K 2019	+	+	+	+	+	+	+		+	+	9
Trigueiro TH, Labronici LM, Raimondo ML, Paganini MC 2011	+	+	+	+	+	+	+		+	+	9
Pettersson M, Höglund A, Hedström M 2018	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10

Tabla 8. Evaluación de la calidad de los artículos cuantitativos (incluidos los mixtos). Elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

Actitud y afrontamiento ante PCR y ONR

La presencia de una PCR puede resultar un proceso complejo que involucra a enfermeras, médicos y resto de personal sanitario con una amplia variedad de experiencias y perspectivas, así como la presencia de una ONR en el paciente al que se está atendiendo.

Jainurakhma et al. (23) describen cómo el hecho de presenciar una PCR en el medio extrahospitalario provoca en los profesionales un estado de nerviosismo y preocupación por si el paciente no sale con vida, sumándose además un malestar mental en este caso debido a la escasez de recursos y a la falta de entrenamiento. Respecto a esto último, el Kelly et al. (24) muestran cómo muchos de los profesionales que participaron en su estudio indican no sentirse lo suficientemente preparados para realizar una RCP. Estos mismos autores explican cómo la educación en RCP influencia de manera general en la actitud de los profesionales de la salud, es decir, a más formación y entrenamiento en este ámbito se observan niveles inferiores de ansiedad y un aumento de la seguridad de los sanitarios durante la práctica clínica. Nunes (25) identifica además el surgimiento de emociones negativas en los integrantes del grupo sanitario, tales como sensación de incertidumbre, duda o estrés, aunque reiteran que no suele influir en su desempeño o en el criterio a la hora de iniciar o concluir las maniobras de reanimación. Fernández et al. (26), también coinciden con la presencia de estrés, además de tristeza e impotencia, lo cual explican que puede aflorar en una reacción de distrés o trauma emocional.

Pettersson et al. (27) narran además el surgimiento de dificultades ante una PCR cuando la voluntad del usuario no es conocida, lo que desencadena en los profesionales la denominada “angustia moral”. Es decir, un sentimiento que surge a raíz de que ellos saben cuál sería la acción correcta a realizar en dicha situación, pero dado el contexto en el que se encuentran (no conocer las voluntades de la persona) se sienten limitados a la hora de llevarla a cabo.

Por otro lado, y en relación a la percepción del personal sanitario ante la presencia de una ONR, Park et al. (28) exponen cómo la mayoría de las enfermeras ponen de manifiesto que el tratamiento de los pacientes con ONR debería ser el mismo que antes de implantar dicha orden, lo cual es interpretado como una intención de mantener la dignidad del paciente hasta el último momento. Sin embargo, Kelly et al. (24) muestran en su estudio que, pese a que las enfermeras piensan que la interpretación de la ONR debe realizarse según el contexto individual de la persona, las diversas interpretaciones de la ONR que se dan entre las enfermeras tienen como resultado consecuencias

involuntarias relacionadas con cambios en los cuidados del paciente, pues muchos profesionales asocian la ONR con los cuidados paliativos y tienden a minimizar las actividades de enfermería sin una causa justificada.

Surgen además entre el personal sanitario ciertos dilemas relacionados con el hecho de resucitar o no a una persona que se encuentra en PCR. Paixão et al. (29) señalan las dos condiciones que más dilemas éticos generan entre las enfermeras de su estudio y son, por un lado, el mal pronóstico del paciente, y por otro la duda de cuánto tiempo persistir en la reanimación antes de detenerla. Trigueiro et al. (30) en cambio, exponen que fue la distanacia el mayor dilema ético vivido en la práctica profesional, pese a que las enfermeras argumenten que una RCP en un paciente terminal sin perspectiva de curación puede resultar fútil o cruel, pues prolonga la vida sin posibilidades de recuperación. Sin embargo, la indicación de no reanimar por parte de los profesionales de la salud es una elección difícil, pues genera sentimientos de impotencia, de abandono del paciente, y eso lleva a un malestar por parte de los profesionales a la hora de lidiar con la muerte. Paixão et al. (29) coinciden con este argumento último, pues explican también cómo los enfermeros creen que realizar RCP en situaciones en que el paciente tiene un mal pronóstico es una decisión inadecuada, pues no dignifica el final de la vida de la persona además de causarle daños adicionales. Nunes (25) explica en relación a esto que es la consciencia moral la que influye de manera determinante la toma de esta decisión, pues arbitra en contextos dilemáticos y mueve la acción, teniendo como base los conocimientos, las habilidades y la experiencia profesional. Además, argumenta que la pericia requiere conocimiento y experiencia reflexiva y que, en presencia de dilemas éticos, el enfermero elige con base en la deontología profesional.

Por último y en relación a las estrategias de afrontamiento, Fernández et al. (26) muestran que los profesionales sanitarios identificaron diferentes estrategias no sistematizadas que surgen de manera espontánea, generalmente en solitario, como ir a pasear o meditar. Además, la mayoría referían apoyarse en los compañeros de trabajo para mitigar las sensaciones negativas surgidas durante el desempeño de la jornada laboral. Por otro lado, Nunes (25) habla de cómo el personal sanitario considera el entorno familiar un lugar aséptico de descanso y de desconexión para ellos, considerando que la familia no debe ser partícipe de sus emociones, inquietudes o dilemas, ya que creen que podrían no ser entendidos o resultar desagradables.

Competencia ética

Resulta interesante destacar cuáles son las cualidades que el personal sanitario piensa que deben tener a la hora de hacer frente a una PCR o ante un paciente con ONR, ambas situaciones propensas a provocar dilema ético entre estos profesionales. Jainurakhma et al. (23) explican que se requiere rapidez y un comportamiento responsable frente a un paro cardíaco, pues el factor determinante y la clave del éxito dicen ser el tiempo. La habilidad de las enfermeras por tanto debe ser la rapidez y la precisión, para ser capaces de determinar la gravedad de lo que ocurre, e inmediatamente tomar una decisión. Pettersson et al. (31), indican la importancia de poseer habilidades éticas, así como el conocimiento de teorías y principios éticos como el utilitarismo y el principio de la dignidad humana, entre otros. Pero también hablan sobre una serie de cualidades que podrían hacer al sanitario una mejor persona, como son: la empatía, el respeto, la compasión, la sinceridad, el coraje y la humildad. Destacan además la necesidad de ver a los pacientes como los seres individuales y diferentes que ellos son, y tener la habilidad de identificar conflictos de valor como parte de las competencias éticas. Por otro lado, Trigueiro et al. (30) explican que para hacer frente a este tipo de situaciones es importante poseer habilidades técnicas y éticas, conocimientos teóricos, profesionalidad, autonomía, valores personales, confianza, y la responsabilidad de asumir riesgos.

Son muchas y diferentes las habilidades/cualidades que el personal sanitario destaca como importantes a la hora de hacer frente a este tipo de situaciones complejas, pero hay un aspecto en el que los autores Kelly et al., Tíscar et al., y Hansen et al. están de acuerdo, y es la falta de formación en primeros auxilios, entrenamiento en RCP, y toma de decisiones en relación a la reanimación que existe en el personal sanitario. Kelly et al. (24) explican como muchas enfermeras indicaron haber recibido muy poca preparación en debates de resucitación durante su carrera universitaria, y recalca la importancia de entrenar estos escenarios con casos reales. También estuvieron de acuerdo con esto Tíscar et al. (32), quienes argumentan que existe una falta de conocimiento entre profesionales de la salud (incluyendo médicos y enfermeras) respecto a primeros auxilios. Los resultados de su estudio también indicaron como se ha comentado en el apartado anterior que muchos de los profesionales no se sentían lo suficientemente preparados para realizar una RCP, y que las enfermeras no habían recibido formación en RCP desde hacía más de 2 años, cuando la literatura habla de que lo ideal sería cada 6 meses. Hansen et al. (33) indicaron además que 1/3 de los facultativos participantes en su estudio no se sentían competentes a la hora de decidir

cuándo detener una RCP, añadiendo que tan solo unos pocos médicos y enfermeras conocían los contenidos de las guías y protocolos de resucitación cardiopulmonar.

Haciendo referencia a la toma de decisiones a la hora de reanimar o no a un paciente ante PCR, Tíscar et al. (32) exponen que las enfermeras consideran que factores como la cultura, lo legal, la religión y los aspectos socioeconómicos juegan un papel muy importante en la toma de estas decisiones, aunque el hecho de iniciar o parar maniobras de reanimación resulta muchas veces complicado por la influencia de estos aspectos éticos y legales. Por otro lado, Hansen et al. (33) nombran una serie de factores asociados a una mayor duración de la RCP, como son: parada cardiorrespiratoria presenciada, edad joven y sexo femenino. Argumenta también que más entrenamiento y amplios debates sobre ONR pueden ayudar a establecer una estrategia de actuación para la toma de decisiones, independientemente de la profesión y la experiencia.

Respecto a la toma de la decisión de la ONR, Pettersson et al. (31) observaron en su estudio cómo las enfermeras reconocieron más que los médicos la importancia de tomar la decisión de ONR tras hablarlo con el paciente y familia. Los médicos pensaban que es importante que la ONR se tome tras debatirlo con el paciente, sus seres queridos y las enfermeras, pero estas últimas indicaron que en realidad, en muy pocas ocasiones se les hacía partícipes de esta decisión. Park et al. (28) también coinciden con esto, y explican que los médicos perciben que ellos (junto con los familiares del paciente) son los que deberían tomar la decisión de no reanimar. Esta exclusión de los pacientes y enfermeras en la toma de esta decisión es percibido por el personal de enfermería como una reducción del rol enfermero, pues en el estudio casi una cuarta parte de las enfermeras estaban de acuerdo con esta afirmación.

Respecto a esto, Paixão et al. (29) también estuvieron de acuerdo en que la decisión relacionada con la suspensión de las maniobras de RCP debe ser tomada por el personal médico, pero es el enfermero como profesional que conoce bien el estado clínico del paciente el que tiende a facilitar el proceso de diálogo entre el equipo y la familia. Este autor también coincide al igual que el anterior en que tanto médicos como enfermeras consideran que la opinión del paciente debería ser escuchada y tenida en cuenta antes de establecer la ONR. Sin embargo, los resultados indican que los médicos tienden a esperar hasta que el paciente se encuentra muy deteriorado para tomar la decisión de no reanimarle en caso de PCR. Además, Trigueiro et al. (30) comparten argumentos similares, pues explican que los enfermeros relataron no haber participado efectiva y directamente en la toma de decisiones sobre ONR, siendo el médico el único profesional competente para esto. Pero ello no impedía que el personal de enfermería

cuestionase la decisión tomada cuando hubiese disconformidad o discrepancia, con la finalidad de llevar al médico a reflexionar sobre su conducta. El autor explica que este tipo de actitud es una de las múltiples formas que los enfermeros encuentran para demostrar sus conocimientos técnico-científicos y su autonomía ante el equipo.

Comunicación con paciente y familia

La muerte de los pacientes genera sufrimiento y angustia entre los profesionales, además del miedo a la reacción de la familia, lo que deriva en muchas ocasiones a evitar interaccionar de manera efectiva con ellos. Es por ello que se dedicará este último punto a discutir sobre la comunicación entre el personal sanitario, el paciente y la familia.

Pettersson et al. (27) exponen cómo muchos médicos no siempre informan a los pacientes y familia de la decisión de no reanimar en caso de PCR. La justificación que utilizan es que cuando ellos se abstienen de proporcionar información sobre la ONR, lo hacen después de considerarlo a nivel ético, sopesando los derechos legales del paciente a ser informado, contra el riesgo de hacerle daño a él y su familia. Es por esto que los médicos ven las guías y protocolos como un obstáculo a la hora de actuar, al contrario que las enfermeras, para las cuales resulta una herramienta de apoyo, pese a observarse un conocimiento deficiente e incompleto por parte de enfermería respecto a estos protocolos. Chang et al. (24) por otro lado, explican que el hablar sobre la ONR es algo que el personal de enfermería evita, pues hace pensar a la gente sobre la muerte, el resultado médico más desfavorable. Sin embargo, se observa en este mismo estudio cómo el hecho de ser hombre, tener experiencias previas de haber conversado sobre la ONR y poseer un nivel educacional superior al universitario está relacionado de forma significativa con un aumento de la probabilidad de que se converse sobre la LET y la ONR con los pacientes o sus familias. El autor especifica que estas razones de género necesitarían una evaluación más precisa en otros estudios.

Bremer et al. (34) destacan que los sanitarios que no informan a los pacientes sobre su ONR reflejan un entrenamiento inadecuado, inexperiencia, déficit de formación en ese ámbito de la práctica clínica, y cierta incomodidad con la situación. Uno de los problemas que identifican Jainurakhma et al. (23) en relación a esta desinformación de la familia es que en muchas ocasiones el nivel del conocimiento de los familiares es muy reducido y limitado. No obstante, resalta por otro lado la importancia de establecer una relación terapéutica con ellos a través de una buena comunicación y estableciendo un vínculo de confianza. Esto se consigue explicándoles lo que ocurre, con la finalidad de calmarles, reducir su ansiedad y angustia, y mantener esa confianza establecida. Argumentan además cómo el establecer una comunicación directa y de calidad genera

un mayor impacto positivo en pacientes y familia, puntualizando también que, si no se obtiene confianza por parte de los familiares el personal sanitario no es capaz de asistir de forma rápida y precisa. Plasmar por último la visión de Kelly et al. (24), los cuales resaltan la utilidad de crear debates entre el equipo sanitario y la familia con la finalidad de permitirles hablar sobre los objetivos que son alcanzables y los que no en relación al enfermo. Resulta importante clarificar todas sus dudas, pues pueden malinterpretar la ONR como que los profesionales sanitarios han abandonado o han desistido con el paciente, cuando no es así.

7. CONCLUSIONES

- **Objetivo 1:** *Analizar cuáles son los sentimientos, percepciones y actitudes del personal sanitario ante una parada cardiorrespiratoria con orden de no reanimación.* Se observan sensaciones de malestar mental, nerviosismo, preocupación, ansiedad, incertidumbre, duda o estrés, este último el más repetido por los autores. Todo ello desencadenado por ciertos factores como la escasez de recursos o el no conocer las voluntades de la persona que se encuentra en PCR. Surgen a raíz de ello diferentes dilemas relacionados con el hecho de reanimar o no, pues es calificado como una elección difícil generadora de sentimientos de impotencia e incluso de abandono del paciente. A consecuencia de esto se identifica el riesgo por parte de los profesionales de sufrir “angustia moral”, a causa de verse limitados a la hora de tomar acción. Para lidiar con estas situaciones, los sanitarios no manifestaron poseer estrategias normalizadas de afrontamiento, pero sí destacaron actividades como salir a pasear, meditar o apoyarse en los compañeros de trabajo como vía de escape.

- **Objetivo 2:** *Describir las competencias éticas de la orden de no reanimación.* Ser empático, respetuoso, compasivo, sincero, humilde, y tener coraje son cualidades que debe poseer el personal sanitario en dichas situaciones. Resulta importante además poseer habilidades éticas, un comportamiento responsable, ser rápidos y precisos, y tener la habilidad de identificar conflictos de valor. Pese a contar el personal de enfermería con estas características citadas, sigue siendo el personal médico los encargados de tomar las decisiones relacionadas con la reanimación de los pacientes, no pudiendo enfermería participar en ellas.

Por último, se pone de manifiesto la falta de formación en RCP y en saber identificar cuándo detenerla. También es necesario el aumentar la formación respecto a la toma de decisiones en el personal sanitario en las carreras universitarias e instituciones sanitarias donde trabajan.

- **Objetivo 3:** *Conocer cómo es la comunicación con el paciente y su familia.* Se observa cómo no siempre se informa tras haberse establecido una ONR. Es más, en ocasiones los sanitarios evitan hablar de la muerte con ellos al generarles esto cierta incomodidad. Factores como ser hombre, tener experiencias previas de haber conversado sobre la ONR y poseer un nivel educacional superior al universitario se relaciona con más probabilidad de conversar sobre la ONR. Por otro lado, se destaca la importancia de establecer una buena relación terapéutica tanto con el paciente como con la familia, creando un vínculo de confianza a través de una comunicación directa y de calidad, lo cual llevará al personal sanitario a poder asistir al paciente de forma precisa y eficiente.

8. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Se han presentado dificultades a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, pues los resultados no se ajustaban a lo que primeramente se deseaba, que eran estudios basados exclusivamente en PCR en el ámbito extrahospitalario. Dado que no existe un gran número de estudios relacionados con este tema en general, se decidió ampliar la búsqueda a otros ámbitos de la salud.

También se identificaron pocos artículos publicados en España, lo cual obligó a seleccionar estudios realizados en lugares muy dispares unos de otros a nivel cultural, socioeconómico, etc.

Por último, se observó escasez de contenido en algunos artículos, sobre todo en la parte de análisis y discusión, los cuales finalmente fueron descartados por esta razón, pues aunque la temática de ellos concordase con el tema del presente trabajo, su estructura resultaba incompleta y el contenido escaso.

9. LÍNEAS DE FUTURO

Tras la lectura y análisis de los artículos se han identificado carencias de información respecto a distintos temas, así como la necesidad de mejora por parte de los profesionales en ciertos ámbitos.

En primer lugar, se observa al igual que muchos autores nombran en sus trabajos, la necesidad de formar y entrenar de manera más constante al personal sanitario en el ámbito de los primeros auxilios y sobre la toma de decisiones a la hora de reanimar o no a un paciente, pues está demostrado como la formación y el entrenamiento para atender una PCR es esencial a la hora de mejorar el pronóstico. Por ello, las actuales recomendaciones insisten en intentar conseguir una mejor eficiencia educativa, con programas formativos adaptados a los grupos diana (en este caso el personal sanitario), que incorporen innovaciones docentes y se realicen de forma repetitiva. También se incide cada vez más en la importancia del control de la calidad de la RCP y la formación de los reanimadores en las habilidades no técnicas como son la dirección, comunicación y trabajo en equipo (35).

Por otro lado, sería necesario proporcionar de forma frecuente en los hospitales espacios de tiempo donde se pudiese reunir el personal sanitario y debatir expresamente sobre el futuro de sus pacientes. Es decir, establecer qué cuidados se van a aplicar en un paciente con LET; si se conocen sus voluntades; si ciertos pacientes son candidatos a UCI en el caso de PCR, o se decide en consenso que dada su situación no se le reanimará, etc. Teniendo en cuenta no solo el punto de vista médico, sino también la perspectiva enfermera y todo lo que eso conlleva respecto a los cuidados del paciente. También supondría un avance el habilitar espacios más íntimos donde tras estas reuniones, el personal sanitario en su conjunto pudiese conversar y compartir con la familia (y el paciente si su situación lo permitiese) sus puntos de vista y las posibles decisiones a tomar, teniendo siempre en cuenta sus deseos. Esto supondría que todo el mundo contase con la misma información y no hubiese malinterpretaciones en el futuro.

Relacionado con el punto anterior, resultaría interesante invertir más en formación relacionada con la forma de dirigirse y comunicarse con el paciente y su familia, pues esto permitiría que se consiguiese una comunicación eficaz y una relación terapéutica encaminada a la restauración de la salud, lo cual supondría además un gran cambio en el significado del cuidar y en la humanización del proceso asistencial. Es bien conocido desde el inicio de la enfermería que uno de sus puntos fuertes son sus habilidades comunicativas (36). Sin embargo, a la hora de la práctica clínica estas habilidades de

las que gozan las enfermeras son relegadas a un segundo plano, pero, ¿por qué esta falta de empoderamiento por parte de enfermería? ¿podría ser influyente el hecho de que la mayoría de enfermeras sean mujeres?

Pues bien, aunque sea cada vez mayor la autonomía de la que goza la profesión enfermera, la literatura reciente todavía habla de una fuerte subordinación de enfermería frente a la profesión médica. Esto significa que la enfermería sigue priorizando la realización de actividades profesionales dependientes frente a las independientes, colocando de este modo la figura del médico como referente de actuación y en consecuencia incentivando inconscientemente ese modelo biomédico tan criticado.

Por otro lado, son los modelos de enfermería creados a lo largo de la historia los que establecen las líneas de actuación en la práctica profesional actual. En apartados anteriores se ha hablado de dos modelos centrados en el cuidado del paciente, el Modelo Humanista impulsado por Jean Watson, y el Modelo Evolucionista, impulsado por Leininger. Se podría decir que ambos han surgido a raíz de un modelo más influyente, el de Florence Nightingale, considerada como la madre de la enfermería moderna. Sin embargo, pese a que gracias a él se proporcionó un carácter profesional y distintivo a las enfermeras y se las alejó de la imagen social que tenían hasta el momento de mujeres de “poca moral”, también es cierto que la adopción de este modelo todavía hoy en día ha supuesto la continuación de la subordinación de la profesión, designándola como “colaboradora y auxiliar inteligente”, además de “cumplir con las órdenes del médico, inteligente y fielmente” (37).

A todo esto se suma además el rol de género, pues históricamente partimos del supuesto teórico de que la profesión enfermera es propia de las mujeres. Se ha asociado en muy diversas sociedades y culturas y a lo largo del tiempo, el acto de cuidar con el género femenino. Y además, mientras que la mujer ha permanecido invisible, recluida, sumisa y sin ningún prestigio social, la enfermería no ha existido como profesión. Esta invisibilización de la profesión podría ser la razón por la cual todavía no esté normalizado en nuestra sociedad que el personal enfermero intervenga en la toma de decisiones. Se podría decir que esta falta de reconocimiento social de la profesión enfermera se ve afectada por la influencia del género en la profesión, al estar asociados de forma simbólica los cuidados enfermeros a las cualidades intrínsecamente femeninas (38).

Finalmente y en mi opinión, también sería interesante llevar a cabo más investigaciones que se centrasen exclusivamente en el personal de enfermería e incidiesen de manera más profunda en sus sentimientos y en lo que sienten cuando deben hacer frente a una PCR, así como conocer más a fondo cuáles son las estrategias de afrontamiento que

utilizan a la hora de lidiar con una situación de PCR fallida, por ejemplo. Tal y como se ha comentado en apartados anteriores, se observa gran escasez de estudios relacionados con el tema, lo cual si se investigase más a fondo podría ayudar a prevenir la fatiga por compasión o burnout que sufren los sanitarios.

Se habla de la fatiga por compasión como el precio que se paga por ayudar a personas que sufren. Esto es debido a las múltiples situaciones complejas y de gran intensidad emocional que tienen que afrontar, incluyendo la muerte del paciente (39). Esta fatiga por compasión surge del sentimiento de profunda empatía por la persona que sufre, y es la respuesta al estrés laboral crónico. Se ha estudiado en profesionales dedicados a las urgencias, como policías o bomberos, pero se conocen a día de hoy pocos datos en las enfermeras, que también son testigos de la tragedia en su trabajo diario.

Este fenómeno tiene consecuencias físicas, emocionales, sociales, espirituales y profesionales, y en algunas ocasiones estas enfermeras deciden dejar el trabajo o abandonar la profesión y dedicarse a otra (40). Y aunque existen y se ponen en práctica intervenciones para afrontar esta fatiga por compasión, siempre “es mejor prevenir que curar”, y es por esto que considero tan necesario el investigar más sobre ello para así poder abordar y prevenir este problema creciente de una forma más completa y efectiva.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J. Conceptos y prevención de la parada cardiorrespiratoria en niños. Anales de Pediatría [Internet]. 2006 Aug 1 [consultado 22 Nov 2021];65(2):140–6. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-conceptos-prevencion-parada-cardiorrespiratoria-ninos-articulo-13091483>
2. Parada cardiaca [Internet]. Fundación española del corazón. 2019 [consultado 2 Dic 2021]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/82-fichas-paciente/882-parada-cardiaca.html>
3. López Palomino E, Lineros Palomo M del C, Espínola Espigares JM, Zamora Pasadas M. RCP básica y desfibrilación externa en el paciente adulto en situaciones especiales. RCP básica y desfibrilación externa en el paciente adulto en situaciones especiales [Internet]. 2019 Jun 1 [consultado 2 Dic 2021];120(120):1–120. Disponible en: www.cedro.org
4. En España se producen 50.000 paradas cardíacas al año. Redacción médica [Internet]. 2019 Oct 16 [consultado 22 Nov 2021]; Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/en-espana-se-producen-50-000-paradas-cardiacas-y-45-000-muertes-al-ano-2998>
5. Socias Crespí L, Ceniceros Rozalén MI, Rubio Roca P, Martínez Cuellar N, García Sánchez A, Ripoll Vera T, et al. Características epidemiológicas de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias registradas por el sistema de emergencias 061 (SAMU) de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares (2009-2012). Medicina Intensiva [Internet]. 2015 May 1 [consultado 27 Nov 2021];39(4):199–206. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-caracteristicas-epidemiologicas-paradas-cardiorrespiratorias-extrahospitalarias-articulo-S0210569114001296>
6. Desch S, Freund A, Akin I, Behnes M, Preusch MR, Zelniker TA, et al. Angiography after Out-of-Hospital Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation. New England Journal of Medicine. 2021 Aug 29; [consultado 25 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101909>
7. Rodríguez Martínez MJ. Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Nuberos científica [Internet]. 2012 Jul [consultado 22 Nov 2021];1(7):9–14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7564613&info=resumen&idioma=ENG>

8. Ruiz-Azpiazu JI, Daponte-Codina A, del Valle PF, López-Cabeza N, Jiménez-Fàbrega FX, Iglesias-Vázquez JA, et al. Regional variation in the incidence, general characteristics, and outcomes of prehospital cardiac arrest in Spain: the Out-of-Hospital Spanish Cardiac Arrest Registry. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias* [Internet]. 2021 Feb 1 [consultado 22 Nov 2021];33(1):15–22. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/33496395>
9. Paro cardiorrespiratorio [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2021 [consultado 28 Nov 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Paro_cardiorrespiratorio#Causas
10. Areiza M, Osorio E, Ceballos M, Amariles P. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2018 Mar 1 [consultado 24 Nov 2021];25(2):162–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-conocimiento-factores-riesgo-cardiovascular-pacientes-S0120563317301377>
11. Rafael Rondanelli I, Rafael Rondanelli S. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Jan 1 [consultado 25 Nov 2021];25(1):69–77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-estilo-vida-enfermedad-cardiovascular-el-S0716864014700136>
12. Equipo Vértice. Tema 2. Reanimación Cardiopulmonar. In: RCP básica y primeros auxilios. Vértice. Málaga; 2012 [consultado 23 Nov 2021]; p. 39–40. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=yvZM1hEeiUC&pg=PA39&lpg=PA39&dq=vertice+Tema+2.+Reanimaci%C3%B3n+Cardiopulmonar.+In:+RCP+b%C3%A1sica+y+primeros+auxilios&source=bl&ots=TXBT6gqfAk&sig=ACfU3U2ZASKCfckf2GabVg263Z0wGQVfQQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjB1e7Q4bj3AhXPhPOHHRHeCvMQ6AF6BAgiEAM#v=onepage&q=vertice%20Tema%202.%20Reanimaci%C3%B3n%20Cardiopulmonar.%20In%3A%20RCP%20b%C3%A1sica%20y%20primeros%20auxilios&f=false>
13. Cadena de Supervivencia. ¿En qué consiste? [Internet]. Centro de Emergencias Salvamento y Socorrismo. 2021 [consultado 29 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.cvss.es/cadena-de-supervivencia/>
14. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021, Traducción oficial del Consejo Español de

- Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) [Internet]. 2021 [consultado 22 Nov 2021]. Disponible en: <https://erc.edu/about>
15. Secuencia de acciones que posibiliten la supervivencia de una persona que sufre una emergencia sanitaria. La cadena de supervivencia o cadena de la vida [Internet]. Proyecto Salvavidas. 2021 [consultado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.salvavidas.eu/blog/la-cadena-de-supervivencia-o-cadena-de-la-vida>
 16. Arturo Cassiani-Miranda C, Pérez-Aníbal E, Camila Vargas-Hernández M, Darío Castro-Reyes E, Fernanda Osorio A, Fernanda Osorio Lesión cerebral A. Lesión cerebral posterior a paro cardiorrespiratorio. Acta Neurológica Colombiana [Internet]. 2013 [consultado 1 Dic 2021];29(4):255–65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 17. Ruiz-García J, Canal-Fontcuberta I, Martínez-Sellés M. Las órdenes de no reanimar. Historia y situación actual. Medicina Clínica [Internet]. 2016 Oct 7 [consultado 2 Dic 2021];147(7):316–20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-las-ordenes-no-reanimar-historia-S0025775316001743>
 18. Torregrosa R, Hernández S, Ibor PJ, López MD, Martínez V, Muñoz V, et al. Una aproximación a las órdenes de no intentar reanimación cardiopulmonar (ONIR). Informe del comité de bioética asistencial del departamento Valencia Hospital General. Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica [Internet]. 2018 Aug 10 [consultado 2 Dic 2021];1(1):5–11. Disponible en: http://www.psicobioquimica.org/bioetica_04.html
 19. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Clínica Española [Internet]. 2012 Mar 1 [consultado 5 Abr 2022];212(3):134–40. Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122>
 20. Eutanasia, Ortotanasia y Distanasia [Internet]. Comité de ética en investigación. 2017 [consultado 5 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>
 21. Jimenez Herrera MF. Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). [Tarragona]: Universitat Rovira i

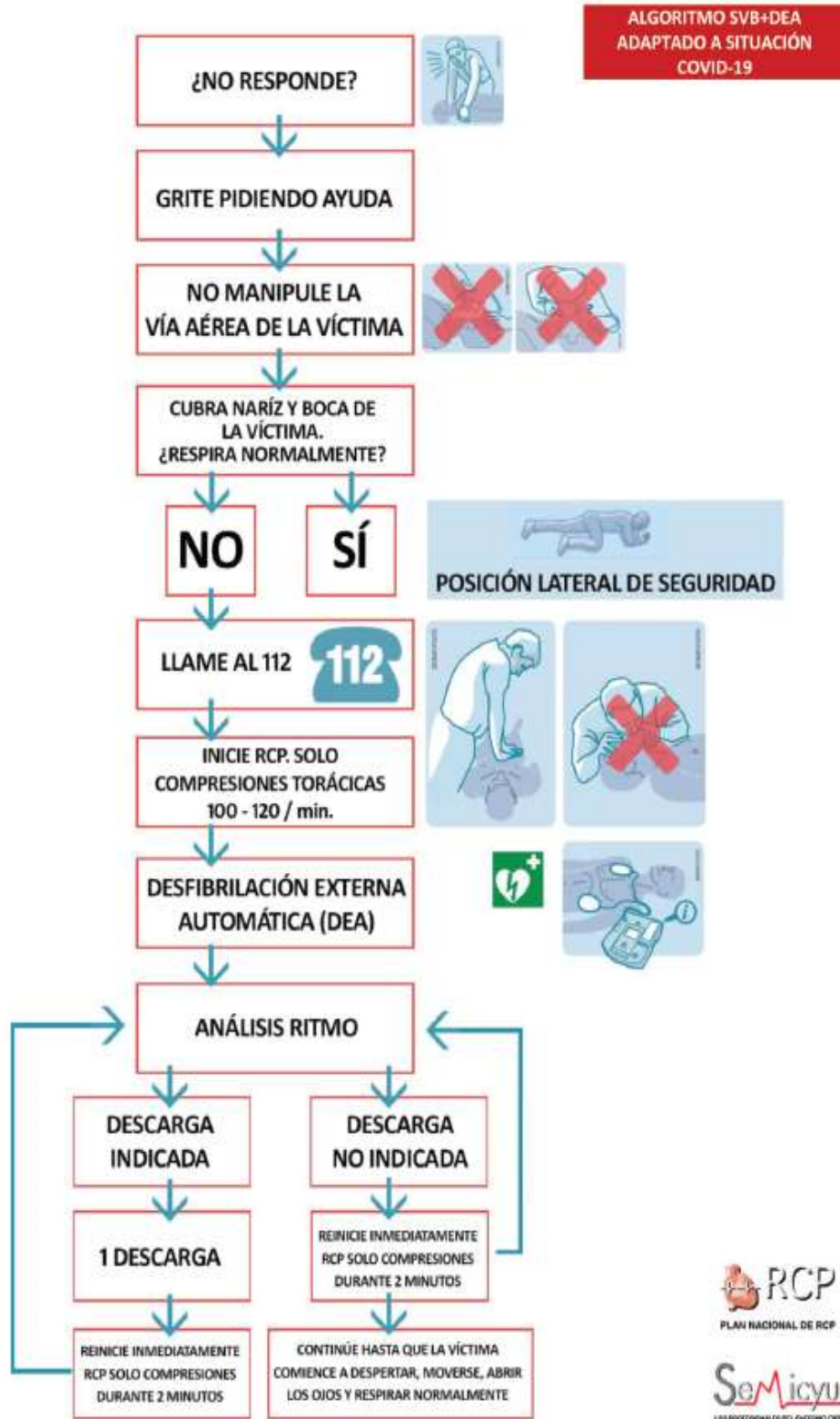
- Virgili; 2009 [consultado 4 Ene 2022]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/8434>
22. Machín El. Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 Dec 16 [consultado 4 Ene 2022];31(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>
 23. Jainurakhma J, Soleh M, Dewi N, Astuti I. Lived experience of nurses in caring for persons with out-of-hospital cardiac arrest in rural areas of East Java Indonesia: A phenomenological study. Belitung Nursing Journal [Internet]. 2020 Apr [consultado 1 Feb 2022];6(2):47–51. Disponible en: https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85103140395&origin=resultslist&sort=plff&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=f22718322f495b0d0e6e6bdb5058160d&sot=a&sdt=cl&cluster=scofreetoread%2c%22all%22%2ct%2bcopubyr%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct%2c%222013%22%2ct%2bbscosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=54&s=ethics+AND+nurs*+AND+no+resuscitation+AND+heart+attack&relpos=2&citeCnt=1&searchTerm=
 24. Kelly PA, Baker KA, Hodges KM, Vuong EY, Lee JC, Lockwood SW. Nurses' Perspectives on Caring for Patients with Do-Not-Resuscitate Orders. Am J Nurs. 2021 Jan 1 [consultado 3 Feb 2022];121(1):26–36. Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2021/01000/Original_Research_Nurses_Perspectives_on_Caring.13.aspx
 25. Nunes L. Los problemas éticos identificados por enfermeros en relación a los pacientes en estado crítico. Revista Bioética [Internet]. 2015 Apr [consultado 2 Feb 2022];23(1):187–99. Available from: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkDhtxC/?lang=es>
 26. Fernández-Aedo I, Pérez-Urdiales I, Unanue-Arza S, García-Azpiazu Z, Ballesteros-Peña S. Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. Enfermería Intensiva [Internet]. 2017 Apr 1 [consultado 26 Feb 2022];28(2):57–63. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-cualitativo-sobre-experiencias-emociones-S1130239916300736>

27. Pettersson M, Hedström M, Höglund A. Ethical competence in DNR decisions - A qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. BMC Med Ethics [Internet]. 2018 Jun 19 [consultado 1 Feb 2022];19(1). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/29914440/>
28. Park YR, Kim JA, Kim K. Changes in how ICU nurses perceive the DNR decision and their nursing activity after implementing it. Nursing Ethics. 2011 Nov [consultado 5 Feb 2022];18(6):802–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21974942/>
29. Paixão QL, Oliveira MAN, Fontoura EG, Freitas KS. Dilemas éticos no fazer/agir do enfermeiro diante da parada cardiorrespiratória em terapia intensiva. Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2019 Sep 16 [consultado 1 Feb 2022];33. Disponible en: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27920>
30. Trigueiro TH, Labronici LM, Raimondo ML, Paganini MC. Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2011 Jul 2 [consultado 2 Feb 2022];9(4):721–7. Disponible en: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13824>
31. Pettersson M, Höglund A, Hedström M. Perspectives on the DNR decision process: A survey of nurses and physicians in hematology and oncology. Public Library of Science. 2018 Nov 1 [consultado 5 Feb 2022];13(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30462673/>
32. Tíscar V, Blanco J, Gea M, Rodriguez A, Moreno T. Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis. Peer J [Internet]. 2019 Feb [consultado 1 Feb 2022];7. Disponible en: <http://doi.org/10.7717/peerj.6410>
33. Hansen C, Lauridsen KG, Schmidt AS, Løfgren B. Decision-making in cardiac arrest: Physicians' and nurses' knowledge and views on terminating resuscitation. National Library of Medicine. 2019 [consultado 3 Feb 2022];11:1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30588135/>
34. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and nurses. BMC Medical Ethics. 2021 Mar 30 [consultado 2 Feb 2022];22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33785001/>

35. López-Herce J, Manrique I, Calvo C, Rodríguez A, Carrillo Á, Sebastián V, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica y líneas de desarrollo en España. *Anales de Pediatría*. 2022 Feb 1 [consultado 2 Feb 2022];96(2):146. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-novedades-recomendaciones-reanimacion-cardiopulmonar-pediatica-articulo-S1695403321002083>
36. Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2012 May [consultado 4 Abr 2022];6(16):16–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
37. Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 Oct [consultado 20 Abr 2022];13(46). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007
38. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Socorro Morillo Martín M, Arroyo Rodríguez Avda San Juan de Dios A, Rodríguez A, et al. La Enfermería como rol de género. *Index de enfermería* [Internet]. 2011 [consultado 20 Abr 2022];10(4):248–51. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/7498.php>
39. del Rincón C. Fatiga por compasión y síndrome de burnout en profesionales de cuidados paliativos pediátricos: revisión del tema [Internet]. 2020 [consultado 20 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.pedpal.es/site/wp-content/uploads/2021/06/Libro-de-actas-IV-Congreso-de-PEDPAL-.pdf>
40. Boyle D. Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing (Brux)* [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado 20 Abr 2022];33(2):16–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-fatiga-por-compasion-el-precio-S0212538216300103>

11. ANEXO

Anexo I



Anexo II

Niveles de evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de EC CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de EC SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Scielo. 2014