

## Conocimientos y actitudes bioéticas de las enfermeras de UCI ante la donación en asistolia controlada durante la pandemia Covid 19\*

*Knowledge and bioethical attitudes of ICU nurses towards donation after circulatory death in pandemic Covid 19*

AARON EGIDOS PALAZÓN <sup>1</sup> , ANA BELÉN SÁNCHEZ-GARCÍA <sup>2</sup> ,  
MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ RABADÁN <sup>3</sup> 

**RESUMEN:** Introducción: La limitación del tratamiento de soporte vital es una práctica frecuente en las Unidades de Críticos. Se relaciona con la donación en asistolia controlada como vía para el aumento del número de trasplantes. Supone un reto para profesionales de Enfermería, que no están familiarizados con esta donación y se ven implicados en situaciones que suscitan debate bioético. Objetivo: Analizar conocimientos y actitudes bioéticas de Enfermería en la limitación del tratamiento de soporte vital y donación en asistolia controlada. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo y transversal en la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Recogida de datos a través de cuestionario validado entre marzo y abril de 2020, durante el Estado de Alarma por pandemia de Covid-19. Resultados: Participaron 28 enfermeros. Un 75% está familiarizado con la LTSV y considera la decisión de LTSV debería ser conjunta entre médicos y enfermeros, pero indican que en la práctica diaria no es así. Un 41,2% expresa tener conflictos éticos para retirar tratamiento de soporte vital. Un 89,3% está de acuerdo con la donación de órganos tras LTSV pero sólo un 42,8% aplicaría medidas para la preservación de órganos previas al fallecimiento del paciente. Conclusiones: Enfermería no participan en la toma de decisiones al final de la vida de sus pacientes y expresan falta de información respecto a los cuidados intensivos orientados a la donación de órganos. Sin embargo, poseen actitudes bioéticas orientadas al respeto de la autonomía y dignidad de la persona, aunque muestran conflictos morales con algunos procedimientos.

**Palabras clave:** enfermería, limitación del tratamiento de soporte vital, donación en asistolia controlada, unidad de cuidados intensivos, actitud, conocimiento.

**ABSTRACT:** Background: Limitation of life-sustaining treatment is a common practice in Critical Care Units and related to controlled donation after circulatory death, which is developing as the clearest way to expand the number of transplants. This is a challenge for nursing professionals, who are not familiar with this type of donation and are involved in a variety of situations that raise bioethical debate. Objective: Analyze the knowledge and bioethical attitudes of nursing personnel in limiting life support treatment and donation after circulatory death. Method: A

\* Fecha de recepción: 16/06/2022 – Fecha de aceptación: 30/06/2022. Cita recomendada: EGIDOS PALAZÓN, A., SÁNCHEZ-GARCÍA, A.B., & RODRÍGUEZ RABADÁN, M.D. (2022). Conocimientos y actitudes bioéticas de las enfermeras de UCI ante la donación en asistolia controlada durante la pandemia Covid 19. Bioderecho.es, (15), 1-19. <https://doi.org/10.6018/bioderecho.528281>

<sup>1</sup> Enfermero (Unidad de Cuidados Intensivos). Correo: aaron.egidos98@gmail.com

<sup>2</sup> Profesora Asociada de la Universidad de Murcia. Correo: abs2@um.es

<sup>3</sup> Doctora en Enfermería. Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). Correo: mdolores.rodriguez2@um.es



quantitative descriptive and transversal study was carried out in the ICU of the Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Data collection was carried out through a validated questionnaire between March and April 2020, during the Covid-19 pandemic alert. Results: Twenty-eight nurses participated in the study. Seventy-five percent are familiar with the LTSV and believe that LTSV decision should be made jointly by physicians and nurses but indicate that in daily practice this is not the case. 41.2% expressed ethical concerns about withdrawing life support treatment. 89.3% agree with organ donation after LTSV but only 42.8% would apply organ preservation measures prior to the patient's death. Conclusions: Nursing professionals do not participate in decision-making at the end of their patients' lives and they show a lack of information regarding intensive care oriented towards organ donation. However, they have bioethical attitudes oriented to respect the autonomy and dignity of the person, although they show moral conflicts with some procedures.

**Keywords:** nursing, limitation of life-sustaining treatment, controlled donation after circulatory death, intensive care unit, attitude, knowledge.

---

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN. II. METODOLOGÍA 1. Estrategia de búsqueda. 2. Diseño del estudio. 3. Población y muestra. 4. Recogida de datos y variables a estudio. 5. Consideraciones éticas. 6. Análisis estadístico de los datos. III. RESULTADOS. 1. Descripción de la muestra. 2. Análisis descriptivo de los conocimientos y actitudes de los enfermeros/as en relación a la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital. 3. Análisis descriptivo de los conocimientos y actitudes de los enfermeros/as en relación a la donación en asistolia controlada. IV. DISCUSIÓN. V. CONCLUSIÓN. VI. BIBLIOGRAFÍA. VII. NORMATIVA.

## I. INTRODUCCIÓN

---

La promoción de la donación de órganos y tejidos en las Unidades de Cuidados Intensivos, por sus características y por los medios que disponen, se realiza de manera habitual.

Los antecedentes legales de la donación de órganos en asistolia se remontan a 1999, cuando se regulan mediante real decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos<sup>1</sup>. Siendo 2012 un año decisivo, en el que se publica el *Documento de consenso nacional sobre donación en asistolia*<sup>2</sup> y, además, se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante<sup>3</sup>; este real decreto 1723/12, de 28 de diciembre, introdujo tanto la donación en asistolia controlada, como la no controlada. Esta regulación supuso una revolución en el ámbito sanitario español, colocando en 2019 a nuestro país como líder mundial en donación de órganos y, concretamente, a la Región de Murcia la tercera comunidad con mayor tasa de donación<sup>4</sup>. Actualmente, en Europa, 18 países disponen de programas de donación en

---

<sup>1</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos*. España. 2000;(3, 4 de enero):179-90.

<sup>2</sup> MATESANZ, R., COLL, E., DOMINGUEZ-GIL, B., PEROJO, L., ABRADELO, M., ALBA, M., ET AL. *Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones [Internet]*. Madrid, 2012.

<sup>3</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 1723/12, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. España, 2012, (313, 29 de diciembre), 89315-48.

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES. *Actividad de donación y trasplante España 2019*. Memoria de actividad donación y trasplante. 2019.

asistolia, de los cuales 8 presentan ambos tipos de donación (controlada y no controlada): Austria, Bélgica, España, República Checa, Francia, Italia, Países Bajos y Suiza<sup>5</sup>.

En consecuencia, un paciente puede ser donante de órganos bajo criterios de muerte encefálica o muerte cardíaca (asistolia), concretamente en España, “*el diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de circulación y de ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un periodo no inferior a cinco minutos*” (Anexo I, apartado 3.1.a)<sup>6</sup>.

Además, debe verificarse la presencia de uno de los siguientes escenarios: 1º Se han realizado maniobras de RCP avanzada, resultando infructuosas; 2º No se indica la realización de maniobras de RCP en base a razones médicas y éticas justificables. Por tanto, la donación de órganos y tejidos tras la muerte debería estar integrada dentro de los cuidados al final de la vida en la UCI<sup>7</sup>. En este contexto sanitario y teniendo en cuenta la Clasificación de Maastricht modificada (Madrid 2011)<sup>8</sup> vigente actualmente en nuestro país, la donación en asistolia controlada o tipo III de Maastricht, que destaca por su viabilidad para el aumento de la donación de órganos en UCI, se presenta en un proceso de PCR presenciada y controlada, que incluye pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con los familiares o representantes del paciente<sup>9</sup>. Además, es el tipo de donación que más ha crecido en los últimos años, creciendo exponencialmente desde 23 donantes en 2012, alcanzando los 664 donantes en el año 2019<sup>10</sup>.

De tal manera que, la donación en asistolia se acompaña del tratamiento de soporte vital (TSV), definido por el Hastings Center<sup>11</sup> como “*Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal*”.

Son TSV: la reanimación cardiopulmonar (RCP), la ventilación mecánica, los sistemas de depuración extrarrenal, los fármacos vasoactivos, la nutrición artificial, los hemoderivados, etc.<sup>12</sup>. Por consiguiente, no iniciar o retirar una de estas intervenciones se entiende como una limitación del tratamiento de soporte vital (en adelante, LTSV), término acuñado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronaria. La LTSV en las

<sup>5</sup> LOMERO, M., GARDINER, D., COLL, E., HAASE-KROMWIJK, B., PROCACCIO, F., IMMER, F., ET AL. "Donation after circulatory death today: an updated overview of the European landscape", *Transpl Int [Internet]*, 33(1), 2020, 76–88.

<sup>6</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 1723/12, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. España, 2012, (313, 29 de diciembre), 89315–48.

<sup>7</sup> PÉREZ VILLARES, JM., "Donación en asistolia." *Cuad Med Forense*, 21(1–2), 2015, 43–9.

<sup>8</sup> MATESANZ, R., COLL, E., DOMINGUEZ-GIL, B., PEROJO, L., ABRADELO, M., ALBA, M., ET AL. *Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones [Internet]*. Madrid, 2012.

<sup>9</sup> CABALLERO F, MATESANZ, R., "Donación en asistolia controlada [Internet]". 2015.

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES. *Actividad de donación y trasplante España 2019*.

<sup>11</sup> HASTINGS CENTER. *Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying*, Briarcliff Manor, New York, 1987.

<sup>12</sup> MONZÓN MARÍN, JL., SARALEGUI RETA, I., ABIZANDA, I., CAMPOS, R., CABRÉ PERICAS, L., IRIBARREN DIARASARRI, S., MARTÍN DELGADO, MC., ET AL. “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, *Med Intensiva*, 32(3), 2008, 121–33.

Unidades de Cuidados Intensivos puede llevarse a cabo de distintas maneras, según Lomero<sup>13</sup>: por omisión o retirada del tratamiento de soporte vital, por órdenes de no reanimación cardiopulmonar, por ingreso en UCI con tratamientos limitados, por terapia intensiva condicionada (retirada del soporte vital en un tiempo limitado de 48-72h) y por no ingreso en UCI. En definitiva, la LTSV es una decisión que desafía a los profesionales sanitarios enfrentándolos a múltiples escenarios donde prevalecen los principios éticos de la efectividad y la eficacia de cada acción<sup>14</sup>.

La decisión de LTSV en las UCI es tomada por el personal médico, pero el encargado de llevarlas a cabo es el personal de Enfermería, de ahí la importancia de que estos últimos formen parte del proceso de decisión<sup>13</sup>. Los profesionales de Enfermería se encuentran en interacción con todo el equipo de la UCI, y a su vez, presentan una relación más estrecha con el paciente y sus familiares, lo que los sitúa en una posición perfecta para identificar cualquier falta de efectividad con respecto al tratamiento médico<sup>15</sup>. Los enfermeros intervienen en los cuidados *ante-mortem* dirigidos a la viabilidad de los órganos destinados a la donación, asegurándose siempre que existe constancia escrita del consentimiento familiar o del propio paciente para cualquier intervención<sup>16</sup>. Haase et al.<sup>17</sup> resaltan que para evitar cualquier conflicto de intereses, debe haber una separación clara entre el equipo que trata al paciente y el equipo responsable de recuperar los órganos, y por consiguiente, la decisión de LTSV debe recaer exclusivamente en el primero.

Desde una perspectiva bioética y en base a lo propuesto por Monzón et al.<sup>18</sup>, iniciar y/o mantener intervenciones y tratamientos fútiles (tratamientos que no cumplen con el efecto que se esperaba de ellos) debe ser considerado una mala práctica clínica por ir en contra de la dignidad humana. Asimismo, el consumo innecesario de recursos que conlleva este tipo de prácticas, atenta contra el principio bioético de justicia distributiva. En este contexto, cobra especial importancia el respeto de la autonomía del paciente, derecho regulado por la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente<sup>19</sup> y que se puede ejercer tanto de forma verbal como escrita a través de un documento de Instrucciones Previas; es por ello, que todo paciente tiene la libertad de rechazar cualquier tipo de TSV aunque de ello se pueda derivar incluso su muerte. El documento de Instrucciones Previas demuestra que, “*una persona mayor*

---

<sup>13</sup> LOMERO-MARTÍNEZ, MM., *Percepción, actitud y conocimiento sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia en Medicina y Enfermería ¿Jugamos en el mismo equipo?* [Tesis Doctoral], Universitat Rovira i Virgil, Tarragona, 2017.

<sup>14</sup> BAENA ÁLVAREZ, C., "Limitation of the therapeutic effort: when less is more". *Colomb Med.* 46(1), 2015, 1–2.

<sup>15</sup> VELARDE-GARCÍA, JF., LUENGO-GONZÁLEZ, R., GONZÁLEZ-HERVÍAS, R., CARDENETE-REYES, C., ÁLVAREZ-EMBARBA, B., PALACIOS-CEÑA, D.. "Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses" *Nurs Ethics [Internet]*, 25(7), 2018, 867–79.

<sup>16</sup> MATESANZ, R., COLL, E., DOMINGUEZ-GIL, B., PEROJO, L., ABRADELO, M., ALBA, M., ET AL. *Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones [Internet]*. Madrid, 2012.

<sup>17</sup> HAASE, B., BOS, M., BOFFA, C., LEWIS, P., RUDGE, C., VALERO, R., ET AL., "Ethical, legal, and societal issues and recommendations for controlled and uncontrolled DCD", *Transplant International*, Vol. 29, 2016, 771–9.

<sup>18</sup> MONZÓN MARÍN, JL., SARALEGUI RETA, I., ABIZANDA, I., CAMPOS, R., CABRÉ PERICAS, L., IRIBARREN DIARASARRI, S., MARTÍN DELGADO, MC., ET AL., "Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico", *Med Intensiva*, 32(3), 2008, 121–33.

<sup>19</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. España. 2002, (274, 15 de Noviembre), 40126–32.

*de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente*"<sup>19</sup>.

Los pacientes candidatos a DAC, debido a su situación clínica de extrema gravedad, se encuentran en situación de limitación de su autonomía personal<sup>20</sup>. Por ello, cualquier intervención realizada en los posibles donantes mientras se encuentren vivos, debe ir en pos de su beneficio y dignidad.

A su vez, el proceso de donación en asistolia controlada también plantea un escenario del que derivan distintos conflictos éticos en la práctica clínica. Uno de ellos es plantear la DAC a los familiares inmediatamente después de la LTSV. Álvarez y Santos<sup>20</sup> señalan que en este momento, podría verse afectada la autonomía de los familiares ya que, dicha situación suele ir acompañada de sufrimiento y desconcierto, situación que requiere medidas que protejan la libertad de decisión. Otro problema surge al intentar justificar la realización de medidas invasivas o medicamentosas no terapéuticas sobre el donante; este conflicto, desde la reflexión bioética se fundamenta en que dichas medidas para conservar los órganos respetan la voluntad del paciente de ser donante (autonomía), facilitan así la extracción de los órganos (no maleficencia) y su viabilidad para un futuro receptor (beneficencia)<sup>20</sup>.

En conclusión, ante esta evolución legislativa que revoluciona en mundo sanitario desde las Unidades de Cuidados Intensivos, aumentando la posibilidad de donar los órganos de muchas personas que no tienen la posibilidad de mejorar o curar sus problemas de salud, se plantean nuevos retos bioéticos para los profesionales sanitarios implicados. Por todo lo anterior, planteamos la realización de un trabajo dirigido a alcanzar los siguientes objetivos: analizar los conocimientos y actitudes del personal de Enfermería en la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia controlada; identificar en qué aspectos relativos a la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia requiere más formación el personal de Enfermería; y determinar las actitudes bioéticas del personal de Enfermería ante la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia.

## II. METODOLOGÍA

### 1. Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas (Tabla 2). Asimismo, se han consultado páginas web oficiales como la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) o la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). También han sido consultados documentos legales extraídos del Boletín Oficial del Estado. A su vez, se han revisado numerosos artículos encontrados por búsqueda inversa.

---

<sup>20</sup> ÁLVAREZ AVELLO, JM., SANTOS, JA., "Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada", *Acta Bioeth [Internet]*, 20(1), 2014, 9–21.

**Tabla 1.** Cadenas de búsqueda.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Resultados
Pubmed	"Intensive Care Units"[Mesh] AND Limitation of life-sustaining treatment AND ethic*	30
Pubmed	donation AND circulatory death AND controlled AND ethic*	36
Scielo	Donación en asistolia	7
Scielo	(Limitación del tratamiento de soporte vital) OR (Limitación del esfuerzo terapéutico)	14

Fuente: Elaboración propia

## 2. Diseño del estudio

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo y transversal realizado en la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), perteneciente al área de Salud I de la Región de Murcia, a través de un cuestionario autoadministrado de forma online mediante la plataforma *Google Formularios*.

## 3. Población y muestra

La población a estudio fue el personal de Enfermería que trabajaba en la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca entre los meses de marzo y abril de 2020. El número de profesionales de Enfermería que trabajaba en ese momento era de 129, de los cuales participaron en esta investigación 28.

- *Criterios de inclusión:*
  - Enfermeros/as con contrato indefinido en la unidad.
  - Enfermeros/as con contrato temporal, que lleven prestado en total más de tres meses de servicio en la unidad.
  - Enfermeros/as que hayan prestado sus servicios en la unidad durante más de tres meses aunque sea de forma no consecutiva.
- *Criterios de exclusión:*
  - Profesionales sanitarios que no sean enfermeros.
  - Enfermeros/as con contrato temporal y que en total no acumulen tres meses en la unidad.
  - Enfermeros/as que hayan prestado sus servicios en la unidad durante menos de tres meses.

#### 4. Recogida de datos y variables a estudio

Los datos para la realización de este estudio fueron recogidos a partir de un cuestionario validado propuesto por Lomero M. en su tesis doctoral publicada en el año 2017<sup>21</sup>. El análisis de fiabilidad del cuestionario, calculado mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, fue de 0,736. Además, contamos con la autorización de la autora del cuestionario para su utilización.

El cuestionario estaba constituido por 31 ítems relacionados con los objetivos del estudio, divididos en 4 bloques: datos sociodemográficos, limitación del tratamiento del soporte vital, muerte encefálica y donación en asistolia.

La recogida de datos se realizó a través de la plataforma *Google Formularios*, digitalizando el cuestionario y enviándolo vía *Whatsapp* a todos los enfermeros/as de la unidad con un mensaje de presentación que incluía el link de acceso al cuestionario y una petición de cumplimentación, el cual era: <https://forms.gle/tASov4wzM9yWFJSs7>. El acceso al cuestionario permaneció abierto desde el 19 de marzo hasta el 17 de abril de 2020.

#### 5. Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación fue solicitado el consentimiento de la Dirección del Área I de Salud de la Región de Murcia, concretamente, recibimos la aprobación del Comité de evaluación de trabajos de investigación.

A su vez, se obtuvo el permiso tanto del Jefe de Servicio, como de la Supervisora de la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Los enfermeros y enfermeras que participaron lo hicieron de forma anónima y voluntaria, cumplimentando un consentimiento informado adjunto en el cuestionario online.

El estudio se desarrolló siguiendo las normas nacionales e internacionales sobre aspectos éticos, como son la Declaración de Helsinki<sup>22</sup> y el Convenio de Oviedo<sup>23</sup>. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato, respetándose la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales<sup>24</sup>.

#### 6. Análisis estadístico de los datos

Los datos fueron tratados estadísticamente a través del programa Microsoft Excel, versión 2010 para Windows. También se usaron los gráficos circulares y de barras de Google Formularios.

El análisis univariado de las variables cuantitativas fue realizado empleando medidas de centralidad: media aritmética; y medias de dispersión: desviación típica. En el caso de las

---

<sup>21</sup> LOMERO-MARTÍNEZ, M. M., *Percepción, actitud y conocimiento sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia en Medicina y Enfermería ¿Jugamos en el mismo equipo?* [Tesis Doctoral], Universitat Rovira i Virgil, Tarragona, 2017.

<sup>22</sup> THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]*. 2017.

<sup>23</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. España, 1999, (251, 20 de Octubre), 36825–30.

<sup>24</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]*. España, 2018, (294, 6 de diciembre), 119788–857.

variables cualitativas este mismo análisis fue realizado mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

### III. RESULTADOS

#### 1. Descripción de la muestra

Se obtuvo una tasa de participación del 21,7%, justificada por la situación de crisis sanitaria durante la recogida de datos. Las características descriptivas de la muestra fueron: género, edad, experiencia laboral y formación posgraduada.

En la distribución del género encontramos que 25 participantes pertenecían al sexo femenino (89,3%) y 3 al sexo masculino (10,7%). Respecto a la edad, presentada como media  $\pm$  desviación estándar, observamos que la media es de 36 ( $\pm$  5,92) años, dentro de un rango desde 27 hasta 50 años.

En experiencia laboral, la media, expresada en años trabajados, es de 11 ( $\pm$  5,99) años. Dentro de la formación posgraduada dividimos la muestra en tres grupos: profesionales sin formación posgraduada o cursos, poseedores de 1 o más máster y poseedores del título de especialista, donde encontramos:

**Tabla 2.** Formación posgraduada

	n	Porcentaje
Sin Formación / Cursos	12	42,86%
Máster	15	53,57%
Título especialista	1	3,57%

Fuente: Elaboración propia

#### 2. Análisis descriptivo de los conocimientos y actitudes de los enfermeros/as en relación a la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital

Un 96,4% de los encuestados conocía el registro de instrucciones previas y un 75% estaba familiarizado con la regulación legal de la LTSV. Destaca que un 82,1% de los encuestados expresaron la necesidad de disponer de un protocolo sobre cuidados al final de la vida, sin embargo, un 85,7% refería no disponer de él en su servicio. Un 14,3% expresó no sentirse cómodo ante la decisión de limitar el tratamiento de soporte vital y un 71,4% refirió que depende del caso.

En la Tabla 4 se recogen los resultados obtenidos en relación a los conocimientos y actitudes sobre LTSV del personal de Enfermería encuestado.

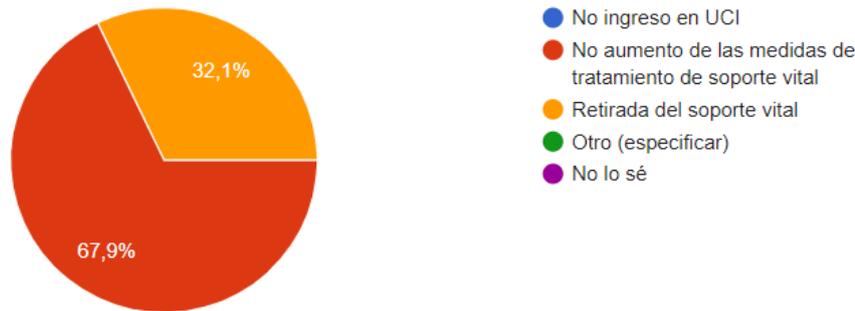
**Tabla 3.** Conocimientos y actitudes del personal de Enfermería respecto a la LTSV

		Sí		No	
		n/N	%	n/N	%
1	¿Conoce el registro de voluntades anticipadas/instrucciones previas?	27/28	96,4%	1/28	3,6%
2	¿Conoce si la limitación del tratamiento de soporte vital está regulada por ley?	21/28	75%	7/28	25%
3	¿En su servicio se registra la limitación del tratamiento de soporte vital que se aplica en los pacientes ingresados?	12/28	42,9%	16/28	57,1%
4	¿Su servicio dispone de hoja de limitación del tratamiento de soporte vital?	5/28	17,9%	23/28	82,1%
5	¿Su servicio dispone de protocolo de limitación del tratamiento de soporte vital / cuidados al final de la vida para Enfermería?	4/28	14,3%	24/28	85,7%
6	¿Su servicio dispone de protocolo de limitación del tratamiento de soporte vital / cuidados al final de la vida para médicos?	4/28	14,3%	24/28	85,7%
7	¿Se ha planteado usted la necesidad de tener un protocolo de limitación del tratamiento de soporte vital / cuidados al final de la vida?	23/28	82,1%	5/28	17,9%
8	¿En su servicio se dedican esfuerzos en formación en cuidados al final de la vida?	9/28	32,1%	19/28	67,9%
9	¿Su servicio dispone de protocolo de muerte encefálica?	22/28	78,6%	6/28	21,4%
10	¿Se siente cómodo cuando se decide limitar el tratamiento de soporte vital en un paciente de su servicio?	4/28	14,3%	24/28*	85,7%*
11	¿Cree usted que la limitación del tratamiento de soporte vital es una práctica frecuente en las unidades de cuidados intensivos?	18/28	64,3%	10/28	35,7%

\* No (n=4/28 – 14,3%) – Depende del caso (n=20/28 – 71,4%)

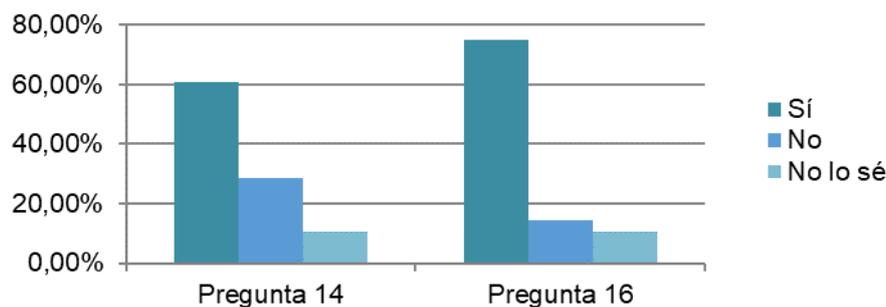
Fuente: Elaboración propia

El 64,3% señaló que la LTSV es un procedimiento habitual en la UCI, siendo el procedimiento más comúnmente utilizado el no aumento de las medidas de TSV (67,9%) (Figura 4). Por otro lado, un 57,1% apuntó creer que todos los pacientes con LTSV fallecían, frente a un 42,9% que lo negó.

**Figura 1.** Práctica habitual de limitación del tratamiento de soporte vital

Fuente: Elaboración propia

Un 60,7% expresó que la LTSV se decide de forma consensuada entre el equipo, frente a un 28,6% que indicó lo contrario y un 10,7% señaló no saberlo. Sin embargo, al preguntar si creían que la decisión de LTSV debería ser conjunta entre médicos y enfermeros responsables del paciente un 75% expresó que sí, y sólo un 14,3% indicó lo contrario; un 10,7% no lo sabía. En la Figura 5 se muestra la comparación de los datos entre ambas preguntas.

**Figura 2.** LTSV decisión en equipo / LTSV decisión enfermera y médico

Fuente: Elaboración propia

Un 78,6% de los encuestados indicó que en su servicio la decisión de LTSV se decide conjuntamente en la sesión clínica médica, y un 21% remarcó que únicamente el médico responsable es quien toma la decisión; destacando que ninguno de los encuestados señaló que la decisión se toma conjuntamente con el personal de Enfermería.

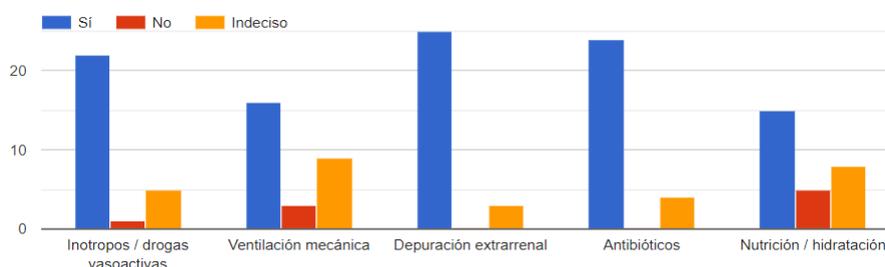
Al preguntar a los encuestados sobre si estaban de acuerdo en que la familia formase parte del proceso de decisión de LTSV, un 82,1% expresó que sí, frente a un 17,9% que no lo estaba.

En lo que a la sedación de los pacientes sometidos a LTSV respecta, un 46,9% coincidía en que se administrase en los casos necesarios para el confort del paciente, evitando cualquier aplicación innecesaria; a su vez, un 39,3% indicó que se debería sedar siempre al paciente con la finalidad de que este no sufra, independientemente de la dosis. El 10,7% restante, consideró que la dosis no es importante, lo importante es el confort; y sólo un 3,6% refirió que la sedación se usaría sin límites para acortar el periodo de agonía del paciente.

Ante la pregunta de qué medidas de TSV estarían dispuestos a retirar si éstas resultaran fútiles respondieron (Figura 6): en el 89,3% la depuración extrarrenal, en el 85,7% los antibióticos, en el 78,6% los fármacos inotropos, en el 57,1% la ventilación mecánica, y por último, en el 53,6% la nutrición/hidratación. Por otro lado, de los encuestados que expresaron

algún motivo para no retirar alguna de las medidas mencionadas, un 47,4% consideraron que no sería procedente, un 42,1% indicó que por conflictos éticos, y el 10,6% restante por conflictos morales (5,3%) o conflictos legales (5,3%).

**Figura 3.** Grado de conformidad en retirar el tratamiento de soporte vital si resulta fútil



Fuente: Elaboración propia

En el cuestionario, se plantea el escenario de un paciente con patología neurológica grave con mal pronóstico pero que no llega a cumplir los criterios de muerte encefálica y se pregunta a los encuestados si retirarían la ventilación mecánica (VM) como medida de LTSV: un 50% respondió que sí, si estuviera legislado, seguido de un 25% que indicó que de ninguna manera, un 10,7% señaló que sí, en caso de estar protocolizado y, por último, un 14,3% se mantuvo indeciso.

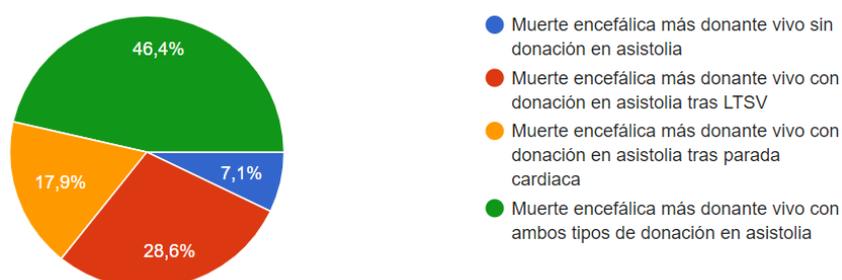
Ante el mismo escenario, pero indicando que el paciente tiene un documento de Instrucciones Previas donde expresa su voluntad de LTSV, un 82,1% reveló que sí retiraría la VM, frente a un 14,2% que indicó que tendría conflictos morales y no la retiraría (7,1%) o no retirarían la VM (7,1%); un 3,6% se mostró indeciso. Y, si se plantea que el paciente expresa a su familia el deseo de, llegada esa situación, querría la LTSV, no encontramos ninguna diferencia frente a los resultados obtenidos anteriormente.

Por último, sólo un 21,4% consideró que la LTSV en un paciente con mal pronóstico vital y futilidad en el tratamiento es eutanasia, frente a un 57,1% que indicó que no lo es. Un 21,4% expresó estar indeciso ante dicha cuestión.

### 3. Análisis descriptivo de los conocimientos y actitudes de los enfermeros/as en relación a la donación en asistolia controlada

En relación a los tipos de donantes que existen, sólo un 46,4% era conocedor del modelo actual, señalando la respuesta “*muerte encefálica más donante vivo con ambos tipos de donación en asistolia*”. El resto de respuestas se muestran en la Figura 7.

**Figura 4.** Conocimiento del tipo de donantes que existen



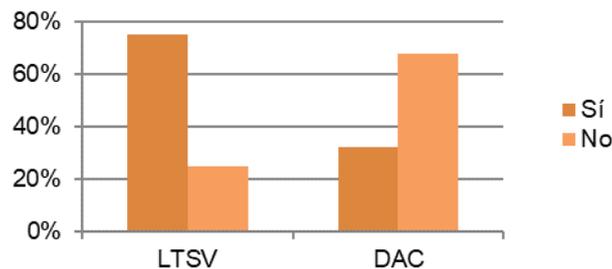
Fuente: Elaboración propia

Un 64,3% consideró los donantes en muerte encefálica como el modelo de donación más importante en España, frente a un 7,1% que consideró la DA controlada y un 3,6% la DA no controlada. El resto de los encuestados expresó ser desconocedor.

Un 59,3% de los encuestados indicó poder describir lo que es un donante tipo III de Maastricht. Sin embargo, sólo un 32,1% estaba familiarizado con la regulación legal de la donación tipo III de Maastricht, frente a un 67,9% que desconocía esta regulación.

Al comparar los conocimientos de los enfermeros sobre la regulación legal de la LTSV con la donación en asistolia controlada (Figura 8), observamos diferencias estadísticamente significativas debido a que un 75% era conocedor de la regulación de la LTSV, frente a un 32,1% de la DAC.

**Figura 5.** Conocimientos sobre la regulación legal de la LTSV frente a la donación en asistolia



Fuente: Elaboración propia

Planteando que se ha decidido llevar a cabo la LTSV en un paciente, se preguntó a los encuestados su opinión en relación a que los coordinadores de trasplantes propusieran a la familia la donación de órganos y tejidos, indicando un 89,3% estar de acuerdo siempre y cuando la decisión de LTSV y donación sean independientes. De los restantes, un 3,6% consideró que no era ético y un 3,6% refirió que la población no está preparada y podría repercutir negativamente sobre la donación.

En la Figura 9 se recogen las respuestas referentes a la actitud de los encuestados ante la aplicación de medidas de conservación de los órganos previas a la declaración de la muerte del paciente, donde destaca que un 42,8% señaló que estaría de acuerdo si la familia firma el consentimiento.

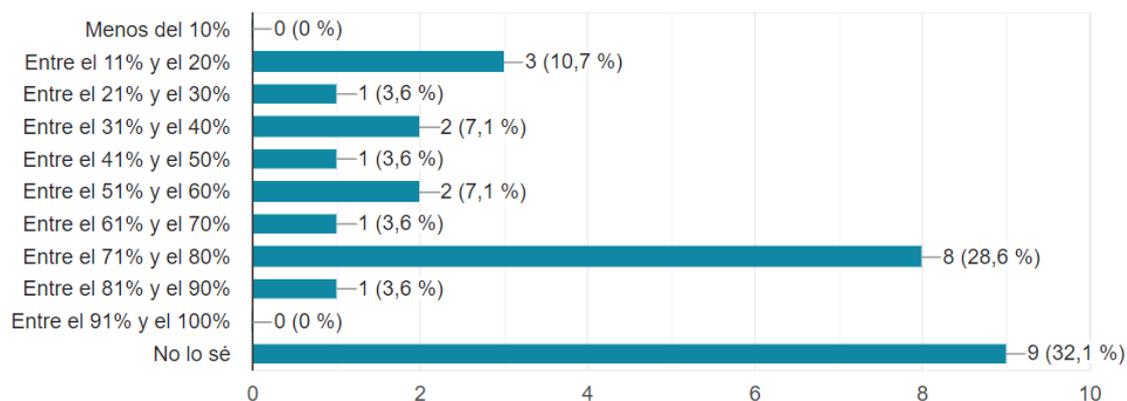
**Figura 6.** Opinión sobre la instauración de medidas con la finalidad de preservar los órganos antes de la declaración de la muerte del paciente

	n/N	%
1	No es ético	5/28 17,8%
2	Estoy de acuerdo si la familia firma el consentimiento	12/28 42,8%
3	Depende del tipo de medidas que sean	12/28 42,8%

Fuente: Elaboración propia

Por último, en la Figura 10 se muestran las respuestas a la pregunta de qué porcentaje de pacientes sometidos a LTSV creen que podrían ser donantes de órganos.

**Figura 7.** Porcentaje de pacientes en los que se aplica LTSV que el personal de Enfermería cree que podría ser donante de órganos



Fuente: Elaboración propia

#### IV. DISCUSIÓN

Esta investigación halló la falta de un protocolo y sistema de registro único para profesionales de Enfermería sobre LTSV, cuyo objetivo sea dejar reflejado en la historia del paciente qué medidas de limitación se llevan a cabo, quién las realiza y cuándo se realizan. Esto supone una desventaja para las enfermeras, ya que habitualmente son las que realizan la LTSV en el paciente, y sería conveniente disponer de un registro común para todos los profesionales que llevan a cabo este procedimiento en la misma unidad. Al hecho de no disponer de un protocolo de cuidados al final de la vida o LTSV, se le suma que tampoco reciben formación en cuidados al final de la vida, lo que resulta contradictorio, puesto que se trata de una unidad donde la tasa de fallecimientos es elevada y lo más indicado sería establecer criterios comunes para conseguir una muerte digna en todos los pacientes. Resultados similares se encontraron en el estudio de Lomero et al.<sup>25</sup>, donde un 88,9% de las enfermeras encuestadas señalaron que su unidad de Cuidados Intensivos no existía un protocolo de LTSV / cuidados al final de la vida y un 73% expresó que en su servicio no se dedican esfuerzos en formar a los profesionales de Enfermería en cuidados al final de la vida.

Al igual que nosotros, Blanco-Donoso et al.<sup>26</sup> argumentan que las enfermeras de UCIs están expuestas a un alto nivel de estrés moral debido a que, en ocasiones, no tienen la suficiente autonomía laboral para tomar decisiones. Estos profesionales se enfrentan a situaciones como LTSV, nuevos escenarios de donación de órganos, desacuerdos interprofesionales o falta de sincronía entre las actitudes profesionales exigidas y la moral individual de cada individuo, lo que deriva en situaciones que causan estrés moral entre el personal de Enfermería<sup>20</sup>. Es imprescindible que los profesionales reconozcan las situaciones de riesgo para solicitar ayuda en caso necesario, y por otro lado, se debería hacer más hincapié en

<sup>25</sup> LOMERO-MARTÍNEZ, MM., JIMÉNEZ-HERRERA, MF., BODÍ-SAERA, MA., LLAURADÓ-SERRA, M., MASNOU-BURRULLO, N., OLIVER-JUAN, E., ET AL. "Decision-making in end of life care. Are we really playing together in the same team?" *Enferm Intensiva*, 29(4), 2018,158-67.

<sup>26</sup> BLANCO-DONOSO, LM., CARMONA-COBO, I., MORENO-JIMÉNEZ, B., RODRÍGUEZ DE LA PINTA, ML., CARLOS DE ALMEIDA, E., GARROSA, E., "Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional." *Med Segur Trab*, 64(252), 2018, 244-62.

la formación en Bioética y los debates interdisciplinarios durante y después de situaciones conflictivas puesto que podrían reducir las emociones negativas en dicho personal sanitario<sup>27</sup>.

Al comparar las evidencias halladas en nuestro estudio con estudios similares encontramos que Velarde<sup>28</sup> describe cómo el 71% de las enfermeras no participan en la toma de decisiones al final de la vida. Kranidiotis et al.<sup>29</sup> relacionan esta falta de participación con el hecho de que el médico asume un papel dominante en la toma de decisiones. Por otro lado, estudios como el de Bloomer et al.<sup>30</sup> llevado a cabo en Australia, resalta que las enfermeras encuestadas participaban activamente en el 25% de las reuniones de toma de decisiones al final de la vida.

En España encontramos comunidades autónomas donde ya existe una regulación legal del papel de Enfermería en la toma de decisiones al final de la vida, como es el caso de Galicia, donde la *Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales*<sup>31</sup>, en su artículo 18 sobre los deberes con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, recoge que “se tendrá en cuenta la opinión del personal de enfermería al que le corresponda la atención de estos pacientes”. Asimismo, en Andalucía encontramos la *Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*<sup>32</sup>, donde se expone que “dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados...” (Art. 21).

En nuestro estudio queda patente la falta de información que sufren las enfermeras, resultando llamativa la escasa información que tienen en relación a donación en asistolia controlada, teniendo en cuenta que el Hospital Virgen de la Arrixaca ha experimentado un gran aumento de trasplantes exitosos gracias a esta técnica. En el estudio realizado en dicho hospital por Cascales et al.<sup>33</sup>, publicado en 2020, se observó cómo ha aumentado la disponibilidad de donantes para trasplante de hígado en los últimos años, concretamente, un 30% en el número total de trasplantes anuales realizados desde el inicio del programa de DAC, lo que ha permitido reducir la mortalidad en lista de espera del 18% en 2013-2015 al 9% en 2018.

Pueden surgir situaciones en las que exista falta de acuerdo entre las partes implicadas (los profesionales sanitarios y/o la familia o representante legal) tanto en los casos de LTSV,

---

<sup>27</sup> ESTELLA, Á., SARALEGUI, I., RUBIO SANCHIZ, O., HERNÁNDEZ-TEJEDOR, A., LÓPEZ CAMPS, V., MARTÍN, MC., ET AL. "Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital", *Med Intensiva*, 44(2), 2020, 101–12.

<sup>28</sup> VELARDE-GARCÍA, JF., LUENGO-GONZÁLEZ, R., GONZÁLEZ-HERVÍAS, R., CARDENETE-REYES, C., ÁLVAREZ-EMBARBA, B., PALACIOS-CEÑA, D.. "Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses" *Nurs Ethics [Internet]*, 25(7), 2018, 867–79.

<sup>29</sup> KRANIDIOTIS, G., GEROVASILIS, V., TASOULIS, A., TRIPODAKI, E., VASILEIADIS, I., MAGIRA, E., ET AL. "End-of-life decisions in Greek intensive care units: A multicenter cohort study." *Crit Care*, 14(6), 2010, p20.

<sup>30</sup> BLOOMER M, LEE S, O'CONNOR M. "End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study-implications for nursing", *Aust J Adv Nurs*, 28(2), 2011, 17–23.

<sup>31</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, *Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales*, Comunidad Autónoma de Galicia, 2015, (228, de 23 de septiembre), 85012–25.

<sup>32</sup> BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, *Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*, Andalucía, 2010, (127, de 25 de mayo).

<sup>33</sup> CASCALES-CAMPOS, PA., FERRERAS, D., ALCONCHEL, F., FEBRERO, B., ROYO-VILLANOVA, M., MARTÍNEZ, M., ET AL. "Controlled donation after circulatory death up to 80 years for liver transplantation: Pushing the limit again." *Am J Transplant*, 20(1), 2020, 204–12

como la decisión de DAC, para lo que sería conveniente tener en cuenta las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial. Como expone Jiménez<sup>34</sup>, la DAC requiere en todos los casos de protocolos de LTSV aprobados por el Comité de Ética Asistencial, y además, dicho comité se debe encargar de revisar nuevos protocolos previo a su implementación con el fin de asegurar las garantías procedimentales y éticas de éste. Asimismo, Álvarez<sup>35</sup> expone que una mayor participación del Comité de Ética Asistencial en éstas decisiones procuraría una garantía de calidad y un aumento de seguridad de dichos procedimientos, ya que considera que “*solamente una ética del trasplante pública, sincera, controlada, expuesta a la revisión y basada en el beneficio no contrapuesto del donante y del receptor*” sería la única forma de garantizar la existencia de protocolos de donación en asistolia controlada.

En relación a lo anterior, cabe destacar que una de las situaciones que pueden suscitar conflictos es la dificultad para conocer la voluntad del donante, por lo que actualmente se entiende que los depositarios de dicha voluntad son sus familiares. Acogiéndonos a lo establecido en el RD 1723/2012<sup>36</sup>, concretamente en el Art. 9.1, 1º y 2º, que hace referencia a la consulta a los familiares establece:

Investigar si el donante hizo patente su voluntad a alguno de sus familiares [...] Siempre que las circunstancias no lo impidan, se deberá facilitar a los familiares presentes en el centro sanitario información sobre la necesidad, naturaleza y circunstancias de la obtención, restauración, conservación o prácticas de sanidad mortuoria.

Sin embargo, en la práctica diaria, podríamos entender que no se respeta la autonomía plena del paciente, ya que la decisión la toman los familiares; es decir, si la familia se opone, esa decisión prevalece a la voluntad del paciente previo a su fallecimiento. No ocurre lo mismo en el caso contrario, si el paciente manifestó su negativa a la donación, la familia no podría autorizar este procedimiento<sup>37</sup>.

En general, queda justificada la existencia de protocolos en las UCIs encaminados a la donación de órganos y tejidos, ya que son el lugar ideal para llevar a cabo procedimientos que precisen cierto nivel de instrumentalización, como es la donación en asistolia controlada o tipo III de Maastricht. En el estudio llevado a cabo por Martínez-Soba<sup>38</sup>, se concluye que el hecho de facilitar la donación de órganos mediante programas en Unidades de Cuidados Intensivos es fue una práctica bien aceptada por las familias, la estancia en la UCI fue corta y el impacto en las tasas de donación fue alto. Al igual que en nuestro estudio, la mayoría de enfermeras mostraron estar de acuerdo con iniciar la donación de órganos tras la LTSV, siempre que estas decisiones se tomen por separado y la familia otorgue el consentimiento.

---

<sup>34</sup> JIMÉNEZ RUANO, B., "Aspectos bioéticos de la donación en asistolia controlada (Tipo III de Maastricht)" [Tesis Doctoral]. *Universidad Miguel Hernández*, San Juan de Alicante, 2017.

<sup>35</sup> ÁLVAREZ AVELLO, JM., SANTOS, JA., "Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada", *Acta Bioeth [Internet]*, 20(1), 2014, 9–21.

<sup>36</sup> BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 1723/12, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. España, 2012, (313, 29 de diciembre), 89315–48.

<sup>37</sup> BÉJAR MARTÍNEZ, P., "Consideraciones ético jurídicas de un nuevo tipo de donación de órganos: RD 1723 / 2012" [Trabajo Fin de Master]. *Universidad CEU San Pablo*, Madrid, 2012.

<sup>38</sup> MARTÍNEZ-SOBA, F., PÉREZ-VILLARES, JM., MARTÍNEZ-CAMARERO, L., LARA, R., MONZÓN, JL., FERNÁNDEZ-CARMONA, A., ET AL. "Intensive Care to Facilitate Organ Donation: A Report on the Experience of 2 Spanish Centers with a Common Protocol", *Transplantation*, 103(3), 2019, 558–64.

Encontramos que los resultados obtenidos coinciden en su mayoría con la literatura científica consultada respecto a la LTSV y la donación en asistolia, y aunque la tasa de participación fue baja, nos sirve para reflejar cual es la tendencia que siguen los profesionales de Enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos estudiada. A su vez, llama nuestra atención que en un hospital con unos resultados tan esperanzadores en términos de trasplantes tras DAC no se aúnen esfuerzos en formar al personal de Enfermería de la UCI para abordar con eficacia este tipo de procedimientos. Es por ello que resulta de gran importancia analizar y mejorar los conocimientos de las enfermeras sobre DAC, por ejemplo, a través de programas de formación en cuidados al final de la vida y donación en asistolia tipo III de Maastricht dedicados exclusivamente a los profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, en los que se expliquen las técnicas empleadas para la conservación de órganos, la regulación legal de las mismas, con una base teórica bioética y estrategias para la autogestión emocional y moral.

Asimismo, no debemos olvidar que muchos de estos procedimientos parten del consentimiento familiar o del propio individuo, por lo que sería esencial que la población estuviese informada sobre este tipo de derechos, lo que resultaría en un menor impacto emocional negativo cuando se les ofrece información sobre la donación de órganos al final de la vida. En este sentido, en la Región de Murcia, Febrero et al.<sup>39</sup> analizaron la actitud de los profesores hacia la donación de órganos y el concepto de muerte cerebral y cómo éstos, desempeñan un papel fundamental informando a los adolescentes e influyendo en sus actitudes positivamente; en este estudio, además, el 75% de los profesores de secundaria estuvieron a favor de la donación de órganos y propusieron llevar a cabo cursos de formación de profesores sobre estos aspectos, que permitiesen hacer frente a la información demandada por los alumnos, a la vez que fomentando la interacción social y familiar sobre estos asuntos.

Finalmente, señalar que durante la investigación surgieron limitaciones que han dificultado diferentes aspectos del trabajo. La primera dificultad fue debida a la crisis sanitaria provocada por el Covid-19, puesto que se impuso la negativa del Jefe de Servicio y la supervisora de la unidad de Cuidados Críticos para autorizar el acceso al servicio a todo el personal que no perteneciese a él. Para solucionar este problema, se acordó la asignación de un responsable dentro de la unidad, el cual se encargaría de realizar la recogida de datos. Posteriormente, debido al aumento de casos de Covid-19, se prohibió la libre circulación dentro de la unidad, por lo que no se pudo llevar a cabo la recogida de datos en todas las secciones de la UCI. Por esta razón, se digitalizó el cuestionario y difundió de manera online para poder acceder a los máximos profesionales posibles. En consecuencia, no pudimos obtener una muestra amplia que abarcase la mayoría de los profesionales de la unidad, siendo dicha muestra finalmente de 28 cuestionarios cumplimentados correctamente.

## V. CONCLUSIÓN

La limitación del tratamiento de soporte vital es una práctica con la que están familiarizados los profesionales de Enfermería a pesar de la falta de protocolos de aplicación de la misma y la falta de formación en cuidados al final de la vida.

---

<sup>39</sup> FEBRERO, B., RÍOS, A., LÓPEZ-NAVAS, A., MARTÍNEZ-ALARCON, L., ALMELA, J., SÁNCHEZ, Á., ET AL, "A multicenter study of the attitude of secondary school teachers toward solid organ donation and transplantation in the southeast of Spain", *Clin Transplant*. 28(2), 2014, 259–66.

Las enfermeras no participan en la toma de decisiones al final de la vida de los pacientes a su cargo, lo que puede desembocar en un estrés moral debido a que son ellas las encargadas de retirar las medidas de soporte vital en los casos necesarios.

A pesar de conocer los procedimientos, dichos profesionales denotan una falta de conocimiento en la regulación legal y la metodología de aplicación más utilizada en este ámbito.

Más allá de conocer en qué consiste la donación en asistolia tipo III de Maastricht, se requiere más formación en aspectos legales y bioéticos respecto a ello, de manera que comprendan mejor la finalidad de este procedimiento para poder aplicarla en su práctica diaria.

Las actitudes bioéticas de las enfermeras que trabajan en UCI deben basarse en los principios de autonomía y no maleficencia, respetando siempre la dignidad y las decisiones de los pacientes; obteniendo su consentimiento informado; y, así, evitar los conflictos morales o éticos relacionados con los procedimientos de preservación de órganos o limitación del TSV.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ AVELLO, JM., SANTOS, JA., "Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada", *Acta Bioeth [Internet]*, 20(1), 2014, 9-21. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- BAENA ÁLVAREZ, C., "Limitation of the therapeutic effort: when less is more". *Colomb Med.* 46(1), 2015, 1-2.
- BÉJAR MARTÍNEZ, P.. "Consideraciones ético jurídicas de un nuevo tipo de donación de órganos: RD 1723 / 2012" [Trabajo Fin de Master]. *Universidad CEU San Pablo*, Madrid, 2012.
- BLANCO-DONOSO, L. M., CARMONA-COBO, I., MORENO-JIMÉNEZ, B., RODRÍGUEZ DE LA PINTA, ML., CARLOS DE ALMEIDA, E., GARROSA, E., "Estrés y bienestar en profesionales de enfermería intensiva dentro del ámbito de la donación y el trasplante de órganos: una propuesta desde la psicología de la salud ocupacional." *Med Segur Trab*, 64(252), 2018, 244-62.
- BLOOMER M, LEE S, O'CONNOR M. "End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study-implications for nursing", *Aust J Adv Nurs*, 28(2), 2011, 17-23.
- CABALLERO F, MATESANZ, R., "Donación en asistolia controlada [Internet]". 2015. Available from: <http://www.coordinaciontrasplantes.org/index.php/bloque-12/capitulo-19>
- CASCALES-CAMPOS, P. A., FERRERAS, D., ALCONCHEL, F., FEBRERO, B., ROYO-VILLANOVA, M., MARTÍNEZ, M., ET AL. "Controlled donation after circulatory death up to 80 years for liver transplantation: Pushing the limit again." *Am J Transplant*, 20(1), 2020, 204-12.
- ESTELLA, Á., SARALEGUI, I., RUBIO SANCHIZ, O., HERNÁNDEZ-TEJEDOR, A., LÓPEZ CAMPS, V., MARTÍN, MC., ET AL. "Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital", *Med Intensiva*, 44(2), 2020, 101-12.
- FEBRERO, B., RÍOS, A., LÓPEZ-NAVAS, A., MARTÍNEZ-ALARCÓN, L., ALMELA, J., SÁNCHEZ, Á., ET AL, "A multicenter study of the attitude of secondary

school teachers toward solid organ donation and transplantation in the southeast of Spain", *Clin Transplant*. 28(2), 2014, 259-66.

- HAASE, B., BOS, M., BOFFA, C., LEWIS, P., RUDGE, C., VALERO, R., ET AL, "Ethical, legal, and societal issues and recommendations for controlled and uncontrolled DCD", *Transplant International*, Vol. 29, 2016, 771-9.
- HASTINGS CENTER. *Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying*, Briarcliff Manor, New York, 1987.
- JIMÉNEZ RUANO, B., "Aspectos bioéticos de la donación en asistolia controlada (Tipo III de Maastricht)" [Tesis Doctoral]. *Universidad Miguel Hernández*, San Juan de Alicante, 2017. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=135023&orden=0&info=link>
- KRANIDIOTIS, G., GEROVASILI, V., TASOULIS, A., TRIPODAKI, E., VASILEIADIS, I., MAGIRA, E., ET AL. "End-of-life decisions in Greek intensive care units: A multicenter cohort study." *Crit Care*, 14(6), 2010, p. 20.
- LOMERO-MARTÍNEZ, M. M., *Percepción, actitud y conocimiento sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y la donación en asistolia en Medicina y Enfermería ¿Jugamos en el mismo equipo?* [Tesis Doctoral], Universitat Rovira i Virgil, Tarragona, 2017.
- LOMERO-MARTÍNEZ, M. M., JIMÉNEZ-HERRERA, MF., BODÍ-SAERA, MA., LLAURADÓ-SERRA, M., MASNOU-BURRHALLO, N., OLIVER-JUAN, E., ET AL. "Decision-making in end of life care. Are we really playing together in the same team?" *Enferm Intensiva*, 29(4), 2018,158-67. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.003>
- LOMERO, M., GARDINER, D., COLL, E., HAASE-KROMWIJK, B., PROCACCIO, F., IMMER, F., ET AL. "Donation after circulatory death today: an updated overview of the European landscape", *Transpl Int [Internet]*, 33(1), 2020, 76-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31482628>
- MARTÍNEZ-SOBA, F., PÉREZ-VILLARES, JM., MARTÍNEZ-CAMARERO, L., LARA, R., MONZÓN, JL., FERNÁNDEZ-CARMONA, A., ET AL. "Intensive Care to Facilitate Organ Donation: A Report on the Experience of 2 Spanish Centers with a Common Protocol", *Transplantation*, 103(3), 2019, 558-64.
- MATESANZ, R., COLL, E., DOMINGUEZ-GIL, B., PEROJO, L., ABRADELO, M., ALBA, M., ET AL. *Donación en asistolia en España: Situación actual y recomendaciones [Internet]*. Madrid, 2012 [cited 2020 Mar 30]. Available from: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/DocumentosdeConsenso.aspx>
- MONZÓN MARÍN, JL., SARALEGUI RETA, I., ABIZANDA, I., CAMPOS, R., CABRÉ PERICAS, L., IRIBARREN DIARASARRI, S., MARTÍN DELGADO, MC., ET AL. "Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico", *Med Intensiva*, 32(3), 2008, 121-33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70922-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70922-7)
- ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES. *Actividad de donación y trasplante España 2019*. Memoria de actividad donación y trasplante. 2019.
- PÉREZ VILLARES, J. M., "Donación en asistolia". *Cuad Med Forense*, 21(1-2), 2015, 43-9.

- THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]*. 2017. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- VELARDE-GARCÍA, JF., LUENGO-GONZÁLEZ, R., GONZÁLEZ-HERVÍAS, R., CARDENETE-REYES, C., ÁLVAREZ-EMBARBA, B., PALACIOS-CEÑA, D.. "Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses" *Nurs Ethics [Internet]*, 25(7), 2018, 867-79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28027690>

## VII. NORMATIVA

- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos*. España. 2000;(3, 4 de enero):179-90.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Real Decreto 1723/12, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. España, 2012, (313, 29 de diciembre), 89315-48. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/29/pdfs/BOE-A-2012-15715.pdf>
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. España. 2002, (274, 15 de Noviembre), 40126-32.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. España, 1999, (251, 20 de Octubre), 36825-30.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]*. España, 2018, (294, 6 de diciembre), 119788–857. Available from: <http://www.boe.es>
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, *Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales*, Comunidad Autónoma de Galicia, 2015, (228, de 23 de septiembre), 85012–25. Available from: <http://www.boe.es>
- BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, *Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*, Andalucía, 2010, (127, de 25 de mayo).