



REVISIÓN

Revisión sistemática del cuidado al final de la vida

Paula Andrea Duque*, Sergio Alejandro Tovar Ortiz, Daniel Alexander Luna Reinoso y Jorge Eliecer Rodríguez Marín

Programa de Enfermería, Universidad Católica de Manizales, Caldas, Colombia

Recibido el 4 de diciembre de 2017

Aceptado el 29 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Derecho a morir, cuidados paliativos, cuidado al final de la vida.

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión sistemática cualitativa durante el segundo semestre del año 2017 referente a los cuidados realizados por los profesionales de enfermería en el final de la vida.

Método: Se realizó una revisión sistemática cualitativa utilizando como fuentes de datos Scielo, Proquest y PubMed, en un periodo de tiempo que abarcaba desde 2008 hasta 2017. Las palabras clave para la búsqueda fueron: *derecho a morir*, *cuidados paliativos* y *cuidado al final de la vida*. Se encontraron 48 artículos, de los cuales se seleccionaron 33 que cumplieran con los criterios de inclusión.

Resultados y discusión: La mayoría de los estudios fueron publicados entre 2012 y 2016. Los estudios trataban con mayor frecuencia temas alrededor del final de vida tranquilo, el control del dolor y el mantenimiento de la dignidad y respeto, lo cual se relaciona con diferentes postulados de la teoría del final de vida tranquilo. Estos temas han sido abordados en mayor medida en las unidades de cuidados intensivos, donde la complejidad del cuidado y las medidas terapéuticas del paciente alteran su confort, tranquilidad y dignidad. En cuanto a la dignidad y respeto, se encontraron controversias en los diferentes estudios que reflejaban que el profesional de enfermería no tiene claro cómo abordar este tipo de cuidados con la persona en el final de vida. En el alivio del dolor se brindan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, desconociendo gran parte de las terapias no farmacológicas.

Conclusiones: Los cuidados realizados por los profesionales de enfermería al final de la vida se enfocan hacia el alivio de dolor mediante el tratamiento farmacológico por falta de conocimiento sobre la aplicación de otros tipos de tratamientos. Aunque los estudios arrojaron conceptos como *dignidad* y *respeto*, no quedaba claro cuáles eran los cuidados realizados con relación a estos conceptos. Es una debilidad de enfermería el abordaje de los cuidados que se brindan al final de la vida, lo que provoca dificultades en el momento de enfrentarse con personas y familias, más aún cuando es enfermería quien debería posibilitar una experiencia personal al final de la vida.

*Autor para correspondencia:

Paula Andrea Duque

Universidad Católica de Manizales. Ctra. 23. N.º 60. Manizales. Caldas, Colombia.

Correo electrónico: paduque@ucm.edu.co

DOI: [10.20986/medpal.2019.1044/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1044/2019)

KEYWORDS

Right to die, palliative care, health care at the end of life.

Abstract

Objective: To perform a qualitative systematic review of the health care provided by nursing professionals at the end of a patient's life during the second semester of 2017.

Method: A qualitative systematic review was performed, using Scielo, Proquest, and PubMed as data sources, within the time period 2008-2017. The keywords used for this search were: *the right to die, palliative care, and health care at the end of life*. A number of 48 articles related to this topic were found, of which 33 met the inclusion criteria.

Results and discussion: Most studies were published between 2012 and 2016. These studies often dealt with topics such as a peaceful end of life, pain control, and respect and dignity preservation, which in turn is related to multiple tenets in the peaceful end of life theory. These topics were approached to a larger extent by intensive care units, where complexity of care and therapeutic procedures have an impact on patient comfort, peace of mind, and dignity. On the subject of dignity and respect, controversy was found among studies reflecting the fact that nurses do not know how to approach caring for a person who is at the end of life. Regarding pain relief, patients are provided with pharmacological and non-pharmacological treatments, but a significant proportion of the latter is ignored.

Conclusions: The health care provided by nursing professionals at the end of life is focused on pain relief with drug therapies because of unawareness of other options. While studies approach concepts such as *dignity* and *respect*, the health care provided concerning these concepts remains unclear. Health care at the end of life is a weak spot in nursing education, which engenders difficulties in dealing with terminal patients and their families. This is even more significant when considering that it is nurses who may facilitate a positive personal experience at the end of life.

Duque PA, Tovar Ortiz SA, Luna Reinos DA, Rodríguez Marín JE. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Med Paliat*. 2019;26(2):156-162.

Introducción

El concepto sobre los cuidados al final de la vida se ha retomado en los últimos años por ser parte fundamental e independiente del nuevo modelo de atención centrado en la persona y el curso de vida, siendo parte de este curso de vida la persona al final de la vida¹.

De acuerdo a lo anterior, el final de vida es un fenómeno inherente a las personas y puede presentarse en cualquier momento del curso de vida; puede oscilar desde tan solo unos días o meses, hasta muchos años, según las características individuales de las personas y el deterioro físico y psíquico que los sitúan en condición real de morir. Es importante centrar esta última etapa desde la disciplina de enfermería, estudiando y entendiendo las relaciones entre el profesional de enfermería y el paciente, debido a que esta situación requiere de cuidado.

La enfermería aborda el curso de vida, los momentos de la trayectoria de esta, y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores como experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influidas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural donde hace presencia². Sin embargo, el final de la vida parece ser un fenómeno invisible, lo cual puede ser secundario al pensamiento biomé-

dico direccionado por el interés de la curación y la disposición para el cuidado durante la vida, pero no para el abordaje y acompañamiento que se debe brindar al final de la vida, como un suceso vital cuyas intervenciones por parte de enfermería representan un impacto en las vivencias de todo ser humano.

Un ejemplo de esta orientación del cuidado hacia la curación se ve reflejado en las entidades sanitarias, que continúan potenciando la intervención de los procesos agudos y episódicos en adultos mayores, a pesar de que padezcan enfermedades crónicas no transmisibles en fase terminal. Estos adultos tienen necesidades de atención en salud diferentes; sin embargo, en el momento de recibir cuidados se sigue tratando la enfermedad y no las respuestas humanas propias del final de la vida³. Ello conlleva una inadecuada aplicación de los cuidados al final de la vida, en relación con las emociones y actitudes que genera la muerte, sumado al sistema de salud, que condiciona el cuidado debido a diversas políticas de contratación⁴.

En el estudio de Meyer de Barros y cols.⁵ se menciona que el cuidado a la persona al final de la vida debe ser dirigido por un equipo multiprofesional, con el propósito de brindar un cuidado íntegro y garantizar un buen morir desde los cuidados paliativos, con orientación profesional, científica y humana, y direccionados a las respuestas de la persona en situación terminal, a su familia y/o personas cuidadoras. Se

debe realizar desde una perspectiva sistémica y coordinada, para favorecer la dignidad de la persona y la disminución del sufrimiento, demostrando por parte del personal la relación de ayuda en los últimos momentos, ofreciendo la posibilidad de tomar decisiones respecto a su salud y a su propia vida, y respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia⁶.

La muerte es un fenómeno que se vive de acuerdo a la cultura y la sociedad, las cuales establecen unos roles y comportamientos en torno a este suceso, lo que requiere una comprensión del mismo para que el cuidado se establezca a través de competencias específicas especializadas con el propósito de brindar cuidado y acompañamiento durante este proceso, puesto que en muchas ocasiones se fragmenta al individuo visibilizándolo solo como un ser biológico. Se requiere ampliar el horizonte del proceso enfermero en este aspecto, articulando lo biológico con las relaciones interpersonales, las representaciones sociales y la cultura, para ofrecer un cuidado integral centrado en la persona y su familia en esta etapa de final de vida^{7,8}.

Respecto a este asunto, la Organización Mundial de la Salud en 1989 reconoció la importancia de brindar los cuidados paliativos al final de vida, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias⁹. Esto no es ajeno a la enfermería, puesto que, según el tribunal colombiano de ética en enfermería, “la naturaleza de la profesión, es el cuidado a la persona en todo momento, desde la concepción hasta la muerte”¹⁰.

Sin embargo, los profesionales de enfermería, cuando han de realizar cuidados en la etapa de fin de vida, presentan dificultades en integrar ese cuidado a la persona y sus familiares. Los cuidados paliativos surgieron como una modalidad terapéutica que tiene como filosofía mejorar la calidad de vida de las personas y familias, permitiendo que estas mejoren el afrontamiento de la etapa de fin de vida, interviniendo sobre el sufrimiento físico, psicosocial y espiritual, y priorizando el abordaje multiprofesional, por la posibilidad existente de presentar un malestar mayor, y con el objetivo de entender las necesidades y superar las dificultades encontradas en el proceso de fin de vida¹¹.

Por tanto, este estudio tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática cualitativa durante el segundo semestre del año 2017 referente a los cuidados realizados por el equipo de enfermería en el final de la vida.

Material y métodos

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de las bases de datos Scielo, Proquest y PubMed, utilizando como términos de búsqueda: *cuidado al final de la vida*, *derecho a morir* y *cuidados paliativos*, con el fin de obtener estudios relacionados con los cuidados que se brindan al final del curso de la vida por parte del profesional de enfermería.

Selección de estudios

Se efectuó un análisis de las investigaciones recolectadas partiendo del título, resumen, metodología y lectura en general de los estudios. En la selección se tomaron ar-

tículos destacados, considerando estudios de características relevantes aquellos cuyo contenido estaba relacionado con cuidados al final de vida. Inicialmente se realizó un corte de 5 años; sin embargo, los hallazgos encontrados mostraban que era pertinente ampliar el periodo hasta 10 años. Con este nuevo límite se encontraron en total 48 artículos, se procedió a la lectura de los títulos y resumen de cada uno, y posteriormente se seleccionaron en función de los criterios de inclusión establecidos para esta revisión. De estos 48 artículos, se seleccionaron 33 que fueron pertinentes para el desarrollo de la revisión sistemática.

Criterios de selección de los artículos

Criterios de inclusión

- Artículos sobre cuidados al final de vida por enfermería.
- Artículos sobre el curso de final de vida.
- Artículos sobre cuidados paliativos.

Aspectos éticos

La revisión se realizó teniendo en cuenta la veracidad de la información y su contribución al estudio, y acorde con los principios de la bioética y con las regulaciones internacionales: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y Código de Núremberg.

Resultados

Se encontró escasa bibliografía referente a los cuidados de enfermería en el final de la vida como tal; sin embargo, las investigaciones que referenciaban los cuidados paliativos y/o al final de la vida centrados en el alivio del dolor, así como el mantenimiento de la dignidad y respeto de las personas, presentaron mayor frecuencia de publicación. En la búsqueda exhaustiva se encontraron 48 artículos relacionados con los temas de interés, de los cuales se seleccionaron 33 que cumplían con los criterios de inclusión. De manera particular se realizó un hallazgo que fue valioso debido a que existe una teoría de enfermería denominada “Teoría del final tranquilo de la vida”, cuyos conceptos y postulados concuerdan con las temáticas que predominan en el momento de realizar investigación al final de la vida.

Años de publicación

Los años con mayor número de publicaciones fueron entre 2012 y 2016, teniendo mayor frecuencia el año 2016, dentro de los estudios relacionados con los cuidados de dignidad y respeto. En el año 2014 se publicó el 50 % de las publicaciones seleccionadas; por otro lado, respecto al alivio del dolor las fechas de publicación más destacadas se situaron en 2012. Además, se pudo evidenciar que a partir de 2010 el flujo de investigaciones referente a los cuidados al final de vida aumenta.

Revistas

Los 33 artículos fueron publicados por 14 revistas diferentes, de las cuales el 60 % correspondía a revistas de enfermería. Por otro lado, se encontraron diferentes conceptos que, a pesar de que son definidos por otras disciplinas, están enfocados directamente, con lo que el profesional de enfermería debe realizar durante el final de la vida.

En la bibliografía recolectada en el ámbito internacional se evidenció la incursión de los cuidados paliativos y la teoría de enfermería al final de vida, especialmente en Latinoamérica y España. Estas investigaciones han hecho grandes aportes a la disciplina de enfermería en cuanto a los cuidados al final de la vida.

En el ámbito nacional también se han efectuado investigaciones relacionadas en el alivio del dolor, entre las cuales resalta la realizada por la Universidad Nacional de Colombia con su facultad de enfermería, de la cual se encontraron un total de cuatro estudios. Como se mencionó anteriormente, de los estudios revisados la mayoría de los temas se encontraban relacionados con categorías que coincidieron con la teoría del final tranquilo de vida, por lo cual se presentan los resultados de acuerdo con dichos conceptos: final tranquilo de la vida, muerte digna y alivio del dolor.

Final tranquilo de la vida

Se encontraron cuatro estudios relacionados con la teoría del final tranquilo de la vida, la cual es parte del desarrollo epistémico de la disciplina de enfermería. Se trata de una teoría de rango medio que se realizó empíricamente en la población de adultos mayores que se encontraban en la etapa final de vida. Comprende cinco conceptos básicos que debe tener en cuenta el profesional de enfermería en el momento de cuidar, con el objetivo de brindar bienestar en esa etapa; igualmente expresa que es enfermería quien logra generar, mediante su acompañamiento, esa experiencia; de esta manera ofrece una perspectiva humanista y existencialista, siendo un referente entre las teorías al final de vida existentes¹².

Los estudios alrededor de la teoría del final tranquilo de vida son limitados, solo en cuatro estudios se hace referencia a la utilización de la teoría y sus conceptos. En los estudios encontrados destacaba la creación de un ambiente de cuidado y el promover cuidado al final de la vida con los conceptos de no sentir dolor, brindar comodidad y mantener la dignidad y el respeto, aspectos primordiales para que la persona y su familia vivan un final tranquilo de vida. Por otra parte, las dimensiones fundamentales de esta teoría, como son el manejo del confort (definido como la ausencia de malestar)¹³ y la inclusión del grupo familiar y seres queridos como ejes fundamentales para que la persona permanezca tranquila, no son tratados en los artículos revisados.

Se encontró que la teoría del final de vida ha sido abordada en mayor medida en las unidades de cuidados intensivos, donde la complejidad del cuidado y las medidas terapéuticas de la persona pueden llegar a alterar el confort y la tranquilidad tanto del paciente como de su familia.

Por otro lado, el tratamiento, los cuidados y la satisfacción de las necesidades de la persona en el final de vida y de su familia se ven afectados por diferentes motivos, como

son la poca aceptación y el no reconocimiento de la muerte. En este sentido, un factor importante de la inadecuada implementación de los cuidados al final de la vida, es “la insuficiente capacitación de los profesionales en comunicación asertiva y medicina paliativa, además de considerar erróneamente la muerte como un fracaso terapéutico”^{14,15}, lo que afecta los cuidados que se deben brindarse al final de la vida.

Muerte digna

En las búsquedas realizadas fue común encontrar el concepto de *muerte digna*. Este se relaciona con la teoría del final de vida tranquilo, abordado desde el enfoque de mantener la dignidad y el respeto, conceptos que poseen distintos significados en función del área de estudio donde se aplican. Algunas ciencias se han encargado de darles un enfoque específico teniendo en cuenta sus necesidades disciplinares; en el campo de la enfermería es fundamental la comprensión de lo que representan los términos de dignidad y respeto, puesto que en el momento de las intervenciones entre las personas (el cuidador, el entorno y la familia) debe permearse un cuidado humanizado reflejado en el trato, de tal manera que se reconozca efectivamente al sujeto de cuidado como persona autónoma y merecedora de respeto, sin descartar su derecho a la protección tras su estado de incapacidad en el final de su curso de vida^{16,17}.

El cuidado como característica humana es un universo de posibilidades que interfieren positivamente en las personas, y el principal actor para que el sujeto cuidado se sienta persona es el profesional de enfermería. Para conseguirlo, se deben tener en cuenta la ética y la moral; por tanto, el enfermero debe estar presente con sentimientos que expresen relación de ayuda, solidaridad, compasión e idealización, con el propósito de “conseguir a través del cuidado la integridad personal, desde el punto de vista somático, psicológico, social y espiritual. Por tanto, cuando los profesionales cuiden de las personas han de procurar preservar la dignidad de estas”¹⁸.

En enfermería, respetar la dignidad ha sido identificado como un principio importante en la práctica¹⁹; sin embargo, un estudio en el que se entrevistaron a diferentes profesionales de enfermería mostró que el 80 % de los enfermeros señalan la solidaridad como un aspecto significativo, mientras que el 53,3 % la señalan como contraposición¹⁹. Esto indica que hay que enfatizar en los procesos de formación y desde el currículo las actitudes que promueven la dignidad de la persona, es decir, las interrelaciones, la privacidad, la independencia y el manejo de los aspectos culturales.

Por otra parte, se encontró que los términos de *dignidad* y *respeto al final de la vida* tenían muchos cuestionamientos de valor moral que los delimitan, con factores sociodemográficos y legales en donde se expone la muerte digna, desconociendo así la persona el derecho y la decisión de su propia existencia: “la decisión de la propia muerte es captada por la expresión del debate en torno a las voluntades anticipadas”¹⁸.

Se evidenció que los profesionales de enfermería tienen debilidades en la preparación académica sobre la ejecución de los cuidados al final de la vida, como situación que debe abordarse en el proceso enfermero. En los últimos años se

ha venido implementado alrededor de cuidados paliativos y de fin de vida el reconocimiento de la persona al final de la vida como ser autónomo que puede tomar decisiones referentes a sus condiciones de salud para lograr mejorar la calidad de vida; sin embargo, este es un aspecto que no se encuentra presente en el proceso enfermero secundario a un modelo de cuidado paternalista²⁰.

Algunos estudios relacionan el final de vida con los cuidados paliativos, la dignidad y el respeto, ya que proporcionan condiciones mínimas de bienestar físico y psicológico que deben garantizarse a la persona, aun cuando ya no sea posible la toma de decisiones autónomas. Por ello, este se convierte en una nueva perspectiva del cuidado donde la dignidad es algo más que un derecho y la persona tiene diferentes perspectivas de su propia vida. En este sentido, se encontró que se debe respetar y reconocer el pensamiento de la persona antes y después de la autonomía del personal de salud²¹.

Además se encontró que el reconocimiento de la dignidad cobra relevancia en el cuidado, y más específicamente al final de la vida, por ser un periodo en el que la persona puede sentir o pensar que no vale o que es una carga para los demás. Estos sentimientos se derivan de las facilidades del cuidado que se brindan en su entorno, y conllevan un aumento o disminución de su autoestima al sentirse vulnerados algunos de los factores humanos, lo que provoca sentimientos de abandono en las personas que se encuentran en el final de su vida²².

Alivio de dolor en el cuidado terminal

La palabra *dolor* ha estado presente a través del tiempo en la cotidianidad del ser humano. Revisar y comprender su evolución y la implicación que tiene en la calidad de vida de aquel que lo padece es un reto para el personal de salud, lo cual motiva a realizar nuevas investigaciones para la comprensión objetiva del término. Desde la teoría del final tranquilo de vida, el dolor se define como una experiencia desagradable que afecta a la persona desde el nivel emocional o sensorial²³.

De lo anterior se desprende el rol que cumple el profesional de enfermería frente a la calidad de vida de la persona cuando padece un dolor crónico; “el dolor se da por diferentes mecanismos fisiológicos y psicológicos al final de la vida, un factor que predispone son las condiciones en las que se encuentre la persona”, porque impacta de diferentes formas la integridad del ser humano. Es así como el profesional de enfermería debe intervenir en el manejo desde el nivel emocional y sensorial que refiere la persona al final de la vida²².

En la asistencia que brinda el profesional de enfermería a la persona en su proceso de final de vida es de vital importancia conocer las necesidades del paciente relativas a la administración de analgésicos: “el conocimiento de la neurofisiología del dolor, mecanismos que lo desencadenan, tipo de dolor, farmacocinética y farmacología de los medicamentos usados para tratarlos”²⁴. Se encontró que no existe un consenso sobre cuáles son los fármacos estándar, lo que ha dificultado el manejo del dolor en las personas, ni tampoco se indica un tratamiento analgésico personalizado teniendo en cuenta la respuesta al tratamiento previamente implantado. De igual manera, se teme por un manejo óptimo de la analgesia debido a los efectos secundarios derivados de los medicamentos y la posibilidad de acelerar el final de vida,

por lo que los niveles del control de dolor en muchas ocasiones son subóptimos²⁵.

Existen métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Un estudio encontró que los profesionales de enfermería utilizaban terapias alternativas como terapia floral, acupuntura, quiromasaje y naturopatía, conocimientos que fueron adquiridos por medio de cursos, seminarios y talleres para el perfeccionamiento basado en la experiencia²².

La musicoterapia ha sido una alternativa utilizada para el alivio del dolor. Se ha demostrado que esta medida terapéutica en las personas que se encuentran al final de sus vidas “puede ser una herramienta de apoyo para atender las necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales que surjan a lo largo de este proceso”²⁶, lo cual evidencia que la música es un coadyuvante del alivio del dolor. Estudios más recientes mostraron que la musicoterapia reduce la percepción del dolor durante procedimientos terapéuticos en la persona con cuidados paliativos²⁶.

Es imposible evitar la presencia de dolor en el proceso de fin de vida, de ahí el reto que tiene la profesión de enfermería respecto a la formación en el manejo de dolor, con el objetivo de generar experiencias de bienestar que busquen la satisfacción y momentos de placer, que intervengan para lograr una mejora en la calidad de vida y con ello propiciar una muerte tranquila. De esta manera se humaniza el cuidado en esta etapa trascendental, siendo enfermería quien facilite que tanto la persona como la familia vivan esta experiencia de manera satisfactoria²⁷.

Discusión

Los aspectos relacionados con el manejo del dolor, la dignidad y el respeto al final de vida actualmente están siendo objeto de estudio en muchos países como necesidad humana. Esto requiere un manejo a conciencia por parte del personal de enfermería para buscar el bienestar en términos de confort, haciendo énfasis en una parte fisiológica importante, como lo es el control del dolor, y así brindar una muerte digna al paciente en su etapa final del curso de vida.

El manejo del dolor se enfoca principalmente en la terapia farmacológica, aunque existen terapias alternativas para el control del dolor en el final de vida como la terapia floral, la acupuntura, la homeopatía, el quiromasaje y la musicoterapia, siendo esta última la más utilizada en el manejo de dolor en las personas en su etapa previa a la muerte²².

El alivio del dolor es primordial en los cuidados principales que debe ofrecer el personal de enfermería en el final de la vida, para lo cual se implementan terapias farmacológicas, donde los analgésicos son el grupo de medicamentos de elección. No obstante, existen mitos y miedos relacionados con la utilización de analgésicos potentes, lo que, sumado a los pocos recursos asistenciales, hace que la persona tenga que padecer el dolor, lo que tiene como consecuencia la utilización de otras alternativas que pueden intervenir de manera exitosa en su alivio²⁸.

Otro aspecto destacable es la utilización de medicamentos individualizada para cada persona. Es evidente que no existe una generalidad en la administración; además, debería realizarse un diagnóstico diferencial, porque el tratamiento es diverso según el tipo de dolor. Por esta razón es de vital importancia conocer las individualidades de cada persona y

la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos²⁹. La farmacoterapia no es la única opción para el manejo del dolor; la musicoterapia ha sido un método utilizado en los cuidados al final de la vida, donde se han realizado estudios significativos que indican “una mejoría de humor, calidad de vida, relajación, confort, felicidad, presión sanguínea diastólica y una reducción en cuanto al estrés, frecuencia cardíaca, dolor, depresión, ansiedad y miedo”²⁶.

Si bien las terapias alternativas permiten manejar la situación de dolor en la persona, la falta de capacitación y el desconocimiento por parte del profesional de enfermería se convierte en una limitación para manejar los cuidados paliativos, por la inadecuada formación del profesional en enfermería, dado que se omite la educación frente a este tema, lo que se convierte en un asunto desconocido al enfrentarse a él en el ámbito profesional³⁰.

Existe una dicotomía frente al cuidado brindado al final de vida: si bien, en el contexto actual, la persona es un ser integral que tiene necesidades que deben atenderse, como el bienestar físico y psicológico en el final de vida, un estudio expresa que el personal de salud que proporciona el cuidado elige huir de este tipo de situaciones por su percepción subjetiva y experiencias personales, de ahí su decisión es alejarse para no involucrarse emocionalmente en estas situaciones, descuidando el cuidado en el fin de vida³¹; a diferencia de otros estudios que expresan el esfuerzo dedicado por el personal de enfermería a los pacientes al final de la vida para alcanzar niveles altos de cumplimiento frente a la dignidad y respeto que merece cada uno³²⁻³⁶.

La dignidad y el respeto como fundamento para aplicar los cuidados a la persona al final de la vida se tornan de difícil manejo tanto para el personal de salud como para la familia, puesto que la persona puede tener sentimientos de inutilidad para la sociedad por su condición¹⁶. Por tal motivo se debe reconocer a la persona mediante actos de alteridad, para que el cuidado trascienda lo clínico, ya que son muchos los vacíos que se generan en el profesional de enfermería debido al no reconocimiento de la dignidad y respeto hacia la persona, confundiendo los sentimientos de solidaridad con lástima.

El final de vida está ligado al contexto sociocultural donde se desenvuelve el profesional de enfermería, lo que puede generar barreras que impiden reconocer el sufrimiento y la voluntad de la persona; por tal motivo se abren controversias sobre la muerte y la forma de afrontarla, y por ello también se hacen partícipes las leyes. Colombia es el primer país en desarrollo en legalizar la eutanasia activa, convirtiéndose en una controversia a nivel moral por parte de los profesionales de salud y familiares de las personas, ya que aún no se han establecido criterios claros de cómo aplicarla¹⁸.

Los cuidados de enfermería al final de la vida han de dirigirse desde el respeto por la persona, permitiendo un buen morir y comprendiendo que “los pacientes en situación paliativa solo tienen una oportunidad para morir dignamente y contar con profesionales que les aseguren una mejor calidad de vida”²⁹.

Conclusiones

El personal de enfermería, en el momento de brindar cuidados al final de la vida, confunde la compasión con la lástima, involucrando sentimientos que contribuyen a su ale-

jamiento de las situaciones de cuidado, anulando su intervención en un proceso de carácter disciplinar.

El mayor cuidado que enfermería aporta es el alivio del dolor por medio de la terapia farmacológica, y en una proporción mínima se utiliza la musicoterapia; sin embargo, en gran parte es desconocido el efecto de las terapias alternativas coadyuvantes para su manejo.

Un estudio disponible referente a la teoría de enfermería de final tranquilo de vida evidencia que puede ser utilizada en las unidades de cuidados intensivos donde se genera mayor estrés. Igualmente su aplicación genera buenos resultados en las personas, mejorando el componente físico y psicológico, puesto que la teoría del final tranquilo de vida interviene no solo en lo biológico o psicológico, sino también en lo familiar y cultural, con el objeto de implementarla al final del curso de vida.

Por otra parte, la dignidad y el respeto son conceptos de gran importancia en los cuidados al final de la vida y se han convertido en materia de estudio por diferentes disciplinas, entre ellas la enfermería, que tiene el deber de facilitar cuidados integrales. En los estudios seleccionados se encuentra que el personal de enfermería no está bien entrenado a la hora de aplicar acciones frente a la dignidad y el respeto, por lo que se convierte en complicado el momento de atender a la persona y a la familia. Por lo tanto, falta más humanización y entrenamiento para la aplicación de los conceptos en cuanto a la dignidad y el respeto que se deben brindar a una persona, y más cuando se encuentra en la etapa final del curso de la vida, momento en el que la persona tiende a ser muy vulnerable. Por ello, el reconocimiento de estas será de gran importancia para que la persona se pueda sentir más a gusto hasta el momento de la muerte.

El dolor que se presenta al final de la vida es una situación que ha de afrontar la persona. Dentro de la bibliografía seleccionada se encontró que el profesional de enfermería es el encargado de administrar el tratamiento que ayude al alivio del dolor, y de igual manera debe estar en contacto con el paciente ofreciéndole opciones de tratamiento, farmacológico y no farmacológico.

Respecto al tratamiento farmacológico se evidencia que no hay un esquema de medicamentos específicos para el alivio general del dolor, sino que se deben reconocer las causas y razones de este. De igual manera, el profesional de enfermería ha de conocer la farmacodinamia y farmacocinética de los medicamentos para poder estar seguro a la hora de administrarlos. Por otra parte, el manejo no farmacológico es parte del tratamiento para el control del dolor: existen estudios que muestran diferentes alternativas terapéuticas para el manejo del mismo, como son la musicoterapia, la acupuntura, la terapia floral o la naturoterapia, que son parte del arsenal de este tratamiento alternativo y pueden influir de manera positiva en la persona y su recuperación, siendo todas estas alternativas herramientas de apoyo para entender las necesidades de la persona en su proceso, pero teniendo en cuenta que la terapia no farmacológica no es frecuente en los cuidados al final de vida.

Los profesionales de enfermería muestran dificultades para brindar cuidado a la persona al final de la vida y no hallan la manera de incluir a la familia en todo este proceso. La muerte es un suceso que produce temor en la persona y su familia, creando la necesidad de la participación y acompañamiento por parte del profesional de enfermería, de tal

manera que la participación del enfermero genere un vínculo asertivo entre la mejoría de la persona o simplemente la aceptación de su enfermedad y su etapa de final de vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Librada Flores S. Grupo de trabajo de la SECPAL de comunidades compasivas al final de la vida. *Med Paliat*. 2017;24:115-6.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. ABCÉ Enfoque de Curso de Vida [citado el 21 de julio de 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCEnfoqueCV.pdf>
3. Vacas Guerrero M. Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enferm Clínica*. 2014;24:74-8.
4. Lopera Betancur MA. Cuidados al final de la vida: una oportunidad para fortalecer el patrón emancipatorio de enfermería. *Av Enferm*. 2015;33:124-32.
5. Meyer de Barros Gulini J, Pereira do Nascimento ER, Duarte Moritz R, Martins da Rosa L, Rippel Silveira N, Oliveira Vargas MA. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51-55.
6. Schmidt Rio-Valle J, Montoya Juárez R, García Caro MP, Cruz Quintana F. Dos procesos de fin de vida, cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index Enferm*. 2008;17:256-60.
7. Chocarro González L. Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicossociológica desde el análisis del discurso [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
8. López Cejudo A, López López B, Rodríguez Duarte M, Crespo Servánd MP, Coronado Illescas C, De la Fuente Rodríguez C. El pacto de silencio desde el punto de vista de las personas cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos. *Enferm Clínica*. 2015;25:124-32.
9. Organización Mundial de la Salud. Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado. 2007 [citado el 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/>
10. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 45693 (oct. 6 2004).
11. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente a morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32:129-35.
12. Duro JC, Miguel C, Murrillo E, Noguera A, Núñez Portela BN, Ruiz López DR. Discurso de los profesionales de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid sobre la atención psicológica. *Psicooncología*. 2017;9:2-3.
13. Carrillo G, Gómez Ramírez O, Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioet*. 2016;1.
14. Monzón Marín JL, Saralegui RI, Abizanda 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*. 2008;32:121-33.
15. Studdert DM, Mello MM, Burns J, Puopolo A, Galper B, Truog R, et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med*. 2003;29:1489-97.
16. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería (Montev.)*. 2016;5:46-53.
17. Clark J. Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nurs Times*. 2010;106(20):16-9.
18. Errasti Ibarrodo B, Martínez García M, Carvajal Valcárcel A, Arantzamendi Salabarieta M. Modelos de dignidad en el cuidado: Contribuciones para el final de la vida. *Cuad Bioet*. 2014;25:254-6.
19. Hernández Vergel LL, Zequeira Betancourt DM, Miranda Guerra AJ. La percepción del cuidado en profesionales de Enfermería. *Rev Cuba Enferm*. 2010;26:30-41.
20. Hurtado Medina MJ. La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Rev Med Risaralda*. 2016;22:49-51.
21. Jackson A, Irwin W. Dignity, humanity and equality: Principle of Nursing Practice A. *Nurs Stand*. 2011;25:35-7.
22. Hernández González Y. Formación enfermera en cuidados al final de la vida en España: Una revisión. Universidad de La Laguna; 2015 [consultado el 1 de febrero de 2017].
23. López Magalhães AV, Lyra da Silva RC. Los conceptos de muerte y morir en enfermería y las relaciones con el ethos del cuidado. *Enferm Glob*. 2009;17.
24. Sánchez Sepúlveda JM, Morales Asencio JM, Morales Gil IM, Canga Sánchez JC, Crespillo García E, Timote Andreu EM. El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enferm Clínica*. 2014;24:211-4.
25. Abogado de Vanegas BC, Calderón Perilla AY, Lara Suarez PM, Archbold Forero A, Ariza Marín DA, Rincón Celis A. Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor. *Av Enfem* 2008 (1):59-64.
26. Margarida A. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familiar y/o persona significativa. *Enferm Glob*. 2010;18.
27. Gómez Montenegro DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con Dolor: una forma de humanización. *Rev Cuid*. 2014;5:679-88.
28. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación Paliativa del Paciente Terminal. *Rev Bras Anestesiol*. 2012;62:1-7.
29. Vila Serra M. Musicoterapia, en síntoma al final de la vida. *Rev UCM*. 2015;35-50.
30. Castro Moura C, Lopes Chaves E, Salgado Souza VH, Hollanda Lunes D, Gama Ribeiro CR, Silva Paraizo MC. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. *Av Enferm*. 2017;35:53-62.
31. Nevado DC, Babarro AA, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Gac Sanit*. 2011;26:63-8.
32. Contreras Contreras SE, Sanhuesa Alvarado OI. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. *Cienc Enferm*. 2016;22:47-63.
33. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, González-Cervantes S, Álvarez-Embarba B, Palacios Ceña D. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Gac Sanit*. 2017;31:299-304.
34. Huertas Ascencio L. Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. *Psicooncología*. 2015;12:367-81.
35. Maglio I, Wierzbza SM, Belli L, Somers ME. El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *RAMR*. 2016;1:71-7.
36. Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *An Med*. 2013;58:112-5.