



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

**GRADO EN ENFERMERÍA**  
Curso académico (2023-24)

**Trabajo Fin de Grado**

**Conflictos éticos en profesionales  
enfermeros en la atención paliativa a  
pacientes oncológicos en edad adulta.**

Revisión Bibliográfica Narrativa

Estudiante: Ana María Lazcano Rojo

Tutor/a: Ana Isabel Martínez Gato

Mayo, 2024



*“En memoria a mi madre.*

*A mi familia, por ser mi mayor motivación durante estos cuatro años. A mis amigos, por ser parte de la familia que se elige y encontrar en ellos el apoyo, la paz, la alegría y la confianza.  
A mi tutora, por la constante implicación y dedicación”*

***“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida,  
y haremos todo lo que esté en nuestro alcance, no sólo para ayudarte a  
morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que te mueras”  
(Cicely Saunders).***



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....   | 2  |
| ABSTRACT .....  | 3  |
| 2. INTRODUCCIÓN .....   | 4  |
| 2.1.1 Percepción social sobre la muerte: .....  | 4  |
| 2.1.2 Ética: .....  | 5  |
| 2.1.3 Cáncer: .....   | 7  |
| 2.1.4 Cuidados Paliativos: .....  | 8  |
| 2.1.5 Rol de enfermería: .....  | 10 |
| 2.2 Justificación: .....  | 12 |
| 2.3.1 Objetivo general: .....   | 12 |
| 2.3.2 Objetivos específicos: .....  | 12 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODOS.....  | 13 |
| 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....   | 17 |
| 4.1 Decir la verdad. ....   | 17 |
| 4.2 Conflictos presentes en el profesional de enfermería en la atención al paciente antes de la sedación: ..... | 21 |
| 4.3 Conflictos en la sedación paliativa: .....  | 24 |
| 4.4 El entorno familiar: .....  | 27 |
| 4.5 Manejo de los conflictos éticos:.....   | 28 |
| 5. CONCLUSIONES .....   | 31 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA .....   | 32 |
| 7. ANEXOS: .....  | 39 |
| o ANEXO 1 .....   | 39 |
| o ANEXO 2 .....   | 42 |

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

**Introducción:** El ser humano, nunca se ha dejado de cuestionar la esencia de la muerte. El cáncer es la segunda causa de muerte prematura, a pesar del avance médico y tecnológico. Los cuidados paliativos se centran especialmente en el paciente que padece cáncer en un estado avanzado. En la atención paliativa, es frecuente la exposición a conflictos éticos en el profesional de enfermería. Los profesionales analizan las consecuencias de sus actos sobre el paciente.

**Objetivo:** Analizar los dilemas éticos más relevantes en el profesional de enfermería en la atención de los pacientes paliativos oncológicos adultos.

**Material y métodos:** Se han realizado una revisión bibliográfica narrativa, empleando las bases de datos de PUBMED, LILACS, SCIELO y CINAHL. Se ha consultado en páginas web de Organismos Oficiales las cuales son: el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, el Ministerio de Sanidad, el Boletín Oficial del Estado y el Consejo General de Enfermería.

**Resultados y discusión:** Las situaciones más frecuentes donde se desarrollan conflictos éticos en el profesional de enfermería, se centran en el momento de decir la verdad, la atención al paciente antes de la sedación, conflictos presentes en la sedación paliativa y la interacción con el entorno familiar. Se analiza el manejo de los conflictos éticos asociados al profesional.

**Conclusión:** Los cuidados paliativos son una respuesta para llenar el vacío de la atención brindada a los pacientes terminales y sus familiares o cuidadores. Para garantizar una atención de calidad, es fundamental reducir al mínimo los conflictos éticos mediante la elaboración del documento de instrucciones previas escrito por el paciente. Es de gran importancia la formación específica en cuidados paliativos tanto para los futuros profesionales en el pregrado, como para los que ya ejercen la profesión, impartándose una visión integradora de la bioética en la práctica clínica.

**Palabras clave:** Conflictos éticos, enfermería, cuidados paliativos, cáncer, adultos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Human beings have always questioned the essence of death. Cancer is the second leading cause of premature death, despite medical and technological advances. Palliative care focuses particularly on patients with advanced-stage cancer. In palliative care, nursing professionals frequently encounter ethical conflicts. They analyze the consequences of their actions on the patient.

**Objective:** To analyze the most relevant ethical dilemmas faced by nursing professionals in the care of adult oncology palliative patients.

**Material and methods:** A narrative literature review was conducted using the databases PUBMED, LILACS, SCIELO, and CINAHL. Official websites such as the Health Portal of the Junta de Castilla y León, the Ministry of Health, the Official State Gazette, and the General Nursing Council were also consulted.

**Results and discussion:** The most common situations where nursing professionals encounter ethical conflicts include the moment of truth-telling, patient care before sedation, conflicts present in palliative sedation, and interactions with the family. The handling of ethical conflicts associated with the professional is analyzed.

**Conclusion:** Palliative care fills the gap in care provided to terminal patients and their families or caregivers. To ensure quality care, it is essential to minimize ethical conflicts by developing an advance directive document written by the patient. Specific training in palliative care is crucial for both future professionals during their undergraduate studies and for those already practicing, providing an integrated view of bioethics in clinical practice.

**Keywords:** Ethical conflicts, nursing, palliative care, cancer, adults.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1.1 Percepción social sobre la muerte:

Según la Real Academia de la Lengua Española, la muerte es “cesación o término de la vida” <sup>1</sup>. Es un concepto universal, complejo, desconocido y de difícil conceptualización. El ser humano, nunca ha dejado de cuestionar la esencia de la muerte, tanto la propia como la ajena <sup>2</sup>.

En ámbitos sociales, la actitud que adquiere el ser humano ante la muerte tiene una influencia cultural, donde se han producido modificaciones con el paso de la historia de la humanidad. La religión, ha tratado de ofrecer una consolación, mediante la búsqueda de un significado trascendente tras la muerte. De esta manera, las personas encuentran la respuesta ante un proceso irreversible que genera angustia, así como la estipulación de normas y comportamientos para encontrar la plenitud después de la muerte <sup>3</sup>.

Uno de los autores más destacados en el estudio de la muerte a nivel social, Philippe Ariès, publicó la obra “Historia de la Muerte en Occidente” <sup>4</sup> donde relata a cerca de las dos etapas transcurridas a lo largo de la historia, sobre la percepción de la muerte en Occidente. La primera etapa se extiende desde el siglo VI hasta el XVIII, conocida como La Muerte Doméstica. En la primera etapa, la muerte era vista como un proceso natural, desprovisto de emociones extremas de agonía o dolor. La segunda etapa, conocida como la “Muerte Invertida”, se caracteriza por tener lugar principalmente en entornos hospitalarios, convirtiéndose en un evento íntimo, oculto y discreto <sup>5</sup>.

Durante el periodo del Romanticismo, se adoptó una percepción de la muerte cargada de dramatismo, dolor y angustia ante la pérdida de un ser querido. A partir del siglo XIX, la muerte comenzó a considerarse como un tema tabú, reflejando así una característica de la sociedad actual <sup>3</sup>.

Desde el siglo XX, nuestra sociedad ha experimentado una transformación notable, con avances significativos en el tratamiento de enfermedades y la erradicación de patógenos. Sin embargo, nuevas enfermedades han surgido debido a nuestro estilo de vida y a otros factores, aunque éstas también están siendo abordadas con eficacia.

Este progreso ha llevado a la percepción equivocada de que la muerte es una adversaria, alimentada por un modelo médico paternalista. La importancia de la autonomía individual ha cambiado la dinámica de la relación médico-paciente, exigiendo un respeto total a la voluntad del individuo incluso en la muerte. En el entorno hospitalario, los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en el cuidado de los moribundos y sus familias, asumiendo un papel afectivo y respetuoso. Reconocer el protagonismo del paciente en su proceso hacia la muerte, respetar su capacidad de elección y comprender que cada individuo enfrenta la muerte de manera única, son aspectos esenciales para brindar un apoyo integral que abarque lo físico y lo psicosocial, más allá de la administración de tratamientos <sup>6</sup>.

### **2.1.2 Ética:**

La Real Academia de la Lengua Española, define la ética como el “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” <sup>1</sup>. La moral se define como “perteneciente o relativo a las acciones de las personas, desde el punto de vista de su obrar en relación con el bien o el mal y en función de su vida individual y, sobre todo, colectiva” <sup>1</sup>.

El término de bioética, tiene su nacimiento en el año 1971, por el médico oncólogo Van Potter. Según la Real Academia de la Lengua Española, es definida como el “estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería genética o la clonación”<sup>1</sup>. Es la aplicación moral en las ciencias de la salud. El nacimiento de la bioética, se remonta en los años 60 y 70 del siglo XX. Viene impulsado por los cambios sociales, políticos, científicos y tecnológicos. La esencia común de éstos cambios es la exaltación de los principios sociales de igualdad, libertad y justicia. Se tiene más consideración y miramiento por proteger a los más vulnerables de la sociedad. En 1972, se publica la primera carta que trata sobre los derechos de las personas enfermas. Reclama el derecho a la vida, la asistencia sanitaria, la información y la muerte digna. Se comienza a abandonar la idea paternalista, donde el médico es la principal figura con poder de decisión sobre la clínica y el tratamiento, modificándose hacia el respeto de la autonomía y de la voluntad de los individuos enfermos <sup>7</sup>.

Los avances en la medicina y la tecnología durante el siglo XX, mejoraron la calidad de vida de las personas, así como la disminución de la mortalidad. Pero también, hay que destacar la aparición de los conflictos éticos que conllevan. Un hecho que marca un antes y un después en el mundo de la bioética, son el conocimiento de los experimentos que se realizaron en los campos de concentración, impulsados por médicos nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Las atrocidades deshumanas que se realizaban con el objeto de la experimentación médica con judíos, fueron sentenciadas en la condena del Proceso de Núremberg . A su raíz, se creó el **Código de ética médica de Núremberg** <sup>8</sup> en el año 1947, con el propósito de emplear principios que rijan la experimentación con seres humanos. En 1949, se publicó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En 1964, se llevó a cabo la publicación de la Declaración de Helsinki, con el objetivo de promover la humanización en el foco de la práctica clínica. En 1979, Beauchamp y Childress, dos miembros de la National Commission, realizan la publicación "**Principios de la ética biomédica**"<sup>9</sup>, donde exponen los cuatro principios; *No maleficiencia*, donde el principal objetivo es no hacer daño al paciente mediante la prudencia, pericia y control de la calidad. *La justicia*, que en el ámbito médico implica que en las deliberaciones se considere de igual manera los intereses de todos los pacientes que reciben las mismas intervenciones. *La beneficencia*, donde se procura alcanzar el máximo beneficio. *La autonomía*, que hace referencia al derecho de la información y la capacidad de toma de decisiones sobre la salud y el cuerpo del individuo <sup>7,9,10</sup>.

- *Método deliberativo:*

Con el paso del tiempo, la bioética se empleó como herramienta resolutoria de conflictos éticos que se presentan en la clínica. Los conflictos éticos son vistos como dilemas, o bien como problemas. El objetivo principal es conocer todas las posibilidades que pueden servir como solución al conflicto mediante la aplicación del valor de la prudencia, eligiendo la mejor decisión de acuerdo al conflicto planteado, es decir, que entre las opciones no se sabe cuál es la opción más correcta. Es aquí cuando se emplea la metodología de la deliberación, con el fin de tomar decisiones prudentes ante un hecho que crea incertidumbre <sup>11</sup>.

La metodología que se emplea en el Comité de Ética Asistencial, consiste en seguir un proceso hasta alcanzar el resultado final, mediante el diálogo entre los diferentes miembros a través de la argumentación <sup>11</sup>.

El código ético de la enfermería, estipulado por el Consejo Internacional de Enfermería, refiere que los profesionales, se encargan de la promoción y restauración de la salud, así como del alivio del sufrimiento y la prevención de la enfermedad <sup>12</sup>. Una correcta práctica enfermera, tiene un componente ético. En ocasiones, elegir una decisión ética correcta, puede ser un proceso complejo. La toma de decisiones éticas está influenciada por factores como las características sociodemográficas, el razonamiento, la angustia y la sensibilidad moral <sup>13</sup>.

### **2.1.3 Cáncer:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como “un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas»”. Esta enfermedad surge cuando las células anormales experimentan un crecimiento descontrolado, invadiendo áreas cercanas del cuerpo y extendiéndose a otros órganos y tejidos. El proceso de propagación de estas células anormales se conoce como "metástasis" y es una causa significativa de mortalidad relacionada con el cáncer <sup>14</sup>.

El cáncer es la segunda causa de muerte prematura, a pesar del avance médico, tecnológico, los progresos sobre la identificación de factores de riesgo desencadenantes, el desarrollo de métodos de screening, la detección temprana en la población y los múltiples tratamientos existentes <sup>15</sup>.

Existe una asociación de anticipación de muerte ante el diagnóstico de cáncer. Por esta razón, es necesario aplicar terapias que fomenten la supervivencia, así como las medidas terapéuticas que mejoren la calidad de vida del paciente. El cáncer avanzado produce un declive físico y emocional, causado en gran medida por el dolor. Varios síntomas como el dolor, la fatiga, la anorexia, la caquexia, la disfagia, las náuseas, la diarrea, el estreñimiento, el delirio mental o la disnea, pueden ser signos que indiquen una disminución de la esperanza de vida de un enfermo diagnosticado de cáncer terminal <sup>16</sup>.

### 2.1.4 Cuidados Paliativos:

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos representan un enfoque dirigido a mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias que enfrentan enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque abarca la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor, así como de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Hace referencia a la necesidad de controlar de manera continua los síntomas de los pacientes, así como resaltar la importancia que tienen las familias en estos procesos <sup>17</sup>.

En 1967, nace en Gran Bretaña el “*Movimiento Hospice*”, impulsado por la enfermera Cicely Saunders. Es considerada como la fundadora de los cuidados de paciente moribundo y la primera especialista en el control de los síntomas de los enfermos terminales <sup>18</sup>.

En 1992, se estableció la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la cual está compuesta por una amplia variedad de profesionales de la salud, así como trabajadores sociales, psicólogos, religiosos, bioeticistas y familiares. Posteriormente, en 2005, se creó la AECPAL, conocida como la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos <sup>6</sup>.

Los principios científico-técnicos y humanísticos de la Medicina Paliativa se centran en brindar una atención de calidad que responda a las necesidades del paciente que no tiene posibilidad de curación y se encuentra en proceso de fallecimiento. Los principios de los cuidados paliativos se basan en varios aspectos fundamentales: no acelerar ni posponer la muerte, procurar el bienestar y la calidad de vida del paciente, aliviar el dolor y otros síntomas mediante tratamientos adecuados, abordar integralmente el sufrimiento del paciente, respetar su derecho a recibir información veraz y gradual, así como su derecho a no ser informado si así lo desea, permitir su participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento, respetar y promover su autonomía, facilitar una muerte digna en situaciones agónicas, favorecer el cuidado en el domicilio como entorno óptimo para los cuidados paliativos y el fallecimiento, y brindar apoyo y atención a la familia, involucrándola en los cuidados para facilitar un proceso de duelo no patológico <sup>6,17</sup>.

La introducción de cuidados paliativos en fases tempranas, aumenta la calidad de vida del paciente y tiene efectos positivos en el desarrollo de la enfermedad <sup>19</sup>. La promoción de una muerte con calidad, es uno de los principales objetivos de los cuidados paliativos. El concepto de morir con calidad o buena muerte, incluye diferentes aspectos que engloban todas las esferas del ser humano. Indica que tanto los pacientes como las personas más allegadas a éstos, afrontan la muerte con la ausencia de síntomas de sufrimiento físico y psicológico. También influyen positivamente en el buen morir, las buenas relaciones familiares, así como con el equipo terapéutico. El paciente fallece de acuerdo a los deseos expresados anteriormente, cumpliendo el principio de autonomía, las normas clínicas, culturales y éticas <sup>15</sup>.

Si se obtiene una perspectiva del enfermo, la muerte es vista como un proceso donde previamente ha existido una preparación mental y psicológica. Esta predisposición mental, ayuda al enfermo a aceptar, asimilar y normalizar la muerte, ayuda a disminuir los niveles de estrés y sufrimiento. Aunque actualmente se traten enfermedades en estado terminal, los cuidados paliativos se centran especialmente en el paciente que padece cáncer en un estado avanzado, donde se estima que la esperanza de vida es igual o inferior a 6 meses <sup>19</sup>.

- *La voluntad anticipada:*

La 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, en el artículo 11, regula el documento de instrucciones previas. Es un documento legal donde aquella persona mayor de edad, que sea capaz de decidir, exprese por escrito las voluntades que desea que se cumplan cuando llegue situaciones donde pierda la capacidad de decisión. Expresa los cuidados y tratamientos que quiera que se le administren o no, y el destino de su cuerpo y órganos cuando llegue el momento del fallecimiento <sup>20</sup>.

Para la correcta elaboración del documento, es pertinente que el paciente sea conocedor del pronóstico de la enfermedad, conocedor de los tratamientos a los que puede acceder, así como de sus preferencias, cómo quiere recibir los cuidados, la información que quiera ofrecer a sus seres queridos y el grado de confort al que quiere

llegar. Si una intervención terapéutica es reconocida como fútil, es decir, está reconocida como inadecuada, el profesional no tiene la obligación de aplicarla aunque el paciente lo desee <sup>21</sup>.

Según las últimas estimaciones realizadas en 2022 por la Organización Mundial de la Salud, se indica que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, pero solo el 14% de ellas los reciben <sup>17</sup>. En España, alrededor de 75.000 enfermos fallecen sin recibir asistencia paliativa. El ratio de atención paliativa es de 0.6 por cada 100.000 habitantes, según el Atlas de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos <sup>22</sup>, lo que señala una baja cobertura en este tipo de atención y subraya la urgencia de implementar medidas legales que aumenten la cobertura, así como políticas igualitarias en todos los territorios del país <sup>23</sup>.

### **2.1.5 Rol de enfermería:**

La exposición a conflictos éticos en la práctica clínica de la enfermería, produce un pensamiento reflexivo en los profesionales donde se analizan las consecuencias que pueden tener la ejecución de decisiones, sobre el paciente. Tiene un efecto positivo en el correcto desempeño de los deberes y valores profesionales como la confidencialidad, la honestidad y la equidad. La sensibilidad moral, ejerce un efecto positivo sobre la ética del profesional y por tanto, se ejerce una mayor eficacia en el cuidado <sup>13</sup>.

La falta de cobertura nacional estandarizada, junto con la ausencia de formación profesional y conocimiento sobre los principios de cuidados paliativos, contribuye a que muchos profesionales enfrenten dilemas al tratar a pacientes que cumplen con los criterios clínicos de pacientes paliativos, pero que no tienen acceso a un programa debido a la baja cobertura. En estas situaciones, los tratamientos a menudo continúan enfocándose en la curación en lugar de priorizar el bienestar y la comodidad del paciente, lo cual va en contra de los principios de los cuidados paliativos, que buscan abordar las necesidades biológicas, espirituales y sociales del paciente, así como respetar su dignidad <sup>24</sup>.

- *Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados:*

El lenguaje enfermero, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>25</sup> en pacientes oncológicos en fase terminal nos conduce a una serie de diagnósticos frecuentes, relacionados respectivamente con la NIC y la NOC. A continuación, en el ANEXO I, se adjunta el plan de atención de enfermería en cuidados paliativos, elaborado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos <sup>6</sup>.

## **2.2 Justificación:**

Se estima un aumento del 77% de nuevos casos de cáncer para el año 2050, en comparación al año 2022. Lo que supondría 35 millones de casos nuevos para este futuro año. Se estima que la incidencia mundial aumenta un 1% cada año. En gran medida, los cuidados paliativos tienen su inicio cuando la enfermedad se diagnostica como crónica terminal <sup>16</sup>.

Es frecuente encontrar conflictos éticos en la atención de pacientes oncológicos al final de sus vidas. El profesional debe tener una visión clara sobre el abordaje y manejo adecuado de los diversos dilemas que puedan surgir, con el objetivo de brindar una atención de calidad. Debe proporcionar cuidados óptimos al final de la vida, sin dejarse influenciar por prejuicios personales o dilemas éticos. Por ello, la presente revisión pretende dar una respuesta sobre cómo abordar los conflictos éticos en profesionales enfermeros en la atención paliativa a pacientes oncológicos en edad adulta<sup>26</sup>.

Es necesario promover la filosofía de atención integral que adopta los cuidados paliativos en los distintos servicios de salud. Esto garantizará que la atención a pacientes oncológicos diagnosticados como terminales, no se concentre únicamente en las unidades especializadas en cuidados paliativos, sino que sea abordada desde todos los niveles de atención médica <sup>27</sup>.

### **2.3.1 Objetivo general:**

- Analizar los conflictos éticos más frecuentes a los que se enfrenta el profesional de enfermería ante la asistencia de pacientes paliativos oncológicos adultos.

### **2.3.2 Objetivos específicos:**

- Examinar el manejo de los conflictos éticos que puedan presentarse en el profesional de enfermería, en la atención de los pacientes descritos.
- Ofrecer estrategias para mejorar el manejo de los conflictos éticos.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

La realización del presente trabajo, se ha basado en una revisión bibliográfica narrativa. Se han buscado artículos de relevancia durante los meses de Febrero y Mayo del año 2024, utilizando las bases de datos de PUBMED, CINAHL, SCIELO y LILACS.

Los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) empleados en búsqueda avanzada en las bases de datos mencionadas son: palliative care, ethic\*, nurs\*, cancer, neoplasm\*, adult\*, conflict\*, dilemma\*. Los descriptores DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) seleccionados son: paciente paliativo oncológico adulto y conflicto ético. La selección de estos descriptores, se ha escogido mediante la formulación de la pregunta PIO:

|                     | <b>Lenguaje Natural</b>              | <b>MeSH</b>  | <b>DeCS</b>                          |
|---------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <b>Paciente</b>     | Paciente paliativo oncológico adulto | Palliative Care<br>Neoplasm* OR<br>cancer OR tumor<br>adult* | Paciente paliativo oncológico adulto |
| <b>Intervención</b> | Atención paliativa                   | Palliative care  | Atención paliativa                   |
| <b>○ Resultados</b> | Manejo de los conflictos éticos      | ethic* conflict*<br>OR dilemma                               | Conflicto ético                      |

Figura 1: Elaboración propia.

En la ecuación de búsqueda, se han empleado los descriptores mencionados, en combinación con los operadores booleanos AND, para la obtención de artículos que incluyesen los descriptores introducidos y OR, para la obtención de artículos que incluyeran cualquiera de los términos.

Se eligieron estas cadenas de búsqueda debido a que, tras llevar a cabo diversas cadenas de búsqueda en las bases de datos utilizadas en esta revisión, otras

combinaciones no arrojaban resultados o generaban una cantidad excesiva de ellos. Tras la revisión de los títulos y resúmenes de artículos obtenidos en las búsquedas, se observó que un gran número no guardaban relación con el objetivo de la revisión en cuestión.

Se presenta la cadena definitiva que ha resultado en la selección de los artículos empleados para este estudio.

| <b>Bases de datos</b> | <b>MeSH</b>  | <b>Publicaciones recuperadas</b> | <b>Publicaciones seleccionadas</b> |
|-----------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>PUBMED</b>         | ((((palliative care) AND (ethic*)) AND (nurs*)) AND ((cancer*) OR (neoplasm*)) AND (adult*)) AND ((conflict*) OR (dilemma*))   | <b>44</b>                        | <b>5</b>                           |
| <b>SCIELO</b>         | Palliative care AND ethic  | <b>8</b>                         | <b>2</b>                           |
| <b>CINAHL</b>         | TX palliative care AND ( nurse or nurses or nursing ) AND ( ethics or ethical issue or ethical concerns or ethical dilemmas ) AND ( oncology patients or cancer patients or patients with cancer ) | <b>108</b>                       | <b>4</b>                           |
| <b>LILACS</b>         | palliative care AND nurs* AND ethic* AND adult*  | <b>39</b>                        | <b>1</b>                           |

Figura 2: Elaboración propia.

La elección de estas ecuaciones de búsqueda se fundamenta en su estrecha correspondencia con los objetivos específicos de la investigación. En contraposición, otras ecuaciones de búsqueda fueron descartadas debido a la obtención de una cantidad considerable de resultados irrelevantes para los propósitos de este estudio.

Esta selección rigurosa garantiza una alineación precisa entre los datos recuperados y las metas planteadas, optimizando así el proceso de análisis y asegurando la relevancia y pertinencia de los hallazgos obtenidos.

Se obtuvo un total de 199 artículos, obtenidos a través de las ecuaciones de búsqueda seleccionadas. De todos los resultados, se seleccionaron 12 artículos, donde se añaden los últimos 4 artículos facilitados por la tutora, haciendo un total de 16 artículos (ANEXO II).

Se han consultado en páginas web de Organismos Oficiales las cuales son: el Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, el Ministerio de Sanidad, el Boletín Oficial del Estado y el Consejo General de Enfermería.

Las fuentes bibliográficas, han sido citadas mediante el gestor bibliográfico Zotero.

Se aplican los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos publicados desde 2000 hasta la actualidad de la búsqueda, con el fin de no eliminar artículos antiguos de gran relevancia en el tema planteado.
- Estudios cualitativos centrados en los profesionales enfermeros.
- Revisiones y estudios cualitativos que contemplen las intervenciones de enfermería en Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos adultos.
- Artículos que contemplen los principios de la bioética; autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.
- Se ha tenido en cuenta que el idioma de las publicaciones sea en inglés, portugués y español.

Se aplican los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos donde su contenido es muy general, donde carecen de especificidad.
- No cumplen concordancia con los objetivos del trabajo.
- Artículos que no están centrados en la edad de la población seleccionada.
- Artículos que no se centran en pacientes oncológicos.

A continuación, se muestra el diagrama de flujo seguido para la selección de artículos:

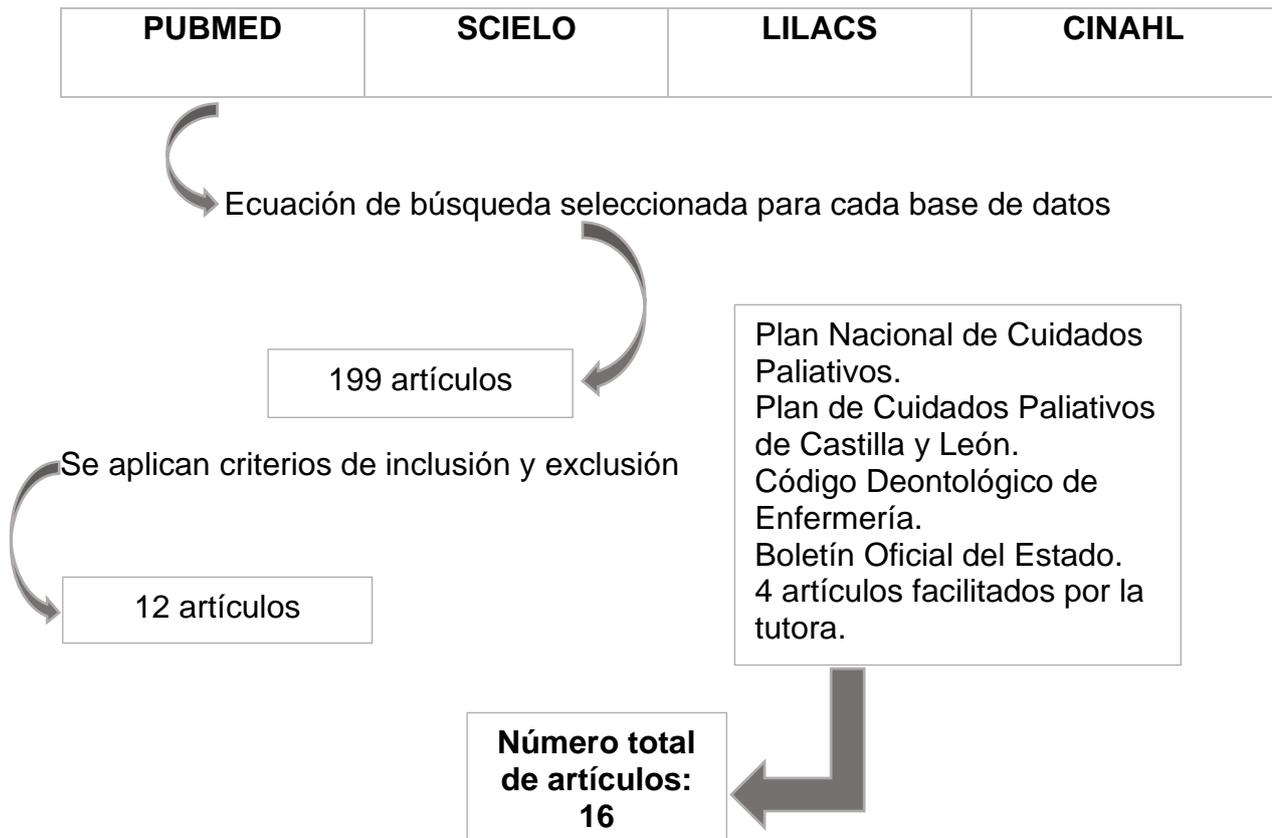


Figura 3: Elaboración propia.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras las lecturas completas de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica (ANEXO II), se han seleccionado los principales conflictos y dilemas éticos que enfrenta el profesional de enfermería ante el cuidado de pacientes oncológicos paliativos en la población adulta. Las situaciones más frecuentes donde aparecen conflictos éticos en el profesional de enfermería, se han clasificado en los siguientes apartados: decir la verdad, atención al paciente antes de la sedación, conflictos presentes en la sedación paliativa, el entorno familiar y finalmente, el manejo de los conflictos éticos asociados al profesional.

### 4.1 Decir la verdad.

Comunicar la verdad sobre el pronóstico terminal al paciente es uno de los principales dilemas experimentados por los profesionales de enfermería <sup>24,26,28-32</sup>. Mediante la *“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”*, el paciente tiene el derecho a ser informado sobre su cuerpo, los diagnósticos, el pronóstico y todos los posibles tratamientos con el objetivo de promover su bienestar social, emocional y psicológico <sup>20,28,29</sup>.

La mayoría de los pacientes que son diagnosticados de cáncer terminal, tienen la necesidad de conocer la verdad sobre el pronóstico, para poder prepararse mentalmente y organizar el tiempo que les queda, para cumplir planes y compartir el tiempo con sus seres queridos. Este tipo de diagnósticos, crea incertidumbre sobre cómo puede afectar a la salud emocional del paciente. Por tanto, surgen dilemas y conflictos en el momento de comunicar la gravedad de la enfermedad <sup>28</sup>.

Normalmente, los pacientes forman una relación cercana con las enfermeras, ya que son más accesibles que otros profesionales. Es por ello, que los pacientes recurren a la figura de la enfermera para preguntarles, ya que esperan una respuesta con veracidad. En algunos casos, estas demandas pueden generar un conflicto ético sobre si decir la verdad o no, donde el profesional no brinda una respuesta clara,

prolongando la incertidumbre del paciente. Los silencios pueden interpretarse como el ocultamiento de una mala noticia <sup>29</sup>.

A continuación, se presentan las dos situaciones más frecuentes durante el proceso de atención al enfermo y como consecuencia, donde aparecen los conflictos éticos:

- *El paciente quiere conocer la verdad sobre su diagnóstico pero no causa beneficios debido a las condiciones físicas y psicológicas.*

Se considera que revelar la verdad puede tener un impacto negativo en las emociones del paciente, especialmente en aquellos que han sido valorados y diagnosticados de enfermedades ansiosas y depresivas. La comunicación de la verdad tiene un efecto nefasto en pacientes diagnosticados con enfermedades mentales como ansiedad y depresión aguda. Se enfrentan dos principios de la bioética: el respeto por el principio de autonomía del paciente y, por otro lado, el principio de no maleficencia <sup>9,30</sup>, ya que revelar la verdad puede provocar una pérdida absoluta de esperanza, acelerando así el proceso de muerte <sup>28</sup>.

- *El paciente quiere conocer la verdad, pero la familia se opone a que sea conocedor de su situación.*

Existe una asociación entre comunicar un diagnóstico de cáncer terminal y percibirlo como un fracaso médico. En algunas ocasiones, se elige informar a la familia en lugar del paciente, lo que genera un estrés psicológico en los profesionales, dado que esta decisión no respeta los principios de autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida <sup>30</sup>.

En ciertas situaciones, el personal sanitario puede llegar a un acuerdo con los familiares para ocultar información al paciente, el llamado “pacto de silencio”, lo que resulta en una pérdida de confianza por parte del paciente, quien se encuentra con incertidumbre y falta de respuestas claras <sup>28,29,31</sup>.

Los familiares desean retener la información como un acto de protección hacia su ser querido <sup>24</sup>. Existe el temor de que el paciente se degrade más rápidamente debido al diagnóstico dado. Por tanto, cuando el profesional de enfermería accede al deseo de retener información, puede resultar en una relación incómoda con el paciente. Esto implica una violación de los derechos del paciente y va en contra de los principios

deontológicos y profesionales <sup>28</sup>. Ocultar la verdad desde una medida forzada, es una cuestión ética y jurídica que implica delicadeza. Tiene una influencia cultural <sup>32</sup>.

El Código Deontológico de la Enfermería <sup>33</sup>, dicta una serie de normas morales de la profesión y por ello, los profesionales deben de adoptarlas y respetarlas. Inspira una conducta y defiende los derechos y los deberes de la profesión de enfermería. En los siguientes artículos, indica que:

- *Artículo 8: “Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste”.*
- *Artículo 9: “La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible”.*
- *Artículo 10: “Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo”.*
- *Artículo 11: “De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado”.*
- *Artículo 12: “La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por si mismo”.*
- *Artículo 13: “Si la Enfermera/o es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo”.*

Además, el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería <sup>12</sup>, en el artículo 1. 3 indica que: *“Las enfermeras se cercioran de que la persona y la familia reciben información comprensible, precisa, suficiente y oportuna, de manera adecuada para las necesidades culturales, lingüísticas, cognitivas y físicas del paciente, además de para su estado psicológico, en la cual basar el consentimiento para los cuidados y el tratamiento correspondiente”*.

El profesional debe estar capacitado para conocer y analizar las condiciones en las que se encuentra el paciente para la cual ejerce su autonomía <sup>34</sup>. Se debe de realizar una evaluación psicológica y física de manera individualizada, para detectar pacientes que no están preparados para recibir la comunicación de malos pronósticos. El profesional debe de considerar de qué manera y cuándo revelar el diagnóstico <sup>24</sup>.

En mayoría de los artículos revisados, se concluye que se debe priorizar el respeto por la verdad y velar por las mejores decisiones que se puedan tomar para el paciente, incluso si la familia defiende una perspectiva diferente <sup>28-31,35</sup>

Al aplicar de los cuatro principios de la bioética, pueden aparecer otros conflictos éticos. Decir la verdad, puede producir daños psicológicos al paciente, creando más estrés emocional, estado de depresión, mal afrontamiento ante la muerte, riesgos autolíticos y por ello, no se cumpliría el principio de beneficencia. En este caso, no decir la verdad no causaría daño al paciente, aplicando así el principio de no maleficencia. Por otro lado, revelar la verdad puede prevenir un posible estrés emocional en el futuro. El paciente podría prepararse para enfrentar la muerte y participar en el diseño de su propio plan de tratamiento de cuidados, cumpliendo así sus deseos antes de que la enfermedad limite su capacidad cognitiva para tomar decisiones. De esta manera, se respetaría el principio de autonomía del paciente <sup>29</sup>.

La comunicación clara y veraz que reciben los pacientes, respetando sus preferencias y deseos, tiene un efecto positivo y beneficioso en el afrontamiento, la calidad y el mejor manejo de los síntomas en el periodo terminal de la enfermedad <sup>36</sup>.

## **4.2 Conflictos presentes en el profesional de enfermería en la atención al paciente antes de la sedación:**

La atención en cuidados paliativos, requiere de competencias relacionales con el paciente y la familia, así como comunicativas y éticas. No se limita únicamente al control y manejo de los síntomas clínicos. Respetar la dignidad del paciente, así como los valores, es la evidencia de moralidad en el ejercicio del cuidado. Es la ética profesional la encargada en ofrecer cuidados de calidad respaldados por la evidencia científica <sup>36</sup>.

- *Adecuación del esfuerzo terapéutico:*

Un dilema frecuente al que se enfrenta el profesional de enfermería es determinar el límite de hasta dónde intervenir en el tratamiento de un paciente. En ciertas ocasiones, surge un conflicto con la familia, quienes demandan más intervenciones que no proporcionarán ningún beneficio al paciente. En este contexto, el profesional se encuentra en un dilema ético entre evaluar el posible beneficio frente a la no maleficiencia que pueda suponer el empleo de determinados tratamientos. El principal objetivo de los cuidados es promover el bienestar del paciente y asegurar la calidad de la atención brindada <sup>24</sup>.

En la práctica clínica de los cuidados paliativos para pacientes con cáncer terminal, surge un dilema con respecto a la nutrición e hidratación artificial. El objetivo principal del tratamiento nutricional es mejorar la calidad de vida de los pacientes. No se conoce hasta qué punto la alimentación artificial satisface las necesidades nutricionales del paciente de manera beneficiosa (principio de beneficiencia), o si, por el contrario, aumenta la carga del paciente sin proporcionar beneficios significativos (principio de no maleficiencia). La suplementación alimentaria en pacientes en estado terminal puede provocar síntomas relacionados con la sobrecarga hídrica, como edemas en las extremidades, ascitis, aumento de las secreciones pulmonares, además de requerir de técnicas invasivas que aumentan el malestar del paciente y el riesgo de aspiración <sup>30,35,37</sup>.

Las organizaciones de cuidados paliativos contemplan la retención de hidratación y nutrición, aunque se debe de realizar una valoración individualizada de cada paciente <sup>35</sup>.

Por otro lado, existen estudios que contemplan que puede suponer efectos beneficiosos como reducir la sensación de sed y producir menos náuseas crónicas. Esta medida puede conllevar un beneficio significativo a nivel psicológico para las familias, ya que disminuye la angustia y la preocupación relacionadas con la posibilidad de que el paciente muera debido a la desnutrición <sup>37</sup>.

Previamente, el equipo multidisciplinario debe valorar el pronóstico de la enfermedad, así como el estado nutricional del paciente, la mejora de la calidad de vida y el balance entre la no maleficencia y la beneficencia que pueda aportar la aplicación del tratamiento nutricional. Las medidas terapéuticas deben ser comunicadas al paciente, colaborando en la toma de decisiones informadas. El paciente tiene el derecho de aceptar o rechazar las medidas expuestas <sup>38</sup>.

La reanimación cardiopulmonar (RCP), es una intervención que se aplica a todo tipo de patologías, salvo que exista la orden específica de no reanimación. Sin embargo, la realización de esta intervención en pacientes terminales, cuando no existe la orden de no resucitar, produce dilemas en el profesional, ya que la efectividad de esta técnica es muy limitada <sup>34,35</sup>.

Es fundamental que el paciente elabore un documento de instrucciones previas, regulado por Ley 41/2002, de 14 de noviembre, artículo 11 <sup>20</sup>, donde tras conocer el pronóstico, las diferentes opciones de tratamiento y los cuidados, pueda elegir libremente la atención deseada. Este documento escrito se desarrolla para cumplir con los deseos del paciente antes de que la enfermedad le limite en la toma de decisiones. De esta manera, los conflictos éticos producidos en el profesional de enfermería serían eliminados, ya que las decisiones fueron tomadas previamente por el propio paciente <sup>20,38</sup>.

- *Dilemas éticos personales:*

Los profesionales de enfermería describen el dilema moral como un conflicto interno en el cual, en ocasiones, no pueden encontrar una solución definitiva, dejando el conflicto sin resolver. Se asume que este es un aspecto inevitable dentro de la profesión. Los dilemas se relacionan con esferas personales, entrelazándose con las experiencias individuales de los profesionales. *“Entro en crisis cuando los familiares me piden que no les diga la verdad a los pacientes. Quiero decir, si estuviera en su posición, querría saberlo, querría tomar las decisiones junto con el médico. Me gustaría elegir cómo vivir mi vida hasta el final”* <sup>36</sup>.

Existen aspectos que producen un mayor involucramiento emocional con el paciente, especialmente en enfermos con edades no seniles que sufren un empeoramiento de las condiciones clínicas debido al trato cercano que se establece. Se destaca que el profesional de enfermería, sufre mayor angustia moral con los pacientes que tienen recaídas, como en aquellos que sufren ingresos de larga estancia <sup>32</sup>. Las relaciones interpersonales no deben sobrepasar ciertos límites, y la enfermera debe saber gestionarlas manteniendo un alto grado de profesionalismo, evitando que se vuelvan demasiado personales. Esta dinámica es compleja y desafiante para el profesional. *“La participación siempre está ahí. Pero no es ese tipo de involucramiento el que te hace decir: “me llevaré el dolor de ese paciente a casa”, consiste en entrar en una relación desafiante y exigente con esa persona”* <sup>32,36</sup>.

- *El acompañamiento al final de la vida. Lugar de la muerte.*

El hecho de que los pacientes no puedan expresar sus deseos, no estén rodeados de familiares o que sus deseos no se cumplan debido a las ideas autoritarias de sus seres queridos, son situaciones que aumentan el estrés moral debido a los conflictos que pueden surgir <sup>32</sup>.

El deterioro de la condición humana, que implica la alteración de todas las esferas del ser humano, y por tanto, la consiguiente dependencia de cuidados por parte de terceros, son razones por las cuales los cuidados paliativos son más factibles en un entorno hospitalario que en los propios hogares. Para cumplir con el deseo del paciente de fallecer en su domicilio, es imprescindible contar con programas de

atención de cuidados paliativos en los cuales la familia y los cuidadores estén profundamente involucrados. Se requiere una adecuada derivación de recursos al domicilio del paciente y una educación sanitaria continua para las personas encargadas del cuidado del paciente en su hogar <sup>30</sup>.

### **4.3 Conflictos en la sedación paliativa:**

La sedación terminal, implica reducir de manera intencional el nivel de conciencia del paciente utilizando medicamentos adecuados con el fin de aliviar el sufrimiento causado por síntomas difíciles de controlar en una enfermedad grave, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a corto plazo, autorizado por el consentimiento de manera implícita, explícita o delegada por el paciente <sup>37</sup>. Una vez aplicada la sedación, es irreversible y conduce a un estado de inconsciencia hasta el final de la vida del paciente <sup>39</sup>.

Los síntomas refractarios en pacientes oncológicos terminales están caracterizados por la falta de control, pese a la identificación de una terapia tolerable que no altere los niveles de conciencia. Se caracterizan por un estado de delirio terminal, donde se experimentan síntomas psicológicos como la ansiedad, fuertes miedos y angustia, junto con disnea, dolor, y vómitos. Se pueden desarrollar en un periodo de días o semanas antes de que se produzca la muerte del paciente. La intervención más recurrente para afrontar estos síntomas es la sedación paliativa o terminal <sup>37,40,41</sup>.

Ante la administración de la sedación, se ha demostrado que los profesionales sanitarios sufren conflictos y dilemas éticos, debidos al sufrimiento de las familias y del propio paciente <sup>40,41</sup>.

Para los profesionales de enfermería, proporcionar una muerte pacífica es la principal intención y finalidad ante la administración de la sedación. Con ello, aparecen algunos conflictos éticos relacionados:

- *La administración de los fármacos y las correspondientes dosis:*

Se reevalúa si tras la administración de la medicación empleada se consigue el efecto deseado, observándose que en ocasiones se administran fármacos que no logran reducir el sufrimiento del paciente, lo cual puede depender de su tolerancia y del grado de agitación, entre otros factores. Es necesario probar con diferentes medicamentos hasta encontrar el efecto deseado. Durante este proceso, el paciente continúa experimentando malestar y los profesionales se preguntan si su estado es indicativo de un proceso de muerte inminente o simplemente se trata de una agitación temporal<sup>40</sup>. En ocasiones, estas situaciones conllevan a que los profesionales menos experimentados sufran incertidumbre sobre la identificación de síntomas refractarios<sup>41</sup>.

- *Sentimiento de culpa donde las enfermeras creen haber causado la muerte del paciente:*

Se ha observado que las enfermeras más experimentadas muestran mayor seguridad al administrar la sedación paliativa, frente a las que tienen una menor experiencia<sup>41</sup>. Aunque puedan experimentar cierta incertidumbre sobre si la medicación acelera el proceso de muerte, priorizan el objetivo de proporcionar el mayor bienestar y crear un efecto beneficioso para el paciente<sup>37,39,40</sup>. Sin embargo, existe evidencia adicional que contradice esta especulación. Según otro estudio, se encontró que la aplicación de sedación paliativa no acelera el proceso de fallecimiento en comparación con pacientes que no recibieron este tratamiento<sup>37</sup>.

- *Sedar a una persona joven:*

Los dilemas sobre el impacto que puede tener la aplicación de sedación paliativa en personas jóvenes eran más acuciantes. Aumentaba la preocupación de que el paciente estuviera experimentando una agitación reversible. La familia también experimenta un proceso de sufrimiento e impotencia debido al rápido deterioro del paciente. Los familiares desean que los profesionales tomen el control de la situación y respondan a sus demandas. Escuchar las peticiones desesperadas de los familiares, hace que el profesional de enfermería experimente sentimientos de angustia e

impotencia, así como la adopción de una actitud más cautelosa ante la administración de la sedación paliativa <sup>32,40</sup>.

- *Solicitudes de sedación y creencias de que la unidad de cuidados paliativos, es un lugar donde se acelera la muerte:*

Algunas opiniones expresadas por los familiares acerca de la sedación, generan malestar entre las enfermeras, debido a que se sugiere que las enfermeras, tras la administración de la sedación, aceleran el proceso de fallecimiento <sup>41</sup>.

Por el contrario, muchos otros experimentan alivio tras la administración, ya que observan a su ser querido sin manifestaciones de agitación o agresividad, lo que podría causar lesiones físicas, además de malestar emocional. El estado de confort del paciente permite que los seres queridos tengan un tiempo de calidad junto con el enfermo. La administración de la sedación paliativa a petición de la familia en pacientes que no tienen capacidad de elección debido a su estado de delirio, plantea un dilema ético, ya que los profesionales tienen la necesidad de recordar que el objetivo es tratar al paciente con este tipo de tratamiento, no a la familia <sup>40</sup>.

Se demuestra que las enfermeras no perciben una carga emocional grande cuando se seda a pacientes que tienen síntomas refractarios, en cambio sufren cuando no se aplica a pacientes moribundos que los presentan <sup>41</sup>.

Por otra parte, se presenta la doctrina del doble efecto. Establece que las consecuencias de una acción deben tener un balance favorable de efectos positivos sobre los negativos. En el contexto específico de la aplicación de la sedación paliativa, esta doctrina entra en juego. Por un lado, el efecto positivo consiste en aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad. Sin embargo, este efecto beneficioso se enfrenta a una serie de efectos negativos potenciales, como la debilidad extrema, la pérdida de la capacidad de alimentarse y la disminución del estado de conciencia.

Esta doctrina sostiene que una acción con múltiples efectos, donde al menos uno es bueno, es moralmente permisible si: la acción misma es moralmente aceptable, si se busca intencionalmente el efecto favorable, o si existe una proporcionalidad entre los efectos buenos y malos, y si se cumple la regla de proporcionalidad, que dicta que el efecto positivo debe superar en importancia a los efectos negativos <sup>37,39</sup>.

A pesar de los riesgos asociados, la sedación terminal se considera una intervención terapéutica necesaria y éticamente adecuada, siempre y cuando se practique con respeto a los principios de buena praxis <sup>39</sup>.

#### **4.4 El entorno familiar:**

A lo largo de la revisión bibliográfica, se ha determinado la relevancia y el impacto que la familia y los seres queridos pueden tener en el proceso de atención de cuidados paliativos en pacientes con cáncer <sup>28,30,31,34,36,37,40,42</sup>.

Los cuidados paliativos se rigen de un modelo integrador paciente-familia o cuidador, donde la asistencia está basada en la valoración integral de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales del paciente y sus familiares. La atención es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar <sup>27</sup>.

Considerar a los familiares de los pacientes es un pilar fundamental en los cuidados paliativos. Las decisiones y actitudes de la familia hacia el paciente pueden generar angustia moral entre los profesionales de enfermería. Actitudes y decisiones impuestas de manera autoritaria, contrarias a los valores y principios de los profesionales, causan malestar y angustia en estos últimos. La soledad que experimentan los pacientes al final de sus vidas, debido al abandono de familiares que no pueden soportar la situación de ver a su ser querido en estado terminal, es un fenómeno común. El profesional de enfermería lo experimenta como angustioso <sup>32</sup>.

Las causas de los conflictos entre familiares son multidimensionales. Pueden ocurrir debido a que un familiar no brinda suficiente atención al enfermo, falta un consenso claro sobre la coordinación de la atención, la definición de quiénes son los individuos a los que se les debería considerar familia, surgen conflictos pasados, hay incertidumbre sobre quién debería asumir la responsabilidad en la toma de decisiones, la necesidad de ocultar la verdad al ser querido, así como la ocultación del pronóstico y la progresión de la enfermedad <sup>42</sup>.

- *Comunicación con la familia:*

Para prevenir conflictos durante la atención de los cuidados paliativos, es pertinente que existan conversaciones tempranas entre el paciente, los familiares y los profesionales de la salud con el fin de aclarar las preferencias de los cuidados paliativos, antes de que el nivel cognitivo de los enfermos esté tan deteriorado que no sean capaces de tomar decisiones por su propia voluntad y sean otros quienes las tomen <sup>37,41,42</sup>.

En el transcurso de estas interacciones, es crucial considerar varios aspectos. Esto incluye determinar qué información desean recibir los pacientes, cómo prefieren recibirla, además de facilita la consecución de acuerdos compartidos entre la familia y el paciente en cuanto a los objetivos de su atención médica. Una reunión familiar puede ser aprovechada para proporcionar orientación individualizada sobre diversos aspectos relacionados con la progresión de la enfermedad, incluyendo qué esperar a medida que avanza, cómo manejar el fallecimiento en el hogar, en un hospital, cómo abordar el tema de la muerte y despedirse, así como las múltiples demandas asociadas con el cuidado, resaltando también sus aspectos positivos. Estas intervenciones tienen un impacto significativo en el bienestar emocional tanto del paciente como de sus seres queridos y mejora el afrontamiento ante la muerte inminente <sup>37,42</sup>.

#### **4.5 Manejo de los conflictos éticos:**

La dimensión moral se presenta como un desafío para las enfermeras cuando se encuentran en la situación de tener que tomar decisiones éticas o morales respecto a un tratamiento en particular, o cuando los cuidados que deben proporcionar entran en conflicto con sus valores personales o profesionales <sup>32</sup>.

La habilidad para gestionar de manera más efectiva los conflictos éticos, que puedan surgir en la práctica clínica de los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en edad adulta, depende en gran medida de la experiencia que tenga el profesional de enfermería. Los profesionales con menos experiencia, sufren más dilemas éticos que los profesionales que tiene más experiencia <sup>34,40</sup>.

Para mejorar la calidad de la atención en cuidados paliativos, es fundamental proporcionar una formación adecuada a los profesionales para que puedan afrontar las situaciones de terminalidad de los pacientes de manera eficaz, adquiriendo los conocimientos adecuados para el correcto manejo de situaciones donde los conflictos éticos son frecuentes <sup>26,32</sup>. Es necesario que los profesionales actualicen el conocimiento y comprendan la filosofía de los cuidados paliativos. Los profesionales deben saber integrar la bioética en la práctica diaria de la profesión. Es crucial que las universidades y otras instituciones encargadas de la formación de los profesionales inculquen los valores y la filosofía que caracterizan este tipo de cuidados desde el principio de su formación <sup>27,34,35,41</sup>.

El profesional de enfermería siente alivio y tranquilidad cuando percibe el compañerismo y el apoyo de otros profesionales <sup>40</sup>. Es considerado como una de las mejores maneras de afrontar la angustia moral que surge tras la necesidad de una toma de decisiones que replantean los valores morales <sup>32</sup>.

En situaciones clínicas que presentan dificultades significativas en su manejo, especialmente cuando los conflictos éticos adquieren un nivel más complejo y afectan a todo un equipo multidisciplinario, es recomendable considerar la exposición del caso en un comité de bioética. Esta medida permite explorar diversas perspectivas y buscar posibles soluciones en conjunto <sup>26,35</sup>.

Es importante que el profesional también adopte medidas de autocuidado. Consultar a un psicólogo puede ser beneficioso, ya que brinda al profesional la oportunidad de expresar sus pensamientos, compartir sus experiencias, reflexionar sobre posibles acciones y afrontar de manera más efectiva las limitaciones que pueden surgir en la práctica del cuidado <sup>32,34</sup>.

Los conflictos familiares secundarios a desarrollo o presencia de enfermedades relacionadas con la salud mental, pueden prevenirse mediante la comunicación apropiada, la detección precoz y las consiguientes derivaciones a profesionales correspondientes. Es crucial que los profesionales de la salud eviten distanciarse de los pacientes y sus seres queridos en momentos difíciles. Para lograr una comunicación efectiva, los profesionales de enfermería deben emplear estrategias

como la escucha activa para comprender completamente las preocupaciones del otro individuo y mostrar empatía <sup>35,42</sup>.

También es importante replantear los conflictos como problemas mutuos que pueden resolverse juntos y generar ideas para solucionarlos sin criticar, manteniéndose receptivos a todas las propuestas iniciales. Esto garantizará que los profesionales manejen adecuadamente la comunicación, que es una herramienta crucial en la atención ofrecida por el profesional de enfermería <sup>42</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos son una solución para llenar el vacío de la atención brindada a los pacientes terminales, tratando de disminuir los síntomas refractarios de la enfermedad terminal. Fomentan la compañía, el confort, el control del dolor, la autonomía, el apoyo espiritual, la dignidad, el respeto hacia la verdad y la propia participación del paciente en la toma de decisiones.

Las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería en pacientes paliativos oncológicos en edad adulta, se fundamentan en los cuatro principios bioéticos, los cuales están reflejados en el Código Deontológico y el Código Ético de la profesión.

Es necesario comunicar al paciente y a sus familiares la correcta conceptualización de los cuidados paliativos, así como las intervenciones disponibles, de manera individualizada.

Para garantizar una atención adecuada y de calidad, es fundamental reducir al mínimo los conflictos éticos. Esto se puede lograr mediante la implementación del testamento vital o documento de instrucciones previas elaborado por el paciente.

Los desafíos que enfrenta el profesional de enfermería en el área descrita, incluyen la toma de decisiones, la incertidumbre, la falta de preparación y la ausencia de conocimientos. Es de gran importancia la formación específica en cuidados paliativos tanto para los futuros profesionales en el pregrado, como para los que ya ejercen la profesión, impartándose una visión integradora de la bioética en la práctica clínica.

La necesidad de trabajar de manera multidisciplinaria y emplear una buena comunicación entre profesionales es fundamental para aliviar la carga de las enfermeras cuando surgen opiniones contradictorias en el equipo, especialmente en la atención de los pacientes descritos.

Las limitaciones identificadas durante la realización de este trabajo abarcan la escasez de investigaciones sobre cómo los profesionales abordan los dilemas éticos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
2. Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. enero de 2017 [citado 29 de febrero de 2024];30(40):129-50. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v30n40/v30n40a07.pdf>
3. Hernández Arellano F. El significado de la muerte. Revista digital universitaria [Internet]. 2006 [citado 28 de febrero de 2024];7(8):2-7. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-digital-universitaria/articulo/el-significado-de-la-muerte>
4. Philippe. A. Historia de la muerte en occidente [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://descargarlibrosenpdf.files.wordpress.com/2017/07/aries-philippe-historia-de-la-muerte-en-occidente.pdf>
5. Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. enero de 2017 [citado 29 de febrero de 2024];30(40):129-50. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. López FRJ, López PR, del Mar Díaz Cortés M. Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud: Proceso oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo. Universidad Almería [Internet] Edual; 2017 [citado 1 de Mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/193639/58626.pdf?sequence=1>

7. Grande LF, Guillén DMG, Gonzalez MAS. Bioética: el estado de la cuestión [Internet]. Triacastela; 2011 [citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=898772>
- 8.Codigo-de-Nuremberg.pdf [Internet]. [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ancei.es/wp-content/uploads/2019/10/Codigo-de-Nuremberg.pdf>
9. Aparisi S, Carlos J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. marzo de 2010 [citado 29 de febrero de 2024];(22):121-57. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-92732010000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-92732010000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Mercadé AB. Ayudar a morir ayudar para morir [Internet]. Edición propia; diciembre de 2023 [citado 29 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://ablancomer.com/wp-content/uploads/2024/02/AYUDAR-A-MORIR-AYUDAR-PARA-MORIR\\_.pdf](https://ablancomer.com/wp-content/uploads/2024/02/AYUDAR-A-MORIR-AYUDAR-PARA-MORIR_.pdf)
11. Parra Pineda MO. La deliberación en la toma de decisiones bioético clínicas según Diego Gracia. rev investig andin [Internet]. 30 de agosto de 2018 [citado 23 de febrero de 2024];20(37):27-40. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/981>
12. ICN\_Code of Ethics [Internet]. [citado 13 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)
13. Khaghanizadeh M, Koochi A, Ebadi A, Vahedian-Azimi A. The effect and comparison of training in ethical decision-making through lectures and group discussions on moral reasoning, moral distress and moral sensitivity in nurses: a clinical randomized controlled trial. BMC Med Ethics [Internet]. 4 de agosto de 2023 [citado 14 de febrero de 2024];24:58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10403849/>
14. WHO. Cáncer [Internet]. [citado 14 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/cancer>

15. Xiao J, Ding J, Huang C. Notion of a good death for patients with cancer: a qualitative systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 10 de mayo de 2022 [citado 14 de febrero de 2024];12(5):e056104. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/5/e056104.abstract>
16. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 12 de febrero de 2024];(6). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011129.pub2/full/es>
17. WHO. Cuidados paliativos [Internet]. [citado 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
18. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1 de septiembre de 1999 [citado 15 de mayo de 2024];49(6):727-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699000982>
19. Izumi S (Seiko), Nagae H, Sakurai C, Imamura E. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nurs Ethics* [Internet]. 1 de septiembre de 2012 [citado 9 de febrero de 2024];19(5):608-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733011436205>
20. BOE-A-2002-22188 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. [Internet]. [citado 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&tn=1&p=20230301>
21. PlanNacional.pdf [Internet]. [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf>
22. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee J, De Lima L, Pons Izquierdo J, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe [Internet] 2019. [citado 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/eapc-atlas-de-cuidados-paliativos-en-europa-2019/>

23. SEOM 2022 - La grave situación de los cuidados paliativos en España. Univadis. [Internet]. 2022 [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.univadis.es/viewarticle/seom-2022-la-grave-situaci%25C3%25B3n-de-los-cuidados-paliativos-2022a1002521>
24. Ferreira MC de Q, Oliveira MAN, Assis TAVAO de, Fontoura EG, Oliveira MBP, Gonçalves K dos SN, et al. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado da pessoa em tratamento oncológico. Rev baiana enferm [Internet]. 2021 [citado 16 de marzo de 2024];e43346-e43346. Disponible en: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502021000100347](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502021000100347)
25. NNNconsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2014 [Internet]. NANDA International; c2016 [Citado 29 abril 2024]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
26. Buitrago J. Strategies to Mitigate Moral Distress in Oncology Nursing: Clinical Journal of Oncology Nursing. CLIN J ONCOL NURS [Internet]. febrero de 2023 [citado 10 de marzo de 2024];27(1):87-91. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=161537190&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
27. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon>
28. Truth telling in palliative care nursing: the dilemmas of collusion. Int J Palliat Nurs [Internet]. julio de 2006 [citado 16 de marzo de 2024];12(7):341-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16926733/>
29. Kendall M. Truth-telling and collusion: the ethical dilemmas of palliative nursing. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2 de julio de 1995 [citado 1 de abril de 2024];1(3):160-4. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/ijpn.1995.1.3.160>

30. Chiu TY, Hu WY, Huang HL, Yao CA, Chen CY. Prevailing ethical dilemmas in terminal care for patients with cancer in Taiwan. *J Clin Oncol* [Internet]. 20 de agosto de 2009 [citado 5 de abril de 2024];27(24):3964-8. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20220522032752id\\_/http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173397/1/27.pdf](https://web.archive.org/web/20220522032752id_/http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173397/1/27.pdf)
31. Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues: *Eastern Mediterranean Health Journal*. *EAST MEDITERRANEAN HEALTH J* [Internet]. abril de 2010 [citado 10 de marzo de 2024];16(4):442-7. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104153335&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
32. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study: *Nursing Ethics*. *NURS ETHICS* [Internet]. agosto de 2021 [citado 15 de marzo de 2024];28(5):614-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267730/>
33. Código-deontológico [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo-deontologico-2023.pdf>
34. Oliveira AC de, Sá L, Silva MJP da. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. junio de 2007 [citado 11 de marzo de 2024];60:286-90. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PphHsnvGjC4JpSgJF8GyX5q/?lang=pt>
35. McCabe MS, Coyle N. Ethical and Legal Issues in Palliative Care: Seminars in Oncology Nursing. *SEMIN ONCOL NURS* [Internet]. noviembre de 2014 [citado 26 de marzo de 2024];30(4):287-95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208114000710>

36. De Panfilis L, Di Leo S, Peruselli C, Ghirotto L, Tanzi S. «I go into crisis when ...»: ethics of care and moral dilemmas in palliative care. BMC Palliat Care [Internet]. 9 de agosto de 2019 [citado 24 de marzo de 2024];18(1):70. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-019-0453-2>
37. Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez Insignares C, Quintero Carreño V, Martínez Vásquez C, Agámez Insignares C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. Revista Colombiana de Cancerología [Internet]. marzo de 2022 [citado 1 de mayo de 2024];26(1):3-13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0123-90152022000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-90152022000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
38. Del Olmo-García MD, Moreno-Villares JM, Álvarez-Hernández J, Ferrero-López I, Bretón-Lesmes I, Virgili-Casas N, et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. Nutrición Hospitalaria [Internet]. agosto de 2022 [citado 28 de abril de 2024];39(4):936-44. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112022000600027&lng=es&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112022000600027&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
39. Azulay Tapiero A. La sedación terminal: Aspectos éticos. Anales de Medicina Interna [Internet]. diciembre de 2003 [citado 11 de marzo de 2024];20(12):49-53. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-71992003001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992003001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. De Vries K, Plaskota M. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. Palliative & Supportive Care [Internet]. 2017 [citado 9 de marzo de 2024];15(2):148-57. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1884659846/abstract/AA87493CB071447EPQ/1>
41. Morita T, Miyashita M, Kimura R, Adachi I, Shima Y. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy: Palliative Medicine. PALLIAT MED [Internet]. septiembre de 2004 [citado 12 de marzo de 2024];18(5):550-7. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/0269216304pm911oa>

42. Lichtenthal WG, Kissane DW. The management of family conflict in palliative care. *Prog Palliat Care* [Internet]. 1 de febrero de 2008 [citado 25 de marzo de 2024];16(1):39-45. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/096992608X296914>

## 7. ANEXOS:

### ○ ANEXO 1

El plan de cuidados paliativos elaborado por la Asociación Española de Cuidados Paliativos <sup>6</sup>.

| <b>1º Patrón Percepción – control de la salud</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Diagnóstico</b>  | <b>Intervenciones NIC</b>   | <b>Resultados NOC</b>   |
| <b>Gestión ineficaz de la salud familiar (00080).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Conflicto de decisiones.</li> <li>· Conflicto familiar.</li> </ul> · Régimen terapéutico complejo  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo al cuidador principal (7040)</li> <li>- Fomentar la implicación familiar (7110)</li> <li>- Movilización familiar (7120)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalización de la familia (2604).</li> <li>- Participación de la familia en las asistencia sanitaria profesional (2605)</li> </ul> |
| <b>2º Patrón nutricional- metabólico</b>  |   |   |
| <b>Deterioro de la mucosa oral (00045).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Lesiones post tratamiento.</li> <li>· Tumores.</li> <li>· Infección ...</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restablecimiento de la salud bucal (1730)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad tisular: piel y mem- branas mucosas (1101)</li> <li>- Salud oral (1100)</li> </ul>  |
| <b>Desequilibrio nutricional por defecto (00002).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Ingesta diaria insuficiente</li> <li>· Trastorno psicológico</li> <li>· Factores biológicos.</li> </ul> · Incapacidad para absorber, digerir o ingerir alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda para ganar peso (1240)</li> <li>- Manejo de la nutrición (1100)</li> <li>- Manejo de los trastornos de la alimentación (1013)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado nutricional (1004)</li> <li>- Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009)</li> </ul>                                   |
| <b>Deterioro de la integridad cutánea (00046).</b><br>· R/C: agentes externos (fármacos, edades, factor mecánico...) e internos (alteraciones corporales)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de las heridas (3660)</li> <li>- Cuidados de las úlceras por presión (3520)</li> <li>- Cuidados del sitio de incisión (3440)</li> <li>- Vigilancia de la piel (3590)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad tisular: piel y mem- branas mucosas (1101)</li> </ul>   |
| <b>3º Patrón eliminación</b>  |   |   |
| <b>Estreñimiento (00011) o Diarrea (00013).</b><br>· R/C: factores farmacológicos, fisiológicos, funcionales, mecánicos y psicológicos.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control intestinal (430)</li> <li>- Manejo del estreñimiento / impacción fecal (450)</li> <li>- Manejo de la diarrea (460)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminación intestinal (501)</li> <li>- Continencia intestinal (500)</li> </ul>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | - Manejo de la medicación (2380)   |   |
| <b>4º Patrón actividad-ejercicio</b>   |  |   |
| <b>Deterioro de la movilidad física (00085).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Agentes farmacológicos</li> <li>· Alteración de la función cognitiva.</li> <li>· Alteración del metabolismo. <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ansiedad</li> <li>· Contracturas</li> <li>· Depresión ...</li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la mecánica corporal (140)</li> <li>- Terapia de ejercicios: ambulación (221)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambular (200)</li> <li>- Movilidad (208)</li> </ul>  |
| <b>5º Patrón sueño- descanso</b>   |  |   |
| <b>Insomnio (00095).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Agentes farmacológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ansiedad, temor ...</li> <li>· Depresión</li> <li>· Duelo</li> </ul> </li> <li>· Factores estresantes <ul style="list-style-type: none"> <li>· Malestar físico.</li> </ul> </li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del estado de ánimo (5330)</li> <li>- Mejorar el sueño (1850)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueño (4)</li> </ul>   |
| <b>6º Patrón cognoscitivo – perceptivo</b>   |  |   |
| <b>Dolor agudo (00132) y Dolor crónico (00133).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Manejo ineficaz del tratamiento farmacológico.</li> <li>· Desconocimiento de factores que agudizan el dolor.</li> <li>· Desconocimiento de posturas antiálgicas.</li> <li>· Inmovilidad, zonas de presión o posición inadecuada.</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de analgésicos (2210)</li> <li>- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (2400)</li> <li>- Manejo de la sedación (2260)</li> <li>- Manejo del dolor (1400) <ul style="list-style-type: none"> <li>· Manejo de la medicación (2380)</li> </ul> </li> <li>- Manejo del dolor (1400)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del dolor (1605)</li> <li>- Nivel del dolor (2102)</li> <li>- Toma de decisiones (906)</li> </ul>  |
| <b>7º Patrón autopercepción y autoconcepto</b>   |  |   |
| <b>Ansiedad (00146) y Ansiedad ante la muerte (00147) y Temor (00148).</b> R/C:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· Conocimiento real o imaginario de la ET, efectos secundarios del tratamiento, al dolor...</li> <li>· Pérdida real o imaginaria de bienes y familiares. <ul style="list-style-type: none"> <li>· Conciencia de muerte cercana.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el afrontamiento (5230)</li> <li>Terapia de relajación (6040)</li> <li>- Apoyo espiritual (5420)</li> <li>- Cuidados en la agonía (5260)</li> <li>Disminución de la ansiedad (5820)</li> <li>- Potenciación de la seguridad (5380)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de ansiedad (1211)</li> <li>- Nivel de ansiedad social (1216) <ul style="list-style-type: none"> <li>· Esperanza (1201)</li> <li>· Muerte confortable (2007)</li> <li>· Muerte digna (1307)</li> <li>· Salud espiritual (2001)</li> <li>· Autocontrol del miedo (1404)</li> </ul> </li> <li>- Nivel de miedo (1210)</li> </ul> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Trastorno de la imagen corporal (00118), Baja autoestima situacional (00120). R/C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificaciones corporales.</li> <li>• Pérdida de función en los miembros.</li> <li>• Perdida del rol que ocupaba en el núcleo familiar.</li> <li>• Sentimiento de dependencia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de la imagen corporal (5220)</li> <li>- Potenciación de la autoestima (5400)</li> <li>- Mejorar el afrontamiento (5230)</li> </ul>  | <p>Imagen corporal (1200)<br/>Autoestima (1205)</p>   |
| <b>8 ° Patrón rol-relaciones</b>   |   |   |
| <p><b>Duelo complicado (00135) y Duelo (00136). R/C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdida prevista</li> <li>• Pérdida real</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento (5240)</li> <li>- Facilitar el duelo (5290)</li> <li>- Potenciación de roles (5370)</li> <li>- Facilitar el duelo (5290)</li> <li>- Mejorar el afrontamiento (5230)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de depresión (1208)</li> <li>- Resolución de conflictos (1304)</li> <li>- Resiliencia familiar (2608)</li> </ul> |
| <b>9 ° Patrón sexualidad – función reproducción</b>  |   |   |
| <p><b>Disfunción sexual (00059). R/C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la estructura corporal</li> <li>• Alteración de la función corporal.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento sexual (5248)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamiento sexual (119)</li> </ul>   |
| <b>10 ° Patrón de adaptación y tolerancia al estrés</b>  |   |   |
| <p><b>Afrontamiento defensivo (00071). R/C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La negación de la propia enfermedad, del deterioro de la imagen corporal, de la incapacidad para desempeñar su rol familiar y/o profesional.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la resiliencia (8340)</li> <li>- Mejorar el afrontamiento (5230)</li> <li>- Potenciación de la autoconciencia (5390)</li> <li>- Potenciación de la autoestima (5400)</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afrontamiento de problemas (1302)</li> </ul>   |
| <b>11 ° Patrón de valores-creencias</b>  |   |   |
| <p><b>Sufrimiento espiritual (00066). R/C:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad</li> <li>• Muerte inminente</li> <li>• Proceso de agonía</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar el crecimiento espiritual (5426)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud espiritual (2001)</li> </ul>   |

○ **ANEXO 2**

Tabla de elaboración propia donde se añaden los artículos empleados para la elaboración de la revisión bibliográfica. Los artículos (1-12), comprenden los resultados encontrados durante la revisión bibliográfica. Los artículos (13-16), han sido facilitados por la tutora.

| <b>TÍTULO, AUTOES Y AÑO DE PUBLICACIÓN</b>  | <b>TIPO DE ESTUDIO</b>   | <b>RESUMEN DE LAS PRINCIPALES IDEAS</b>   |
|---|--|---|
| 1. Truth telling in palliative care nursing, dilemmas of collusion <sup>28</sup> .<br><br><i>R Vivian</i><br><br>2006   | Estudio de un caso.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir la verdad.</li> <li>• La influencia que tiene la familia en ocultar la verdad a su ser querido y la colusión.</li> <li>• Utilitarismo, deontología, 4 principios bioéticos.</li> <li>• Emociones.</li> <li>• Manejo de los conflictos éticos en los profesionales.</li> </ul>                |
| 2. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer <sup>40</sup> .<br><br><i>Kay De Vries y Marek Plaskota</i><br><br>2017 | Estudio cualitativo.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilemas en la sedación paliativa: causar la muerte, sedar a los jóvenes, ajustar los medicamentos, el sufrimiento del paciente, solicitudes de sedación por la familia y creencias de que cuidados paliativos es para adelantar la muerte</li> <li>• Manejo: Apoyo entre profesionales.</li> </ul> |
| 3. "I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care <sup>36</sup> .<br><br><i>L De Panfilis, S Di Leo, C Peruselli, L Ghirotto, S Tanzi</i><br><br>2019    | Estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La moralidad es brindar atención global; la moral es saber relacionarse con los pacientes; la moralidad es reconocer los principios morales; dimensión moral y comunicación; y los dilemas morales son conflictos individuales.</li> </ul>   |
| 4. Prevailing Ethical Dilemmas in Terminal Care for Patients With Cancer in Taiwan <sup>30</sup> .  | Estudio multicéntrico cualitativo a través de un cuestionario. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir la verdad.</li> <li>• Lugar del cuidado y de la muerte.</li> <li>• Comunicación.</li> <li>• Uso de antibióticos.</li> <li>• Nutrición e hidratación.</li> </ul>  |

|  |                             |  |
|--|-----------------------------|--|
| <p><i>Tai-Yuan Chiu, Wen-Yu Hu, Hsien-Liang Huang, Chien-An Yao, and Ching-Yu Chen</i></p> <p>2009</p>   |                             |  |
| <p>5. The management of family conflict in palliative care <sup>42</sup>.</p> <p><i>Wendy G. Lichtenthal &amp; David W. Kissane</i></p> <p>2008</p>    | <p>Estudio de revision.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del conflicto familiar.</li> <li>• Causas de conflictos familiares.</li> <li>• Consecuencias de conflictos familiares en la atención del enfermo.</li> <li>• Necesidad de planear unos cuidados paliativos antes de que la persona este incapacitada y la familia decida por el. Es causa de conflictos entre la familia.</li> <li>• La necesidad de incluir a la familia dentro de los cuidados del paciente.</li> </ul>  |
| <p>6. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal <sup>34</sup>.</p> <p><i>AC Oliveira, L Sá, MJP Silva</i></p> <p>2007</p> | <p>Estudio cualitativo</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La comprensión de un dilema ético en el profesional de enfermería.</li> <li>• Identificación y reconocimiento del derecho de autonomía del paciente.</li> <li>• Decir la verdad.</li> <li>• Comunicación de información, colusión. Peticiones de la familia</li> <li>• No reanimación.</li> <li>• Sentimiento de impotencia frente a la terminalidad.</li> <li>• Necesidad de más formación en el profesional sobre los cuidados paliativos.</li> <li>• Manejo de los conflictos éticos en el profesional de enfermería.</li> </ul> |
| <p>7. La sedación terminal, aspectos éticos <sup>39</sup>.</p> <p><i>A. Azulay Tapiero</i></p> <p>2003</p>   | <p>Estudio de revisión.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El concepto de la bioética y su aplicación.</li> <li>• La sedación terminal: concepto y doctrina de doble efecto.</li> <li>• Eutanasia: concepto.</li> </ul>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencias entre eutanasia y sedación paliativa.</li> <li>• Ventajas de la correcta aplicación de sedación paliativa al enfermo que lo necesita.</li> </ul>  |
| <p>8. Ethical and legal issues in palliative care <sup>35</sup>.</p> <p><i>MS McCabe, N Coyle</i></p> <p>2014</p>   | Estudio de revision                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustentación teórica de los cuidados paliativos</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Conflicto entre familiar y paciente.</li> <li>• Hidratación y nutrición.</li> <li>• Reanimación cardiopulmonar.</li> <li>• Importancia cultural.</li> <li>• Decir la verdad.</li> </ul>   |
| <p>9. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study <sup>32</sup>.</p> <p><i>EL De Brasi, N Giannetta, S Ercolani, ELM Gandini, D Moranda, G Villa, DF Manara</i></p> <p>2021</p>                                       | Estudio cualitativo hermenéutico fenomenológico | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La angustia moral en la profesión ante situaciones poco satisfactorias: soledad, ideas autoritarias de los familiares, falta de comunicación entre profesionales.</li> <li>• Sentimientos angustiosos.</li> <li>• Estrategias para afrontar el sufrimiento moral.</li> <li>• Recuperarse de acontecimientos moralmente angustiosos.</li> <li>• Efectos beneficiosos en educación al final de la vida.</li> <li>• Acompañamiento al final de la vida.</li> </ul> |
| <p>10. Disclosing the truth to terminal care patient: a discussion of ethical and cultural issues <sup>31</sup>.</p> <p><i>G.A. Kazdaglis, C. Arnaoutoglou, D. Karypidis, G. Memekidou, G. Spanos and O. Papadopoulos</i></p> <p>2010</p> | Estudio de revisión                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir la verdad</li> <li>• Afrontamiento de conflictos entre beneficencia y no maleficencia en el momento de decir la verdad al paciente.</li> <li>• Utilitarismo, deontología, autonomía.</li> <li>• Diferentes perspectivas culturales que se contemplan a nivel mundial.</li> </ul>  |
| <p>11. Strategies to mitigate moral distress in oncology nursing <sup>26</sup>.</p>   | Estudio de un caso.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de los profesionales de enfermería.</li> <li>• Experiencia laboral adquirida.</li> </ul>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><i>J. Buitrago</i></p> <p>2023</p>  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La influencia del entorno de trabajo.</li> <li>• Las limitaciones y experiencias vividas durante la pandemia COVID-19.</li> </ul>   |
| <p>12. Dilemas éticos vivenciados pela equipe de saúde no cuidado da pessoa em tratamento oncológico <sup>24</sup>.</p> <p><i>Ferreira, Maryana Carneiro de Queiroz; Oliveira, Marluce Alves Nunes</i></p> <p>2021</p>   | <p>Estudio exploratorio y descriptivo de abordaje cualitativo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La comprensión de un dilema ético en el profesional de enfermería.</li> <li>• Decir la verdad.</li> <li>• Comunicación de información, colusión. Peticiones de la familia</li> <li>• No reanimación.</li> <li>• Sentimiento de impotencia frente a la terminalidad.</li> <li>• Necesidad de más formación en los profesionales para abordar los cuidados paliativos.</li> </ul> |
| <p>13. Truth telling and collusion: the ethical dilemmas of palliative nursing <sup>29</sup>.</p> <p><i>Margaret Kendall</i></p> <p>1995</p>   | <p>Estudio de un caso</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decir la verdad.</li> <li>• Enfrentamiento de los principios de beneficencia y no maleficencia.</li> <li>• Utilitarismo, deontología, y principio de autonomía.</li> </ul>  |
| <p>14. Sedación paliativa en enfermedad terminal <sup>37</sup>.</p> <p><i>V Quintero Carreño, C Martínez Vásquez</i></p> <p>2022</p>   | <p>Estudio de revisión</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición y concepto de la sedación paliativa.</li> <li>• Consideraciones previas antes de la administración de la sedación paliativa.</li> <li>• Instrucciones previas.</li> <li>• Tipos de medicación.</li> <li>• Aspectos legales a tener en cuenta.</li> <li>• Nutrición e hidratación.</li> </ul>   |
| <p>15. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Ética de la SENPE <sup>38</sup>.</p> <p><i>María Dolores del Olmo-García, José Manuel Moreno-Villares, Julia Álvarez-Hernández.</i></p> | <p>Estudio de revisión</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos de la nutrición en cuidados paliativos.</li> <li>• Valoración de los principios de beneficencia y no maleficencia.</li> <li>• Diferentes tratamientos nutricionales.</li> </ul>   |

|   |                     |  |
|---|---------------------|--|
| 2022  |                     |  |
| 16. Emotional boulder of nurses in sedation palliative therapy <sup>41</sup> .<br><br><i>T Morita, M Miyashita, R Kimura, I Adachi, Y Shima</i> | Estudio cualitativo | <ul style="list-style-type: none"><li>• Carga emocional relacionada con el tratamiento de la sedación.</li><li>• Existencia de sobrecarga de trabajo</li><li>• La necesidad de resolver de manera adecuada las opiniones conflictivas presentes entre las opiniones de médicos y enfermeras.</li><li>• Fomentar las reuniones y conversaciones tempranas entre familiares y enfermos terminales.</li><li>• Mayor formación en los profesionales sobre cuidados paliativos.</li></ul> |
| 2004  |                     |  |