



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TREBALL DE FI DE GRAU**

# **ROL DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**

**Adrián Nieto de Llanos**

**Grau de: Infermeria**

**Facultat de: Infermeria i fisioteràpia**

**Any acadèmic 2020-21**

# **ROL DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**

**Adrián Nieto de Llanos**

**Treball de Fi de Grau**

**Facultat de: Infermeria i fisioteràpia**

**Universitat de les Illes Balears**

**Any acadèmic 2020-21**

Paraules clau del treball:

Adecuación del esfuerzo terapéutico, unidad de cuidados intensivos, rol de la enfermera, toma de decisiones y proceso final de vida.

*Nom del tutor / la tutora del treball: Cristina Moreno*

*Nom del tutor / la tutora (si escau)*

Autoritz la Universitat a incloure aquest treball en el repositori institucional per consultar-lo en accés obert i difondre'l en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. LISTADO DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>3</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
3.1 CONTEXTUALIZACIÓN .....	3
3.2 CONCEPTOS Y ACLARACIONES .....	4
3.3 SITUACIÓN ACTUAL (rol enfermero, leyes...).....	5
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>7</b>
<b>6. DIAGRAMA DE FLUJO</b> .....	<b>11</b>
<b>7. RESULTADOS</b> .....	<b>11</b>
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	<b>23</b>
8.1 INDICAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA AET, LA TOMA DE DECISIONES Y SU APLICABILIDAD.....	23
8.2 IDENTIFICAR LA PARTICIPACIÓN REAL DE LA ENFERMERA EN LA AET.....	24
8.3 IDENTIFICAR LOS FACTORES INSTITUCIONALES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN ENFERMERA EN LA AET .....	31
8.4 SUGERIR QUE BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Y FAMILIA PUEDE APORTAR LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET.....	34
8.5 SUGERIR QUE BENEFICIOS PARA LA PROFESIÓN Y PARA EL PROFESIONAL PUEDE APORTAR LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET .....	36
<b>9. CONCLUSIÓN</b> .....	<b>37</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>38</b>
<b>11. ANEXOS</b> .....	<b>41</b>

# 1. RESUMEN

## **Resumen:**

**Introducción:** La adecuación del esfuerzo terapéutico ha adquirido mucha importancia en los últimos años, debido al avance tecnológico y científico en la medicina que ha permitido prolongar la vida de los pacientes críticos, así como su sufrimiento y el proceso de morir, siendo clave la figura y rol de la enfermera como profesional responsable del cuidado de los pacientes en la toma de decisiones sobre la retirada o suspensión de los tratamientos de soporte vital.

**Objetivo:** Analizar el papel/rol del profesional de enfermería en la toma de decisiones y en la aplicabilidad de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en el paciente crítico adulto.

**Estrategia de búsqueda bibliográfica:** A través de Biblioteca virtual de la salud (BVS), Ebscohost, PubMed y Scopus. La búsqueda en BVS se ha realizado en Ibecs, Lilacs y PubMed, en cambio en Ebscohost se ha realizado en CINHALL y Psychology and Behavioral sciences collection.

**Resultados:** Se han seleccionado 23 artículos en los últimos 10 años que cumplen criterios de inclusión y exclusión para la realización del trabajo.

**Conclusiones:** Es necesario estandarizar y protocolizar los procesos de toma de decisiones en las unidades de cuidados intensivos, así como un mayor estudio a nivel internacional sobre el rol de la enfermera en dicho proceso.

**Palabras Clave:** Adecuación del esfuerzo terapéutico, unidad de cuidados intensivos, rol de la enfermera, toma de decisiones y proceso final de vida.

## **Resum:**

**Introducció:** L'adequació de l'esforç terapèutic ha adquirit molta importància en els últims anys, a causa de l'avanç tecnològic i científic en la medicina que ha permès allargar la vida dels pacients crítics, així com el seu patiment i el procés de morir, sent clau la figura i rol de la infermera com a professional responsable de la cura dels pacients en la presa de decisions sobre la retirada o suspensió dels tractaments de suport vital.

**Objectiu:** Analitzar el paper / rol de l'professional d'infermeria en la presa de decisions i en l'aplicabilitat de l'Adequació de l'Esforç Terapèutic (AET) en el pacient crític adult.

Estratègia de recerca bibliogràfica: Mitjançant Biblioteca virtual de la salut (BVS), Ebscohost, PubMed i Scopus. En BVS s'ha realitzat en IBECS, Lilacs i PubMed, en canvi en Ebscohost s'ha realitzat en CINHAL i Psychology and Behavioral sciences collection.

Resultats: S'han seleccionat 23 articles en els últims 10 anys que compleixen criteris d'inclusió i exclusió per a la realització de la feina.

Conclusions: Cal estandarditzar i protocolitzar els processos de presa de decisions en les unitats de cures intensives, així com un major estudi a nivell internacional sobre el paper de la infermera en aquest procés.

**Paraules Clau:** Adequació de l'esforç terapèutic, unitat de cures intensives, paper de la infermera, presa de decisions i procés final de vida.

**Abstract:**

Introduction: The adequacy of the therapeutic effort has acquired great importance in recent years, due to the technological and scientific advance in medicine that has allowed to prolong the life of critical patients, as well as their suffering and the process of dying, being key the figure and the role of the nurse as a professional responsible for the care of patients in making decisions about the withdrawal or withhold treatments.

Objective: Analyze the role / role of the nursing professional in decision-making and in the applicability of the Adequacy of Therapeutic Effort (TEA) in the critical adult patient.

Bibliographic search strategy: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Ebscohost, PubMed and Scopus. The search in BVS has been carried out in Ibecs, Lilacs and PubMed, while in Ebscohost it has been carried out in CINHAL and Psychology and Behavioral sciences collection.

Results: 23 articles have been selected in the last 10 years that meet inclusion and exclusion criteria for carrying out the work.

Conclusions: It is necessary to standardize and protocolize the decision-making processes in intensive care units, as well as a larger international study on the role of the nurse in said process.

**Key Words:** Adequacy of the therapeutic effort, intensive care unit, nurse's role, decision-making and end-of-life process.

## 2. LISTADO DE ABREVIATURAS

- **AET:** Adecuación del esfuerzo terapéutico.
- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos.
- **LET:** Limitación del esfuerzo terapéutico.
- **LTSV:** Limitación del tratamiento de soporte vital.
- **RCP:** Reanimación cardiopulmonar.
- **SEMICYUC:** Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias.

## 3. INTRODUCCIÓN

### 3.1 CONTEXTUALIZACIÓN

El gran avance científico-técnico que se genera en los años 60 en el mundo sanitario permite mantener con vida a los pacientes críticos y controlar sus constantes vitales de forma artificial. Podemos decir que hasta esa fecha no existía la posibilidad de no iniciar o retirar tratamientos, pues no había nada que iniciar o tratar, ya que en muchos casos solo se podía aliviar<sup>(1)</sup>.

En 1963 se crea la primera unidad de cuidados intensivos (UCI) en España, en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y 10 años más tarde todos los hospitales importantes poseían de dichas unidades, transformando de forma radical el panorama nacional e iniciando a su vez los primeros debates en relación a la prolongación de la vida<sup>(1)</sup>.

Con la entrada de la constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad en 1986 parecía que se acabarían todos los debates, pero no fue así, ya que la preservación de la vida a toda costa era un deber supremo para el estado y por consecuente para todos los profesionales sanitarios, que se veían obligados en muchas ocasiones a limitar el esfuerzo terapéutico de forma clandestina. No es hasta los años 90 gracias a Ricardo Abizanda y Juan Gómez Rubí cuando se inicia la normalización de la limitación del esfuerzo terapéutico, aunque la aclaración jurídica acabaría llegando en 2010 en la Ley de “muerte digna” de Andalucía<sup>(1)</sup>.

### 3.2 CONCEPTOS Y ACLARACIONES

El término de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se conoce también como Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) o como Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET). A partir de este momento utilizaremos el término Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, el cual se entiende como “*aquella medida terapéutica que incluye añadir, no iniciar, modificar o retirar tratamientos que, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos no están siendo o no serán útiles ni beneficiosos para el paciente*”<sup>(2)</sup>.

Por tanto podemos decir que es mucho más acertado utilizar este término en vez que el del LET, ya que este puede último llegar a tener un significado peyorativo similar al abandono o al fin de la asistencia del paciente<sup>(2)</sup>. Por tanto, podemos decir, que no existe ningún tipo de limitación de los esfuerzos, sino más bien una reorientación en la estrategia de atención al paciente, que pasa de la dimensión terapéutica-curativa hacia la dimensión del confort y la paliación, con el objetivo de disminuir la sintomatología física, brindando apoyo emocional y respetando las creencias y deseos tanto del paciente como de su familia<sup>(3)</sup>.

Se entiende por cuidados paliativos aquellos cuidados que están enfocados en el paciente, centrados en la prevención y en el alivio del sufrimiento, gracias a la evaluación, la identificación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y emocionales<sup>(4)</sup>, considerando la muerte como un proceso más de la vida, sin intención de acelerarla ni retrasarla.

La AET incluye tanto la inclusión como la exclusión de medidas terapéuticas, siempre y cuando estas estén encaminadas a la eliminación del dolor o la angustia, es decir, siempre y cuando humanicen y adecuen el proceso transitorio entre la vida y la muerte. En inglés existen dos términos que nos ayudan a diferenciar un poco más las intervenciones dentro de la AET. La decisión de no iniciar nuevos tratamientos o suspensión de tratamientos que se conoce como “*Withholding Treatment*” y la retirada de aquellas terapias que ya están instauradas sin intención de sustituirlas por algunas equivalentes, se conoce como “*Withdrawing Treatment*”<sup>(5,6)</sup>.

Cuando hablamos de la suspensión de tratamientos nos referimos a la no instauración de tratamientos cuando estos no están justificados y cuando hablamos de la retirada de tratamientos nos referimos a la interrupción de aquellos que ya están instaurados.

Podemos decir que la AET se basa en tres grandes ramas: La limitación del ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la limitación del inicio de determinadas medidas de soporte vital y la retirada de dichas medidas de soporte vital ya instauradas<sup>(5)</sup>.

Son medidas de soporte vital aquellas medidas que están encaminadas a mantener las funciones vitales de los pacientes cuya vida se encuentra en peligro. Aquí está la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar (RCP), antibioterapia, la admisión a la UCI, pruebas diagnósticas, hidratación, nutrición enteral/parenteral o hemodiálisis<sup>(2)</sup>.

La AET nunca busca conseguir la muerte del paciente, sino el alivio de su sintomatología y de su sufrimiento, a pesar de que en la mayoría de casos acabe falleciendo como consecuencia de su enfermedad, siendo esta vista como una buena práctica asistencial y un criterio de calidad<sup>(2)</sup>. Esta diferencia en el objetivo de la acción es lo que hace que se diferencie la Eutanasia con la AET, ya que la Eutanasia sí busca la muerte del paciente, en cambio, la AET solo busca la paliación de este.

Se entiende por obstinación terapéutica aquella situación en la cual el paciente posee una enfermedad grave e irreversible, al cual se le mantienen medidas de soporte vital, las cuales solo prolongan la vida biológica, sin ninguna realidad de mejoría o recuperación<sup>(1)</sup>.

La AET se basa en 4 principios básicos como son la No maleficencia, la justicia, autonomía y beneficencia.

### **3.3 SITUACIÓN ACTUAL (rol enfermero, leyes...)**

Actualmente la finalidad de la UCI se basa en devolver a todos los pacientes críticos su estado de salud previo al ingreso con el mínimo de secuelas posibles<sup>(3)</sup>, lo que ha hecho que la muerte pase a ser concebida como un fracaso técnico de la medicina y no como un acontecimiento natural del ciclo vital<sup>(3,7)</sup>. La muerte no es un fracaso de la medicina, sino un límite. La desmesura de los esfuerzos médicos que está cegada por sus propios éxitos ha pensado que podía ganar a la muerte, pero al intentarlo, lo único que consigue es deshumanizar, pues la muerte es solo un proceso de la vida humana<sup>(1)</sup>.

Los avances tecnológicos permiten curar un mayor número de enfermedades, aumentando la esperanza de vida y con ello el número de enfermedades crónicas. El soporte vital a base de medidas terapéuticas agresivas no siempre es beneficioso o exitoso, lo que solo consigue en muchas ocasiones alargar la agonía y el sufrimiento, llegando a

ser necesario la retirada del tratamiento de soporte vital por tal de evitar la obstinación terapéutica<sup>(1,3,4,8)</sup>.

A día de hoy la AET no solo ha dejado de estar penado en España, sino que también ha pasado a ser considerado una buena práctica asistencial. El marco legal de la AET se recoge en el Convenio de Oviedo del 4 de Abril de 1997, en la Ley 41/2002 sobre la autonomía del paciente, en el Real decreto 124/2007 el cual regula el registro nacional de instrucciones previas de carácter personal y en las Leyes autonómicas reguladores de las instrucciones previas<sup>(5)</sup>.

Actualmente entre el 20 y 27% de pacientes en unidades de cuidados intensivos mueren en Europa y del 10 al 29% en Estados Unidos<sup>(9,10)</sup> y aproximadamente el 85% de estas muertes se dan tras la retirada de los tratamientos de soporte vital<sup>(11)</sup>. En Australia por ejemplo, al rededor el 54% de muertes que se dan en el país se producen en la UCI<sup>(12)</sup>.

Por tanto, con los avances en la medicina intensiva que han conseguido prolongar la vida a causa del soporte vital, lo cual ha generado que los profesionales sanitarios tengan que tomar la decisión de mantener las terapias o retirarlas. Estas decisiones han sido siempre tomadas de forma unilateral por los médicos, los cuales todavía a día de hoy siguen teniendo una figura paternalista en los hospitales, dejando con una clara ambigüedad cual es el papel o rol profesional de las enfermeras a la hora de tomar las decisiones de la AET.

En Baleares, la Ley 4/2015 del 23 de Marzo, sobre los derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, más concretamente en el Artículo 21 indica que *“Dicha limitación se llevará a cabo teniendo en cuenta el criterio profesional del enfermero o la enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de al menos otro médico o médica que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica”*<sup>(13)</sup>

Según el código ético de Catalunya *“La enfermera tiene la responsabilidad de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida, o con la familia y/o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y/o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y la sedación”*<sup>(14)</sup>.

Según el SEMICYUC, la decisión de AET “*se debe discutir de forma colectiva entre médicos y enfermeros, siendo cualquier duda en el equipo un motivo de reconsideración de la decisión, respetando siempre la constitución española y la libertad de conciencia, además siempre deberá informarse a la familia y nunca responsabilizarla, considerando la opinión del comité de ética únicamente cuando no hay consenso entre la familia y los profesionales*”<sup>(5)</sup>

Por tanto, surge una paradoja: **La prolongación de la vida versus la protección de la calidad de vida**, ya que el desarrollo tecnológico ha provocado que se alargue el proceso final de la vida de los pacientes dando lugar a procedimientos desproporcionados e innecesarios, generando un gran sufrimiento tanto a pacientes, como familiares e incluso al profesional de enfermería. La gran pregunta que surge de este hecho es: “*¿todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?*”<sup>(15)</sup>.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el papel/rol del profesional de enfermería en la toma de decisiones y en la aplicabilidad de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en el paciente crítico adulto.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Indicar los conocimientos del profesional de enfermería sobre la AET, la toma de decisiones y su aplicabilidad.
- Determinar la participación real de la enfermera en la AET.
- Identificar los factores institucionales que facilitan o dificultan la participación enfermera en la AET.
- Sugerir que beneficios para el paciente y su familia puede aportar la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones de la AET.
- Sugerir que beneficios para la profesión y para el profesional puede aportar la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones de la AET.

## **5. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en 4 bases de datos de ciencias de la salud: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Ebscohost, PubMed y Scopus. La búsqueda en la

Biblioteca Virtual de la Salud ha permitido encontrar artículos de Ibecs, Lilacs y PubMed y la búsqueda en Ebscohost se ha realizado en CIHNAL y Psychology and Behavioral Sciences Collection. Para la búsqueda en estas bases de datos se han utilizado los descriptores autorizados en ciencias de la salud “DeCS” y “MeSH”, siendo “DeCS” solamente utilizado en la Biblioteca Virtual de la Salud, ya que es la única base de datos que permite la búsqueda a través de este tipo de descriptores.

El operador booleano utilizado en todas las búsquedas ha sido “AND”, de esta forma solo nos muestra artículos que contengan todos los términos de búsqueda que se han especificado, independientemente del orden, reduciendo y especificando la búsqueda.

En todas las bases de datos se han establecido un filtro genérico como es la fecha de publicación (2011-2021). Los criterios para la selección e inclusión de los artículos han sido: Idioma Español e Inglés, contenido en el título relacionado con los objetivos del trabajo, contenido en el documento relacionado con los objetivos específicos de revisión y contenido del resumen relacionado con el tema del trabajo. Los criterios de exclusión han sido: Artículos enfocados a la pediatría, imposibilidad de acceder a las fuentes y no estar presentes las palabras clave.

**Figura 1:** Palabras clave y descriptores autorizados por las bases de datos

Palabras clave	
Privación de tratamiento	Unidad de cuidados intensivos (UCI)
Limitación del tratamiento de soporte vital	Toma de decisiones
Adecuación del tratamiento de soporte vital	Rol de la enfermera
Retirada del tratamiento	Papel de la enfermera

MeSH	DeCS
Withholding treatment	Privación de tratamiento
Withdrawing treatment	Unidades de cuidados intensivos
Intensive care unit	Toma de decisiones
Decision making	Rol de la enfermera
Nurse’s role	

**Figura 2:** *Tablas de estrategia de búsqueda bibliográfica*

<b>Biblioteca Virtual de la Salud (Ibecs, Lilacs y PubMed)</b>			
<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Artículos obtenidos</b>	<b>Entre (2011-2021)</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Withholding treatment (AND) Nurse's role	229	41	10
Withdrawing Treatment (AND) Nurse's role	189	29	8
Privación de tratamiento (AND) Rol de la enfermera	152	24	0
Nurse's Role (AND) decision making (AND) intensive care unit	173	70	4

<b>Ebscohost (Psychology and Behavioral Sciences Collection y CIHNAL)</b>			
<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Artículos obtenidos</b>	<b>Entre (2011-2021)</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Withholding treatment (AND) Nurse's role	79	22	4
Withdrawing Treatment (AND) Nurse's role	14	1	1
Nurse's Role (AND) decision making (AND) intensive care unit	161	88	4

<b>PubMed</b>			
<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Artículos obtenidos</b>	<b>Entre (2011-2021)</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Withholding treatment (AND) Nurse's role	138	17	0
Withdrawing Treatment (AND) Nurse's role	138	17	0
Nurse's Role (AND) decision making (AND) intensive care unit	73	23	2

Scopus			
Estrategia de búsqueda	Artículos obtenidos	Entre (2011-2021)	Artículos seleccionados
Withholding treatment (AND) Nurse's role	225	49	7
Withdrawing Treatment (AND) Nurse's role	51	16	0
Nurse's Role (AND) decision making (AND) intensive care unit	380	187	9

TOTAL DE LAS BASES DE DATOS			
Estrategia de búsqueda	Artículos obtenidos	Entre (2011-2021)	Artículos seleccionados
Withholding treatment (AND) Nurse's role	671	129	21
Withdrawing Treatment (AND) Nurse's role	392	63	9
Nurse's Role (AND) decision making (AND) intensive care unit	787	368	19

La última estrategia de búsqueda, a pesar de no incluir la retirada/suspensión del tratamiento me permite conseguir artículos que abordan objetivos específicos como las posibles limitaciones institucionales o los conocimientos que tiene la profesión al respecto, ya que muchos artículos abordan *el "End-of-life process"* sin incluir *"withholding/withdrawing treatment"*. No puedo hacer una búsqueda con *"End-of-life"* ya que no es un descriptor autorizado *"MeSH"*.

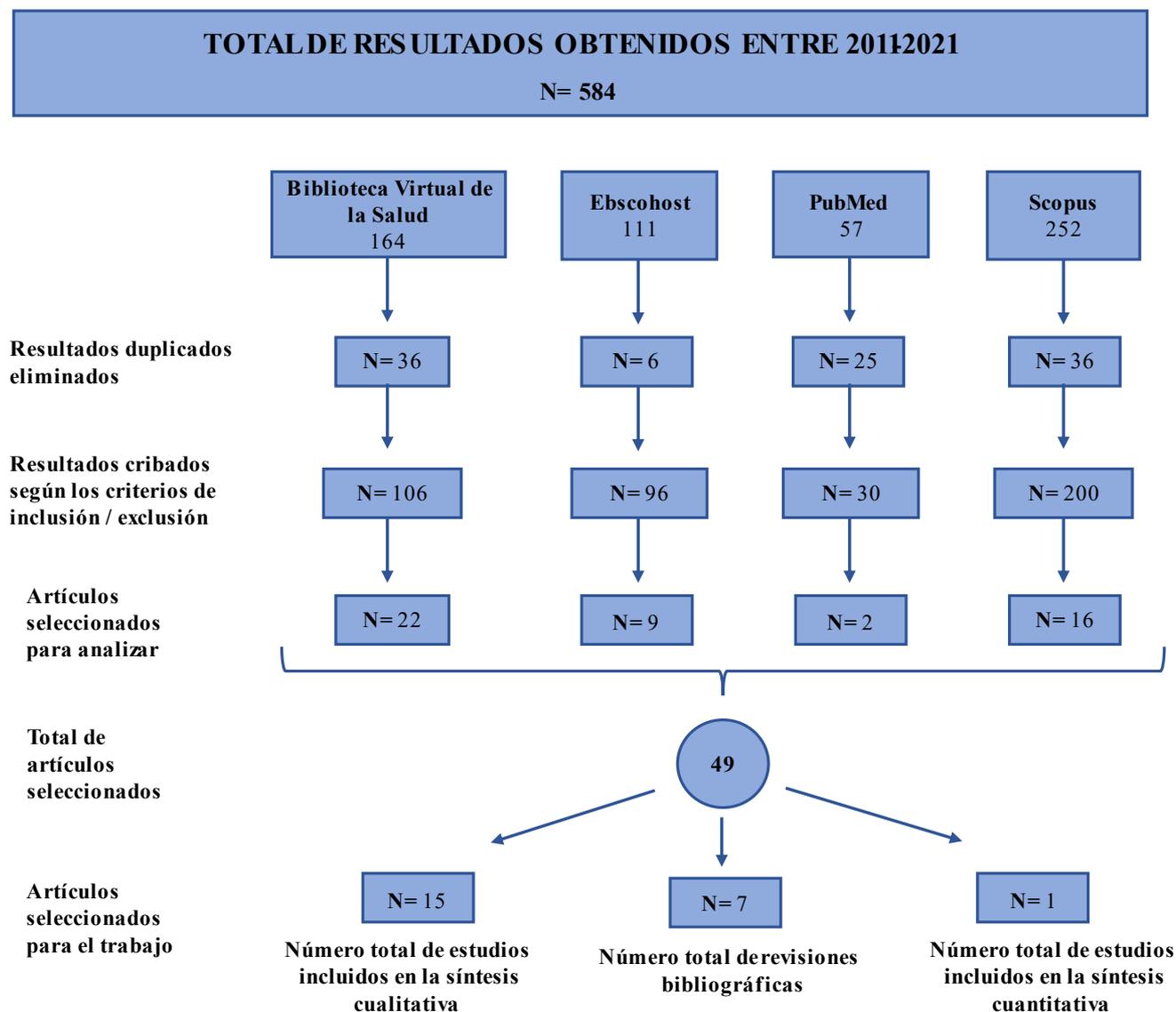
Hemos partido de un total de 2002 artículos a los cuales se les han aplicado un filtro de los últimos 10 años y hemos obtenido 584 artículos en total.

Tras la **Fase 1 de lectura de los artículos**, de un total de 584, se han excluido 103 por duplicación en otras búsquedas, 3 se han excluido por el idioma y 358 por no cumplir los criterios de inclusión y no contestar o abordar objetivos específicos del trabajo.

Tras la **Fase 2 de lectura de los resúmenes en función a los objetivos**, se han descartado 16 artículos por la imposibilidad de acceder a ellos y 55 por no responder a objetivos específicos del trabajo.

Tras la **Fase 3 de lectura completa y valoración de la calidad metodológica**. Aquí llegamos con 49 artículos, los cuales tras una correcta lectura y valoración hemos escogido 23 artículos.

## 6. DIAGRAMA DE FLUJO



## 7. RESULTADOS

Se han obtenido 23 artículos en los últimos 10 años que responden a los objetivos del trabajo y cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Se ha realizado un análisis y síntesis de los artículos mediante una lectura en profundidad y la realización de fichas de lectura, lo cual me ha permitido identificar los objetivos, los temas más importantes y la clasificación de dichos artículos en función a sus temáticas y nivel de evidencia.

De esta manera, los resultados de los artículos se han clasificado en 5 partes, cada una de ellas hace referencia a un objetivo específico del trabajo. En la Figura 3, hay un cuadro resumen de los artículos seleccionados y en el apartado de Anexos es posible visualizar las fichas de lectura de cada uno de los artículos.

**Figura 3.** Citas textuales de los artículos

TEMÁTICA	CITA TEXTUAL
Conceptos y aclaraciones	<b>C1:</b> <i>“aquella medida terapéutica que incluye añadir, no iniciar, modificar o retirar tratamientos que, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos no están siendo o no serán útiles ni beneficiosos para el paciente”</i> <sup>(2)</sup> .
Situación Actual	<p><b>C2:</b> <i>“Dicha limitación se llevará a cabo teniendo en cuenta el criterio profesional del enfermero o la enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de al menos otro médico o médica que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica”</i><sup>(13)</sup></p> <p><b>C3:</b> <i>“La enfermera tiene la responsabilidad de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida, o con la familia y/o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y/o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y la sedación”</i><sup>(14)</sup>.</p> <p><b>C4:</b> <i>“se debe discutir de forma colectiva entre médicos y enfermeros, siendo cualquier duda en el equipo un motivo de reconsideración de la decisión, respetando siempre la constitución española y la libertad de conciencia, además siempre deberá informarse a la familia y nunca responsabilizarla, considerando la opinión del comité de ética únicamente cuando no hay consenso entre la familia y los profesionales”</i><sup>(5)</sup></p> <p><b>C5:</b> <i>“¿todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable?”</i><sup>(15)</sup>.</p>
Conocimientos del profesional de enfermería sobre la AET, la toma de decisiones y su aplicabilidad	<p><b>C6:</b> <i>“para mi la muerte es una posibilidad diaria”</i><sup>(7)</sup>.</p> <p><b>C7:</b> <i>“siempre he intentado hacerme una berrera”</i><sup>(7)</sup>.</p> <p><b>C8:</b> <i>“procuro mantenerme al margen y olvidarme”</i><sup>(7)</sup>.</p>
Participación real de la enfermera en la AET	<p><b>C9:</b> <i>“estamos marginados”</i> (16).</p> <p><b>C10:</b> <i>“los médicos pasan un poco de enfermería”</i> (17).</p> <p><b>C11:</b> <i>“a pesar de tener mucho potencial, a menudo falta implicación o habilidades comunicativas”</i> (17).</p>
Factores institucionales que facilitan o dificultan la participación enfermera en la AET	<p><b>C12:</b> <i>“el lenguaje no verbal, la manera que tienen de sentarse en círculo cerrado”</i> (17).</p> <p><b>C13:</b> <i>“Los médicos se sientan y tú estás en segunda fila, en el gallinero”</i> (17).</p>
Beneficios para el paciente y su familia que puede aportar la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones de la AET	<b>C14:</b> <i>“cuando una familia lo vive, las palabras sobran”</i> <sup>(7)</sup> .

**Figura 4.** Cuadro resumen de los artículos seleccionados

Autor, año y país	Fuente de datos	Sujetos de estudio	Tamaño muestral	Rango de edad	Objetivos	Resultados	Nivel de evidencia Likert
Cilla Intxaurreaga A(3), 2018, España	Revisión Bibliográfica	PubMed, CINHAI, CUIDEN y Dialnet.	23		Analizar la competencia del enfermero en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La AET trata de redirigir los esfuerzos y la atención del paciente hacia la analgesia, sedación y apoyo psicológico, con el objetivo de garantizar una muerte digna y sin sufrimiento.</li> <li>- Los médicos toman las decisiones y son las enfermeras quienes se encargan de la operacionalización.</li> <li>- La enfermera vela por los derechos de los pacientes, otorga una visión integral y holística, que le permite determinar cuando los tratamientos son fútiles.</li> <li>- Las enfermeras son consultadas cuando tienen una buena relación con el equipo médico o mucha experiencia profesional.</li> <li>- Las UCI ven la muerte como un fracaso y no como un proceso natural de la vida, lo que hace necesario y pone de manifiesto, la necesidad de humanizar dichas unidades.</li> <li>- El papel de la enfermera en la toma de decisiones es escaso y difuso, a pesar de las grandes aportaciones que puede generar.</li> <li>- Es necesario una mayor formación en el ámbito de los cuidados al final de la vida.</li> </ul>	4
Dillworth J(4), 2016, EEUU	Encuesta GIAP	Enfermeras,	393		Examinar las percepciones de los profesionales de enfermería de cuidados críticos en relación con la toma de decisiones sobre el final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los avances tecnológicos han permitido tratamientos más agresivos que prolongan la vida.</li> <li>- Los cuidados paliativos están enfocados en el paciente, en la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la evaluación, identificación y tratamiento del dolor físico, psicosocial y emocional.</li> <li>- Los profesionales de enfermería desempeñan un papel integral que atiende tanto a paciente como a familia.</li> <li>- La falta de aceptación del pronóstico real dificulta la toma de decisiones centrada en la calidad de vida del paciente crítico.</li> <li>- La cuestión del tiempo y recursos son quejas generalizadas en todos los profesionales de enfermería.</li> </ul>	4

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- La educación es necesaria tanto para médicos como para enfermeros.</li> <li>- La defensa del paciente se considera una tarea fundamental de la enfermera.</li> <li>- La comunicación ineficaz contribuye a una falta de comprensión de la realidad.</li> <li>- Los profesionales de enfermería están en una posición privilegiada, que les permite brindar una atención holística de calidad, centrada en el paciente y en su familia.</li> </ul>	
Rojas G.I(6), 2013, Chile	Revisión Bibliográfica	CINHAL, LILACS, Medline, Proquest nursing, Scielo y PubMed.	18		Analizar la bibliografía en relación con el papel de la enfermería durante la toma de decisiones y aplicabilidad del LET.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier tratamiento puede ser considerado fútil en algún momento.</li> <li>- Cuando la enfermera interviene en la toma de decisiones, la decisión final es más fácil, haciendo que los profesionales no se sientan solos.</li> <li>- La limitación del esfuerzo terapéutico se justifica cuando los tratamientos son desproporcionados en relación a los fines y los medios utilizados para mantener la vida.</li> <li>- El profesional de enfermería puede otorgar una visión holística del paciente, respetando sus derechos, dignidad, deseos y preferencias.</li> </ul>	4
Gálvez González M(7), 2011, España	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	16	25->50	Conocer las vivencias y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La medicina intensiva ha generado un cambio en el concepto de muerte, como un fracaso técnico de la medicina y no como un proceso natural de la vida.</li> <li>- Los jóvenes perciben la muerte como algo lejano y no es hasta que tienen contacto con esta de manera continua, que inician la conciencia de la existencia del ser humano.</li> <li>- Los sentimientos negativos generan rabia, frustración y tristeza.</li> <li>- La aceptación, el distanciamiento o la búsqueda de apoyo social son métodos de afrontamiento.</li> <li>- Es necesario hacer participe a la familia del cuidado del paciente, para que realicen una autoevaluación de la situación.</li> <li>- Las UCI son unidades poco humanizadas.</li> </ul>	4

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras ejercer un rol de defensor de los pacientes, siendo los más experimentados los que mayor participación tienen en la toma de decisiones.</li> <li>- La UCI se centra en la patología dejando de lado los aspectos emocionales, psicosociales y espirituales.</li> </ul>	
Taylor IHF(8), 2020, Noruega	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	9	Edad media 45	Explorar la experiencia de los profesionales de enfermería de la UCI en la participación de la retirada de los tratamientos de soporte vital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pesar de la posición privilegiada, las enfermeras se sienten infrarrepresentadas en los procesos de toma de decisiones al final de la vida de los pacientes críticos.</li> <li>- Las enfermeras son responsables de la participación activa de todas las decisiones de retirada o suspensión de tratamientos de soporte vital.</li> <li>- La obtención de experiencia adquiere a las enfermeras una mayor participación y análisis de las situaciones de futilidad.</li> <li>- La participación interdisciplinaria otorga confianza y tranquilidad a todos los profesionales implicados.</li> <li>- Las reuniones interdisciplinarias son difíciles de organizar debido al tiempo apretado, la rotación del personal o la falta de un espacio físico concreto.</li> <li>- Los enfermeros son responsables de comunicar múltiples informaciones a la familia por tal de resolver dudas y facilitar su comprensión del proceso, aliviando su sufrimiento.</li> <li>- Los profesionales menos experimentados sufren más estrés, angustia o impotencia, generando una pérdida del bienestar físico y psíquico de las enfermeras.</li> </ul>	4
Kisorio LC(9), 2016, Sudáfrica	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	24	31-69	Explorar las experiencias de las enfermeras de Uci durante el final de la vida del paciente crítico adulto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras noveles carecen de confianza para comunicarse con las familias.</li> <li>- Los médicos reconocen a las enfermeras con mayor experiencia para introducirlas dentro de la toma de decisiones.</li> <li>- Es preocupante la formación y la falta de confianza de las enfermeras a la hora de comunicarse con los familiares.</li> <li>- La falta de participación se debe a una falta de interés médico así como a una falta de implicación enfermera.</li> </ul>	3
Noome M(10),	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	20		Determinar como se puede mejorar la atención al final de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es necesario aumentar la formación y las competencias de la atención al final de la vida de pacientes y familias de otras religiones o culturas.</li> </ul>	4

2016, Holanda					vida conociendo las diferencias en la atención actual de las enfermeras en UCI y la forma en como les gustaría proporcionar dicha atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de enfermeras están dispuestas a alargar su jornada laboral por tal de dar continuidad a sus cuidados.</li> <li>- La atención al final de la vida hace referencia a la toma de decisiones, la atención enfermera, el manejo de la sintomatología, el dolor, la despedida, la integración familia y la atención tras la muerte del paciente.</li> <li>- La dualidad de mantener o retirar los tratamientos de soporte vital genera angustia en el profesional de enfermería.</li> <li>- Las enfermeras quieren más tiempo para atender al paciente y su familia, así como una mayor participación en el proceso de toma de decisiones.</li> <li>- La cultura intrínseca de la UCI es la que no permite introducir la sensibilidad profesional de la enfermera.</li> </ul>	
Noome M(11), 2016, Holanda	Entrevista Semiestructurada	Familiares	26		Examinar la experiencia familiar respecto al papel de la enfermería durante los cuidados al final de la vida en la UCI, así como describir cuales fueron los cuidados más apreciados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La atención de calidad en la etapa final de vida incluye la toma de decisiones centrada en el paciente, apoyo emocional, manejo de síntomas y realización de cuidados de confort, así como apoyo espiritual, comunicación activa y atención familiar durante todo el proceso.</li> <li>- Los familiares expresan desconocer el rol enfermero en las reuniones, ya que la mayoría del tiempo no hablan.</li> <li>- Se recomienda apagar los monitores tras la toma de decisiones, por tal de no molestar a la familia y dignificar o humanizar la muerte, aunque hay familia que prefieren la presencia del monitor.</li> </ul>	3
Flannery L(12), 2016, Australia	Revisión Bibliográfica				Investigar el proceso de toma de decisiones en el momento final de vida de los pacientes ente médicos y enfermeras de UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe ambigüedad a la hora de hablar del papel enfermero y médico en la toma de decisiones.</li> <li>- En aquellas unidades donde no existe una política estricta a la hora de tomar decisiones, son los médicos quienes las tomas y la enfermera se ve incluida o no, en función a sus competencias y experiencia profesional.</li> <li>- Las enfermeras noveles tienen menos probabilidades de participar en la toma de decisiones.</li> <li>- La integración o no integración puede generar angustia frustración, o todo lo contrario.</li> </ul>	4

						- De manera informal los enfermeros identifican la futilidad de los tratamientos, pero su participación en la discusión varía en función a su experiencia, competencia e interés médico.	
Kvande M(18), 2017, Noruega	Entrevistas y técnicas observacionales	Enfermeras y médicos	14		Explorar el diálogo de las enfermeras con los médicos sobre el estado de los pacientes y los requisitos previos a un intercambio de información eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una correcta colaboración garantiza una atención de calidad.</li> <li>- Las observaciones enfermeras son clave en el intercambio de información con el equipo multidisciplinar.</li> <li>- Son los médicos quienes deciden si las aportaciones de las enfermeras tienen o no relevancia clínica.</li> <li>- Es necesario aumentar la capacidad enfermera en la transmisión de información y observaciones al resto del equipo multidisciplinar.</li> </ul>	4
Utami RS(19), 2021, Indonesia	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	10		Explorar las experiencias de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos en la atención al final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La falta de habilidades comunicativas, así como problemas en la comprensión familiar, disparidad cultural o condiciones emocionales, son barreras que dificultan el proceso de toma de decisiones.</li> <li>- Las enfermeras con menos experiencia se sienten menos preparadas para atender a las familias.</li> <li>- Las enfermeras necesitan recibir una mayor formación y capacitación en cuidados paliativos.</li> <li>- El sentimiento espiritual y la atención a este juega un papel crucial en la adaptación de una muerte digna y tranquila.</li> <li>- El papel de los médicos es dominante en los procesos de discusión y las enfermeras tienden a seguir las órdenes de estos.</li> <li>- Es importante flexibilizar las reglas en los momentos finales de vida.</li> <li>- La cercanía y disponibilidad enfermera favorece la comprensión familiar, a pesar de los resultados negativos.</li> </ul>	4
Flannery L(16), 2020, Australia	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras y médicos	12	34-64	Explorar las perspectivas de los profesionales de medicina y enfermería involucrados en el proceso de toma de decisiones en el final de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las barreras comunicativas generan una infrarrepresentación de la enfermería en el proceso final de vida.</li> <li>- Existe una falta de claridad en las pautas a la hora de tomar decisiones en una situación de final de vida de las unidades de cuidados intensivos.</li> <li>- Los médicos son los tomadores de decisiones y las enfermeras no se ven incluidas en los procesos decisivos.</li> </ul>	4

					la vida en las unidades de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las barreras comunicativas generan sentimientos de frustración y rabia en las enfermeras.</li> <li>- Otorgar tiempo a la familia para la aceptación de la muerte inminente es un factor favorecedor en la toma de decisiones compartida.</li> <li>- La cultura y el sistema sanitario influye en las diferencias profesionales entre médicos y enfermeras, sometiendo a marginalidad a estas últimas.</li> <li>- Los médicos identifican de manera constante la dependencia de las opiniones de enfermería para generar decisiones y a su vez, las enfermeras identifican un falta de empoderamiento, subestimando su papel.</li> <li>- La enfermera tiene un conocimiento íntegro y holístico del paciente y su familia.</li> <li>- El papel de los médicos está claramente definido, en cambio, el papel enfermero genera incertidumbre, y a pesar de formar parte de las discusiones, su contribución es pobre y mal valorada.</li> </ul>	
Verd-Aulí X(17), 2021, España	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras y médicos	21	Edad media 46	Explorar las percepciones de los médicos y las enfermeras durante la práctica colaborativa en las sesiones conjuntas de las unidades de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La práctica colaborativa interprofesional se basa en que dos o más profesionales de diferentes disciplinas interaccionen para garantizar la mejor atención clínica del paciente y de su familia.</li> <li>- Para conseguir la colaboración interprofesional, es necesario reconocer y describir las responsabilidades profesionales de todos los participantes.</li> <li>- La falta de una cultura organizacional es una dificultad real de la práctica colaborativa.</li> <li>- La dificultad arquitectónica no favorece a la accesibilidad ni privacidad de las reuniones.</li> <li>- Las enfermeras adoptan un rol pasivo en las sesiones, ya que perciben que los médicos dan poca importancia a su información.</li> <li>- La participación enfermera en numerosas ocasiones proviene de una iniciativa propia y no de un interés médico.</li> <li>- El liderazgo no depende de la categoría profesional, sino de la autoridad, conocimiento y experiencia.</li> </ul>	4

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las decisiones son más unilaterales que consensuadas.</li> <li>- Las relaciones aun son jerárquicas, y las enfermeras son consideradas auxiliares o ayudantes de los médicos.</li> <li>- La colaboración interdisciplinaria genera satisfacción profesional en las enfermeras, además de otorgar seguridad clínica al paciente.</li> <li>- Los médicos consideran que las enfermeras tienen una falta de implicación y estas consideran que son los médicos quienes desplazan sus opiniones.</li> </ul>	
González-Rincón M(20), 2019, España	Revisión Bibliográfica	PubMed, CINAHL, Cuiden, Scopus y Cochrane plus.	16		Analizar el papel de la enfermera en el cuidado en el final de la vida del paciente crítico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La participación de la enfermera en la toma de decisiones depende de su percepción y análisis de la futilidad del tratamiento y del sufrimiento del paciente.</li> <li>- A mayor experiencia profesional, mayor probabilidad hay de que las enfermeras participen, por tanto, de que sus opiniones sean tenidas en cuenta por los médicos.</li> <li>- La tendencia actual de la UCI no sigue un enfoque colaborativo en la toma de decisiones.</li> <li>- La experiencia con la muerte fuera del marco laboral otorga un nivel más alto de adaptación.</li> <li>- El aprendizaje óptimo se obtiene con la tutorización y observación de las enfermeras veteranas.</li> <li>- Las enfermeras más noveles tienden a evitar estos temas, adoptando un rol pasivo.</li> </ul>	4
Sævareid TJ(21), 2011, Noruega	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	10	25-54	Explorar los pensamientos y las actitudes de los profesionales de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar de los pacientes mayores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de enfermería son los responsables de los cuidados que alivian el sufrimiento de los pacientes, asegurando una muerte digna de estos.</li> <li>- Las enfermeras de cuidados intensivos están sometidas de manera continua al dilema ético de la aceptación de la muerte o la salvación de la vida, es decir, percibiendo ambas como hacer daño o hacer el bien.</li> <li>- Se conoce como muerte digna, aquella en la que la persona no muere sola, no existe sufrimiento y no tiene nada por resolver.</li> <li>- La colaboración entre médicos y enfermeros, con enfoques y puntos de vista diferentes, hace que el proceso de toma de decisiones adquiera una mayor calidad.</li> </ul>	4

Paganini MC(22), 2015, Brasil	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	14		Comprender el proceso de autonomía del profesional de enfermería en la toma de decisiones sobre el final de la vida en la UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debido al ambiente paternalista de la UCI, las enfermeras siguen sin abordar temas del final de vida de los pacientes.</li> <li>- Tener conocimientos sobre el tema le da a la enfermera autoridad y autonomía para evaluar y tratar todas las necesidades tanto de pacientes como de familia.</li> <li>- Al formar parte del proceso de discusión, las enfermeras se sienten más seguras, libres y cómodas para decidir el cuidado de sus pacientes.</li> <li>- La falta de autonomía está relacionada con la experiencia, la competencia y la falta de reconocimiento profesional.</li> <li>- Una enfermera autónoma piensa de forma más integral y holística, prestando cuidados individualizados y especializados a los pacientes.</li> <li>- La existencia de una organización pobre y un déficit en la estructuración, se genera una falta de reconocimiento del profesional de enfermería.</li> <li>- Las enfermeras culpabilizan al equipo médico y a la estructuración institucional.</li> </ul>	3
Efstathiou N(23), 2011, Reino Unido	Revisión Bibliográfica	CINHAL y Medline.			Discutir los desafíos a los cuales se enfrentan las enfermeras de UCI cuando atienden a pacientes que necesitan cuidados al final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El papel de la enfermera en UCI a la hora de tomar decisiones sigue sin estar bien establecido.</li> <li>- La discusión interprofesional permite poner un objetivo común en todos los profesionales, así como explorar la opinión y visión de todos estos.</li> <li>- Los profesionales de enfermería deben eliminar aspectos que deshumanizan la UCI, intentando acercar la muerte a un proceso natural, incluyendo a la familia.</li> <li>- Es necesario mejorar la formación enfermera a nivel universitario y laboral.</li> <li>- A pesar de no estar definido, el papel de la enfermera tiene un gran potencial en la integración familiar y del paciente en los procesos de discusión.</li> </ul>	4
Hidaya Al(24), 2018	Revisión Bibliográfica	PubMed, ProQuest, CINHAL, Wiley Online,			Comprender la participación de las enfermeras durante la toma de decisiones en el final de la vida en UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una buena comunicación reduce la carga emocional y disminuye la angustia moral de los profesionales implicados.</li> <li>- Las enfermeras no están bien preparadas y continúan desconfiando de sus capacidades.</li> </ul>	3

		Ovid y Science Direct				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las funciones de los profesionales de enfermería son los de educadores, defensores, colaboradores y de participación.</li> <li>- La suspensión del tratamiento es aquella indicación de no iniciar nuevos tratamientos.</li> <li>- La retirada de tratamiento es la retirada de aquellas medidas que no aportan ningún beneficio y no cumplen los objetivos curativos.</li> <li>- La falta de conocimientos y de experiencia genera barreras en la atención al final de la vida.</li> </ul>	
Coombs M(25), 2015, Nueva Zelanda	Encuesta Transversal de grupos focales de seguimiento	Enfermeras	465	<30->40	Investigar las experiencias y actitudes de las enfermeras de UCI de Nueva Zelanda hacia la atención final de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras más experimentadas son quienes mayor participación tienen en la toma de decisiones.</li> <li>- La participación en la toma de decisiones genera satisfacción laboral.</li> <li>- La enfermera es la encargada de unificar la unidad, generando un espacio de negociación entre la familia y los médicos.</li> <li>- La practica colaborativa genera apoyo en el profesional de enfermería, generando sentimientos de cohesión y facilitando el afrontamiento.</li> <li>- Tanto la retirada como la suspensión tienen el mismo peso moral, pero la retirada es menos preferible que la suspensión.</li> </ul>	4
Long-Sutehall T(26), 2011, Reino Unido	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras	13	20-65	Ilustrar como las diferentes formas de muerte impactan en el proceso de toma de decisiones sobre la retirada del tratamiento, además de ilustrar el papel enfermero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los médicos piensan que las enfermeras son menos optimistas que ellos a la hora de hablar de los pronósticos de los pacientes.</li> <li>- El retraso en la toma de decisiones tiene efectos negativos en la enfermera.</li> <li>- La falta de un plan común genera dudas en cuanto a la futilidad de los tratamientos.</li> <li>- La enfermera se centra en la evaluación, comprensión y aclaración de los aspectos incomprendidos por parte de la familia.</li> <li>- Las enfermeras se encargan de la parte operativa y los médicos del diagnóstico y pronóstico.</li> </ul>	4
Albers G(27), 2014, Holanda	Cuestionario Existente validado en Flandes	Enfermería	587		Investigar las actitudes de los profesionales de enfermería en la participación y en la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La consulta del médico a la enfermera depende en gran medida de la propia actitud de la enfermera en función a su rol y su deseo de participación.</li> </ul>	3

					toma de decisiones en el final de la vida y la relación con las características sociodemográficas y laborales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal femenino defiende estar mejor posicionado para evaluar los deseos de los pacientes, que el personal masculino.</li> <li>- El entorno o nivel educativo puede ser determinante en la actitud enfermera a la hora de participar en la toma de decisiones.</li> <li>- Posiciones subordinadas dentro de la institución provoca que la enfermera no comunique o tenga dificultad a la hora de comunicarse en el proceso de toma de decisiones.</li> </ul>	
Velarde-García JF(28), 2016, España	Revisión Sistemática	PubMed, PsycINFO, EMBASE, CINAHL y Scopus.			Revisar los contenidos y la calidad de los estudios cualitativos que describen, exploran y explican como las enfermeras en las UCI aplican los cuidados de atención al final de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El exceso de ruido, las condiciones lumínicas, la falta de espacio privado, la ocupación de la unidad o la falta de comodidad constituyen barreras.</li> <li>- Las familias pueden tener perspectivas erróneas de la realidad.</li> <li>- La carga emocional disminuye a medida que aumenta la experiencia laboral y se desarrollan estrategias de afrontamiento ante la muerte.</li> <li>- Cuando un paciente es joven los tratamientos se maximizan y en cambio, si es anciano se opta por suspender tratamientos.</li> <li>- El diseño de la UCI se basa únicamente en la curación, estando poco preparada para la paliación.</li> <li>- Es recomendable realizar sesiones interprofesionales con el objetivo de unificar criterios.</li> </ul>	4
Jensen HI(29), 2013, Dinamarca	Entrevista Semiestructurada	Enfermeras e intensivistas	21	30-53	Examinar los desafíos de enfermeras y médicos daneses en la toma de decisiones al final de la vida en UCI y como estos desafíos afectan al proceso de toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras son quienes determinan cuando las terapias son fútiles, ya que los médicos se centran en las patologías.</li> <li>- Para tomar la mejor decisión en el mejor momento es necesario la existencia de la colaboración multidisciplinaria.</li> <li>- La importancia de las opiniones de las enfermeras depende de su capacidad comunicativa y de razonamiento, siendo las que más influencia tienen, las que más se integran en el proceso de toma de decisiones.</li> <li>- La distribución jerárquica genera que las opiniones de ciertos profesionales sean consideradas menos importantes, generando desequilibrios en la colaboración.</li> <li>- La participación enfermera en la toma de decisiones depende de su poder e influencia dentro de la unidad, y no a sus propias capacidades profesionales.</li> </ul>	4

## **8. DISCUSIÓN**

### **8.1 INDICAR LOS CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA AET, LA TOMA DE DECISIONES Y SU APLICABILIDAD**

Los jóvenes perciben la muerte como algo lejano y no es hasta que entran en contacto con ella de forma continua en el puesto de trabajo que inician la conciencia del concepto existencial del ser humano<sup>(7)</sup>.

Los profesionales viven a diario en las unidades de cuidados intensivos la muerte de algún paciente, siendo esta una parte más de la rutina laboral y profesional. La aceptación es una estrategia de afrontamiento utilizada por parte de los profesionales sanitarios, que se basa en aceptar la muerte de una persona como un proceso natural del ciclo vital (*“para mí la muerte es una posibilidad diaria”*). El distanciamiento es otro método de afrontamiento, cuyo objetivo radica en alejarse del dolor y el sufrimiento del paciente y su familia (*“siempre he intentado hacerme una berrera”* *“procuro mantenerme al margen y olvidarme”*). Además, también utilizan la búsqueda de apoyo social cuando el profesional de enfermería trata de buscar a otras personas para conseguir apoyo moral, emocional y ayuda<sup>(7)</sup>.

Una experiencia personal con la muerte fuera del entorno laboral otorga al profesional un nivel más alto de adaptación a la situación final de vida del paciente crítico, lo cual podría favorecer la entrada de la enfermera en los procesos de discusión<sup>(20)</sup>.

A pesar del aumento de procesos de AET en las UCI, las enfermeras siguen sin estar bien formadas y continúan desconfiando de sus capacidades durante el proceso<sup>(9,24)</sup>, aunque hay que aclarar que existe un déficit considerable en la educación tanto de enfermería como de medicina en relación a la AET, además de la necesidad de una mayor práctica comunicativa hacia los familiares y pacientes relacionado con el pronóstico y anticipación de resultados<sup>(4,16)</sup>, ya que la falta de experiencia y formación al respecto dificulta la prestación de una atención sanitaria de calidad<sup>(24)</sup>. La gran diferencia entre médicos y enfermeras, es que estas últimas experimentan una gran incertidumbre en relación a su rol en la toma de decisiones en situación final de vida del paciente crítico, a diferencia de los médicos que poseen un papel claramente definido<sup>(16)</sup>.

Existen estudios que determinan que el aprendizaje óptimo no solo se adquiere en cursos o universidades, sino también mediante la tutorización y observación de aquellas

enfermeras más veteranas y que mayor experiencia laboral tienen con la AET y los cuidados paliativos<sup>(20)</sup>. Tener conocimientos sobre el tema le confiere a la enfermera autoridad y autonomía para evaluar y tratar todas las necesidades tanto de los pacientes como de los familiares durante el proceso final de vida<sup>(22)</sup>. Es necesario que los contenidos educativos de las enfermeras hagan hincapié en la teoría final de vida tranquila como base teórica de la AET, puesto que dicha teoría orienta a los profesionales cuales son las acciones y aptitudes necesarias para el profesional de enfermería frente a un paciente crítico en situación de últimos días<sup>(6)</sup>. Además, se recomienda la formación enfermera en los principios bioéticos y derechos de las personas que intervengan en los procesos de AET en situación de últimos días.

Las enfermeras poseen una cantidad enorme de información al respecto del paciente crítico a pesar de que en muchas ocasiones suelen tener dificultades a la hora de explicar y transmitir las condiciones que han ocasionado los cambios en el estado de salud del paciente<sup>(18)</sup>. Es por tanto necesario aumentar la capacidad y formación de las enfermeras en la transmisión de la información hacia el resto del equipo multidisciplinar.

Comunicarse con la familia en una etapa de negación es muy complicado y supone un gran desafío. Es por eso necesario trabajar la aceptación familiar de la realidad, otorgándoles tiempo para adaptarse. La capacidad comunicativa de las enfermeras con las familias determina en gran medida la relación que se establecerá<sup>(9,19)</sup>. Para ello es necesario conocer bien al paciente, su tratamiento y el curso de su enfermedad, estableciendo un lazo comunicativo tanto a nivel verbal como del tacto<sup>(20)</sup>.

El problema radica cuando las enfermeras no detectan las etapas del duelo y poseen una falta de conocimientos sobre el proceso, generando por tanto, barreras a la hora de defender al paciente y su familia en la toma de decisiones<sup>(24)</sup>.

Para mejorar el enfrentamiento emocional los profesionales de enfermería deben participar e implicarse más en los procesos de discusión y toma de decisiones, además de recibir cursos y formación que amplíen sus conocimientos respecto al tema<sup>(19)</sup>.

Como ya hemos comentado en otras ocasiones, la cultura, así como la religión tiene una gran influencia en la toma de decisiones, llegando a generar barreras en el proceso, y es por eso, que los profesionales de enfermería están en continuo enfrentamiento, ya que existe un contraste entre sus responsabilidades profesionales y sus creencias vitales, lo que genera angustia, baja satisfacción laboral, burnout o problemas físicos<sup>(24,28)</sup>.

Las enfermeras necesitan recibir una mayor capacitación y una mayor formación sobre los cuidados paliativos<sup>(19)</sup>, sobre todo cuando estos pacientes y familias son de otras culturas y religiones<sup>(10)</sup>.

La participación enfermera en la toma de decisiones depende en gran medida de su percepción y evaluación de la **futilidad\*** de los tratamientos, así como del sufrimiento del paciente<sup>(20)</sup>. A pesar de esto, los profesionales de enfermería defienden que la integración de sus opiniones e informaciones sobre la situación del paciente en los procesos de discusión depende en gran medida de su capacidad comunicativa y de su razonamiento a la hora de defender sus opiniones, ya que las enfermeras que más influencia tienen en la unidad son las que más integradas están en los procesos de discusión<sup>(29)</sup>. Según el estudio de Verd-Aulí et al.<sup>(17)</sup> los profesionales participantes confirmaron que el liderazgo no depende de la categoría profesional sino de la autoridad, conocimiento y experiencia.

Al no existir pautas fijas en las cuales los profesionales realicen la AET, ya que cada paciente y familia es única, las enfermeras prefieren la existencia de una lista de verificación que les otorgue una información necesaria y útil para la atención en el proceso final de vida de los pacientes críticos<sup>(10,28)</sup>.

La enfermería tiene un gran potencial para participar en la toma de decisiones sobre la AET, a pesar de su pobre valoración propia. Para facilitar su participación es necesario una mayor formación en el ámbito de los cuidados al final de la vida, una mayor formación en el ámbito ético e impulsar un trabajo multidisciplinar que reconozca la competencia enfermera en este proceso<sup>(3)</sup>.

Se recomienda la creación de programas de formación para enfermeras de cuidados intensivos con el fin de mejorar la calidad de los cuidados en el final de la vida, sí como para aumentar su participación en la toma de decisiones y el desarrollo de estrategias que faciliten el afrontamiento a la muerte<sup>(28)</sup>.

## **8.2 IDENTIFICAR LA PARTICIPACIÓN REAL DE LA ENFERMERA EN LA AET**

A pesar de la posición privilegiada que tienen las enfermeras a pie de cama, que les permite mantener un contacto casi constante con el paciente y su familia, y de los

\*El término de Futilidad proviene del latín “*futilis*”, que significa inútil, ineficaz o sin efecto. En inglés, cuando algo es fútil es algo que no sirve de nada, ya que no tiene ninguna posibilidad de ser exitoso<sup>(1)</sup>.

conocimientos propios de la profesión, estas se sienten infrarrepresentadas en los procesos de toma de decisiones durante el final de la vida de los pacientes críticos en las UCI<sup>(7,8,10,18)</sup>, siendo el papel de los médicos dominante en todos los procesos de discusión<sup>(16,19)</sup>. Es por eso, que en numerosas ocasiones las enfermeras se perciben como actores secundarios, los cuales solo se limitan a ejecutar órdenes o actuar de oyentes, siendo poco valoradas por los médicos<sup>(17)</sup>.

A día de hoy promovemos el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar en las UCI, pero a pesar de esto existen estudios que determinan que tan solo el 2% de las enfermeras son quienes indican la adecuación del esfuerzo terapéutico, a pesar de encontrarse en una posición privilegiada<sup>(3)</sup>. Por tanto podemos decir que las enfermeras tienen una escasa inclusión en la toma de decisiones, a pesar de que su enfoque, al ser diferente al de los médicos, hace que el proceso adquiera una mayor calidad<sup>(16,18,20,21)</sup>. Ya que la aportación de diferentes enfoques reduce el número de errores potenciales que puedan derivar de la decisión unilateral del médico.

La bibliografía determina que la toma de decisiones debería ser siempre multidisciplinar y compartida, con objetivos comunes basados en la transición de los tratamientos curativos hacia la paliación<sup>(17,22-24)</sup>, aunque para que esto se pueda dar, es necesario que se reconozcan y se describan las responsabilidades profesionales, así como sus competencias.

La implicación y la participación de la enfermera en la toma de decisiones es muy variable, ya que podemos ver estudios dónde los profesionales de enfermería se involucran en el proceso ofreciendo opiniones y sugerencias, sobre todo aquellos que más experiencia poseen. Por el contrario, existen estudios que demuestran todo lo opuesto, profesionales de enfermería que se ven excluidos o que tienen una escasa involucración en el proceso de toma de decisiones al final de la vida del paciente crítico.

Según el estudio de Noome et al.<sup>(10)</sup> las enfermeras participantes evidenciaron una escasa participación en el proceso de toma de decisiones, deseando estas tener una mayor implicación por tal de transmitir los deseos de los pacientes y familiares. Según Kvande et al.<sup>(18)</sup> los médicos participantes expresan encontrarse en una situación de dependencia respecto a las observaciones de los profesionales de enfermería, a pesar de que estos últimos expresan la necesidad de participar de manera activa en la toma de decisiones sobre la retirada o suspensión de los tratamientos de soporte vital.

Según Flannery et al.<sup>(16)</sup> las enfermeras no suelen formar parte de la toma de decisiones, siendo muchas veces excluidas por los médicos. En este mismo estudio hay una disparidad de opiniones entre médicos y enfermeras. Los primeros defienden que nunca excluyen a las enfermeras de las discusiones, expresando la necesidad que tienen de escuchar y conocer las observaciones de enfermería, en cambio, las enfermeras expresan todo lo contrario, sintiéndose ignoradas y excluidas de la toma de decisiones (“*estamos marginados*”). En el estudio de Verd-Aulí et al.<sup>(17)</sup> una de las enfermeras participantes expresó que “*los médicos pasan un poco de enfermería*”. En este mismo estudio se destaca que la enfermera más veterana tiene una mayor participación en los procesos de discusión que en comparación a las enfermeras noveles, y que cuando participan es por iniciativa propia y no por interés expreso del médico. Los autores defienden que las enfermeras adoptan un rol pasivo en las sesiones interdisciplinarias. Las enfermeras justifican su rol pasivo culpabilizando a los médicos de no dar importancia a su información aportada y en cambio, los médicos justifican este rol pasivo de la enfermera diciendo que “*a pesar de tener mucho potencial, a menudo falta implicación o habilidades comunicativas*”.

Incluso hay estudios como el de Noome et al.<sup>(11)</sup> que expresa que los familiares participantes en su estudio comentan que la enfermera tiene una escasa participación en la toma de decisiones, llegando a desconocer cuál es el rol de la enfermería en dichas reuniones y sugiriendo una mayor necesidad de participación de estas.

Al igual que se ha podido ver la escasa participación enfermera, hay otros muchos artículos que evidencian que su participación es mucho mayor. En el estudio de Flannery et al.<sup>(12)</sup> se refleja que el 64% de las enfermeras europeas identifica la futilidad de los tratamientos, pero que tan solo el 48% están incluidas en la toma de decisiones. Según Kisorio et al.<sup>(9)</sup> el 73% de enfermeras europeas participan activamente en el proceso de toma de decisiones, siendo estas cifras menores en otros países como por ejemplo Sudáfrica con un 35% o Turquía con un 25%.

En el estudio de Coombs et al.<sup>(25)</sup> se comenta que el 70% de enfermeras participan en la toma de decisiones sobre la suspensión o retirada de los tratamientos de soporte vital. En este mismo estudio se evidencia que el porcentaje disminuye cuando los médicos piden la opinión de las enfermeras, por tanto, la mayoría participan sin que estos reclamen su participación.

Rojas et al.<sup>(6)</sup> expresa que el 64-69% de enfermeras belgas participan en la toma de decisiones, además de comentar que en varios estudios se evidencia que es la enfermera quien inicia el proceso de discusión sobre la futilidad de los tratamientos. Podemos ver incluso como Long-Sutehall et al.<sup>(26)</sup> relata que hay enfermeras que expresan que en numerosas ocasiones son ellas quienes les dicen a los médicos lo que deben de hacer en cada momento.

Albers et al.<sup>(27)</sup> destaca que en los Países Bajos las enfermeras participaban en la toma de decisiones en más de la mitad de los casos, además evidencia que son los profesionales de enfermería femeninos quienes defienden tener una mejor posición respecto a los médicos para evaluar los deseos de los pacientes que en comparación al personal masculino.

Por tanto, podemos decir que hay una disparidad de opiniones y datos estadísticos en relación a la participación enfermera en la toma de decisiones, pero la gran mayoría de artículos coinciden que en la aplicabilidad una vez tomada las decisiones la enfermera tiene un peso muy importante llegando a ser incluso la responsable de gestionar y establecer el rumbo del cuidado del paciente. Es decir, hay gran conciliación en los estudios en los cuales se evidencia que la enfermera siempre está presente en la operacionalización y coordinación de los cuidados del paciente una vez la decisión de retirar o suspender el tratamiento de soporte vital está tomada<sup>(9,10,17,22,26,28)</sup>.

Además, hay que destacar que incluso en aquellos estudios dónde se evidencia una mayor participación enfermera en la toma de decisiones, la gran mayoría acaban concluyendo que es necesario una mayor representación, participación e involucración de estas en los procesos de toma de decisiones.

Hay que destacar que tanto la retirada como la suspensión de los tratamientos de soporte vital tienen el mismo peso moral y legal, pero a pesar de esto, se evidencia que la retirada es menos preferible que la suspensión de tratamientos<sup>(25)</sup>. Aunque esto sigue generando controversia, ya que la suspensión de los tratamientos siempre siembra la duda de lo que podría haber sucedido.

Aunque existen estudios dónde se demuestra que la mayoría de los profesionales de enfermería participan en el proceso de toma de decisiones de una manera activa, hay que aclarar que dicha participación activa no está definida en los artículos, por lo que seguimos sin tener claro cuál es el rol que debe ejercer la enfermera en dicho proceso<sup>(23)</sup>.

Podemos decir que de manera informal los profesionales de enfermería identifican la futilidad de los tratamientos de soporte vital, pero su participación real depende de su experiencia, su grado de implicación, su competencia, su experiencia, la cultura, la religión, sus habilidades comunicativas, el nivel de integración de los médicos y su disponibilidad<sup>(8-10,12,16,17,28)</sup>.

La toma de decisiones debe ser colaborativa y compartida, que promueva la comunicación entre médicos y enfermeras, además de incluir al paciente y su familia<sup>(22,23)</sup>. Cuando hablamos de práctica colaborativa nos referimos a aquella actividad dónde dos o más profesionales de distintas disciplinas interactúan con el objetivo de conseguir la mejor atención clínica del paciente y su familia<sup>(17)</sup>.

Una atención de calidad en la etapa final de la vida del paciente crítico incluye una toma de decisiones centrada en él y en su familia, apoyo emocional, manejo de la sintomatología, realización de cuidados de confort, apoyo espiritual, comunicación activa y organización por parte de todos los profesionales<sup>(11)</sup>.

Es aquí dónde las enfermeras deberían adquirir una gran importancia, ya que han pasado de ser ayudantes a tener un cuerpo teórico propio a nivel universitario, con una mayor responsabilidad y autonomía<sup>(16)</sup>. Es por eso, que las enfermeras de cuidados críticos son responsables de la atención al final de la vida de los pacientes, y por consiguiente, responsables de la participación activa en todas las decisiones que se tomen en relación a la retirada o suspensión de los tratamientos de soporte vital, así como de brindar la atención necesaria para aliviar la sintomatología y atender a las necesidades tanto del paciente como de su familia<sup>(8)</sup>. Los profesionales de enfermería tienen el desafío de humanizar y dignificar la muerte dentro de la UCI, acercando el proceso de muerte hacia la naturalidad, integrando a la familia en el proceso<sup>(21,23)</sup>.

Es responsabilidad de los profesionales de enfermería la evaluación, comprensión y aclaración de todos aquellos aspectos incomprendidos por la familia<sup>(26)</sup>. La enfermera se encuentra en una posición única y privilegiada que les permite brindar una atención holística de alta calidad, centrada tanto al paciente como a su familia<sup>(4,24)</sup>.

Por tanto el profesional de enfermería se convierte en el defensor del paciente, garantizando el cumplimiento de sus derechos, otorgando cuidados de calidad, que estén enfocados al bienestar, al apoyo emocional y al espiritual, recordando a los médicos la necesidad de atender al dolor, la agitación o disnea<sup>(4,19,20,24)</sup>.

Gracias a su carácter colegiado son los médicos y los enfermeros quienes deben identificar y evaluar la futilidad de los tratamientos. Cualquier tratamiento puede llegar a ser considerado fútil en algún momento, pero, el cuidado como concepto nunca podrá ser considerado como fútil<sup>(6)</sup>. Las enfermeras suelen ser las primeras en identificar la futilidad de los tratamientos, ya que focalizan su visión en el paciente mientras que los médicos lo hacen en la enfermedad y las pruebas<sup>(29)</sup>.

### **8.3 IDENTIFICAR LOS FACTORES INSTITUCIONALES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA PARTICIPACIÓN ENFERMERA EN LA AET**

La tendencia actual de las unidades de cuidados intensivos no sigue un enfoque colaborativo a la hora de tomar decisiones sobre el final de la vida de los pacientes<sup>(20)</sup>. Las UCI se centran en la patología y los aspectos curativos, dejando de lado los aspectos psicosociales, emocionales, espirituales y paliativos tanto del paciente como de su familia, por tanto, podemos decir que la concepción actual de la atención sanitaria intensivista juega en contra de la humanización de los cuidados y por consiguiente, en contra de la visibilidad de la profesión enfermera<sup>(3,7,28)</sup>.

Es por eso que las enfermeras luchan y trabajan en la remodelación del proceso de toma de decisiones sobre la retirada de los tratamientos de soporte vital, tratando de acercarlo al concepto del cuidado centrado en el paciente, ya que es la labor esencial y definitiva de la profesión, a pesar de la excesiva tecnificación de las UCI<sup>(26)</sup>.

Según leyes del Reino Unido, la máxima autoridad para tomar decisiones por una persona incompetente recae en los médicos que lo tratan y no en sus familiares más cercanos, profesionales de enfermería o tribunales<sup>(23)</sup>. Podemos decir, que este tipo de legalidad tiene un enfoque paternalista donde el médico es el único que decide por el paciente. Las sesiones están lideradas por los médicos y las decisiones son más unilaterales por su parte que consensuadas<sup>(17)</sup>.

Posiciones subordinadas en la institución sanitaria por parte de las enfermeras hace que estos profesionales no comuniquen o tengan dificultades a la hora de transmitir sus opiniones durante el proceso de toma de decisiones<sup>(27)</sup>. Cuando hay distribuciones jerárquicas importantes, las opiniones y competencias de ciertos profesionales son consideradas menos importantes, generando así desequilibrios en la colaboración. Las enfermeras defienden que su escasa participación en la toma de decisiones se debe más a

su poder e influencia dentro de la unidad que a sus propias capacidades profesionales<sup>(20,29)</sup>. Además, las relaciones interprofesionales jerárquicas hace que las enfermeras sean vistas como auxiliares o ejecutoras de los médicos, mientras estos últimos se perciben como los líderes de todo el equipo y tomadores unilaterales de las decisiones<sup>(17)</sup>.

La literatura aborda con ambigüedad la orientación del rol profesional de enfermeras y médicos a la hora de tomar decisiones sobre el final de la vida de los pacientes en UCI<sup>(12,23,26)</sup>, ya que las grandes complicaciones derivan de cuando el paciente no puede tomar decisiones y carece de autonomía, existiendo una gran dificultad para defender al paciente cuando el tomador de decisiones no está claro<sup>(4)</sup>.

Hay una falta de estandarización en la toma de decisiones sobre el final de la vida de los pacientes críticos y la integración de la enfermera queda relegada a la implicación y decisión médica, siendo este el líder en todo momento de la toma de decisiones y quien decide si la enfermera participa o no en el proceso<sup>(9,12,17)</sup>.

En el estudio de Kvande et al<sup>(18)</sup> los médicos que participaron expresaron que son ellos quienes deciden si las observaciones aportadas por las enfermeras tienen o no relevancia y valor clínico.

En aquellas unidades dónde no existe una política estricta sobre los roles profesionales en el proceso de toma de decisiones, son los médicos quienes adquieren la responsabilidad de la decisión y la participación de la enfermera varía en función a sus competencias, experiencia profesional e incluso relación con el equipo médico, siendo las más noveles quienes menos probabilidad tienen de participar en dichas discusiones<sup>(3,9,12,20,25)</sup>.

En el estudio de Flannery et al<sup>(12)</sup> hay enfermeras que comentan que conocen si habrá o no proceso de discusión sobre la retirada de los tratamientos de soporte vital en función al médico intensivista que se tenga que encargar del caso. Demostrando así una gran variabilidad y falta de protocolización a la hora de discutir sobre la retirada de tratamiento y toma de decisiones al final de la vida de los pacientes críticos. Es por eso que es importante tener un plan común de actuación dentro del equipo, así cada profesional sabe en todo momento que es lo que debe hacer, sin variaciones entre médicos o enfermeros<sup>(26)</sup>. El conocimiento del tratamiento y de la justificación de este por parte de todo el equipo otorga una mayor comprensión de la clínica del paciente, consiguiendo que todo el equipo luche por un objetivo común<sup>(18)</sup>.

Los médicos intensivistas defienden que las enfermeras desconocen la complejidad de tomar decisiones al final de la vida de un paciente crítico. Existe una carencia en la comprensión mutua de los papeles y roles profesionales, indicando que no es fácil cuando uno quiere mantener la vida y otro quiere acercar la muerte<sup>(29)</sup>.

Las grandes diferencias y las tensiones que genera el proceso de toma de decisiones entre médicos y enfermeras pueden deberse a las diferentes responsabilidades profesionales de cada disciplina. Los médicos son los responsables del diagnóstico y pronóstico, así como de ser responsables legales de la retirada de los tratamientos, en cambio, las enfermeras ocupan la parte operativa de las instituciones, centrándose en el cuidado del paciente y su familia, así como la realización de la retirada del tratamiento, teniendo actitudes más proactivas a la finalización de la vida del paciente<sup>(3,26)</sup>.

Las enfermeras culpabilizan al equipo médico y a la falta de estructuración institucional que las apoye en sus decisiones. Cuando existe una organización pobre y una falta de estructuración que apoye sus opiniones, es cuando aumenta la falta de reconocimiento hacia el profesional de enfermería por parte de los médicos, como por parte del paciente y su familia<sup>(22)</sup>.

En muchos estudios la falta de tiempo y recursos era una queja generalizada por parte de las enfermeras. La falta de tiempo para asistir y participar en la toma de decisiones impide a las enfermeras discutir con detalle todos los aspectos específicos de la toma de decisiones<sup>(4,9)</sup>. Los profesionales de enfermería destacan la necesidad de pasar un mayor tiempo con su paciente, sobre todo cuando los familiares están ausentes o deciden no participar en el proceso<sup>(4)</sup>. Según Verd-Aulí et al<sup>(17)</sup> las enfermeras expresan que las reuniones no se pueden realizar siempre a la misma hora por su parte, ya que depende de la carga de trabajo, además los médicos no preguntan cuándo les va bien, solo se lo preguntan entre ellos, sin importarles si los profesionales de enfermería están haciendo sus tareas.

Las reuniones son difíciles de organizar debido al tiempo apretado, excesiva carga laboral, turnos agitados o incluso la rotación del personal, existiendo casos dónde el médico inicia el proceso de retirada del tratamiento de soporte vital sin seguir un plan estructurado y sin incluir a los profesionales de enfermería<sup>(8)</sup>.

La comunicación ineficaz contribuye a una falta de comprensión de la realidad, siendo la falta de habilidades comunicativas entre los miembros del equipo una condición que

dificulta el proceso<sup>(11,19,23)</sup>. Una buena comunicación entre médicos y enfermeros durante todo el proceso de toma de decisiones reducirá la carga emocional y disminuirá la angustia moral a los profesionales<sup>(24)</sup>.

Según Verd-Aulí et al<sup>(17)</sup> *“el lenguaje no verbal, la manera que tienen de sentarse en círculo cerrado”*. Esa formación de círculo cerrado dificulta la participación enfermera en las sesiones. *“Los médicos se sientan y tú estás en segunda fila, en el gallinero”*. La realización de sesiones de corta duración y a pie de cama, podría mejorar la participación de todos los actores profesionales en los procesos de discusión y toma de decisiones.

La cultura y los sentimientos religiosos pueden llegar a ser barreras que obstaculicen la participación enfermera, ya que de por sí, pueden llegar a ser determinantes a la hora de tomar decisiones sobre la retirada o suspensión de tratamientos de soporte vital<sup>(12,16)</sup>.

Además, las alarmas, la temperatura, la falta de privacidad o de comodidad son barreras que dificultan la promisión de una atención de calidad al final de la vida<sup>(28)</sup>, así como, la dificultad arquitectónica que no favorece la accesibilidad ni la privacidad de las reuniones sobre la toma de decisiones de retirada o suspensión de los tratamientos de soporte vital<sup>(17)</sup>.

#### **8.4 SUGERIR QUE BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Y FAMILIA PUEDE APORTAR LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET**

La práctica y colaboración interprofesional en la toma de decisiones tiene la importancia de contribuir a mejorar la seguridad del paciente, así como satisfacer a todos los profesionales e incluso a los familiares<sup>(17)</sup>.

A pesar de la escasa participación real, la participación enfermera en la toma de decisiones permite representar los intereses de los pacientes y sus familiares, velando por sus derechos, aportando una visión integral, que le permite determinar cuando los tratamientos dejan de ser efectivos y pasa a ser necesario reorientar los objetivos, gracias a su visión holística e interesada siempre por la calidad de vida de los pacientes<sup>(3,6,16)</sup>.

Podemos decir, que contribuye a la dignificación de la muerte, ya que las enfermeras abogan por una muerte cómoda y sin dolor, administrando medicación si hace falta, así como exponiendo la posibilidad de extubar al paciente con el objetivo de humanizar y

naturalizar la muerte. Por tanto, la inclusión de la enfermera en los procesos de discusión permite que ésta aporte sus opiniones, tratando de humanizar todo el proceso de muerte, evitando ruidos y distracciones que impidan a la familia y paciente, es decir a los protagonistas, despedirse<sup>(8,28)</sup>. Las enfermeras prefieren la retirada de los equipos de monitorización y alarmas, para aproximar al paciente a su familia, intentando naturalizar y humanizar la muerte<sup>(25,26)</sup>, aunque hay familias que prefieren la presencialidad del monitor, ya que este les ayuda y les guía durante el proceso de muerte, al haberse acostumbrado a él durante su estancia en UCI<sup>(11)</sup>.

La inclusión de la enfermera permite que el paciente muera acompañado, favoreciendo las visitas familiares y en ausencia de estas, brindando presencialidad profesional, respetando las costumbres culturales y religiosas. Además, son esenciales en el afrontamiento de la situación de últimos días de los familiares, reduciendo el estrés y la desprotección<sup>(9,20)</sup>.

Los profesionales de enfermería tienen un papel esencial en la educación familiar y del paciente, aclarando dudas y favoreciendo su comprensión de la situación. Cuando los familiares comprenden la situación y el pronóstico del paciente de forma adecuada, están más preparados para participar en la toma de decisiones. Para ello los profesionales de enfermería otorgan información clara, sencilla y honesta<sup>(3,8,24,28)</sup>. Es necesario hacer partícipe a la familia en el propio cuidado del paciente, ya que de esta manera ellos mismos realizan una evaluación del estado real del paciente (*“cuando una familia lo vive, las palabras sobran”*)<sup>(7)</sup>.

El apoyo familiar no solo se basa en la comunicación, sino también en la creación de oportunidades que permitan a los familiares estar a solas con los pacientes, entregándoles un tiempo valioso para despedirse, incluso fuera de los horarios de visita, flexibilizando las reglas en los momentos finales de vida de los pacientes<sup>(10,16,19,28)</sup>.

Por tanto, podemos decir que la inclusión de la enfermera en el proceso de discusión y toma de decisiones favorece la realización de cuidados de calidad, centrados en el paciente de forma fisiológica, emocional y psicosocial, sin olvidar la parte espiritual y cultural<sup>(23)</sup>.

## **8.5 SUGERIR QUE BENEFICIOS PARA LA PROFESIÓN Y PARA EL PROFESIONAL PUEDE APORTAR LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMERA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA AET**

La experiencia profesional de las enfermeras es un factor crucial, no solo a la hora de participar de manera activa en la toma de decisiones y sentirse más escuchadas por parte de los médicos, sino que las enfermeras con mayor experiencia se ven menos afectadas por la muerte y optan por posiciones más optimistas ante esta, ya que la comprensión de las emociones de un paciente y su familia ante la muerte les ayuda a mejorar la calidad de la atención que brindan<sup>(7,19,28)</sup>.

La aceptación del proceso de muerte, cosa esencial para participar de manera activa en la toma de decisiones, ejerce de factor protector a los profesionales disminuyendo el sufrimiento emocional, desdramatizando este proceso tan rechazado y evitado en nuestra sociedad española<sup>(7)</sup>.

Cuando existen barreras comunicativas y una falta de presencialidad enfermera en la toma de decisiones, estas pueden llegar a sentir frustración y rabia cuando ven su gran potencial pero su escasa participación, e incluso en aquellas dónde la enfermera participa puede llegar a sentir sentimientos de angustia cuando no está de acuerdo con la decisión final<sup>(12,16)</sup>, pudiendo llegar a generar pérdida del bienestar físico y psíquico del profesional<sup>(8)</sup>.

El retraso en la toma de decisiones tiene efectos negativos no solo en el paciente, sino también en las enfermeras y es por eso que una toma de decisiones correcta y realizada a tiempo provoca sentimientos en los profesionales de enfermería de verdaderos abogados que defienden los intereses y derechos de los pacientes y familiares<sup>(26)</sup>.

La inclusión de la enfermera en la toma de decisiones permite que esta se sienta como una facilitadora de la comunicación dentro del equipo asistencial y entre este con la familia, dando lugar a una calidad asistencial y práctica clínica excelente<sup>(17,20,25)</sup>. Al formar parte de las discusiones las enfermeras se sienten más seguras, libres y cómodas a la hora de decidir cómo cuidar a los pacientes. Esta autonomía del profesional de enfermería es fundamental, ya que permite que piensen de una forma más integral y holística, prestando cuidados especializados e individualizados a los pacientes críticos, siendo para ello necesario que encuentren su lugar dentro del equipo multidisciplinar, integrándose en todas las discusiones<sup>(22)</sup>.

Cuando la enfermera se siente integrada puede llegar incluso a estar dispuesta a alargar su jornada laboral cuando un paciente está en proceso de fallecimiento, por tal de no cambiar de profesional en ese preciso instante y romper así la continuidad de los cuidados<sup>(10)</sup>. Esta inclusión en el proceso de discusión interdisciplinaria otorga tranquilidad, confianza y satisfacción a todas las enfermeras, ya que se han acordado objetivos y tratamientos individualizados al cada paciente<sup>(8,12,17,25)</sup>.

El estudio de Rojas et al.<sup>(6)</sup> defiende que la toma de decisiones grupal, mejora la calidad del ambiente de trabajo de la unidad, disminuye la sobrecarga, evita la aparición de estrés y disminuye la ansiedad. De esta forma las enfermeras que aportan información en el proceso de discusión dejan de sentirse solas y sus implicaciones morales disminuyen.

## 9. CONCLUSIÓN

En respuesta al tema del trabajo en relación al rol o papel de la enfermera en la toma de decisiones de la AET y en relación a la bibliografía revisada, se puede confirmar la importancia actual y creciente que tiene el proceso final de vida, así como la retirada o suspensión de los tratamientos de soporte vital en la UCI en un mundo más tecnológico y avanzado científicamente, que prolonga el sufrimiento y el proceso de morir de las personas, siendo aquí crucial el papel de la enfermera como responsable del cuidado del paciente en la toma de decisiones sobre su futuro.

A pesar de haber una disparidad de opiniones en relación a la participación real de la enfermera en los procesos de discusión y toma de decisiones en los estudios revisados, no existe una clara definición y aclaración de cómo es esa participación activa, habiendo un claro consenso en el papel que tiene la enfermera como ejecutora tras la toma de decisiones.

Existe una escasa participación de la profesión de enfermería en la toma de decisiones sobre el final de la vida de los pacientes críticos, debido a una multitud de factores como la falta de experiencia, de iniciativa, de tiempo, de protocolos, de conocimientos y formación, de implicación por parte de los médicos, debido también al enfoque excesivamente y exclusivamente curativo además de jerárquico y paternalista de las unidades de cuidados intensivos, así como una falta de empoderamiento y visibilidad de la profesión enfermera.

Es necesario estandarizar y protocolizar todas las pautas de actuación de los diferentes profesionales en UCI que participen en los procesos de toma de decisiones, que permitan mejorar la comunicación interprofesional y que trabajen por la dignificación y humanización de la muerte del paciente crítico, siendo necesario un cambio de rol tradicional de la enfermera, que pase de ser un personaje pasivo a un personaje activo.

Cabe aclarar que faltan más estudios en relación a la formación y los beneficios que genera la inclusión enfermera tanto a paciente como familia, así como para la profesión y el profesional. Además, la mayoría de estudios son europeos y es necesario una mayor investigación a nivel internacional que evidencie el papel de la enfermera en otros continentes.

En definitiva, la inclusión enfermera en la toma de decisiones de la AET es abogar por la vida y no por la muerte, porque el paciente viva mientras tenga vida. Es abogar por la defensa de los derechos y deseos de los pacientes y familiares, en busca de una muerte digna, sin sufrimiento, naturalizando el proceso de morir en un ambiente altamente tecnificado, porque para los profesionales sanitarios la muerte se convierte en algo rutinario, pero es necesario recordar que para el paciente y sus familiares, es y será, la primera y única muerte.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

1. Lorda S, Esteban López P, Sagrario y Cruz Piqueras M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. *Cons igualdad, salud y políticas Soc.* 2014 Jan;88.
2. González R. Documento Sobre La Adecuación Del Esfuerzo Terapéutico Área De Salud De León. 2017;
3. Cilla Intxaurreaga A, Martínez Martín ML. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Med Paliativa.* 2018;25(3):195–202.
4. Dillworth J, Dickson V V., Mueller A, Shuluk J, Yoon HW, Capezuti E. Nurses' perspectives: Hospitalized older patients and end-of-life decision-making. *Nurs Crit Care.* 2016;21(2):e1–11.
5. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida *The suitability of therapeutic effort: An end-of-life strategy.* Semergen.

- 2016;42(8):566–74.
6. Rojas G. I, Vargas C. I, Ferrer L. L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Cienc y Enferm*. 2013;19(3):41–50.
  7. Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: Un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):13–21.
  8. Taylor IHF, Dihle A, Hofso K, Steindal SA. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;56(xxxx):102768.
  9. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:30–8.
  10. Noome M, Dijkstra BM, Van Leeuwen E, Vloet LCM. The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2016;18(3):212–8.
  11. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 Apr 1;33:56–64.
  12. Flannery L, Ramjan LM, Peters K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Aust Crit Care*. 2016;29(2):97–103.
  13. Comunidad Autónoma de les Illes Balears. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. *Boletín Of del Estado*. 2015;(96, 22 de abril de 2015):1–21.
  14. IMPIC. Còdigo de Ètica. 2018. 16–19 p.
  15. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212(3):134–40.
  16. Flannery L, Peters K, Ramjan LM. The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 2020;33(4):311–6.
  17. Verd-Aulí X, Maqueda-Palau M, Miró-Bonet M. Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepciones de enfermeras y médicos. *Enferm Intensiva*. 2021;32(1):3–10.
  18. Kvande M, Lykkeslet E, Storli SL. ICU nurses and physicians dialogue regarding

- patients clinical status and care options—A focus group study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2017;12(1).
19. Utami RS, Pujianto A, Setyawan D, Naviati E, Rochana N. Critical care nurses' experiences of end-of-life care: A qualitative study. *Nurse Media J Nurs*. 2021;10(3):260–74.
  20. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. Vol. 30, *Enfermería Intensiva*. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. 78–91.
  21. Sævareid TJ, Balandin S. Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1739–48.
  22. Paganini MC, Bousso RS. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nurs Ethics*. 2015;22(7):803–14.
  23. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011;16(3):116–23.
  24. Hidayat AI, Kongsuwan W, Nilmanat K. Nurse Involvement in End of Life Decision Making in the Intensive Care Unit: A Literature Review. *GSTF J Nurs Heal Care*. 2018;5(1).
  25. Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. *Aust Crit Care*. 2015 May 1;28(2):82–6.
  26. Long-Sutehall T, Willis H, Palmer R, Ugboma D, Addington-Hall J, Coombs M. Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1466–74.
  27. Albers G, Francke AL, de Veer AJE, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. *Patient Educ Couns*. 2014;94(1):4–9.
  28. Velarde-García JF, Pulido-Mendoza R, Moro-Tejedor MN, Cachón-Pérez JM, Palacios-Ceña D. Nursing and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative systematic review. *J Hosp Palliat Nurs*. 2016;18(2):115–23.
  29. Jensen HI, Ammentorp J, Johannessen H, Ørding H. Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. *J Bioeth Inq*. 2013;10(1):93–101.
  30. Erick MCJ, Miranda G, Sandra D, Argueta E, Wachter NH, Silva M, et al. Cuidado de enfermería al final de la vida de la persona adulta hospitalizada con

## 11. ANEXOS

### **Anexo 1. Principios bioéticos en la AET<sup>(1,2)</sup>**

La AET se fundamenta en 4 principios bioéticos básicos:

- No maleficencia. La evitación del daño tanto físico como moral, evitado la realización de intervenciones diagnósticas y terapéuticas contraindicadas, inseguras o sin evidencia.
- Justicia. Asegurando la repartición equitativa tanto de los beneficios como de las cargas, asegurando un acceso y una atención no discriminatoria, además de adecuada de todas las personas hacia todos los recursos disponibles, haciendo de estos un uso eficiente.
- Autonomía. Respetando los derechos de las personas para que gestionen su propia vida y salud, tomando decisiones sobre sus enfermedades, siendo todas las personas consideradas sujetos autónomos morales responsables de sus propias decisiones.
- Beneficencia. Promocionando el bienestar de las personas tanto físico como emocional.

Se puede decir que en la AET existen varios enfrentamientos. La AET está justificada cuando los tratamientos son ineficaces y perjudican a los pacientes, enfrentándose así los principios de eficacia con los de no maleficencia, es decir cualquier tratamiento que le aporta muy poco o ningún beneficio al paciente estará contraindicado. Además, cuando los tratamientos son considerados fútiles es porque ha habido un enfrentamiento entre la efectividad y la beneficencia, es decir cuando vemos como un tratamiento puede aportar un pequeño beneficio local a una región concreta del cuerpo humano, pero no otorga un beneficio general para la persona.

Se dice que los tratamientos son desproporcionados o ineficientes cuando estos enfrentan los valores económicos de la eficiencia con la justicia, es decir, cuando los tratamientos generan pocos beneficios a un alto coste. Por último, cuando un paciente decide renunciar a ciertos procedimientos se genera un conflicto entre la autonomía del paciente con los protocolos o mecanismos ordinarios de las unidades hospitalarias.

valor enfrentado al valor vida	principio de la bioética	Procedimiento	Evaluación	quién decide
evitar daño (eficacia)	no-maleficencia	indicado / contraindicado	perjuicio o riesgo / beneficio	el profesional
evitar el no beneficio real (efectividad)	Beneficencia	útil / fútil	criterios cualitativos y cuantitativos	el profesional
económico (eficiencia)	Justicia	proporcionado / desproporcionado	coste / beneficio	el gestor o el profesional
voluntad del enfermo	Autonomía	ordinario / extraordinario	Consentimiento o rechazo informados	el enfermo

## Anexo 2. Teoría final de vida tranquila <sup>(30)</sup>

Es una teoría desarrollada por Shirley M. Moore y Cornelia M. Ruland en el año 1998. La teoría define que el paciente terminal y su familia recibe cuidados por parte de los profesionales sanitarios, más concretamente el personal de enfermería, que trata de dirigir sus acciones hacia la promoción de la ausencia del dolor, el respeto, la dignidad, el bienestar, la paz y la cercanía de los familiares con el paciente.

La teoría defiende que las enfermeras tienen la capacidad de evaluar e interpretar todas las manifestaciones tanto del paciente como de su familia, así como de intervenir sobre estas para conseguir una buena experiencia. Para las autoras el cuidado en los momentos finales de vida debe ser racional en cuanto al uso de la tecnología y todas aquellas medidas encaminadas a asegurar el bienestar, buscando siempre la calidad de vida y la obtención de una muerte sin sufrimiento ni tratamientos innecesarios.

Para ello se debe administrar analgésicos y medidas no farmacológicas siempre que sea necesario con el fin de disminuir el sufrimiento y el dolor del paciente. Además, con el objetivo de alcanzar el bienestar se debe atender a las molestias físicas, psíquicas y psicológicas, así como la prevención de cualquier tipo de complicaciones.

Por lo que hace a la dignidad, es necesario incluir a la familia y al propio paciente siempre que se pueda en los procesos de toma de decisiones, así como tratar a estos con respeto,

atendiendo sus deseos y preferencias. Además, se puede contribuir a la experiencia fomentando la inclusión de los familiares en el cuidado del paciente, así como a la resolución de todas sus dudas y preguntas, generando siempre confianza.

### Anexo 3. Fichas de lectura de artículos

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
1	DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003">10.1016/j.medipa.2016.10.003</a>

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Cilla Intxaurreaga A, Martínez Martín ML. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. <i>Med Paliativa</i> . 2018;25(3):195–202.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Cada vez es más frecuente ver tratamientos que no ayudan en la recuperación de los pacientes y que solo alargan la agonía y el sufrimiento en el proceso de morir. En este contexto nace la “Adecuación del Esfuerzo Terapéutico”, que sin la intención de finalizar los esfuerzos terapéuticos, trata de redirigir la atención de ese paciente hacia la sedación, analgesia y apoyo psicológico, con el objetivo de garantizar una muerte digna y un menor sufrimiento. Aunque hoy en día promovemos el trabajo multidisciplinar, existen estudios que determinan que tan solo el 2% de las enfermeras/os son quienes indican la adecuación del esfuerzo terapéutico, a pesar de que se encuentra en una posición privilegiada.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Analizar la competencia del enfermero en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de cuidados intensivos.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2018			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)			
Escala (Validada/No validada)		(especificar)			
Registro de datos cuantitativos		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			

		Otras	<p>La búsqueda bibliográfica se ha realizado en: PubMed, CINAHL y CUIDEN, así como en el buscador académico Dialnet.</p> <p>Se incluyeron los artículos en el que el título y resumen tuvieran relación con la adecuación del esfuerzo terapéutico, los cuidados paliativos, las UCI y las enfermeras, entre 2010-2016 en el idioma inglés y español.</p>
	<b>Población y muestra</b>	De 55 artículos seleccionados, tras una lectura completa, acabaron considerándose 23 artículos para la realización del estudio.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Lo ideal sería que el propio paciente pudiera tomar la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, pero en el entorno de cuidados intensivos esa posibilidad es minoritaria, ya que la mayoría no tienen la autonomía suficiente para poder decidirlo. Cuando no existe documento de voluntades anticipadas, es cuando llegan los problemas y la necesidad de tomar la decisión. Lo ideal sería tomar una decisión compartida entre el equipo asistencial y la familia, aquí los estudios muestran como la figura de la enfermera se vuelve “invisible”. A pesar, de que la enfermera se encuentra en una posición privilegiada que permite representar los intereses del paciente y la familia, que vela por sus derechos y que aporta una visión integral y holística, que le permite determinar cuando los tratamientos dejan de ser efectivos y pasa a ser necesario reorientar los tratamientos del paciente.</p> <p>Normalmente son los médicos quienes toman las decisiones, dejando a los profesionales de enfermería las tareas de operacionalización. Muchas veces es el propio equipo de enfermería quien decide no participar en la toma de decisiones, ya sea, por temor a no poder controlar la situación o por la creencia de que la toma de decisiones en el final de la vida es una tarea exclusivamente del médico. Muchas veces retrasando la decisión y generando en las enfermeras un sentimiento de obstáculo en la aplicación adecuada de la adecuación del esfuerzo terapéutico. La mayoría de estudios, destacan la gran capacidad potencial que tienen los profesionales de enfermería en la toma de decisiones gracias a su visión holística e interesada siempre por la calidad de vida de los pacientes, a pesar de su poca implicación real. La enfermera simboliza un agente de información hacia el paciente y su familia, además de un agente capaz de detectar cuando un tratamiento pasa a ser fútil y poder proponer una posible reorientación terapéutica. A pesar del valor que poseen, los profesionales de enfermería encuentran muchos obstáculos para poder participar en la toma de decisiones, ya que la mayoría de veces no son escuchadas por el equipo médico, siendo solo consultadas cuando tienen mucha experiencia profesional o una buena relación con el equipo médico.</p> <p>Los profesionales de enfermería ejercen también como “la voz de los familiares”, creando un clima que pueda favorecer la manifestación de sus dudas y sus temores. Muchas veces son los profesionales de enfermería quienes responden dudas e informan sobre la situación del paciente, sobre todo con un lenguaje cercano y comprensible a los familiares. Por tanto, la enfermera es vista por los familiares como la persona encargada de proporcionarles la transición de los cuidados intensivos a los cuidados paliativos, velando por su soporte espiritual, psicosocial y emocional.</p> <p>Es muy importante la figura de la enfermera en el cambio de actitud de los familiares, de la transición del tipo de cuidados y de que estos entiendan en todo momento el proceso, evitando que se puedan sentir culpables por haber formado parte de la decisión del cambio en la finalidad del tratamiento.</p> <p>La UCI no es el entorno “ideal” para morir a pesar de los grandes esfuerzos realizados por los profesionales de enfermería por tal de dignificar la muerte. Una vez se suspenden los</p>		

	<p>tratamientos avanzados, las pruebas complementarias y la monitorización continua, los profesionales de enfermería deben enfatizar la atención emocional y familiar, facilitar un entorno íntimo, con pocas distracciones, con el objetivo de acercar la muerte en la UCI a un proceso lo más natural posible.</p> <p>Al final, querer dignificar la muerte en un entorno hostil como la UCI, dónde escasea la unidad del equipo y dónde muchos profesionales de enfermería tienen poca experiencia, supone un importante reto. Esto les genera un conflicto de emociones internas, ya que por un lado les genera satisfacción de paliar toda la sintomatología y necesidades del paciente, pero por otro lado les frustra el retraso en la decisión, la prolongación del sufrimiento o la falta de preparación en la implicación de la toma de decisiones.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>La finalidad de las unidades de cuidados intensivos es devolver a todos los pacientes críticos a su estado de salud previo al ingreso en la unidad, con el mínimo de secuelas posibles, lo que hace que la muerte sea percibida como un fracaso y no como una parte esencial de la vida, lo que pone de manifiesto la necesidad de humanizar estas unidades.</p> <p>Cuando el tratamiento de un paciente solo alarga su sufrimiento, es el momento de plantearse adecuar el esfuerzo terapéutico, conocer las preferencias del paciente y su familia, y realizar unos objetivos comunes con todo el equipo asistencial.</p> <p>El papel de la enfermera durante el proceso de toma de decisiones es escaso, a pesar de las grandes aportaciones potenciales que pueden generar.</p> <p>La adecuación del esfuerzo terapéutico obliga a reorientar los objetivos terapéuticos del paciente, hacia la proporción de alivio y bienestar, es decir, pasar de unos cuidados intensivos hacia unos cuidados paliativos, con el objetivo de disminuir la sintomatología física, brindando apoyo emocional y respetando siempre las creencias y deseos tanto del paciente como de su familia.</p> <p>La participación enfermera no puede limitarse únicamente en la atención al paciente, sino que además debe centrarse en las necesidades de sus familiares, cerciorándose que comprenden en que consiste la adecuación del esfuerzo terapéutico y aportando información clarificadora, que impida el surgimiento de sentimientos de culpa en los propios familiares.</p> <p>En Noruega, los familiares evidencian una escasa participación de las enfermeras en la toma de decisiones sobre el final de la vida. Además, enfatizan la necesidad de una comunicación más directa, así como una mayor participación en la toma de decisiones ya que son quienes generan una mayor relación con el paciente y su familia, y quien pasa más tiempo pasa con ellos.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La enfermería tiene un gran potencial para participar en la toma de decisiones sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico, a pesar de su pobre valoración propia. Para facilitar su participación es necesario una mayor formación en el ámbito de los cuidados al final de la vida, una mayor formación en el ámbito ético e impulsar un trabajo multidisciplinar que reconozca la competencia enfermera en este proceso.</p> <p>En definitiva, se enfatiza la necesidad de trabajar las habilidades comunicativas del equipo de atención sanitario con el paciente, la familia y entre los diferentes profesionales, por tal de facilitar la toma de decisiones al final de la vida, además de elaborar guías, normativas y protocolos que respalden una forma de tomar la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
2	DOI: 10.1111/nicc.12125

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Dillworth J, Dickson V V., Mueller A, Shuluk J, Yoon HW, Capezuti E. Nurses' perspectives: Hospitalized older patients and end-of-life decision-making. Nurs Crit Care. 2016;21(2):e1–11.		
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Los avances tecnológicos han permitido tratamientos cada vez más agresivos que prolongan la vida. Además, cada vez la población vive más años y con ello un aumento del número de patologías crónicas. A pesar de los objetivos de los cuidados paliativos centrados en los pacientes, una mala comunicación entre estos, los familiares y los profesionales sanitarios genera múltiples obstáculos en la toma de decisiones al final de la vida. Las enfermeras pasan una gran cantidad de tiempo con los pacientes, teniendo una perspectiva exclusiva para comprender el proceso, sin embargo, los estudios sobre el rol de la enfermería son muy pobres actualmente.	
	<b>Objetivo del estudio</b>	El objetivo del estudio es examinar las percepciones de los profesionales de enfermería de cuidados críticos en relación con la toma de decisiones sobre el final de la vida.	
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>  Estudio de métodos mixtos.	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Estado actual del tema	Descriptivo
		Revisión histórica	Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2016	
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	Encuesta GIAP
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)	
Escala (Validada/No validada)		(especificar)	
Registro de datos cuantitativos		(especificar)	
Técnicas cualitativas		(especificar)	
Otras		(especificar)	
<b>Población y muestra</b>	Se utiliza una muestra de enfermeras registradas en unidades de cuidados intensivos. De un total inicial de 21.639 enfermeras de 207 hospitales diferentes, solo 393 enfermeras de 156 hospitales abordaron de forma		

	específica en sus comentarios las cuestiones relacionadas con la toma de decisiones en el final de la vida.
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Actualmente la población mundial tiene una esperanza de vida mayor, esto junto con los grandes avances tecnológicos ha permitido realizar terapias agresivas que prolonguen la vida de las personas. Los cuidados paliativos son un tipo de cuidados enfocados en el paciente, centrados en la prevención y el alivio del sufrimiento, gracias a la evaluación, la identificación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y emocionales.</p> <p>Actualmente muchas personas mayores siguen recibiendo tratamientos agresivos que pueden ser discordantes con sus propios deseos.</p> <p>Los profesionales de enfermería de cuidados intensivos desempeñan un papel integral en la prestación de los cuidados, abarcando tanto al paciente como a sus familiares, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones sobre el final de la vida.</p> <p>Del análisis cualitativo surge una paradoja: la vida versus proteger la calidad de vida. Las brechas en la comunicación son un desafío en el proceso de toma de decisiones en el final de la vida (EOL). En el estudio también se evidencia que aquellos recursos secundarios como el tiempo de los profesionales, la educación a los familiares y al paciente u otros servicios complementarios eran necesarios para brindar un proceso de toma de decisiones de forma correcta.</p> <p>Las brechas en la comunicación se dan en todos los implicados, es decir, entre el médico y el paciente, entre la enfermera y el médico, entre el paciente y su propia familia y entre los profesionales sanitarios y los familiares.</p> <p>Según ciertos testimonios de los profesionales de enfermería, los médicos suelen ser los causantes del retraso en la toma de decisiones, ya que muchas veces engañan a los pacientes y sus familiares, sobre los posibles resultados de las terapias que se están llevando a cabo. Según estas enfermeras los médicos les faltaba "honestidad" a la hora de comunicarse. Esto, sumado a la falta de acuerdo entre los propios familiares y el paciente, o entre los propios profesionales sanitarios hace que se paralice todo el proceso de cuidados paliativos. Muchas veces a la familia le falta comprensión sobre el proceso de cuidados paliativos y sobre el pronóstico real del paciente, y es aquí, cuando se retrasa la toma de decisiones dónde el paciente sufre más de lo que debería.</p> <p>De aquí surge la paradoja, ¿Qué es mejor, prolongar la vida o proteger la calidad de vida? Aquí los profesionales de enfermería destacaron las múltiples atenciones inútiles, tratamientos fútiles, sufrimiento del paciente que e da normalmente, en lugar de centrarse en su comodidad y ausencia de sufrimiento.</p> <p>La no aceptación del pronóstico real por parte de los médicos y los familiares dificultan la toma de decisiones centrada en la calidad de vida del paciente. Unas expectativas poco realistas, sumado a una mala comunicación, a la cual le faltaba claridad y sencillez por parte de los médicos, solo generaba múltiples obstáculos a superar.</p> <p>Los profesionales de enfermería destacaron que en ausencia de Voluntades Anticipadas del paciente, el tratamiento que se suele seguir es un tratamiento intensivista agresivo. Muchas veces los familiares quieren "hacer todo lo posible, sin importar que"</p> <p>Existen preocupaciones legales y financieras que generan dilemas, sobre todo en el personal de enfermería. La enfermera destaca su función como la persona encargada de respetar los deseos del paciente, respetar su autonomía y hacer de mediador entre los deseos familiares y los deseos del propio paciente. La complicación llega cuando el paciente carece de autonomía y no puede tomar una decisión, aquí existe una gran dificultad para defender al paciente cuando el tomador de dichas decisiones no está claro.</p> <p>El personal de enfermería necesita apoyo, tiempo y recursos para poder ayudar a sus pacientes y familiares durante los cuidados paliativos. Los profesionales de enfermería evidencian un déficit en la calidad del tiempo que ellos necesitan para brindar a los pacientes y familiares toda la atención necesaria, para acompañarlos, educarlos e informarlos durante todo el proceso. La falta de tiempo impide a las enfermeras discutir en detalle todos los aspectos específicos, como por ejemplo las órdenes de no resucitación (DNR).</p> <p>Normalmente la educación y el apoyo a los familiares recae sobre el personal de enfermería que no posee mucho tiempo para llevar a cabo dichas labores. En todos los comentarios y datos cualitativos la cuestión del tiempo y los recursos era una queja en el personal de enfermería.</p> <p>Para ello falta además mucha educación, tanto a nivel enfermero como médico, una mayor</p>

	<p>práctica en la comunicación hacia los familiares y pacientes sobre el pronóstico y anticipación de resultados.</p> <p>En el estudio no se evidenció diferencias significativas en cuanto la edad, sexo o experiencia, tampoco por el tamaño del hospital o el nivel docente. De una forma abrumadora, los profesionales de enfermería destacaron que los problemas comunicativos, la falta de recursos, tiempo y educación son los desafíos fundamentales a los cuales las enfermeras se enfrentan para poder promover la calidad de vida en las etapas finales de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>En el estudio se destaca la paradoja de prolongar la vida frente a proteger la calidad de vida de los pacientes, además de identificar las brechas en la comunicación que contribuyen a la paradoja. Los profesionales de enfermería encuestados se preocuparon por el dolor y el sufrimiento que causan las múltiples pruebas y tratamientos fútiles para prolongar la vida. Vemos como los familiares tienen dificultades para aceptar el pronóstico del paciente, teniendo objetivos poco realistas. De hecho, la forma en como afrontan la situación, pidiendo información de una forma muy frecuente e incluso la agresividad de sus expresiones son obstáculos que se han identificado por parte del personal de enfermería para brindar la atención necesaria en el final de la vida.</p> <p>Las enfermeras destacan la necesidad de pasar un mayor tiempo con sus pacientes, sobre todo cuando los familiares están ausentes o cuando estos deciden no participar en la toma de decisiones. Según el estudio de Cohen, el 95% de los pacientes en unidades de cuidados intensivos carecen de la capacidad suficiente para tomar decisiones, y tan solo el 20% poseía un documento de voluntades anticipadas.</p> <p>Los profesionales de enfermería se mostraron molestos con las decisiones familiares de <i>“hacer todo lo posible”</i>, como sustitutos en la toma de decisiones del paciente.</p> <p>Puede ser que los facultativos tengan una comprensión limitada y no estén preparados para tomar decisiones en el final de la vida de un paciente. Los beneficios de la planificación anticipada facilitan a los profesionales sanitarios las labores en el final de la vida de dicho paciente, pues este ya deja escrito que camino desea seguir.</p> <p>La defensa del paciente es percibida como una tarea fundamental de la enfermería. Aunque los profesionales de enfermería identificaron la importancia de esta labor, también identificaron que debido a la falta de tiempo y de recursos no podían llevarla a cabo en la forma que les gustaría.</p> <p>La educación ha sido identificada tanto en el estudio como la literatura internacional como necesaria tanto para el personal médico, las enfermeras, los pacientes y sus familiares. Los resultados del estudio refuerzan la necesidad de establecer una comunicación cercana, honesta y directa con el personal médico sobre el pronóstico y la futilidad de los tratamientos del paciente. Además, dicha comunicación debe ir encaminada a lograr un consenso entre los pacientes, familiares, médicos y enfermeras sobre las expectativas y los nuevos objetivos de la atención a dicho paciente.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La comunicación ineficaz contribuye a una falta de comprensión sobre la realidad.</p> <p>Mejorar el cumplimiento de todas las recomendaciones propias de los cuidados paliativos requerirá de la educación de todos los profesionales sanitarios, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones al final de la vida.</p> <p>A medida que la población mundial envejece, los cuidados paliativos y la toma de decisiones al final de la vida adquieren más fuerza. Las enfermeras tendrán un papel fundamental en la anticipación de las necesidades de los pacientes, aumentando la conciencia sobre las diferentes opciones de tratamiento y proporcionando a los pacientes y sus familiares toda la información de una forma clara y sencilla, de tal forma que facilite la toma de decisiones en el final de la vida.</p> <p>Esta toma de decisiones implicará poner en una balanza el riesgo-beneficio de todos los tratamientos agresivos que tienen como objetivo prolongar la vida frente aquellos cuidados dirigidos a preservar la calidad de vida de los pacientes. Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición única, que les permite brindar una atención holística de alta calidad centrada en el paciente y su familia, cuando estos se enfrentan a los últimos días de vida.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica

pa ra responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
3	DOI: 10.4067/S0717-95532013000300005

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Rojas G. I, Vargas C. I, Ferrer L. L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Cienc y Enferm. 2013;19(3):41–50.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	A pesar de los grandes avances tecnológicos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) que aumentan la vida de los pacientes, existen situaciones en la que continuar con los tratamientos no aportan ningún tipo de beneficio al paciente. Es aquí dónde nace la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), llegando en ocasiones a poner en conflicto moral y ético a los profesionales que lo aplican. El LET lleva consigo dos pasos clave, la decisión y la aplicación, estando los enfermeros solo en la aplicación, siendo apartados de la toma de decisiones a pesar de la posición privilegiada que poseen.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Analizar la bibliografía en relación con el papel de la enfermería durante el proceso de toma de decisiones y aplicabilidad de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET).		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2013		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)		

		Registro de datos cuantitativos	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	<b>Población y muestra</b>	Bases de Datos: CINHALL, LILACS, Medline, Proquest nursing, Scielo y PubMed. Palabras clave: Withholding treatment, withdrawal treatment, nursing care, role nursing, life-sustaining. Obtención final de 18 artículos.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Se conocen dos formas de LET que sí tienen palabras específicas en el mundo anglosajón, como es el Withdraw (retirada del tratamiento) y el Withhold (no iniciar el tratamiento).</p> <p>La enfermera en Chile es un profesional con responsabilidad legal como gestora del cuidado del paciente crítico, haciendo que su presencia sea esencial y necesaria en la toma de decisiones del LET. Esto choca con la visión de otros países, donde la enfermera solo se incluye en el proceso de aplicación, estando excluida de la toma de decisiones, a pesar de pasar un mayor tiempo con el paciente.</p> <p>Según Gálvez el acompañamiento al final de la vida en la UCI está dividida en dos fases, la decisión y la implementación. La fase de decisión se inicia con la evaluación situacional del paciente, determinando cuales son los deseos de este y de sus familiares. Puede ser realizado tanto por el médico como por la enfermera. Posteriormente, la toma de decisiones se realiza de forma consensuada en equipo entre médicos y enfermeros, reunidos con los familiares. Por último, la implementación se basa en la sustitución de terapias llevada a cabo por enfermería o medicina.</p> <p>Autores como Vincent o Randall defienden que la toma de decisiones debe realizarse tras una discusión en equipo, mejorando así la calidad del ambiente de trabajo en la unidad, disminuyendo la sobrecarga, evitando la aparición de estrés, depresión o ansiedad.</p> <p>Monteverde defiende que el profesional de enfermería tiene un papel clave en el proceso de toma de decisiones, ya que ocupa un lugar privilegiado interactuando con el equipo, la familia y el propio paciente, conociendo así todos los puntos de vista de todos los actores involucrados. Existen estudios que determinan que el 63,9% de los casos de LET es la enfermera quien inicia el proceso de discusión.</p> <p>En Bélgica entre el 64-69% de enfermeras participan en la toma de decisiones, destacando sobre todo el papel de la enfermera en el intercambio de información con el equipo sobre los deseos de los pacientes y sus familiares. La enfermera es vista por los pacientes y sus familiares como el profesional encargado de otorgar soporte, transmitir información comprensible y facilitar el proceso de toma de decisiones.</p> <p>Cualquier tratamiento puede llegar a ser considerado fútil en algún momento, sin embargo, el cuidado como concepto nunca podrá ser considerado como fútil.</p> <p>La suspensión o retirada del tratamiento se realizará cuando el equipo formado por médicos y enfermeras determine que los tratamientos son fútiles. Las enfermeras destacan que cuando aportan información en el proceso, la decisión es más fácil, haciendo que los profesionales no se sientan solos y las implicaciones morales disminuyan.</p> <p>El profesional de enfermería se centrará en el cuidado de confort del paciente crítico, otorgando la mayor calidad de vida posible durante los últimos días hasta su fallecimiento, brindando en todo momento apoyo a los familiares.</p>		

<b>Discusión y Conclusión del estudio</b>	<p>La enfermería ha tenido una gran evolución como cuerpo teórico y científico, encontrando teorías como la Teoría final de vida de Rulan y Moore, que sirven como base teórica de la limitación del esfuerzo terapéutico.</p> <p>Podríamos decir que la limitación de un tratamiento está justificada por una desproporción entre los fines y los medios utilizados para mantener la vida.</p> <p>Son varios los estudios dónde se evidencia que es la enfermera quién inicia el proceso de discusión sobre la futilidad de un tratamiento, advirtiendo de la posibilidad de prolongar la vida del paciente de forma innecesaria. El profesional de enfermería es capaz de aportar una visión holística del paciente, abogando por el cumplimiento de sus derechos, respetando la dignidad, deseos y preferencias.</p> <p>El artículo defiende que es la enfermera quién debería ser el líder de la planificación del cuidado del paciente, estando la labor de la enfermería enfocada tanto al paciente como a la familia, desde una visión fisiológica, como psicológica y espiritual.</p> <p>Para concluir, es necesario elaborar una mayor cantidad de protocolos y guías de actuación en las instituciones sanitarias que clarifiquen el papel de todos los profesionales involucrados en el LET. Es preciso que los contenidos e instrucciones educativas de los enfermeros, hagan hincapié en la teoría de final de vida tranquilo como base teórica del LET, puesto que dicha teoría orienta a los profesionales cuales son las acciones y aptitudes que debe tener el enfermero frente a un paciente en situación de LET</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
4	DOI: 10.1016/j.enfi.2010.11.003

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	<p>Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: Un estudio fenomenológico. <i>Enferm Intensiva</i>. 2011;22(1):13–21.</p>	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>La medicina intensiva ha provocado una alteración en el concepto de la muerte, con el paso de los años, la muerte se concibe como fracaso técnico de la medicina y no como un acontecimiento natural del ciclo de la vida.</p> <p>La prolongación de forma artificial de la vida de las personas, en muchas ocasiones, acaban generando agonía y sufrimiento.</p> <p>La enfermería ha evolucionado mucho, teniendo la capacidad anticiparse y controlar numerosas situaciones de las patologías de los pacientes.</p> <p>A pesar de todo esto las Unidades de cuidados intensivos siguen sin</p>

		adaptarse a la atención en el paciente en sus últimos días.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Conocer las vivencias y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
			Revisión Sistemática		Casos controles
			Meta-análisis		Cohortes
			Estado actual del tema		Descriptivo
			Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2011			
	<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevista en profundidad semiestructurada. Los datos fueron verificados por los informantes y analizados siguiendo los pasos de Taylor-Bogdan.		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	(especificar)		
	<b>Población y muestra</b>	Incorporación progresiva de participantes mediante un muestreo intencional hasta llegar a 16 participantes.			
<b>Resultados relevantes</b>	La mayoría de los participantes en el estudio creen en una existencia más allá de la vida, algunos la definen energía y otros Dios. Aunque el concepto de muerte varía mucho en función a la edad, la cultura y la experiencia profesional, los jóvenes perciben la muerte como algo lejano y no es hasta que entran en contacto con ella de forma continua en el puesto de trabajo que inician la conciencia de la existencialidad humana. Además, el concepto de muerte depende de las características del paciente y su potencial similitud con personas de la vida privada de la enfermera, y depende también de la edad del paciente y su proceso de muerte ("no es lo mismo que se muera una persona con veinte años que una persona con ochenta"). Los profesionales de enfermería son quienes más tiempo pasan con los pacientes, aunque la decisión final la toma el médico. Esta situación genera sentimientos negativos como				

	<p>impotencia, frustración o tristeza en los profesionales de enfermería. Los enfermeros defienden que existe poca dignidad en el proceso de muerte, ya que en las unidades de cuidados intensivos el objetivo es tratar a aquellos que están graves y tienen una patología con cierta potencialidad de revertir.</p> <p>La aceptación es una estrategia de afrontamiento utilizada por parte de los profesionales, aceptando la muerte como un proceso natural en el ciclo vital (<i>“para mí la muerte es una posibilidad diaria”</i>). El distanciamiento es otro método de afrontamiento, cuyo objetivo radica en alejarse del dolor y el sufrimiento del paciente y su familia (<i>“siempre he intentado hacerme una barrera” “procuro mantenerme al margen y olvidarme”</i>). La búsqueda de apoyo social se produce cuando el profesional de enfermería trata de buscar a otras persona para conseguir apoyo moral, emocional y ayuda.</p> <p>Las unidades de cuidados intensivos son unidades poco humanizadas, dónde los familiares no tienen sitio para sentarse al lado del paciente y dónde muchos boxes son abiertos o cerrados a través de una cristalera. La existencia de habitaciones o salas dedicadas al proceso de muerte, podría generar beneficios en la toma de decisiones y atención tanto al paciente como a su familia.</p> <p>Todos los entrevistados defienden que la retirada o suspensión del tratamiento de soporte vital es una decisión del médico. La enfermería ejerce un rol defensor del paciente, preservando así sus derechos, otorgando mayor información en el proceso de toma de decisiones. Aquellos profesionales más experimentados tienen una mayor participación en la discusión y toma de decisiones en el final de la vida (EOL), en cambio, aquellas enfermeras menos experimentadas no expresan sus opiniones (<i>“no se fían de la palabra de un enfermero nuevo” “eso lo da la experiencia en el servicio”</i>).</p> <p>A su vez, los profesionales de enfermería también atienden a las familias, estableciendo relaciones de confianza, aprovechando los cuidados del paciente para acercarse a la familia. De esta forma adquieren información sobre el conocimiento de la familia, ya que en muchas ocasiones la familia posee un gran desconocimiento sobre el estado del paciente, amenazando así el EOL. Por eso mismo, se espera de las enfermeras un rol más activo en cuanto al papel informador hacia los familiares.</p> <p>Con frecuencia los familiares tienen una idea distorsionada sobre el estado real del paciente, malinterpretando algunas informaciones poco claras. La familia necesita vivir y aceptar la muerte del paciente para poder participar también en el proceso de muerte. Es necesario hacer partícipe a la familia en el cuidado del paciente, porque así se consigue que ellos mismos realicen una evaluación del estado del paciente, adaptándose a la situación real (<i>“cuando una familia lo vive, las palabras sobran”</i>).</p>
<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>La experiencia profesional de las enfermeras es un factor crucial en el afrontamiento del EOL en las UCI, puesto que disminuye el sufrimiento emocional y ayuda a que el profesional tenga una mayor presencia y actividad en la toma de decisiones.</p> <p>En las unidades de cuidados intensivos los profesionales sanitarios viven a diario la muerte de algún paciente, siendo la muerte una parte más de la rutina profesional. Esta aceptación del proceso de muerte ejerce de factor protector a los profesionales, disminuyendo el sufrimiento emocional, desdramatizando el fenómeno que es tan rechazado y evitado en nuestra sociedad actual española.</p> <p>El desarrollo tecnológico ha provocado un aumento de la esperanza de vida, un aumento de curaciones de aquellas patologías que antes eran <i>“incurables”</i> y un cambio en el concepto de la muerte, convirtiéndose en un fracaso técnico. Los entrevistados en este estudio defienden que los pacientes que más edad tienen poseen un pronóstico peor que los pacientes de menor edad. Aunque estas creencias no son correctas, ya que los resultados demuestran que el pronóstico de los pacientes se relaciona a su gravedad y no tanto en la edad. La edad solo debe tenerse en cuenta en la calidad de vida previa y posterior al ingreso en UCI.</p> <p>La falta de visibilidad de la labor de la enfermería es un problema documentado en todos los ámbitos del sistema sanitario. Las UCI se centran en la patología y deja de lado los aspectos psicosociales, emocionales y espirituales tanto del paciente como de su familia. Por tanto, podemos decir que la concepción de la asistencia sanitaria intensivista actual juega en contra de la humanización de los cuidados y en contra de la visibilidad de la profesión enfermera.</p> <p>Los entrevistados destacan la necesidad de los familiares de ser informados, y de que dicha comunicación debe ser clara y precisa, adaptado a su conocimiento y lenguaje. La buena comunicación entre profesionales y familiares ha sido demostrada como un factor clave en la</p>

	atención sanitaria en el EOL, aunque es uno de los aspectos que más se necesitan trabajar.		
<b>Conclusiones del estudio</b>	El abordaje del EOL en la UCI necesita de un enfoque multidisciplinar. Para ello es necesario estandarizar los criterios de ingreso en UCI, protocolizar las pautas de actuación de los diferentes profesionales que participen en la toma de decisiones, mejorar la comunicación interprofesional y con la familia y hacer partícipe a los familiares el proceso de muerte. El estudio propone implantar un modelo asistencial que incluya la toma de decisiones compartida, generando un cambio en el rol tradicional de la enfermería, pasando de ser un agente pasivo a un agente activo en el proceso.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
5	DOI: 10.1016/j.iccn.2019.102768

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Taylor IHF, Dihle A, Hofsø K, Steindal SA. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2020;56	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El paciente de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es aquel que tiene una deficiencia aguda en una o más funciones orgánicas, siendo la deficiencia total o parcialmente reversible. Los avances tecnológicos permiten cada vez curar un mayor número de enfermedades, pero estos no siempre son exitosos llegando a ser necesario la retirada del tratamiento de soporte vital, por tal de evitar el sufrimiento del paciente. A pesar de la posición privilegiada y los conocimientos de las enfermeras, estas se sienten infrarrepresentadas en los procesos de toma de decisión al respecto del final de la vida de los pacientes.

	<b>Objetivo del estudio</b>	Explorar la experiencia de los profesionales de enfermería de la UCI en la participación de la retirada de los tratamientos de soporte vital del paciente crítico.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
			Revisión Sistemática		Casos controles
			Meta-análisis		Cohortes
			Estado actual del tema		Descriptivo
			Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2020			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas semiestructuradas. La transcripción se realizó mediante la condensación sistemática de texto y los datos fueron analizados en conjunto mediante la identificación de patrones.		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras			
	<b>Población y muestra</b>	9 enfermeras aceptaron participar en el estudio, siete mujeres y dos hombres, con unan edad media de 45 años y una experiencia de 13 años.			
<b>Resultados relevantes</b>	<p>La retirada del tratamiento de soporte vital (withdrawing treatment) se basa en la detención activa de las intervenciones que se basan en el soporte vital de un paciente, como puede ser el soporte ventilatorio o farmacológico, de los cuales depende la supervivencia del paciente.</p> <p>Las enfermeras de cuidados intensivos son responsables de la atención al final de la vida del paciente, y por tanto, son responsables de participar de forma activa en todas las decisiones que se tomen relacionadas con la retirada del tratamiento de soporte vital, así como de brindar la atención y tratamiento necesario para aliviar la sintomatología del paciente crítico.</p> <p>Hay estudios que evidencian el papel que tienen las enfermeras a la hora de atender al paciente y su familiar antes de la retirada y después de la retirada de los tratamientos, respetando siempre sus deseos, a la vez que transmiten la información necesaria adaptada a sus conocimientos, así como educar a las familias sobre el propio proceso, brindándoles apoyo</p>				

	<p>emocional y satisfaciendo sus necesidades.</p> <p>Los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos experimentan problemas de comunicación, así como una infrarrepresentación en todos los procesos de toma de decisiones sobre la atención al final de la vida, a pesar de ser los profesionales encargados de cuidar a los pacientes, cosa que les lleva a sufrir una alta frustración.</p> <p>El 78% de los profesionales de enfermería ven más ético suspender un tratamiento (no iniciarlo) en vez de retirar un tratamiento. Entre compañeros de la misma profesión hay dudas en cuanto a la infusión de líquidos intravenosos, ejercicio pasivo y nutrición una vez la decisión de retirar los tratamientos de soporte vital ya se han tomado.</p> <p>Los desacuerdos entre los profesionales o con la propia familia son uno de los aspectos por lo que se atrasa la retirada del tratamiento de soporte vital, lo que genera un abuso de los tratamientos fútiles y una experiencia general negativa de la atención al paciente.</p> <p>Los posibles conflictos con la familia son complicados, sobre todo cuando hay que llevar a cabo un proceso de retirada de los tratamientos de soporte vital. Los familiares se pueden enfadar e incluso frustrar, y eso es especialmente fruto de la desinformación sobre el propio proceso, lo que además frustra a los propios profesionales que realizan la retirada. La familia en muchas ocasiones puede llegar a ignorar los deseos de los pacientes, debido a la desinformación y al miedo que genera la aceleración de la muerte.</p> <p>Es necesario que los enfermeros se involucren de lleno con la atención al paciente y su familia, pero sin llegar a una afectación emocional por dicha involucración emocional, a pesar de que estos manifestaron que en ocasiones acababan respondiendo con lágrimas a la retirada de los tratamientos de soporte vital. Además, hay que sumar la angustia de tratar de consolar a las familias, a pesar que aquellos enfermeros más experimentados son quienes acaban menos afectados por el proceso.</p> <p>A pesar de todo, la jornada laboral acaba, pero el profesional se lleva al paciente a casa, es por eso que es un desafío no involucrarse en el proceso empático, ya que cuidar de un paciente durante un largo periodo de tiempo. Hay que destacar que a medida que los enfermeros adquieren experiencia se ven menos aptos para continuar con tratamientos fútiles e indignos, siendo la retirada del tratamiento de soporte vital un alivio para ellos, tras ver como un paciente sufre a diario con los tratamientos fútiles.</p> <p>Todos los participantes ven como la colaboración interdisciplinaria entre médicos y enfermeros es un aspecto fundamental para tomar decisiones sobre la retirada de tratamientos de soporte vital. Esto además otorga tranquilidad y confianza a todos los profesionales ya que se han acordado objetivos y tratamientos en función de la situación del paciente. La mayoría de los participantes expresaron que fueron escuchados y apoyados en los procesos de deliberación interdisciplinaria. A pesar de esto, los participantes experimentaban grandes desafíos cuando existía una falta de comunicación en las reuniones interdisciplinarias y cuando estas se realizaban de forma irregular o clandestina. Los miembros del equipo no respetaron las opiniones de los enfermeros.</p> <p>Las reuniones a menudo son difíciles de organizar debido al tiempo apretado, turnos agitados o incluso la rotación del personal y pacientes.</p> <p>Existen casos dónde el médico inicia el proceso de retirada del tratamiento de soporte vital sin seguir un plan estructurado y sin incluir a los profesionales de enfermería.</p> <p>La mayoría de enfermeras se dan cuenta incluso antes que los médicos que los tratamientos son fútiles y que es necesario iniciar un proceso de retirada de tratamientos, ya que los médicos a menudo tratan de continuar con el tratamiento.</p> <p>Es necesario contar con un plan estructurado que atienda tanto al paciente como a su familia, con el objetivo de dignificar la muerte y preparar a la familia para ese momento. Los enfermeros son responsables de comunicar información a las familias y resolver dudas sobre el proceso, ya que la comprensión del proceso alivia el sufrimiento familiar. Es necesario que las familias se sientan empoderadas, que estén involucradas en la toma de decisiones y que tengan tiempo suficiente para adaptarse a la situación y despedirse del paciente, para ello es necesario resolver dudas, apoyar emocionalmente, mostrar empatía y facilitar y atender los deseos familiares.</p> <p>La atención familiar no finaliza con la muerte del paciente, esta atención continua, y es necesario comunicarnos con la familia una vez el paciente ha fallecido, lo que también otorga un feedback sobre el propio proceso de retirada del tratamiento de soporte vital, considerándose esto beneficioso tanto para el duelo familiar como a nivel institucional para</p>
--	--

	<p>evaluar los procesos de retirada.</p> <p>Para dignificar la muerte los participantes abogan por una muerte cómoda, sin dolor y sin disnea, para ello se puede administrar medicación que alivie el dolor, así como la posibilidad de extubar al paciente humanizando y naturalizando la muerte. Es necesario apagar de forma puntual las máquinas y los monitores, acercar a la familia al propio paciente, humanizar todo el proceso de la muerte, evitar ruidos y distracciones que impidan que los protagonistas puedan despedirse.</p>
<b>Discusión planteada</b>	<p>Generalmente la retirada del tratamiento de soporte vital se da de forma consensuada y digna, pero con afectación emocional por parte de los profesionales, sobre todo cuando los pacientes son tratados en exceso y se producen conflictos con los familiares o dentro del equipo interdisciplinar. Las reacciones emocionales de los profesionales se pueden relacionar con la percepción de la calidad de vida de las enfermeras intensivistas.</p> <p>Cuando la retirada del tratamiento de soporte vital no se realiza de forma adecuada, las enfermeras se sienten impotentes, con falta de voluntad, con estrés y sentimientos de angustia e impotencia. El estrés en el lugar de trabajo puede generar una pérdida del bienestar físico y psíquico de los profesionales de enfermería. Los profesionales con menos experiencia y competencia se ven más afectados durante todo el proceso, estresándose de una forma más sencilla cuando la situación del paciente es indigna. Estas enfermeras pueden carecer de confianza para comunicar a los profesionales del equipo la situación del paciente y sus opiniones, teniendo así una disminución de la satisfacción laboral lo que conlleva a sufrir agotamiento, llegando hasta un 31% de profesionales que sufren agotamiento.</p> <p>El cuidado de pacientes críticos en momentos finales de la vida es algo agotador, deprimente y traumático, llegando a percibir sentimientos de impotencia por parte de las enfermeras.</p> <p>Las enfermeras de cuidados intensivos tienen un papel informal cuando sugieren a los médicos la discusión de una posible retirada de los tratamientos de soporte vital. En ocasiones, las enfermeras creen que su función es reunir a todas las partes involucradas, sintiendo que en muchas ocasiones no eran escuchadas o valoradas por los médicos, habiendo evidencia de insatisfacción profesional a la hora de transmitir información a los médicos.</p> <p>Las sesiones informativas son difíciles de organizar debido a los turnos rotatorios, cambios en los pacientes y turnos agitados de las unidades, siendo estos, barreras para la realización de una correcta toma de decisiones. Es por eso que es necesario establecer una rutina a la hora de realizar reuniones informativas entre todo el equipo. Además, es necesario que las enfermeras tengan a disposición apoyo emocional en caso de experimentar agotamiento, estrés o algún tipo de sufrimiento durante todo el proceso y tras el proceso.</p> <p>Conseguir que la muerte del paciente se acerque a lo más natural posible, desconectar alarmas, acercar a las familias y utilizar tratamientos que disminuyan el dolor o los síntomas más angustiantes son aspectos necesarios y fundamentales para una correcta retirada de los tratamientos de soporte vital. La retirada de la monitorización, en caso de que su presencia pueda resultar molesta, otorga a las familias y a los pacientes un cuidado compasivo. Esta retirada de la monitorización debería ser decisión familiar en caso de que este pueda incordiarle o todo lo contrario, y sea una fuente de comodidad.</p> <p>Algunos participantes expresaron su incomodidad de presenciar a pacientes con ventilaciones mecánicas no invasivas, ya que estas aumentan la presión y genera angustia, sin aliviar la sintomatología del paciente, defendiendo que la retirada completa de la ventilación otorga una muerte mucho más natural y "estética". A pesar de esto, la obstrucción de las vías respiratorias es algo incómodo y angustiante, lo que justifica el soporte ventilatorio. Al final, lo que se decide es retirar el tubo endotraqueal solo en aquellos casos en los que se tenga seguridad plena de que el paciente pueda mantener las vías aéreas permeables en todo momento.</p>
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Las enfermeras entrevistadas consideran que desempeñan un papel clave en la retirada del soporte vital, teniendo responsabilidades encaminadas a la dignificación y comodidad de la muerte de los pacientes. A pesar de esto, a menudo se sentían solas durante el proceso, sobre todo aquellas con experiencia más limitada.</p> <p>Se considera que la retirada del tratamiento de soporte vital es complicada cuando el paciente está sobretreatado o cuando la enfermera debe participar en procesos en los que no está de acuerdo.</p> <p>Todas las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos expresaron haberse sentido emocionalmente mal tras procesos de retirada de los tratamientos de soporte vital, sobre todo cuando estos eran complicados, experimentando estrés e incluso pérdida de voluntad.</p>

	Se ha comentado la necesidad de estructurar sesiones informativas estructuradas, como un elemento beneficioso para el profesional de enfermería, sobre todo a la hora de lidiar con sus emociones. A pesar de esto, las sesiones informativas son difíciles de organizar debido al ajetreo continuo de la unidad, así como de los rotatorios tanto de pacientes como de profesionales.			
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica	
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio	
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico	
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>				

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
6	DOI: 10.1016/j.iccn.2015.11.002

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. <i>Intensive Crit Care Nurs.</i> 2016;33:30–8.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	En torno al 20% de los pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) mueren, siendo en muchas ocasiones como resultado de la toma de decisiones de retirar/suspender tratamientos de soporte vital. Las enfermeras se encuentran en una posición clave, aceptando la realidad de la muerte y realizando grandes esfuerzos por tal de hacerla lo más digna, y cómoda posible. Esta exposición a la muerte, genera ansiedad y agotamiento. A pesar de esto, han reportado dificultad a la hora de equilibrar sus sentimientos y sus responsabilidades, cuestionándose si "están haciendo lo correcto". Las enfermeras de la UCI informan de una falta de formación en el proceso de final de la vida.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Explorar las experiencias de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos durante el final de la vida de los pacientes críticos adultos.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico
			Revisión Sistemática	Casos controles
			Meta-análisis	Cohortes

		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
<b>Año de realización</b>	2016			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas grabadas y transcritas de forma literal. Luego se categorizó los resultados y se identificaron los temas.	
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)	
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)	
		Técnicas cualitativas	(especificar)	
		Otras	(especificar)	
<b>Población y muestra</b>	Enfermeras de Johannesburgo y Pretoria. 24 enfermeras participaron en el estudio. Para participar debían tener más de 6 meses de experiencia, trabajar en una UCI de adultos y haber firmado el consentimiento escrito.			
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Un estudio Europeo muestra que el 73% de enfermeras participan de forma activa en el proceso de toma de decisiones. Un estudio de Sudáfrica determina que el 76% de enfermeras participan de forma directa en la atención al paciente, pero que tan solo el 35% participan en la toma de decisiones. En Turquía, el 100% participa de forma directa en la atención al paciente en situación de últimos días, pero tan solo el 25% participa de forma activa en el proceso de toma de decisiones. Las enfermeras expresan una falta de formación en el proceso de últimos días, siendo la atención de los pacientes críticos dependiente de la habilidad, el conocimiento y el grado de comodidad/confianza de los profesionales de enfermería.</p> <p>Los participantes defienden que los pacientes jóvenes son los que más efectos emocionales y psicológicos les generan, ya que <i>“les queda futuro por delante”</i>.</p> <p>La transmisión de información a los familiares es un tema muy delicado, que genera muchas dudas en los profesionales de enfermería, ya que muchos piensan que contar ciertas cosas puede <i>“poner en un aprieto”</i> al familiar. Algunos comentan que hay familiares que pueden responder con rabia ante ciertas informaciones.</p> <p>La mayoría de los profesionales que participaron en el estudio contestó que <i>“no había participación enfermera en la toma de decisiones”</i>, muchas veces por falta de implicación enfermera sumada a una falta de atención médica hacia las opiniones de las enfermeras. Muchas enfermeras expresaron su deseo de participar en la toma de decisiones, defendiendo que ellas son las que más tiempo pasan con los pacientes y familiares, y que este hecho puede contribuir a la toma de decisiones final, defendiendo los valores y deseos de los pacientes.</p> <p>Hay enfermeras que defienden que no es función ni responsabilidad de enfermería el apoyo espiritual y religioso, expresando que <i>“hay gente que está para rezar por ellos”</i>.</p> <p>Una de las expresiones más repetidas en el estudio es la de mantener al paciente cómodo <i>“hasta que la naturaleza continúe su curso”</i>. El nivel de ruido debe estar bajo, debe permitir a las</p>			

	<p>personas de la unidad hablar sin tener que alzar la voz. Además, se permite a las familias realizar cuidados directos del paciente.</p> <p>Por motivo de carga laboral las enfermeras confiesan que no siempre es posible mantenerse al lado del paciente cuando este va a morir y no tiene familiares cerca. Cuando los familiares tienen creencias culturales especiales, los profesionales de enfermería las respetan y hacen todo lo posible para que las lleven a cabo en la unidad.</p> <p>Las enfermeras defienden la necesidad de tener un mayor tiempo para estar presentes en la habitación del paciente cuando está la familia, para que estos tengan una mayor confianza en los profesionales. Esto es algo que en muchas ocasiones las enfermeras noveles no hacen, porque no tienen confianza en ellas mismas y al ver a la familia aparecer, estas desaparecen, porque no quieren que les hagan preguntas.</p>		
<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>Las enfermeras participantes en el estudio tienen dificultades para conversar con la familia en situaciones delicadas como en el proceso de final de la vida del paciente.</p> <p>A pesar de la participación directa en el cuidado del paciente, los participantes afirman tener una escasa participación en la toma de decisiones. Además, expresan el deseo de participar en todos los procesos de toma de decisiones en el final de vida del paciente. Los médicos reconocen a las enfermeras más experimentadas y de mayor nivel, introduciéndolas con mayor tendencia en las discusiones.</p> <p>A pesar de citarse el apoyo espiritual y religioso como un rol de la enfermería, muchas de las enfermeras participantes en el estudio demostraron una escasa formación al respecto, prefiriendo pedir a las familias que trajeran a sus propios líderes espirituales.</p> <p>La participación familiar en el cuidado del paciente de forma directa ha sido considerada como una forma de apoyo hacia el propio paciente. El ruido ha sido identificado como un problema común de todas las unidades de cuidados intensivos, generando una barrera que dificulta la realización de una atención de calidad.</p> <p>Es preocupante la falta de formación y la falta de confianza de las enfermeras noveles, que prefieren dejar a la familia sola en la habitación antes que enfrentarse a las posibles preguntas de estos. Las reuniones multidisciplinarias que incluyen a la familia deberían iniciarse nada más ingresar en la UCI y continuar con frecuencia durante toda la estancia.</p> <p>Las enfermeras expresan que falta contenido sobre el final de la vida en los estudios de enfermería y que por lo tanto eso les provoca sentirse poco preparadas para atender a pacientes críticos en situación de últimos días.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>Las enfermeras participantes expresaron su deseo de que los pacientes continúen recibiendo cuidados que dignifiquen la muerte. Estos cuidados e intervenciones deben ir encaminadas a satisfacer necesidades físicas, sociales, emocionales, espirituales y religiosas.</p> <p>Para ello es necesario que los profesionales de enfermería se encuentren bien formados, además de tener apoyos de compañeros más experimentados que les acompañen durante todo el proceso.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p><b>Bibliografía (revisión dirigida)</b></p>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
7	DOI: 10.1097/NJH.0000000000000221

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Noome M, Dijkstra BM, Van Leeuwen E, Vloet LCM. The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. J Hosp Palliat Nurs. 2016;18(3):212–8.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El 27% de pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI) mueren en Europa y en EEUU el porcentaje va del 10 al 29%. De todas las muertes más de un 85% ocurre tras retirar los tratamientos de soporte vital La atención al final de la vida (EOLC) se entiende como aquella atención en pacientes con pronósticos negativos hasta que mueren y tras su muerte, tanto a ellos como a su familia. En los Países Bajos las decisiones sobre la retirada del tratamiento la toman en exclusiva los médicos a diferencia de EEUU que se toma de forma compartida entre diferentes profesionales.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Determinar como se puede mejorar la atención al final de la vida conociendo las diferencias en la atención actual de las enfermeras en UCI y la forma en como les gustaría proporcionar dicha atención.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2016		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas grabadas en audio y posteriormente transcritas. La codificación y la creación de categorías se discutieron hasta llegar a un acuerdo.		
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
	Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
	Técnicas cualitativas	(especificar)		
	Otras			

	<b>Población y muestra</b>	20 Enfermeras de UCI reclutadas por muestreo intencional de un hospital universitario.
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Quando hablamos de suspensión de tratamientos nos referimos a la no instauración de tratamientos cuando estos no están justificados, y cuando hablamos de retirada de tratamientos, hacemos referencia a la interrupción de aquellos que ya están instaurados.</p> <p>Quando hablamos de atención en el proceso final de vida estamos hablando de que incluye la toma de decisiones, la atención enfermera al paciente y familia, el manejo de sintomatología refractaria y dolor, la despedida, la integración familiar y así como la atención familiar tras la muerte.</p> <p>Los profesionales de enfermería pasan mucho tiempo con los pacientes y sus familias, lo que les permite captar mucha información, y es por eso que hay estudios que defienden que las enfermeras de UCI deben estar involucradas en los procesos de toma de decisiones. La estancia en UCI genera ansiedad y es ahí dónde la enfermera aparece para apoyar a la familia y acompañarla en todo el proceso, así como para tomar decisiones y recoger información sobre sus deseos.</p> <p>La dualidad de mantener o retirar los tratamientos genera angustia moral en los profesionales sanitarios, apareciendo sobre todo en los enfermeros cuando se prolonga la vida del paciente en contra de sus ideales morales.</p> <p>Las enfermeras participantes destacaron su papel como importante a la hora de tomar decisiones sobre los cuidados al final de la vida de los pacientes. La presencia de los profesionales de enfermería en las reuniones interdisciplinarias les permite compartir y difundir información sobre la situación del paciente y sus deseos, siendo la propia asistencia un papel propio de la toma de decisiones.</p> <p>Los participantes crean situaciones tranquilas y pacíficas en el que el objetivo se basa en proporcionar al paciente cuidados esenciales. Solo 5 de 20 enfermeras optaban por los cambios posturales, siendo por la gran mayoría algo no esencial, asegurándose solo de su higiene y presencia limpia.</p> <p>El tiempo para despedirse es algo muy importante y preciado para las familias, incluso muchas enfermeras intentan involucrar a las familias ya cercarlas aun más a los pacientes. Independientemente de la presencialidad familiar o no ante ciertas técnicas o retiradas de un paciente, esta siempre debe estar informada de que se va a realizar y cuales son sus consecuencias en caso de retirar dichos tratamientos.</p> <p>El paciente siempre es el foco de atención, pero de su mano va la familia, y esto es algo que nunca se debe olvidar, tanto a la hora de escucharla como a la hora de acompañarla y aconsejarla en todo el proceso.</p> <p>La mayoría de las enfermeras estaban dispuestas a alargar su jornada laboral cuando un paciente está falleciendo, por tal de no cambiar de enfermera en ese preciso instante y romper la continuidad de los cuidados.</p> <p>Es necesario aumentar los conocimientos y competencias de la atención al final de la vida, sobre todo cuando estamos ante pacientes y familias de otras culturas y religiones. Además, se recomienda realizar evaluaciones de seguimiento después de la muerte del paciente, por parte del personal que le atendió en su momento, para evaluar la situación familiar, así como la atención al final de la vida brindada en aquel momento.</p>	
<b>Discusión planteada</b>	<p>Aunque las enfermeras de la UCI estaban satisfechas con la atención brindada en el proceso final de la vida, la descripción de una atención ideal difiere de la atención real brindada. Para la situación ideal las enfermeras querrían de un mayor tiempo para atender al paciente y su familia, así como un papel más explícito a la hora de tomar las decisiones y una mejora en la comunicación con los médicos y familiares.</p> <p>A pesar de su privilegiado puesto al lado de las familias y los pacientes, las enfermeras evidenciaron una poca participación en el proceso de toma de decisiones, ya que estas desean una mayor implicación, por tal de transmitir sus opiniones, así como los deseos de los pacientes y sus familiares.</p> <p>No existen pautas fijas por las cuales los profesionales limitan los esfuerzos terapéuticos ya que cada paciente y familia son únicos, es por tanto que las enfermeras prefieren la existencia de una lista de verificación que les otorgue la información necesaria para la atención en el proceso final de la vida de los pacientes.</p>	

	Las enfermeras participantes mencionaron que entre ellas se aportaban un apoyo práctico en el proceso, pero nunca un apoyo emocional entre compañeros, a pesar de que enfermeras manifestaron la necesidad de descansar tras la muerte de un paciente, incluso con apoyo psicológico de alguien. Es por tanto que la duda está en si la enfermera necesita o no apoyo emocional, o si más bien es la cultura intrínseca de la unidad de cuidados intensivos quien no permite ese tipo de sensibilidad en los profesionales.		
<b>Conclusiones del estudio</b>			
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia par a responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
8	DOI: 10.1016/j.iccn.2015.12.004

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs. 2016 Apr 1;33:56–64.		
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Aproximadamente el 85% de muertes de pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI) ocurren tras la retirada del tratamiento de soporte vital. Durante la etapa final de vida tanto los pacientes como sus familiares necesitan de la atención de los profesionales de enfermería, incluyendo incluso a los amigos. En muchas ocasiones es la familia quien hace de representante legal del paciente. El cuidado de la enfermería está dirigido a la atención espiritual y emocional, por tal de reducir el nerviosismo y ansiedad de aquellos familiares que deben tomar decisiones por el paciente.	
	<b>Objetivo del estudio</b>	Examinar la experiencia de la familia respecto al papel de la enfermería durante los cuidados al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos, así como describir cuales fueron los cuidados más apreciados.	
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes

		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	X
<b>Año de realización</b>	2016				
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)	
		Escala (Validada/No validada)		(especificar)	
		Registro de datos cuantitativos		(especificar)	
		Técnicas cualitativas		(especificar)	
		Otras		Enfoque fenomenológico para describir y comprender las experiencias cotidianas de las familias de pacientes fallecidos en UCI. Utilizando la herramienta "Kwalitan" versión 5, para el análisis temático de las entrevistas	
<b>Población y muestra</b>	26 familiares de 27 pacientes fallecidos en UCI de diferentes diagnósticos.				
<b>Resultados relevantes</b>	<p>La suspensión del tratamiento se entiendo como aquella decisión médica que se basa en no solicitar tratamientos, mientras la retirada del tratamiento hace referencia a la interrupción activa del tratamiento de soporte vital.</p> <p>La atención al proceso final de vida (EOL) se conoce como aquella atención y servicio de apoyo que un paciente grave y su familia recibe tras la decisión de retirar o suspender el tratamiento de soporte vital. Una atención de calidad en la etapa final de vida incluye una toma de decisiones centrada en el paciente, apoyo emocional tanto a pacientes como familiares, manejo de síntomas y realización de cuidados de confort, apoyo espiritual, comunicación activa con el paciente y su familia, además de un apoyo emocional y organizativo a todos los profesionales de la unidad.</p> <p>La UCI es una unidad complicada para morir, ya que existe una pobre privacidad al lado de la cama de los pacientes e incluso durante las reuniones de seguimiento.</p> <p>Es común ver lo que se denomina "síndrome familiar post-cuidado intensivo" que incluye ansiedad, nerviosismo, depresión, estrés y duelo complicado en todos aquellos familiares de pacientes a los que se les ha retirado el tratamiento de soporte vital. Cuando el paciente no posee la autonomía necesaria, ya sea porque esta sedado o es incompetente, es la familia la que debe ejercer de representante legal, representando los valores y preferencias del paciente.</p> <p>Una de las cosas que más apreciaban los familiares era la total y continua disponibilidad de las enfermeras de la UCI, dispuestas siempre a resolver todo tipo de dudas, destacando su</p>				

	<p>acompañamiento en todo momento. En todas las reuniones en las que la familia y las enfermeras estaban presentes, los familiares expresaron desconocer el rol o papel que ejercían estas en dichas reuniones, ya que algunas veces agregaban información, pero la mayoría del tiempo no hablaban.</p> <p>La comunicación fuera de las reuniones entre enfermeras y familiares fue excelente, transmitiendo siempre mucha información sobre todo el proceso de muerte, incluso después de la muerte del paciente, en cambio, los mayores problemas llegaban a la hora de comunicarse entre los profesionales de enfermería y medicina, sobre todo, durante el proceso de toma de decisiones.</p> <p>En los Países Bajos es el médico quien toma la decisión sobre la retirada del tratamiento, siendo muy temido por las familias la posibilidad de que estos tengan que tomar la decisión y no el médico. Muchos familiares explicaron como una vez tomada la decisión se retiró la ventilación mecánica y toda la monitorización por tal de acercar el paciente a la familia y permitir verle de la forma más natural posible, permitiendo así despedirse a toda la familia.</p> <p>Los familiares agradecen poder realizar sus propios rituales culturales y espirituales para despedir al paciente, permitiendo incluso cantar algunas canciones, permitiendo flexibilizar el horario de visitas, así como el número de estas.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>Todos los familiares apreciaron todos los esfuerzos de los profesionales de enfermería que realizaban una atención centralizada en el paciente, agradecieron en especial la comunicación y la atención familiar, considerando como buena la comunicación con los profesionales de enfermería.</p> <p>Muy pocos participantes informaron la participación de la enfermera en las reuniones de toma de decisiones, sugiriendo una mayor necesidad participativa de estas. Una comunicación ineficaz entre profesionales y familiares favorece la aparición del síndrome post-cuidado intensivo. Es por eso, que los profesionales de enfermería deben integrarse mejor, ejerciendo una mayor comunicación, informando a las familias del proceso e incluso de la gravedad de la situación.</p> <p>Varios estudios recomiendan apagar los monitores tras la toma de decisiones, por tal de no molestar a las familias y dignificar y humanizar en la medida de lo posible la muerte del paciente, aunque hay familias que expresan que la presencia del monitor les ayuda a guiar el proceso de muerte ya que es algo que siempre han visto durante la estancia en UCI.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>En conclusión, las familias agradecieron toda la atención otorgada por parte de las enfermeras durante todo el proceso de final de la vida del paciente, además de la atención brindada a ellos mismos.</p> <p>Existen aspectos como la información o la integración enfermera en la toma de decisiones que necesitan trabajarse más, así como un mayor número de estudios de perspectivas de los profesionales de enfermería durante el proceso final de vida que permita contrastar los resultados de las experiencias familiares.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
9	DOI: 10.1016/j.aucc.2015.07.004

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Flannery L, Ramjan LM, Peters K. End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. Aust Crit Care. 2016;29(2):97–103.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	A medida que la población envejece las decisiones al final de la vida aumentan, estimándose que el 54% de muertes en Australia se producen en la Unidad de cuidados intensivos (UCI). Con los avances tecnológicos en la medicina, en la UCI se tratan pacientes que antes no tenían posibilidad de cura, haciendo que los profesionales se enfrenten a un dilema ético cuando tienen a un paciente sin posibilidades de curarse por la posibilidad de retirar el tratamiento. La literatura aborda una ambigüedad en la orientación del papel profesional de enfermeras y médicos a la hora de tomar decisiones.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Investigar el proceso de toma de decisiones en el momento final de la vida de los pacientes entre médicos y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2016			
	<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Se incluyeron tanto estudios cualitativos como cuantitativos que abordaran el tema.		
<b>Población y muestra</b>	Los estudios utilizados son de 2006 al 2014. Los descriptores autorizados utilizados son: intensive care or critical care, decision making, doctors y nurses. Los operadores booleanos utilizados				

	fueron: AND y OR.
<b>Resultados relevantes</b>	<p>El médico es el profesional que tiene la responsabilidad general de los tratamientos de los pacientes. Los profesionales de enfermería pasan un mayor tiempo al lado de los pacientes y podemos decir, que están en una posición privilegiada ya que tanto el paciente como los familiares de este, a menudo, comentan sus deseos en referencia con sus últimos días de vida. La Sociedad de cuidados intensivos de Australia y Nueva Zelanda, confirma que es el médico intensivista quien lidera todo el proceso de la toma de decisiones, pero que dicho proceso siempre ha de seguir una modelo compartido y participativo, es por eso, que decimos que las decisiones médicas unilaterales son impropias e inadecuadas, ya que siempre deben incluir otros profesionales como las enfermeras e incluso a los familiares en cualquier toma de decisiones.</p> <p>La literatura existente indica que los profesionales de enfermería no son una parte integral del equipo en el proceso de toma de decisiones, quedando en muchas ocasiones relegadas y excluidas de cualquier toma de decisiones. Según algunos estudios, hay Unidades de cuidados intensivos (UCI) en Australia dónde los médicos toman de forma unilateral las decisiones sobre el final de la vida de los pacientes, quedando excluidas las enfermeras y por tanto favoreciendo la falta de uniformidad y trabajo en equipo de la unidad, así como la frustración de la profesión enfermera. Además, existen estudios dónde el 68% de las enfermeras expresaron su deseo de participar en las discusiones sobre la toma de decisiones al final de la vida de los pacientes.</p> <p>Estudios estadounidenses afirman que los médicos son los responsables de la toma de decisiones, pero consideran que la enfermera es el profesional que más facilidad tiene para reconocer y averiguar los deseos y opiniones de los pacientes y familiares, así como para identificar cuando un tratamiento es fútil. Estudios daneses reconocen a las enfermeras como los profesionales que mejor evidencian cuando un tratamiento se ha vuelto fútil, siendo el papel de las enfermeras el de avisar a los médicos cuando un tratamiento era inútil con el objetivo de reorientar las intervenciones.</p> <p>Estudios europeos indican que el 64% de las enfermeras en Europa identifican la futilidad de los tratamientos en cuidados intensivos e inician discusiones con los médicos, pero tan solo el 48% fueron incluidas en dichas discusiones y toma de decisiones sobre el final de la vida. Estudios estadounidenses de unidades de cuidados intensivos en las cuales no existe una política estricta sobre los roles profesionales en la toma de decisiones indica como los médicos son los responsables de la toma de decisiones y la participación de las enfermeras varía en función a sus competencias y su experiencia profesional, siendo las enfermeras noveles quienes menos probabilidades tenían de poder participar en dichas discusiones tanto por falta de implicación como por una falta de integración por parte de los médicos.</p> <p>El hilo común de todos los estudios comentados es que el médico es siempre el responsable de la toma de decisiones sobre el final de la vida de los pacientes, habiendo una gran ambigüedad sobre el papel que tiene la enfermera en dicho proceso. De manera informal, los profesionales de enfermería identifican la futilidad de los tratamientos, pero su participación depende de su experiencia, competencia y nivel de integración por parte de los médicos.</p> <p>Hay enfermeras que comentan que conocen si habrá o no proceso de discusión sobre la retirada de los tratamientos de soporte vital en función al médico intensivista que se tenga que encargar. Los médicos afirman que la toma de decisiones se realiza en función a la calidad de vida y las posibilidades de supervivencia, pero que al final se basan en su propia experiencia profesional. Los sentimientos religiosos en los médicos u otros profesionales pueden llegar a ser determinantes a la hora de tomar decisiones, siendo menos probables en ciertas religiones. Cuando un médico utiliza experiencias e ideas morales y religiosas de forma personal crea un conflicto con las enfermeras que no comparten dichas ideas.</p> <p>De forma común en todos los estudios, se identifica los problemas comunicativos como el principal problema y reto en la toma de decisiones compartida. Existen una representación insuficiente de profesionales de enfermería en las discusiones, existiendo enfermeras que comunican que los médicos “no escuchan” a las enfermeras.</p> <p>Cuando los profesionales de enfermería no están de acuerdo con las decisiones tomadas en el proceso final de vida de los pacientes, sienten conflictos internos asociados a ansiedad, que les dificulta la comunicación con la familia. Además, las enfermeras destacan que tras</p>

	<p>tomar la decisión hay una falta de implicación por parte del médico hacia el paciente, generando sentimientos en este de aislamiento y soledad.</p> <p>Los médicos experimentados prefieren incluir a las enfermeras en los procesos de toma de decisiones al contrario que pasa con los médicos menos experimentados que las incluyen mucho menos.</p> <p>La experiencia y competencia del médico tiene un papel crucial en el proceso de toma de decisiones, los más experimentados integran más a las enfermeras generando un sentimiento de equipo.</p> <p>La integración o falta de esta en la toma de decisiones por parte de enfermería puede generar sentimientos de angustia y frustración o, todo lo contrario. Las enfermeras son los profesionales sanitarios que más probabilidades tiene de reconocer cuando un tratamiento se ha vuelto fútil. Los médicos menos experimentados, debido a la falta de preparación y experiencia, tienden a tomar menos decisiones de retirar tratamientos y tienden a alargar el soporte vital, prolongando la vida y el sufrimiento.</p> <p>La angustia y frustración moral está relacionada con la falta de integración y participación en los procesos de toma de decisiones por parte de enfermería, llevando incluso a algunas personas a dejar el trabajo y afectarles a nivel de bienestar psicológico. Existen estudios que determinan que las situaciones dónde las enfermeras se encuentran en desacuerdo con las decisiones tomadas están relacionadas con una mayor insatisfacción laboral e incluso agotamiento.</p>		
<b>Discusión planteada</b>			
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Hay una falta de estandarización en la toma de decisiones sobre el final de la vida de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y la integración de la enfermera queda relegada a la implicación y decisión médica, siendo este el líder en todo momento de la toma de decisiones y quién decide si la enfermera participa o no en el proceso.</p> <p>La ambigüedad del papel y rol que ejerce la enfermería en la toma de decisiones es un factor que no solo genera conflictos internos en el equipo, sino que puede llegar a generar angustia, frustración e insatisfacción laboral.</p> <p>La antigüedad y competencia de los profesionales de enfermería fue uno de los aspectos más tenidos en cuenta a la hora de la participación en la toma de decisiones, siendo muy común que las enfermeras ejerzan roles informales.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
10	DOI: 10.1080/17482631.2016.1267346

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Kvande M, Lykkeslet E, Storli SL. ICU nurses and physicians dialogue regarding patients clinical status and care options—A focus group study. <i>Int J Qual Stud Health Well-being</i> . 2017;12(1).				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La medicina intensiva es el resultado de la cooperación entre enfermeras y médicos. Por tanto, una correcta colaboración será esencial para garantizar una atención de calidad, dicha colaboración incluye una correcta comunicación y transmisión de información. Estudios recientes han demostrado que ambos profesionales tienen diferentes percepciones. Las enfermeras suelen anticiparse a las condiciones clínicas de los pacientes, aunque suelen tener dificultades para explicar las condiciones que han ocasionado los cambios en el estado de salud del paciente.			
	<b>Objetivo del estudio</b>				
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
			Revisión Sistemática	Casos controles	
			Meta-análisis	Cohortes	
			Estado actual del tema	Descriptivo	
			Revisión histórica	Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2017			
	<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Se basa en entrevistas detalladas y técnicas observacionales.		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	(especificar)		
<b>Población y muestra</b>	Tres grupos focales con enfermeras y médicos de UCI de 2 hospitales noruegos, con un total de 14 participantes. Con criterios de inclusión como una experiencia mínima de 5 años y un diploma en enfermería.				

<p><b>Resultados relevantes</b></p>	<p>Las observaciones de los profesionales de enfermería durante el curso vital del paciente, son contribuciones clave en el intercambio de información con el equipo multidisciplinar.</p> <p>Hay médicos participantes que expresan sentirse dependientes de las observaciones enfermeras sobre el paciente, y realizan continuas preguntas sobre la situación del paciente. Es importante conocer las respuestas físicas de los pacientes cada hora.</p> <p>Las enfermeras son conscientes de los cambios del paciente y realizan una observación horaria profunda. No solo basta con mirar los datos del monitor, sino que también hay que mirar al paciente a la cara y ver como se encuentra. La evaluación del paciente es mucho más que números.</p> <p>Según los médicos participantes, se encuentran en una situación de dependencia total con las enfermeras y sus observaciones, ya que son los profesionales enfermeros quienes se encuentran a los pies de la cama del paciente.</p> <p>Las enfermeras defienden poseer una cantidad enorme de información sobre el paciente, y que por tanto es necesario aportar dichos conocimientos al equipo multidisciplinar, además deben expresar cualquier idea contraria a las acciones clínicas actuales. Comentan que no siempre se obtiene una aprobación de todas aquellas opiniones y aportaciones, pero que, a pesar de esto, instan a no tener miedo a realizar preguntar y expresar las ideas.</p> <p>Los profesionales de enfermería declararon la importancia de ayudar a las enfermeras noveles, además de animarlas a la participación en la toma de decisiones con los médicos, ya que muchas enfermeras noveles tienen la capacidad de observar el progreso negativo del paciente, pero tienen vergüenza de expresarlo al grupo.</p> <p>El conocimiento del tratamiento y de la justificación de este por parte de todo el equipo otorga una mayor comprensión de la clínica del paciente, consiguiendo además que todo el equipo luche por un objetivo común.</p> <p>Los profesionales de enfermería y de medicina no siempre están de acuerdo, los médicos que participaron en el estudio expresaron que son ellos quienes deciden si las observaciones aportadas por las enfermeras tienen relevancia clínica. Además, defienden la necesidad de valorar al paciente ellos mismos, para tener más claro la realidad del paciente.</p> <p>Las enfermeras expresan la necesidad de participar de forma activa en la toma de decisiones sobre la suspensión o retirada de los tratamientos de soporte vital, ya que defienden que sus reflexiones sobre la situación del paciente son importantes para una mejor toma de decisiones.</p>
<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>Los médicos destacan la aportación de los profesionales de enfermería con el objetivo de ayudarles a toma una decisión final, a pesar de que el valor y relevancia de dichas aportaciones depende en gran medida de los objetivos y de la opinión del propio médico.</p> <p>Las enfermeras están a los pies de la cama y esto les permite identificar y observar continuamente el desarrollo clínico del paciente, identificando si los tratamientos otorgan algún tipo de mejoría. Los profesionales de enfermería defienden que muy a menudo sus aportaciones no son bien recibidas, y eso depende de las opiniones del médico en cuanto a dichas observaciones y en cuanto a la propia enfermera. Esto puede llevar a una exclusión de muchas perspectivas a la hora de tomar una decisión, a pesar de esta posición jerárquica, las enfermeras deben seguir aportando sus observaciones y hacer ver a los médicos cuando no estén de acuerdo con algunas medidas tomadas.</p> <p>Es necesario mejorar la experiencia y la competencia de las enfermeras en la comunicación y transmisión de información del paciente a todo el equipo multidisciplinar, además de motivarlas a expresar sus opiniones ante cualquier tratamiento relevante, ya que, a pesar de identificar cambios negativos del estado del paciente, muchas enfermeras presentan dificultad a la hora de expresarlo.</p> <p>Es necesario establecer roles claramente definidos en las unidades de cuidados intensivos y establecer objetivos comunes que permitirá que las aportaciones enfermeras sean recibidas de una forma más efectiva. En muchas ocasiones, médicos y enfermeras otorgan importancias diferentes a múltiples situaciones clínicas, generando controversia en la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente.</p> <p>Esto sugiere que una correcta comunicación y colaboración entre profesionales enfermeros y médicos necesita de voluntad y honestidad, permitiendo entonces incluir todas las observaciones de las enfermeras en el proceso de discusión sobre el tipo de atención al paciente en su situación de últimos días.</p>

<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Los profesionales de enfermería deben ser conscientes de su función esencial en las unidades de cuidados intensivos, a la hora de realizar observaciones clínicas de los pacientes, así como la necesidad de incluirse dentro del proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente. Este estudio destaca la necesidad de aumentar la capacidad de la enfermería para transmitir sus observaciones al resto del equipo multidisciplinar, aumentando la formación universitaria en este aspecto.</p> <p>Por último, se hace referencia a la necesidad de que los médicos estén dispuestos a incluir y escuchar a las enfermeras y sus aportaciones observaciones sobre la situación clínica y desarrollo del paciente durante todo el proceso de toma de decisiones.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
11	DOI: 10.14710/NMJN.V10I3.31302

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	<p>Utami RS, Pujianto A, Setyawan D, Naviati E, Rochana N. Critical care nurses' experiences of end-of-life care: A qualitative study. Nurse Media J Nurs. 2021;10(3):260–74.</p>			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>La muerte es algo común en la unidad de cuidados intensivos (UCI) siendo la mortalidad promedio mundial del 16,2%, siendo la actuación enfermera enfocada tanto a la curación como en la atención al final de la vida (EOL). Según la OMS la atención al EOL busca mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los familiares.</p> <p>El cuidado en el EOL difiere entre países e incluso dentro de un mismo hospital en función a los profesionales. Las diferencias en la cultura, experiencia, religión, la calidad de vida, el pronóstico o la organización juegan un papel clave de la variabilidad.</p>		
	<b>Objetivo del estudio</b>	<p>Explorar las experiencias de los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos en la atención al final de la vida.</p>		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa

<b>Año de realización</b>	2021		
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Los resultados de las entrevistas semiestructuradas fueron analizados mediante análisis manual que dividió los resultados en 4 etapas, basado en el registro literal, proceso de lectura, identificación de palabras clave y proceso de integración/interpretación.
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	10 enfermeras por muestro intencional que cumplían con criterios de inclusión y exclusión.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Las políticas hospitalarias se han convertido en una barrera para la aplicación del cuidado al final de la vida. La cultura y la colaboración es fundamental para asegurar una atención al final de la vida segura y de gran calidad. Así como la experiencia y la competencia de los profesionales de enfermería influyen en la práctica del EOL.</p> <p>Comunicarse con una familia en etapa de negación es muy complicado y supone un desafío, es por eso necesario trabajar en la aceptación familiar de la realidad, darles tiempo a su adaptación. La capacidad de las enfermeras a la hora de comunicarse con las familias determina en gran medida la relación que se establece.</p> <p>Las enfermeras no solo hablan con los familiares, en ese proceso comunicativo ofrecen apoyo emocional, tratando de estar siempre disponibles para la familia. La cercanía y disponibilidad de la enfermería en unidades de cuidados intensivos favorece a una mayor comprensión familiar, además ayuda a que la familia pueda ver los esfuerzos que se han realizado por el paciente a pesar de los resultados negativos. El apoyo familiar no solo se basa en la comunicación sino en otorgar oportunidades para que estos familiares puedan estar a solas con los pacientes, puedan estar cerca y despedirse, incluso cuando se está fuera de los horarios de visita. Es importante flexibilizar estas reglas en los momentos finales de la vida de los pacientes.</p> <p>Es necesario asegurar la comodidad de los pacientes, atender al alivio del sufrimiento proporcionando analgésicos y realizando higienes, por tal de dignificar su situación.</p> <p>Los profesionales, en ocasiones, facilitan el apoyo espiritual ya sea de forma directa o de forma indirecta. Una vez se establece que el paciente tiene un mal pronóstico y se retiran los tratamientos de soporte vital, los enfermeros pasamos a atender la comodidad y dignidad del</p>		

	<p>paciente, evitando todo tipo de pruebas fútiles.</p> <p>El papel de los médicos es dominante en los procesos de discusión y las enfermeras tienden a seguir las instrucciones de este. A pesar de esto hay participantes que sí han discutido con los médicos la posibilidad de cambiar el rumbo terapéutico del paciente, sobre todo pasa, cuando la justificación utilizada es muy contundente y clara.</p> <p>La implicación y empatía mostrada por las enfermeras, en ocasiones, les llevaba a emitir lágrimas y sentir el dolor de la familia durante el proceso. Muchas enfermeras mostraron preocupación por la posible adaptación a la muerte en la unidad, ya que la muerte es un aspecto común en la UCI.</p>			
<b>Discusión planteada</b>	<p>La mayor parte de atención al final de la vida de las enfermeras se centra en la familia. Las barreras más comunes e identificadas a la hora de atender al final de la vida de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son: Barreras atribuibles al hospital, barreras relacionadas con la familia y barreras relacionadas con el personal de UCI.</p> <p>La falta de habilidades comunicativas entre miembros del equipo, así como problemas de comprensión en las familias, disparidad cultural o la condición emocional de la familia son barreras que dificultan el proceso. La negación es un mecanismo común por el que pasan los familiares y por el cual niegan las noticias que transmiten los profesionales, y es aquí cuando las enfermeras deben trabajar en romper esa barrera protectora de la familia.</p> <p>La falta de comprensión familiar o la falta de habilidades comunicativas por parte de los profesionales puede hacer que los familiares acaben sintiendo una gran incertidumbre, y aparezcan sentimientos de frustración y depresión. Estos sentimientos interfieren en la adaptación y comprensión sobre la situación real del paciente, así como que dificulta el conocimiento del pronóstico y el diagnóstico.</p> <p>Ya que las enfermeras son las que más tiempo pasan con los familiares, son ellas las que más fácil lo tienen para generar un vínculo de confianza, a pesar que son los profesionales enfermeros quienes no se sienten preparados para atender de esta manera a las familias, sobre todo aquellas enfermeras con menos experiencia y competencia en el tema, siendo común la búsqueda de apoyo y ayuda en las enfermeras más veteranas.</p> <p>La simple presencia de la enfermera le otorga ya información de la funcionalidad familiar, de los deseos y de sus temores, es decir, de información esencial y clave para los procesos de discusiones en el final de la vida.</p> <p>El sentimiento espiritual y la atención de este juega un papel crucial en la adaptación a la muerte digna y tranquila, y es por tanto un aspecto a tener en cuenta por todos los enfermeros, ya que no solo es importante para la familia sino también para el paciente y los profesionales.</p> <p>Las enfermeras aún tienen tendencia en seguir las instrucciones de los médicos, ya que la toma de decisiones se convierte en una responsabilidad médica, además de la poca confianza que tienen las enfermeras en ellas mismas.</p> <p>Las enfermeras más experimentadas se ven menos afectadas por la muerte y optan por posiciones más optimistas ante la muerte y el cuidado de pacientes moribundos. La comprensión de las emociones ante la muerte de un paciente ayuda a mejorar la calidad de la atención brindada.</p> <p>Las enfermeras del estudio aportaron simpatía y empatía. La simpatía es entendida como el reconocimiento superficial del sufrimiento de un paciente y su familia, generando una respuesta compasiva, pero que no es reconocida por la persona que lo sufre, y en cambio, la empatía se entiende como la respuesta afectiva que comprende el sufrimiento a través de la resonancia emocional y que es captado y percibido por los pacientes y familiares.</p> <p>Para mejorar las habilidades y el enfrentamiento emocional las enfermeras deben participar e implicarse más en los procesos de toma de decisiones, además de recibir cursos que amplíen sus conocimientos en el tema.</p>			
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Las enfermeras se enfrentaron a diversos desafíos y dificultades a la hora de comunicarse con la familia de los pacientes en situación de últimos días, a esto hay que añadir que la atención al EOL que brindan las enfermeras se centra mucho más en la familia que en el propio paciente.</p> <p>Las enfermeras necesitan recibir una mayor capacitación y una mayor educación sobre los cuidados paliativos.</p>			
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el		Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)

artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
12	DOI: 10.1016/j.aucc.2019.08.004

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Flannery L, Peters K, Ramjan LM. The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. Aust Crit Care. 2020;33(4):311–6.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La mejor práctica en situación al final de la vida (EOL) es aquella dónde el médico y la enfermera acompañan a la familia y al paciente en la toma de decisiones, aunque la literatura determina que las enfermeras no suelen formar parte de la toma de decisiones siendo muchas veces excluidas. Las barreras comunicativas generan una infrarrepresentación de la enfermería en las discusiones sobre el EOL, a pesar de que estas son las mejores posicionadas para obtener una información integral del paciente. La exclusión de la enfermería genera sentimientos de ansiedad, ira y frustración en los profesionales enfermeros.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Explorar las perspectivas de los profesionales de medicina y enfermería involucrados en el proceso de toma de decisiones en el final de la vida en las unidades de cuidados intensivos.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2020		
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevista semiestructurada en	

			<p>persona y por teléfono, que posteriormente se transcribieron y codificarón.</p> <p>Escala (Validada/No validada) (especificar)</p> <p>Registro de datos cuantitativos (especificar)</p> <p>Técnicas cualitativas (especificar)</p> <p>Otras (especificar)</p>
	<b>Población y muestra</b>	Participaron ocho enfermeras y cuatro médicos del hospital metropolitano de Sydney.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Siguen sin existir pautas claras a la hora de tomar decisiones en una situación de final de vida en las unidades de cuidados intensivos, además de seguir existiendo una falta de formación y capacitación de los diferentes profesionales en este aspecto.</p> <p>La mejor práctica en situación de final de vida es aquella donde los profesionales sanitarios integran a la familia y al paciente a la toma de decisiones, aunque, luego podemos ver como la enfermería suele quedar excluida de dicho proceso deliberativo. Las barreras comunicativas entre los diferentes profesionales generan dificultades en la toma de decisiones, generando sentimientos de frustración y rabia en los profesionales de enfermería que ven que a pesar de su gran potencial no pueden participar en la toma de decisiones. Además, en muchas ocasiones donde la enfermera participa, puede experimentar un sentimiento de angustia psicológica, cuando estas no están de acuerdo con la decisión en el EOL.</p> <p>El papel de los médicos siempre es el de tomador de las decisiones primario, mientras que las enfermeras no se ven incluidas en el proceso (<i>"no creo que tengamos mucho que decir"</i>). A menudo, las enfermeras acababan tomando el rol de abogada y defensora de los derechos del paciente, obteniendo información única del paciente y su familia, gracias a su posición privilegiada a los pies de la cama. Otro de los roles fundamentales era el apoyo emocional durante todo el proceso.</p> <p>Los médicos se identificaban como los tomadores de decisiones, pero en ningún momento excluían a las enfermeras de las discusiones (<i>"veo al paciente 15-20 minutos y me voy, en cambio las enfermeras están ahí sentadas con el paciente y su familia" "Siempre me ha gustado la opinión de mi otro compañero"</i>).</p> <p>A pesar de la inclusión de las enfermeras en los discursos de los médicos, las enfermeras en los discursos percibían todo lo contrario que no estaban siendo integradas en la toma de decisiones (<i>"no puedes decir demasiado" "estamos marginados"</i>).</p> <p>Según los médicos la información aportada por parte de los profesionales de enfermería era fundamental para iniciar un proceso de discusión sobre la toma de decisiones en EOL. Aunque expresando que sus opiniones no eran valoradas, las enfermeras sí confirmaron que compartían información, y que muchas veces compartían su opinión con los médicos (<i>"si siento que esa decisión no es correcta, entonces se lo diré al médico"</i>).</p> <p>Uno de los grandes problemas que podemos ver en las unidades de cuidados intensivos, es el traspaso de los casos de EOL a otro médico que realizará la función de jefe de guardia, aquí el nuevo médico desconoce al completo a la situación generando un gran desafío. Este traspaso, tiene el potencial de afectar a la toma de decisiones, ya que en función del médico los tratamientos pueden variar mucho.</p> <p>El tiempo necesario para la toma de decisiones es proporcional al tiempo que necesita la familia para aceptar el pronóstico negativo del paciente. Es fácil que los profesionales sanitarios puedan aceptar esto, pero no los familiares, por eso se suele experimentar frustración y angustia. Un gran error por parte de los profesionales es la realización de técnicas fútiles con el objetivo de</p>		

	<p>disminuir la angustia familiar a cambio de un empeoramiento de la calidad de vida del paciente. Es fácil que la familia llegue a olvidar el posible sufrimiento del paciente y se quede estancada en sus sentimientos negativos. Permitir un cierto tiempo a la familia para aceptar la muerte inminente es un factor favorecedor para la toma de decisiones en el EOL, aunque las enfermeras no están dispuestas a largar en exceso ese periodo de aceptación, ya que defienden que esto lo único que hace es prolongar el sufrimiento del paciente.</p> <p>Los médicos suelen alargar los tratamientos más de lo deseado por parte de las enfermeras. Los profesionales de enfermería se ven presionados y sienten ansiedad, viendo el sufrimiento del paciente, aunque deben aceptar los deseos de la familia. Es por eso que una correcta educación hacia la familia puede favorecer el proceso.</p>		
<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>A nivel internacional los profesionales de enfermería y los médicos ocupan roles diferentes. La cultura de los diferentes sistemas sanitarios también puede contribuir a estas diferencias, a favor de los médicos generando sentimientos de marginalidad en las enfermeras.</p> <p>Los problemas y las barreras comunicativas a nivel interdisciplinario repercuten en la toma de decisiones sobre el EOL. La relación entre los médicos y las enfermeras ha evolucionado con el largo de los años, y las enfermeras han pasado de ser aprendices y ayudantes a tener un cuerpo teórico propio a nivel universitario, obteniendo cada vez mayor responsabilidad dentro de su rol, lo que exigen tomar una mayor cantidad de decisiones de forma autónoma basándose en el conocimiento, pensamiento crítico, experiencia y datos clínicos.</p> <p>A lo largo de toda la literatura, las enfermeras comentan que su inclusión en el proceso de toma de decisiones es pobre y discontinua, a pesar de lo que piensan los médicos. Es conocido, que la diferencia en la perspectiva de atención al paciente genera conflictos a la hora de tomar las decisiones entre enfermería y medicina. Dicho conflicto resulta contraproducente, ya que obstaculiza la toma de decisiones, generando mucho estrés, cosa que sucede también por el desconocimiento del rol que juega cada profesión en la toma de decisiones.</p> <p>La enfermería con el conocimiento integral y holístico del paciente y su familia, presenta una situación única y privilegiada, de la cual se pueden ver beneficiados los médicos a última instancia a la hora de tomar una decisión final.</p> <p>Es curioso, como de forma constante los médicos identifican su dependencia de la enfermería para poder generar la toma de decisiones y a la vez las enfermeras subestiman su papel, identificando una falta de empoderamiento.</p> <p>La comunicación y la colaboración multidisciplinar, sobre todo entre medicina y enfermería, es una pieza clave en la unidad de cuidados intensivos. Una mala comunicación se relaciona con tasas de angustia y agotamiento profesional, generando peores resultados para los pacientes.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>Las enfermeras experimentan incertidumbre en relación a su rol en la toma de decisiones en el EOL, mientras que los médicos poseen un papel claramente definido. Las enfermeras declararon que a pesar de formar parte de la discusión, su contribución era pobre y mal valorada.</p> <p>Las enfermeras y los médicos poseen diferentes perspectivas relacionadas sobre el tratamiento, las enfermeras se centran en la calidad de vida del paciente mientras los médicos se centran en la familia.</p> <p>Podemos ver como la toma de decisiones en el EOL en UCI es complejo, y no hay dos casos iguales, afectando tanto a médicos como a enfermeras, de forma diferente. Es necesario una mayor formación y educación de todos los profesionales en este ámbito y un mayor esfuerzo colaborativo a nivel interprofesional que mejore la toma de decisiones centradas tanto en la calidad de vida del paciente como en las necesidades de la familia.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia par a responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	
---	--

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
13	DOI: 10.1016/j.enfi.2020.02.004

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Verd-Aulí X, Maqueda-Palau M, Miró-Bonet M. Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepciones de enfermeras y médicos. <i>Enfermería Intensiva</i> . 2021;32(1):3–10.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La práctica colaborativa interprofesional es aquella actividad dónde dos o más profesionales de distintas disciplinas interaccionan para mejorar la atención clínica del paciente y su familia. A pesar de esto, sigue existiendo una falta de práctica colaborativa entre enfermeras y médicos. La colaboración entre médicos y enfermeros está directamente relacionada con una mejora en la efectividad de la toma de decisiones. La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un espacio que da una oportunidad para mejorar la calidad y seguridad de la atención clínica.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Explorar las percepciones de los médicos y as enfermeras durante la práctica colaborativa en las sesiones conjuntas de las unidades de cuidados intensivos.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2021		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas semiestructuradas y diarios de campo. Las entrevistas fueron codificadas por los investigadores, con posterior puesta en común e interpretación		

			de datos.
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	<b>Población y muestra</b>	Participaron 21 profesionales de un hospital de referencia. Todos tenían más de 5 años de experiencia en UCI.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Las sesiones conjuntas de equipos interdisciplinarios son consideradas prácticas excelentes, dónde se produce un intercambio de información que permite la construcción de una visión común de la realidad del paciente, además de permitir la construcción de un plan de acción común, así como la corrección de posibles errores.</p> <p>Para conseguir esa colaboración interprofesional es necesario que se reconozcan y se describan las responsabilidades profesionales, así como sus competencias. Además, debe haber una idea clara de compromiso por todos los actores, siempre desde un enfoque democrático y participativo, dónde todos ejerzan su derecho comunicativo que permita valorar y tolerar todos los desacuerdos profesionales que pueda haber.</p> <p>Las relaciones interprofesionales son reconocidas como cruciales para los programas de gestión de la salud en las instituciones públicas más prestigiosas.</p> <p>Los profesionales participantes definieron la práctica colaborativa como aquella donde todos los actores tienen la capacidad de escuchar, de comprometerse e implicarse, y en el cual finalmente coordinan sus saberes y sus competencias en una mejor atención clínica.</p> <p>La colaboración y práctica interprofesional tiene la importancia de contribuir a mejorar la seguridad del paciente, así como satisfacer a todos los profesionales e incluso a los familiares.</p> <p>Tanto médicos como enfermeros participantes, expresaron que este tipo de práctica es realmente importante en la UCI, debido a las características propias del servicio y de los pacientes.</p> <p>La ausencia de una cultura organizacional o la falta de dinámicas organizativas son dificultades presentes a la hora de realizar la práctica colaborativa. Las enfermeras expresan que las reuniones no se pueden realizar siempre a la misma hora por su parte, ya que depende de la carga de trabajo. Además, los médicos no preguntan cuándo les va bien, solo se lo preguntan entre ellos, sin importarles si los profesionales de enfermería están haciendo sus tareas.</p> <p>Una enfermera dice: <i>"los médicos pasan un poco de enfermería"</i>.</p> <p>Los médicos por su parte destacan la dificultad arquitectónica, ya que no favorece la accesibilidad ni la privacidad de las reuniones.</p> <p>Ambos profesionales coincidieron en que la experiencia y la confianza eran factores facilitadores, así como la propia disposición de cada uno. Destacan que las enfermeras más veteranas tienen una mayor participación en las sesiones, creyendo que las enfermeras noveles tienen respeto por posibles críticas antes sus comentarios.</p> <p>Por lo que hace a los roles, los profesionales de enfermería adoptan un rol pasivo en las sesiones interdisciplinarias, ya que perciben que los médicos dan poca importancia a la información aportada por enfermería.</p> <p>Destacan que cuando las enfermeras participan lo hacen por iniciativa propia y no porque los médicos se interesen por sus opiniones, a pesar de que opinan tener una</p>		

	<p>visión más global de paciente, así como conocerlo mejor ya que pasan más horas con él.</p> <p>En cambio, los médicos consideran que incluyen a las enfermeras preguntándoles por sus opiniones y son estas quienes están retraídas <i>“ya que a pesar de tener mucho potencial a menudo falta implicación o habilidades comunicativas”</i>.</p> <p>Ambos profesionales coinciden que las sesiones están lideradas por los médicos y que las decisiones son más unilaterales por su parte que consensuadas. Además, confirmaron que el liderazgo no depende de la categoría profesional sino de la autoridad, conocimiento y experiencia.</p> <p><i>“El lenguaje no verbal, la manera que tienen de sentarse en círculo cerrado”</i>. Esa formación de círculos cerrados dificulta la participación enfermera en la sesión.</p> <p><i>“Los médicos se sientan y tu estás en segunda fila, en el gallinero”</i>.</p> <p>Se ha propuesto la realización de sesiones clínicas a pie de cama y de corta duración, mejorando así la participación de todos los actores.</p>		
<b>Discusión del estudio</b>	<p>Las relaciones interprofesionales siguen siendo jerárquicas, dónde los profesionales de enfermería son percibidas como auxiliares o ejecutoras de los médicos, mientras estos últimos se perciben como los líderes de todo el equipo y tomadores unilaterales de las decisiones.</p> <p>Tanto médicos como enfermeros destacan la importancia de la práctica colaborativa en la mejora de la calidad y seguridad del paciente, sobre todo, cuando estos están en situaciones especialmente críticas.</p> <p>Las enfermeras destacan que la colaboración interdisciplinar genera satisfacción profesional, así como tener una importancia en la eficiencia y la seguridad clínica d la atención tanto a pacientes como familiares.</p> <p>La relación entre los propios profesionales pueden ser factores condicionantes del éxito de la sesión colaborativa, así como el respeto, la experiencia, la competencia o la capacidad comunicativa también son factores determinantes. Además, están los tiempos y las agendas, los aspectos estructurales, la sobrecarga de trabajo, la falta de cultura interprofesional o el conocimiento de roles y competencias que también afectan al éxito de la sesión colaborativa interdisciplinar.</p> <p>Las enfermeras se perciben como actores secundarios, las cuales se limitan a ejecutar órdenes o actuar de oyentes, siendo poco valoradas por los médicos. Los aspectos emocionales o espirituales tienen un menor valor en relación a la fisiopatología.</p> <p>Existe una tensión perceptiva en cuanto a roles, ya que los médicos consideran que son las enfermeras las que tienen una falta de implicación en las sesiones, en cambio, las enfermeras consideran que sus opiniones están desplazadas o minusvaloradas.</p>		
<b>Conclusión del estudio</b>	<p>Tanto enfermeros como médicos defienden la importancia que tienen la práctica colaborativa tanto en la promoción como en la mejora de la atención clínica del paciente y su familia. Las estructuras tradicionales de la UCI dificultan las sesiones conjuntas.</p> <p>Las enfermeras expresan la necesidad de un mayor empoderamiento y participación activa en las sesiones, mientras que los médicos deberían tener una mayor consideración por la mirada holística y humanística que poseen las enfermeras, fomentando un espacio donde exista escucha activa y mucho respeto.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	
---	--

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
14	DOI: 10.1016/j.enfi.2018.02.001

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. <i>Enferm Intensiva</i> . 2019;30(2):78–91.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Existe mucha variabilidad a la hora de aplicar la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) tanto a nivel nacional como internacional. Normalmente las decisiones no son tomadas de forma multidisciplinar y las enfermeras suelen tener una escasa relevancia en dicha toma de decisiones. A pesar de los grandes avances, los límites asistenciales necesitan una mayor humanización del proceso de muerte. El enfoque curativo en muchos casos sigue siendo la prolongación vital y por tanto del sufrimiento, generando un elevado coste emocional tanto a la familia como a los profesionales.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Analizar el papel de la enfermera en el cuidado en el final de la vida (EOL) del paciente crítico.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2019		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
	Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
	Técnicas cualitativas	(especificar)		
	Otras	Pubmed, CINAHL, Cuiden, Scopus y		

			<p>Cochrane plus. Se han utilizado Tesoros DeCS y MeSH, con operadores booleanos AND y OR. Los límites son el idioma inglés y español y la fecha de publicación entre 2005-2015.</p>
	<p><b>Población y muestra</b></p>	<p>Los criterios de la selección de los artículos son: Palabra clave dentro del título, que el resume hiciera mención a la temática y que hubiera una relación entre la temática del artículo y el objetivo que se quería conseguir con el trabajo.</p> <p>Tras una lectura de 180 artículos se escogieron 16 para analizar en profundidad.</p>	
<p><b>Resultados relevantes</b></p>	<p>Las actuales normas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) que limitan el contacto ente la familia y el paciente, contribuye a que las enfermeras proporcionen una atención presencial continua, convirtiéndose en cuidadores de los pacientes en el EOL. De esta forma, la enfermera se convierte en defensora del paciente, garantizando unos cuidados de calidad, enfocados al bienestar, el apoyo emocional y la espiritualidad del paciente.</p> <p>Ante posibles tratamientos fútiles las enfermeras tratan de negociar con los médicos la posibilidad de limitar el tratamiento de soporte vital (LTSV), reorientando así la atención del paciente hacia la atención paliativa. La enfermera transmite los deseos de los pacientes y de sus familiares, buscando una mayor claridad en la información sobre el tratamiento o el pronóstico, incluso haciendo intervenir al comité de ética por tal de proteger al paciente de un mayor sufrimiento. Además, los profesionales de enfermería defienden los deseos de los pacientes frente a posibles deseos de la familia que puedan continuar la futilidad de los tratamientos, ayudando a la aceptación de la realidad. Para ello es necesario conocer bien al paciente, su tratamiento y el curso de su enfermedad.</p> <p>En referencia a los cuidados de bienestar, los profesionales de enfermería otorgan cuidados centrados en el bienestar del paciente, libre de sufrimiento, incluso recordando a los médicos la necesidad de atender el dolor, la agitación, la disnea o aspectos emocionales. Para ello es fundamental establecer una comunicación con el paciente tanto verbal como a través del tacto. Es importante que los profesionales dediquen esfuerzos para que el paciente muera acompañado, favoreciendo las visitas familiares y en ausencia de estas, brindando presencialidad profesional, respetando las costumbres culturales y religiosas.</p> <p>Los profesionales de enfermería son esenciales en el afrontamiento del EOL de los familiares, reduciendo el sentimiento de estrés y desprotección. La enfermera es una figura facilitadora de la comunicación entre el equipo asistencial y la familia, ejerciendo como mediadora, siendo este un aspecto clave en la calidad asistencial, siendo a su vez una de las tareas más exigentes y complicadas. Los profesionales de enfermería hacen de educadores, explicando mediante un lenguaje comprensible todos aquellos aspectos que necesita la familia, aclarando todo tipo de dudas y propiciando reuniones con el equipo asistencial.</p> <p>Las familias comentan sentirse más satisfechas con las decisiones de LTSV cuando sus discusiones están realizadas con la totalidad del equipo asistencial. Los profesionales de enfermería actúan favoreciendo la manifestación y aclaración de las dudas familiares.</p> <p>Es necesario modificar las normas estrictas de las unidades de cuidados intensivos</p>		

	<p>que permitan un mayor acceso familiar en el EOL y así asegurar que el paciente muera acompañado. Muchas veces las enfermeras promueven la presencialidad familiar en el momento de muerte negociando con los médicos la posibilidad de retrasar el LTSV hasta que se dé un aviso a los familiares y poder asegurar de este modo su presencialidad.</p> <p>Las enfermeras reconocen que, aunque los médicos son quienes toman las decisiones, ellas pueden influir en la decisión y reorientar la atención hacia los cuidados paliativos. La participación enfermera en la toma de decisiones depende de su percepción de futilidad del tratamiento y del sufrimiento del paciente. Cuanto mayor es la experiencia profesional mayor probabilidad hay que las enfermeras sean consideradas como consultoras y por tanto, que sus opiniones sean tenidas en cuenta por los médicos.</p> <p>Según algunos artículos de actualidad, ponen de manifiesto que las tendencias actuales de las unidades de cuidados intensivos no siguen un enfoque colaborativo para la toma de decisiones del LTSV. Además, señalan que las enfermeras pueden tener actitudes de evitación sobre la discusión de estos temas, ya que muchas son reacias a confrontar sus opiniones con los médicos, adoptando así un rol pasivo. Por eso mismo se le da un peso muy importante a la experiencia laboral, ya que las que menos experiencia tienen, encuentran mayores dificultades para obtener una visión amplia de la situación y por tanto poseen una menor participación en la discusión.</p> <p>Además, una experiencia con la muerte fuera del entorno laboral otorga al profesional un nivel más alto de adaptación al EOL.</p> <p>Existen estudios que determinan que el aprendizaje óptimo se adquiere con la tutoría y la observación de aquellas enfermeras que más experiencia tienen en estos temas.</p>
<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>La decisión de LTSV sigue siendo una fuente de conflictos entre familia, paciente y profesionales, construyendo un gran desafío. Por eso mismo, los profesionales de enfermería ven necesario formar parte en la toma de decisiones, siendo un reto la definición de su papel dentro del equipo multidisciplinar en el EOL.</p> <p>Existe un bajo porcentaje de enfermeras que proponen la limitación del tratamiento de soporte vital, debido a su escasa participación en las sesiones clínicas. Respecto al cuidado directo, la bibliografía refiere a la enfermera como defensora de los derechos de los pacientes.</p> <p>Se hace énfasis en la necesidad de proporcional atención constante y realizar esfuerzos para que el paciente muera acompañado.</p> <p>Es destacable el papel que tiene la enfermera en la mejora y facilitación de la comunicación entre el equipo multidisciplinar y la familia, coordinando el intercambio de información y dirigiendo la atención hacia el paciente, la comprensión de la realidad y la disminución del sufrimiento.</p> <p>Ya que las enfermeras más experimentadas hacen de tutoras de las menos experimentadas, es necesario incluir a ese profesional experimentado como un elemento clave para la gestión en el EOL.</p> <p>La mayor parte de la bibliografía pertenece al mundo anglosajón, es por eso, que es necesario realizar investigaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, que permitan analizar y describir el papel de la enfermería en el EOL en UCI en contextos más amplios.</p>
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>Se sitúa a la enfermera como un elemento clave en el proceso de humanizar el EOL en las UCI, es por eso, que su participación o ausencia, puede marcar de una forma importante la experiencia del paciente y su familia en este proceso.</p> <p>Por tanto, la enfermera ejerce como defensora de los derechos de los pacientes, brinda cuidados de bienestar, facilita el afrontamiento, alivia el sufrimiento y participa en la toma de decisiones, centrándose en el paciente y su familia. Podríamos decir que hay dos itinerarios en el papel enfermero dentro del equipo multidisciplinar, uno como tutor de las enfermeras menos experimentadas y otro como reorientador de la atención del paciente, evolucionando hacia una atención paliativa.</p> <p>Para que esta reorientación pueda dar lugar es clave la inclusión enfermera en la</p>

	<p>toma de decisiones sobre el tratamiento, aportando una visión holística biopsicosocial.</p> <p>El estudio considera que los profesionales de enfermería pueden y deben liderar la reorientación, desempeñando un papel activo en el cambio de estrategias que hagan realidad la integración de los cuidados paliativos dentro de las UCI.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
15	DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Sævareid TJ, Balandin S. Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. J Adv Nurs. 2011;67(8):1739–48.		
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>Muchas enfermeras desean participar en la toma de decisiones, pero sin asumir la plena responsabilidad del proceso, es por eso, que dichas decisiones deberán basarse en la colaboración interdisciplinar.</p> <p>En Noruega solo los pacientes moribundos tienen derecho a solicitar una orden de no reanimación (DNAR). En dicho país los tratamientos de soporte vital no son obligatorios en caso de decidirse que son inútiles.</p> <p>Según el Consejo Europeo de Reanimación (ERC) considera que la realización de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en un paciente con fallo multiorgánico en fase terminal es una terapia fútil.</p>	
	<b>Objetivo del estudio</b>	Explorar los pensamientos y las actitudes de los profesionales de enfermería sobre la reanimación cardiopulmonar de los pacientes mayores.	
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática	Casos controles
		Meta-análisis	Cohortes
		Estado actual del tema	Descriptivo

		Revisión histórica	Cualitativa	X
<b>Año de realización</b>	2011			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas semiestructuradas. La recopilación y análisis se hizo de forma simultánea. Realizando una segunda entrevista a 6 de los 10 participantes.	
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)	
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)	
		Técnicas cualitativas	(especificar)	
		Otras	(especificar)	
<b>Población y muestra</b>	10 enfermeras de tres hospitales diferentes participaron en el estudio. Los datos se analizaron en función a una tradición teórica basada en el constructivismo.			
<b>Resultados relevantes</b>	<p>En Noruega se establece que los profesionales de enfermería son los responsables de los cuidados que alivien el sufrimiento del paciente y que contribuyan a asegurar la muerte digna de este. Es por esto, que en ciertas situaciones donde no existe una orden oficial de DNAR en un paciente, el profesional de enfermería puede sentir un dilema ético, aunque se perciba que el paciente corre el riesgo de no tener una muerte digna. Es por eso, que en las unidades de cuidados intensivos (UCI) las enfermeras están sometidas de forma constante al dilema ético de aceptación de la muerte o salvación de la vida, percibiendo ambas opciones como hacer daño o hacer el bien.</p> <p>En ocasiones los familiares pueden ejercer una excesiva presión a los profesionales, sobre todo cuando estos tienen deseos de realizar RCP al paciente, hace que aumente el estrés y la ansiedad profesional, y es por eso que en muchas ocasiones se realizan "códigos lentos", es decir, esfuerzos de realizar una RCP lenta, con el objetivo de que no ocurra la reanimación, pero así evitar las posibles represalias familiares.</p> <p>Las personas en general tienen una falta de conocimientos sobre la RCP, sobrestimando los resultados de esta. Existen estudios estadounidenses que indican que el grado de supervivencia es de un 20%, sin ser la edad un indicativo de supervivencia.</p> <p>Los médicos son profesionales más centrados en la enfermedad y curación de esta, teniendo muchas veces grandes dificultades para aceptar la muerte y la entrada al cuidado paliativo del paciente. Es necesario respetar los derechos y deseos de los pacientes.</p> <p>La calidad de vida aceptable es un indicativo necesario en el dilema de la realización de la RCP. Una mayor calidad de vida actual de una persona conduce a esta a tener una mayor aceptación de RCP.</p> <p>Los profesionales de enfermería ven a la DNAR como una forma de asegurar la dignidad del paciente en el momento final de la vida, evitando así tratamientos inútiles. Así pues, la</p>			

	<p>ausencia de DNAR puede percibirse como algo indigno en algunos casos.          Hay que destacar que falta trabajar de forma comunicativa con los pacientes temas relacionados con la muerte, la RCP y el DNAR, con el objetivo de informar tanto a pacientes y familiares y así facilitar el apoyo a los profesionales cuando la muerte se acerca. El pronóstico de la RCP es un aspecto fundamental a la hora de decidir sobre la DNAR.          El profesional de enfermería puede ser la persona encargada de abordar el tema, ya que en ocasiones los médicos pueden tener reticencias al respecto. Las enfermeras comparten más tiempo con los pacientes, conocen sus deseos y su realidad.          A pesar de todo, la mayoría coinciden en realizar una RCP en casos dónde no existe orden de DNAR, independientemente de sus propias opiniones personales. Cuando un paciente terminal entra en parada cardiorrespiratoria, es obvio que es un paciente que se muere, pero no tengo ninguna razón desde el punto de vista legal para obviar la RCP.          El escepticismo sobre los éxitos de la RCP, junto con los valores de la muerte como un proceso natural de la vida, hace que los profesionales se cuestionen la realización de la RCP en personas mayores, pensando que en muchas ocasiones la RCP puede hacer más daño que beneficio.          Hay enfermeras que expresan cobardía de aquellos profesionales que realizan una RCP a medias, aquellos que hacen un leve esfuerzo por miedo a posibles represalias familiares. Destacan que es labor de los profesionales trabajar de forma previa el afrontamiento a la muerte.          La dignidad o muerte digna es algo muy personal, es por eso que hay participantes que defienden la necesidad de que los pacientes definan para ellos esos conceptos.          Se conoce como muerte digna aquella en la que la persona no muere sola, en la que no existe sufrimiento y nada que quede por resolver.</p>		
<b>Discusión del estudio</b>	<p>El DNAR beneficia al paciente, ya que preserva la dignidad de este en el momento de morir. La edad, como único indicador, no es un buen indicador para medir la supervivencia de un paciente tras una RCP, ni debe ser una razón para realizarla o no realizarla, a pesar de que los participantes se encuentran más reacios a realizar una RCP en persona mayores.          Los profesionales de enfermería desean participar en la toma de decisiones, como forma facilitadora para tomar la decisión correcta, ya que el enfoque entre médicos y enfermeros es diferente, y esa colaboración hace que el proceso adquiera mayor calidad.          Las enfermeras noruegas defienden que obviar la RCP cuando no existe DNAR no es una decisión de enfermería, a pesar de que la legislación noruega expresa que el personal sanitario no realizará un tratamiento que no esté en sintonía con los requisitos de responsabilidad profesional y atención diligente. Por tanto, un profesional de enfermería no está obligado a realizar una RCP cuando esta equivaldría a un tratamiento fútil.</p>		
<b>Conclusión del estudio</b>	<p>Para las 10 enfermeras participantes, la disponibilidad de un DNAR es importante para evitar tratamientos inútiles, además de que permite reducir el estrés y la ansiedad de los profesionales en la atención al final de la vida.          Es necesario la realización de un enfoque colaborativo multidisciplinar que permita lograr un tratamiento y una atención de calidad para todos los pacientes en situación de últimos días.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
16	DOI: 10.1177/0969733014547970

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Paganini MC, Bouso RS. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. Nurs Ethics. 2015;22(7):803–14.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Desde 1970 los avances tecnológicos y farmacológicos han generado nuevas opciones de tratamiento, capaces de tratar a aquellos enfermos que antes no era tratables. En Brasil se ha adoptado un modelo paternalista donde el médico suele mantener los tratamientos del paciente por miedo a represalias, reduciendo o excluyendo de la participación tanto al paciente, como a su familia e incluso a los profesionales de enfermería. Según la bibliografía la toma de decisiones debería ser multidisciplinar y compartida, con objetivos comunes basados en la transición de los tratamientos curativos hacia la paliación.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Comprender el proceso de autonomía del profesional de enfermería en la toma de decisiones sobre el final de la vida en la unidad de cuidados intensivos (UCI).		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2015		
<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas grabadas en audio, con análisis comparativo de los datos. Codificación abierta, luego una codificación axial y por último una codificación selectiva.		
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
	Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
	Técnicas cualitativas	(especificar)		

		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	14 enfermeras participantes.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Es necesario comprender cual es el conocimiento que tiene el profesional de enfermería en el proceso final de la vida (EOL), lo que ayudará a determinar una nueva actividad y papel a desarrollar por parte de la profesión, sobre todo a la hora de tomar decisiones. Esta comprensión como implicación en la toma de decisiones es algo que está estudiado y se está estudiando en muchos países, pero en cambio, es algo que no ha calado en la sociedad brasileña.</p> <p>Un entorno como la UCI que está muy reglamentado puede interferir o puede favorecer a que un profesional de enfermería participe en la toma de decisiones. Los cuidados avanzados de soporte vital son parte del cuerpo de conocimientos de la enfermería. Cuando un paciente está grave, y su pronóstico es negativo, ya que todos los tratamientos utilizados no han dado el efecto deseado, la enfermera debe posicionarse en medio del paciente y del médico por tal de acercar los deseos del paciente y la familia a la idea paternalista del médicos. Las enfermeras brasileñas describen su papel como el de la evaluación clínica del paciente y de su familia, considerando su estado fisiopatológico, con el objetivo de adaptar el plan de cuidados.</p> <p>Las enfermeras, debido al ambiente paternalista y reglado de la UCI brasileña todavía siguen sin hablar del EOL, abordando solo cuestiones del cuidado.</p> <p>Es necesario que la enfermería brasileña establezca estrategias que permitan empoderar la toma de decisiones y la autonomía de los profesionales enfermeros en ambientes como la UCI, utilizando tanto sus conocimientos como su experiencia profesional. Tener conocimientos sobre el tema le confiere a la enfermera autoridad y autonomía para evaluar y tratar todas las necesidades tanto de los pacientes como de los familiares.</p> <p>Mejorando la visibilidad de la profesión, así como su autoridad, les confiere una mayor participación en los procesos de discusión, dedicando, por tanto, parte de su trabajo a la cooperación multidisciplinar. Las enfermeras destacan la necesidad de ser escuchadas por los médicos y de aportar todos los conocimientos sobre el paciente y su familia. Para ello las enfermeras demuestran todos sus conocimientos sobre la realidad del paciente, liderando actitudes positivas. Una vez estas, participan de forma plena en los procesos de discusión, empiezan a estar involucradas dentro del equipo.</p> <p>Al formar parte de las discusiones, las enfermeras se sienten más seguras, libres y cómodas para decidir cómo cuidar a los pacientes. La enfermera tiene libertad para decidir cuando la familia puede o no puede estar los pacientes.</p> <p>Cuando existen discrepancias entre lo escrito y lo que opinan las enfermeras, estas deben discutir dichas discrepancias, basándose en su propia evaluación del paciente. Aunque la interferencia del paternalismo médico reduce los lugares y aspectos de la autonomía enfermera, ya que, en muchas ocasiones a pesar de ver muchas discrepancias al no tener espacio para discutir las, las enfermeras acaban por no hacer nada. En estas situaciones cuando las enfermeras pasan a hacer exclusivamente lo que dice el médico, pasan a sentirse inseguras y menospreciadas. Tales experiencias conducen a los profesionales de enfermería a sentir frustración, ya que decisiones sobre el cuidado del paciente se toman entre médicos quedando las enfermeras excluidas.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>La contradicción entre la autonomía y falta de esta en el cuidado del paciente crítico está relacionada con la experiencia, la competencia y con la falta de reconocimiento. Las enfermeras necesitan participar del cuidado tanto del paciente como de la familia.</p> <p>En los estudios brasileños es el médico el responsable de tomar las decisiones, aunque la bibliografía sugiera y recomiende una toma de decisiones cooperativa dentro de un equipo multidisciplinar. La situación real en Brasil lleva incluso a las enfermeras brasileñas a cuestionarse sus propias capacidades y competencias. La autonomía profesional del enfermero dentro de la unidad de cuidados intensivos es fundamental y necesario para atender a pacientes en el proceso final de vida, ya que cuando son autónomas las enfermeras piensan de una forma más integral y holística, prestando cuidados especializados y individualizados a los pacientes. Para ello es necesario que encuentren su sitio dentro del equipo multidisciplinar, integrándose en todas las discusiones.</p>		

	Las participantes defienden que cuando hay una organización pobre y una falta de estructuración para ofrecer apoyo a sus opiniones y decisiones, es cuando aumenta la falta de reconocimiento hacia el profesional de enfermería, tanto de parte de los médicos, como por parte del paciente y sus familiares.		
<b>Conclusiones del estudio</b>	Este tema de la autonomía enfermera en la toma de decisiones en el EOL es un tema poco estudiado en la sociedad brasileña en comparación con el ámbito internacional. Las enfermeras culpabilizan al equipo médico y la falta de estructuración institucional que las apoye en sus decisiones. Las enfermeras siguen dependiendo de los médicos para tomar sus decisiones. El enfermero o enfermera que es capaz de ejercer su autonomía en el cuidado del paciente en el momento final de vida, trabaja para crear nuevos espacios donde poder seguir ejerciendo su autonomía en base a sus conocimientos y experiencia profesional. Debido a la complejidad del proceso del EOL, los profesionales de enfermería necesitan adoptar una posición proactiva que les introduzca dentro de las discusiones sobre la toma de decisiones.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
17	DOI: 10.1111/j.1478-5153.2010.00438.x

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Efsthathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. Nurs Crit Care. 2011;16(3):116–23.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	A pesar de los avances tecnológicos de la medicina que prolongan la vida, los familiares y profesionales deben enfrentarse al manejo y a la negociación de la muerte. El sufrimiento y la comunicación ineficaz se atribuyen como las principales dificultades en la toma de decisiones al final de la vida, convirtiéndose la atención a paciente moribundos una mala experiencia. La mayoría de las muertes en UCI ocurren 4 horas después de interrumpir el tratamiento, creando así una fase corta de la muerte. Además, la atención al final de la vida puede verse comprometida por una falta de habilidades en cuidados paliativos.
	<b>Objetivo del estudio</b>	El objetivo de este artículo es discutir los desafíos a los cuales se enfrentan las enfermeras de cuidados intensivos cuando atienden a pacientes que necesitan cuidados al final de la vida (EOL) en entornos de cuidados críticos (UCI).

<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
			Revisión Sistemática		Casos controles	
			Meta-análisis		Cohortes	
			Estado actual del tema		Descriptivo	
			Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2011				
	<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)		(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos		(especificar)		
		Técnicas cualitativas		(especificar)		
		Otras		Se ha utilizado bases de datos como CINAHL y MEDLINE.		
<b>Población y muestra</b>						
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Una falta de habilidades en cuidados paliativos, junto con un sufrimiento innecesario y una brecha en la comunicación en el equipo proveedor de salud, contribuye a aumentar la dificultad para identificar el momento idóneo en el cual iniciar la atención del paciente orientada a preservar la calidad de vida.</p> <p>La comunicación es una habilidad esencial que permite a los profesionales sanitarios brindar una atención centrada en el paciente y su familia de alta calidad, eficaz y compasiva, que se centra en mitigar el sufrimiento y preservar la calidad de vida en los momentos finales. Existen estudios que demuestran que la comunicación es una de las áreas que más importancia tienen en la atención al paciente en el final de la vida.</p> <p>La toma de decisiones debe ser colaborativa y compartida, que promueva la comunicación entre los médicos y los profesionales de enfermería, además de incluir al paciente y su familia. Dicha colaboración facilita la toma de decisiones sobre el final de la vida centrada en el paciente y su familia.</p> <p>La inclusión de folletos informativos o el aumento de tiempo para atender a estas familias facilita la mejora de la comunicación y, por tanto, facilita la toma de decisiones. Un estudio de ensayo aleatorizado controlado descubrió que la inclusión de un folleto informativo sobre el duelo y un aumento del tiempo que permitía a los familiares hablar más, mejoraba la comunicación y reducía la carga del duelo en las familias.</p> <p>Cuando hablamos de toma de decisiones en el final de la vida nos referimos principalmente a la suspensión o retirada de los tratamientos de soporte vital. Normalmente estas decisiones son tomadas por los pacientes cuyo derecho de autonomía les permite, el problema está, cuando hablamos del ambiente de cuidados intensivos, dónde la mayoría de pacientes críticos no pueden pensar o participar en dichas decisiones, ya que muchos se encuentran sedados, inconscientes, intubados... Es aquí, cuando la toma de decisiones se convierte en un desafío, y</p>					

	<p>esta discusión sobre el tratamiento pasa a estar entre la familia y los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos.</p> <p>Según las leyes de Reino Unido, la máxima autoridad para la toma de decisiones de una persona incompetente recae en los médicos que lo tratan y no en sus familiares más cercanos, los profesionales de enfermería o tribunales. Por tanto, podemos decir que esta legalidad tiene un enfoque paternalista dónde es el médico el único que decide por este paciente. Esto no quiere decir, que los médicos no actúen por el mejor interés del paciente, incluyendo sus deseos y creencias, su calidad de vida y su bienestar general.</p> <p>El papel que tiene el profesional de enfermería de cuidados intensivos en la toma de decisiones continúa sin estar bien establecido. A pesar de ser quienes más tiempo pasan con el paciente y su familia, en muchas ocasiones sus opiniones sobre la retirada o la suspensión de tratamientos de soporte vital no son bien recibidas. Aunque también existen estudios dónde se demuestra que la mayoría de enfermeras europeas participan de forma activa en la toma de decisiones en el final de la vida, aunque hay que aclarar que dicha participación “activa” no está definida en dichos artículos, por lo que seguimos sin tener claro cuál es el rol que debe ejercer el profesional de enfermería en dicho proceso.</p> <p>Por ejemplo, aquellas personas que no hablen el idioma oficial del lugar tienen el riesgo de no recibir la información adecuada sobre el estado vital de su familiar, debido principalmente al idioma e incluso a la barrera cultural. Por esto mismo, se recomienda promover la toma de decisiones siempre centradas en el paciente y su familia, de una forma multicultural, sin barreras que puedan complicar el proceso.</p> <p>Es importante generar una discusión interprofesional que permita a todos los profesionales atender al paciente con un objetivo común, explorando cómo entienden el final de la vida los diferentes profesionales que forman parte de dicha discusión. La ausencia de reuniones que integren a la familia en las discusiones interprofesionales genera altos niveles de ansiedad y depresión por parte de estos familiares. Además, las unidades de cuidados intensivos son unidades que generan múltiples barreras entre los familiares y los pacientes, como puede ser los tubos, la maquinaria, los cables y/o las alarmas constantes, cosa que genera un aumento de la ansiedad.</p> <p>Según Bach y col. Sugieren que uno de los roles más importantes que desempeñan los profesionales de enfermería es el apoyo emocional a los familiares de los pacientes críticos, estando al pie de la cama, brindando cariño, escuchando y resolviendo sus dudas e integrando a los familiares en el cuidado del paciente. Los profesionales de enfermería tienen el desafío de eliminar aquellos aspectos que deshumanizan las unidades de cuidados intensivos, intentando acercar la muerte de las UCI hacia una muerte lo más natural posible, integrando a la familia en dicho proceso.</p> <p>El dolor es uno de los síntomas más prevalentes en las unidades de cuidados intensivos, asociado normalmente a la aspiración del tubo endotraqueal, los giros, la cura de heridas u otros procedimientos. Si a esto le sumamos la imposibilidad comunicativa que se da muchas veces en estos pacientes, hace que la valoración del dolor sea muy difícil. Gracias a las escalas de evaluación del dolor basadas en variables fisiológicas y observacionales permiten a los profesionales de enfermería evaluar mejor el dolor de dichos pacientes.</p> <p>Hay que destacar que en las unidades de cuidados intensivos no todas las medidas son farmacológicas, incluyendo medidas no farmacológicas como los masajes o la musicoterapia que ayudan a la reducción de numerosos síntomas. La musicoterapia aún está en estudio y cuesta encontrar evidencias que demuestren su efectividad en el alivio de los síntomas al final de la vida, en cambio, los masajes terapéuticos sí poseen de una mayor evidencia en el alivio del dolor de los pacientes paliativos.</p> <p>La espiritualidad es un elemento que puede llegar a ser esencial para generar una muerte en paz. Muchos pacientes y familiares tienen necesidades espirituales en situaciones de últimos días, y una atención que incluya estas necesidades se asocia con una mayor satisfacción. Aunque hay que destacar que la espiritualidad es algo difícil de enmarcar y definir, cosa que genera un aumento del estrés y la ansiedad en los profesionales de enfermería que deben atender a dichas necesidades.</p> <p>El retraso en la toma de decisiones en el final de la vida del paciente también conduce a un agotamiento emocional en los profesionales de enfermería, además de aumentar el sufrimiento innecesario para el paciente y su familia, generando un sentimiento de decepción en los profesionales de enfermería.</p>
--	--

<b>Discusión planteada</b>	<p>La comunicación, la continuidad de los cuidados tras la toma de decisiones, la educación y la integración de los principios del cuidado paliativo son elementos que requieren de una atención inmediata.</p> <p>Los profesionales de enfermería son quienes deben promover la toma de decisiones centradas en el paciente y su familia, generando una comunicación entre todos los involucrados en el cuidado de dicho paciente. Las enfermeras deben asegurar la continuación de los planes de cuidado del paciente una vez se encuentran en la fase de últimos días, e incluso después de la muerte apoyando a sus familiares. Para ello es necesario un correcto conocimiento sobre los cuidados paliativos, que permita aliviar los síntomas fisiológicos, emocionales y espirituales. Es cierto que la atención paliativa es materia de los estudios de enfermería, todavía existe una gran preocupación por parte de los profesionales ya que no se encuentran preparados para poder brindar la atención necesaria a un paciente en situación de últimos días. Por tanto, se destaca la necesidad de mejorar dicha educación, tanto a nivel universitario como laboral, sobre todo en aquellos profesionales de enfermería que comiencen sus contratos en unidades de cuidados intensivos, con el objetivo de poder brindar una buena atención al final de la vida.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>A pesar de que falta definir claramente cuál es el rol de la enfermería en la toma de decisiones en el final de la vida, queda claro que tiene un potencial muy grande en la integración de la familia y el paciente en las discusiones relacionadas con el final de la vida. Además, es la persona que más tiempo pasa con el paciente y sus familiares, pudiendo obtener una información muy interesante que poder transmitir al médico.</p> <p>Sigue siendo necesario establecer una mejora educacional tanto universitaria como laboral de los profesionales de enfermería que ayude a estos profesionales afrontar los últimos días de los pacientes de la mejor forma posible, ofreciendo así cuidados de calidad, centrados en el paciente de forma fisiológica, emocional y psicosocial, sin olvidar la parte espiritual y cultural.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
18	DOI: 10.5176/2345-7198_5.1.5

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Hidayat Al, Kongsuwan W, Nilmanat K. Nurse Involvement in End of Life Decision Making in the Intensive Care Unit: A Literature Review. GSTF J Nurs Heal Care. 2018;5(1).	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Aproximadamente el 20% de pacientes mueren en las unidades de cuidados intensivos, siendo la unidad que mayor mortalidad presenta, siendo la mayoría tras la toma de decisiones en el final de la vida (EOL). El profesional de enfermería percibe tener responsabilidad sobre la condición del paciente, convirtiéndose en un elemento fundamental durante la toma de decisiones sobre el EOL. Es por eso que se necesita obtener un mayor conocimiento sobre la participación enfermera durante este proceso.

	<b>Objetivo del estudio</b>	Comprender la participación de las enfermeras durante la toma de decisiones en el final de la vida en las unidades de cuidados intensivos.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico
			Revisión Sistemática		Casos controles
			Meta-análisis		Cohortes
			Estado actual del tema		Descriptivo
			Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2018			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	Bases de datos utilizadas: PubMed, ProQuest, CINAHL, Wiley Online, Ovid y Science Direct.		
	<b>Población y muestra</b>	Los términos utilizados son "ICU Nurse", "end of life", "Decision making" y "Endo f life decision making".			
<b>Resultados relevantes</b>	<p>El EOL es una situación en la cual el paciente presenta una discapacidad avanzada y padece de patologías progresivas que van empeorando durante los últimos 6-12 meses de vida. Durante esta situación, el paciente experimenta sintomatología física como problemas respiratorios, debilidad crónica, dolor u hormigueo. Además, hay que añadir la sintomatología psicológica que conduce a depresión y demencia.</p> <p>La toma de decisiones durante el EOL es un proceso donde se debe analizar todas las alternativas de atención posible al paciente, y que sea este mismo quien tome la decisión. Dicha situación requiere de un proceso colaborativo que involucre tanto a profesionales sanitarios, como al propio paciente y su familia, con el fin de decidir el tipo de tratamiento a seguir durante el EOL.</p> <p>Retirar el tratamiento o suspenderlo antes de iniciarlo es uno de los temas comunes durante las discusiones en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La suspensión del tratamiento se define como aquella decisión de no iniciar o continuar una intervención o tratamiento, cuando este es fútil, dicha suspensión se basa en dejar de tratar al paciente cuando el pronóstico es negativo y los tratamientos no generarán ningún tipo de beneficio. La retirada del tratamiento de soporte vital se entiende en muchas circunstancias, como aquella decisión de retirar los tratamientos que se están utilizando cuando estos ya no aportan ningún tipo de beneficio al paciente y no están cumpliendo los objetivos del tratamiento.</p> <p>Es muy complicado ver como un paciente de UCI participa en la toma de decisiones debido a su</p>				

	<p>estado de salud, es por eso que se hace vital el proceso deliberativo entre familiares y profesionales sanitarios, siendo muchas veces crucial la atención espiritual incluso incluyendo un asesor espiritual.</p> <p>Los profesionales de enfermería proporcionan la información clínica del paciente al propio paciente o a su familia, además estos profesionales deben facilitar la colaboración familiar en el proceso deliberativo, respetando siempre la privacidad y dignidad del paciente. El proceso de la toma de decisiones en el EOL del paciente crítico se basa en un proceso dinámico, donde se debe de forma continua evaluar, construir, discutir y divulgar un consenso que involucre tanto a médicos, como enfermeros y familiares, teniendo una duración muy variable en función de cada caso.</p> <p>Los profesionales de enfermería y los médicos deben tener la capacidad de evaluar todas las necesidades en cuanto a la información de la familia y poder seleccionar que información es importante y como transmitirla para ayudar a la comprensión de la familia. Esta intervención es clave para establecer una correcta relación con la familia.</p> <p>La decisión deberá contener el diagnóstico médico, el pronóstico, cuáles son las personas involucradas en la discusión, cuáles son los deseos del paciente, que objetivo tienen los tratamientos... Al final, la decisión deberá quedar documentada y tener acceso para todos los profesionales que cuidarán del paciente, por tal de evitar errores.</p> <p>En función a la búsqueda bibliográfica, las funciones de los profesionales de enfermería durante la toma de decisiones son: Educador, defensor, colaborador y participación.</p> <p>El proceso educativo se basa en la aclaración de dudas de los familiares y el paciente, para mejorar la comprensión de la situación actual. Cuando los familiares comprenden muy bien la situación y el pronóstico del paciente, están preparados para tomar decisiones. Para ello la información otorgada debe ser siempre clara, concisa y honesta.</p> <p>El problema está cuando las enfermeras no detectan las etapas de duelo y poseen una falta de conocimientos sobre el proceso, generando, por tanto, barreras a la hora de defender al paciente y su familia durante la toma de decisiones. La colaboración entre el médico y el enfermero será clave durante todo el proceso de toma de decisiones, una buena comunicación reducirá la carga emocional y disminuirá la angustia moral a los profesionales.</p> <p>Los profesionales de enfermería deberán otorgar atención familiar durante todo el proceso, eso se logra realizando reuniones con la familia e incluso continuándolas tras la muerte del paciente. Para que estas reuniones sean adecuadas, la enfermera deberá comprender todos los sentimientos y las expectativas de los familiares.</p> <p>A pesar de aumentar el número de proceso de toma de decisiones en las UCI, las enfermeras siguen sin estar bien preparadas y siguen desconfiando de sus capacidades durante el proceso. La falta de experiencia y formación al respecto dificulta la prestación de una atención sanitaria de calidad.</p> <p>El historial de enfermedades, la actividad física, la edad del paciente o la condición previa al ingreso son factores que se tienen en cuenta a la hora de tomar decisiones, y cuando hay una situación inestable se suele retrasar la decisión generando una angustia moral sobre los profesionales sanitarios.</p> <p>Los puntos de vista religiosos en los propios profesionales pueden generar barreras a la hora de tomar decisiones, y es por eso que los profesionales de enfermería están en continuo enfrentamiento, ya que existe un contraste entre las responsabilidades y las creencias vitales propias, lo que muchas veces genera angustia, baja satisfacción laboral, burnout o problemas físicos.</p> <p>Además, la cultura influye un papel importante durante la toma de decisiones, haciendo que el paciente y la familia se comporten de forma diferente en función a su origen cultural.</p>
<b>Discusión planteada</b>	
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La toma de decisiones en el EOL es un proceso que evalúa y considera el tratamiento de un paciente durante sus últimos días de vida. Los profesionales de enfermería y sus compañeros sanitarios deben brindar una atención de calidad, centrada en el paciente y su familia.</p> <p>Las enfermeras tienen una serie de funciones muy importantes durante la toma de decisiones, como es la educación, la defensa del paciente o la colaboración. Los profesionales de enfermería ayudan a las familias a tomar las decisiones en el final de la vida, otorgando información clara, sencilla y honesta. A pesar de esto, la falta de experiencia y de conocimientos sobre el tema genera numerosas barreras, además de las creencias religiosas, que dificultan la toma de decisiones consensuada y centrada en el propio paciente.</p> <p>De toda la revisión bibliográfica se puede resumir que los profesionales de enfermería tienen una</p>

	<p>función clave dentro del equipo de colaboración durante la toma de decisiones en el EOL. Las enfermeras suelen tener un nivel muy bajo de confianza en si mismas durante el proceso debido a la falta de conocimientos y experiencia.</p> <p>Una correcta comprensión y evaluación de los valores culturales y religiosos del paciente y su familia es clave por tal de aumentar la calidad durante la atención en la toma de decisiones en el EOL.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
19	DOI: 10.1016/j.aucc.2015.03.002

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. Aust Crit Care. 2015 May 1;28(2):82–6.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Durante las últimas dos décadas (20 años), el tema del final de la vida (EOL) ocupa una posición central dentro de las unidades de cuidados intensivos. La utilización de terapias de soporte vital en un ambiente con una tasa alta de mortalidad como es la UCI ha sido bien estudiada. De esta forma también se conoce las implicaciones de médicos y enfermeras en la prestación de cuidados al final de la vida en dichas unidades. Por tanto, comprender las actitudes y creencias de las enfermeras Neozelandesas sobre el EOL puede evidenciar las áreas que más tensión generan en el equipo.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Investigar las experiencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos de Nueva Zelanda hacia la atención al final de la vida.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>  Estudio Secuencial de método Mixto	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática		Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo
		Revisión histórica		Cualitativa

<b>Año de realización</b>	2015			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Encuesta transversal de grupos focales de seguimiento	
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)	
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)	
		Técnicas cualitativas	(especificar)	
		Otras	(especificar)	
<b>Población y muestra</b>	<p>De 465 enfermeras de Nueva Zelanda, se dividió en cuatro grandes unidades de cuidados intensivos para completar una encuesta de 43 ítems.</p> <p>Se llevó a cabo, un grupo de enfoque de seguimiento para cada uno de los aspectos de la encuesta.</p>			
<b>Resultados relevantes</b>	<p>La gran mayoría de los encuestados estaban de acuerdo en no precipitarse y tomar demasiado pronto las decisiones de retirar el soporte vital. El 33% consideró que las decisiones se tomaban tarde y el 68% consideró que las decisiones se solían tomar en el momento adecuado.</p> <p>El 45% de los encuestados determinó que sus propias creencias religiosas no tenían ningún tipo de influencia en la atención al final de la vida de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.</p> <p>La mayoría de enfermeras (un 90%) consideró que la necesidad de una cama libre en la UCI no era un hecho importante a tener en cuenta en la retirada del soporte vital de los pacientes.</p> <p>En el estudio se comenta que el 70% de enfermeras participaron en la toma de decisiones sobre la suspensión o retirada del tratamiento de soporte vital. Además, cabe destacar, que existe una relación directa entre la toma de decisiones al final de la vida y los años de experiencia de las enfermeras, siendo las más experimentadas las que más participación activa tienen.</p> <p>El 45% de los encuestados declararon participar de forma activa en el proceso de discusión sobre el soporte vital, pero, tan solo el 30% declararon que los médicos les habían pedido que formaran parte de dicho proceso. Existe también, una correlación directa entre estas enfermeras que forman parte activa de la discusión (en el 45% de los casos son quienes inician la discusión), y aquellos médicos que solicitan su participación en el proceso.</p> <p>Lo que queda claro, es que la participación en el proceso de toma de decisiones del final de la vida de un paciente en la unidad de cuidados intensivos genera satisfacción laboral, tal como declararon el 77% de los encuestados. El 99% determinó la necesidad de proveer al paciente de un alivio del dolor y un 41% pensaba en la necesidad de una sedación profunda.</p> <p>En casos donde el paciente tiene la autonomía y capacidad suficiente para respirar de forma espontánea el 89% de las enfermeras estuvieron de acuerdo en retirar el tubo endotraqueal. En caso de pacientes que necesitan de dicha ventilación el 71% estuvo de acuerdo en la reducción de la proporción de oxígeno. En cambio, hubo un menor consenso sobre la hidratación y la nutrición continua. Un 43% creyó oportuno continuar con la hidratación líquida, pero otra proporción similar (41%), no apoya la idea de continuar el apoyo nutricional, por tanto, es un tema muy debatido dentro de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos en Nueva Zelanda. Los que no están de acuerdo, determinan que la deshidratación es parte natural de la muerte, además que existían equipos de paliativos que desaconsejaban la continuación de</p>			

	<p>hidratación nutricional, pero en cambio los que están a favor determinan que la hidratación y nutrición es una medida de confort.</p> <p>Una de las enfermeras comentó. <i>“si se ha tomado la decisión de que vamos a dejar que el paciente fallezca pacíficamente, entonces no debemos intervenir de ninguna manera que pueda prolongar la muerte”</i>.</p> <p>En lo que estaban de acuerdo estos dos grupos era en apagar la monitorización del paciente y eliminar todo tipo de alarmas que podían molestar a la familia.</p> <p>La percepción general en todos los grupos fue que en Nueva Zelanda había una correcta organización en la atención al final de la vida en UCI. Destacan que en Nueva Zelanda se mantienen conversaciones más abiertas sobre la muerte y que por tato, se brinda una atención más integral en el final de la vida.</p> <p>La función de la enfermería se describe como el pegamento de la unidad, donde se trabaja en todos los equipos multidisciplinares, generando una especie de negociación entre la familia y el equipo. A pesar de las grandes aportaciones de la enfermería en el final de la vida, esto genera muchos desafíos, puesto que es algo en el que los profesionales no se sienten cómodos y que tienden a evitar.</p> <p>La práctica colaborativa con el personal médico genera un apoyo para el profesional de enfermería, generando un sentimiento de cohesión, que facilita el afrontamiento al EOL.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>Al revisar los resultados de encuestas realizadas a enfermeras europeas y enfermeras neozelandesas, se mantuvieron actitudes parecidas durante la atención al final de la vida. Hay que destacar, que las enfermeras europeas no apoyaban la idea de las enfermeras neozelandesas, de que el no inicio del tratamiento/suspensión (withholding) fuera más ético que la retirada (withdrawing) de estos.</p> <p>Se ha podido evidenciar que tanto la retirada (withdrawing) como el no inicio del tratamiento/suspensión (withholding) tienen el mismo peso moral, se ha evidenciado en este estudio que retirar el tratamiento de una forma activa es menos preferible que evitar iniciar tratamientos o suspenderlos.</p> <p>Los familiares han descrito diferentes elementos que fueron claves durante el cuidado en el final de la vida que les ayudó a prepararse para ese momento, como fueron: la compenetración, la preocupación, el profesionalismo, la información brindada y el apoyo a la hora de tomar decisiones.</p> <p>Queda evidenciado que existen discusiones sobre las prácticas específicas a realizar por parte del profesional de enfermería en el EOL. Como vemos que pasa en el tema de la nutrición e hidratación, además pasa en el tema de la reducción de la oxigenoterapia donde existe cierta incertidumbre.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Vemos como las prácticas específicas de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones en el final de la vida y la operatividad de este tipo de tratamientos está muy discutida, además podemos estimar una diferencia moral, entre las enfermeras de Nuevas Zelanda y las europeas. Por tanto, podemos decir, que es necesario un debate mayor, a nivel internacional que lleve al desarrollo de guías clínicas que permitan abordar todas las incertidumbres que genera la atención enfermera en el final de la vida.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia par a responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
20	DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Long-Sutehall T, Willis H, Palmer R, Ugboma D, Addington-Hall J, Coombs M. Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. <i>Int J Nurs Stud.</i> 2011;48(12):1466–74.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El 17% de ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos fallecieron, siendo la retirada del tratamiento una práctica común en Reino Unido, EEUU y Europa. A pesar de ser el retiro del tratamiento una práctica común en todo el mundo, sigue generando grandes conflictos entre médicos y enfermeras. La justificación en muchas ocasiones de no incluir a las enfermeras en la toma de decisiones por parte del personal médico, es porque detectan que estas son menos optimistas que ellos en los resultados de los pacientes.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Ilustrar las diferentes formas de muerte impactan en el proceso de toma de decisiones sobre la retirada del tratamiento, además de ilustrar el papel de la enfermera en dicho proceso.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2011		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevistas grabadas en audio. Posteriormente, los audios fueron analizados en base a teoría fundamentada por investigadores experimentados.		
	Escala (Validada/No validada)	(especificar)		
	Registro de datos cuantitativos	(especificar)		
	Técnicas cualitativas	(especificar)		
	Otras	(especificar)		

	<b>Población y muestra</b>	Enfermeras de 4 unidades de cuidados intensivos (UCI) del Sur de Inglaterra. La muestra final fue de 13 enfermeras, con un tiempo medio de experiencia de 4 años, entre 20 y 65 años de edad.
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Las formas de morir más habituales en las UCI fueran tras el ingreso agudo después de una lesión crítica o tras una operación planificada con un deterioro y poca o nula respuesta a las intervenciones. Otra trayectoria que es común en las formas de morir en UCI es aquella enfermedad crónica el cual el paciente ha recibido numerosas intervenciones e incluso trasplantes, pero que deterioran de forma gradual, hasta llegar a la muerte.</p> <p>Lo que puede suceder en ocasiones, es que el paciente esté a punto de morir, venga la familia a despedirse, pero por el horario o por la situación de fin de semana, no esté presente el consultor que debe confirmar la retirada del tratamiento. Es por eso, los profesionales que están en ese momento se encuentran entre la espada y la pared, ya que los familiares desean que el paciente pueda morir en paz, mientras los profesionales esperan una confirmación del consultor. Los familiares expresan su frustración, tras entender la necesidad del paciente y su realidad, pero con una falta de planificación por parte de la institución.</p> <p>Muchas veces los consultores o médicos tienen perspectivas y planes diferentes en referencia a un mismo paciente, y en función al médico que acuda decide un tratamiento u otro. Lo ideal sería que estos se pusieran de acuerdo en reuniones, reduciendo así la frustración familiar. Existen médicos que tienen problemas de afrontamiento ante la muerte, y dejan a los turnos que entran la decisión de seguir o retirar el tratamiento del paciente, alargando así el sufrimiento general.</p> <p>Otro de los retrasos en la toma de decisiones ocurre cuando los médicos intensivistas y los cirujanos no se ponen de acuerdo con respecto al futuro del paciente. Los cirujanos son muy reacios a la retira del tratamiento de soporte vital, viendo siempre viable otras opciones, viéndose como poco común que un equipo de cirugía admita que no hay nada que hacer con el paciente.</p> <p>En ocasiones, tras la decisión de retirar el tratamiento de soporte vital, incluso puede haber unos días de cierta mejoría paradójica antes de la muerte, en estas situaciones, los médicos dejan de visitar a los familiares y al paciente, centrándose únicamente en el papeleo. Además, en ocasiones las tareas se dejan abiertas y las enfermeras tienen dudas de si seguir realizándolas o no realizarlas.</p> <p>El retraso en la toma de decisiones tiene efectos negativos no solo en el paciente y la familia, sino también en el profesional de enfermería que trabaja con el objetivo de proteger los intereses de los familiares y pacientes. La falta de un plan específico y común en el equipo siembra dudas de cual es el momento idóneo para comunicar a la familia la futilidad e inutilidad de las terapias del paciente, generando una gran angustia moral a los profesionales de enfermería.</p> <p>Los profesionales de enfermería tratan de superar los desacuerdos, aclarar las dudas a los familiares e incluso desafiar la falta de acción o plan común en la toma de decisiones, por tanto podemos decir que se encargan de coordinar, operacionalizar, facilitar y evaluar durante todo el proceso.</p> <p>En muchas ocasiones el médico trata de establecer un plan de acción a la familia, y es la enfermera quien se encarga de aclarar los detalles, con el objetivo de que de forma conjunta con la familia se reoriente el cuidado del paciente hacia una muerte digna (<i>"vivir mientras se muere"</i>).</p> <p>Son los profesionales de enfermería quienes se centran en evaluar, comprender y aclarar todos aquellos aspectos no comprendidos por la familia. Es por eso que se realizan "reuniones" informales con los familiares para conocer si están preparados para iniciar una nueva etapa en la atención al paciente, generando muchas veces preguntas como: <i>"¿Estáis preparados? ¿hay algo que más que podamos hacer por vosotros?"</i>.</p> <p>Es importante conocer el deseo de la familia en estos últimos momentos, si prefieren acompañamiento profesional o si al contrario prefieren estar solos con el paciente, advirtiéndoles que sea cual sea la decisión siempre va a ver un profesional preparado para ayudarles en lo que haga falta.</p> <p>Se recomienda a los médicos dirigir los tratamientos del paciente hacia una muerte natural, con una reducción gradual de los medicamentos y/o oxígeno, pronosticando la posible muerte con la presencia familiar del paciente. A pesar de dichas recomendaciones hay profesionales</p>	

	<p>que prefieren no alargar el sufrimiento y no reducir de forma gradual la medicación, sino cortarla directamente. Esto irá en función de lo preparada que esté la familia en ese momento. Es por eso que es importante tener un plan común dentro del equipo, así cada profesional sabe que hacer en cada momento, sin variaciones entre un médico u otro.</p> <p>Hay enfermeras que expresan incluso que en ocasiones les tienen que decir a los médicos que deben hacer en cada momento. Las enfermeras prefieren la retirada de ellos equipos de monitorización, para aproximar el paciente a su familia, intentando que la muerte sea lo más natural y tranquila posible. Es por eso que el cuidado del lugar donde va a morir el paciente es muy importante, se recomienda también la posición en habitaciones laterales de la unidad que permita una mayor entrada y salida de familiares sin necesidad de molestar a los demás pacientes.</p> <p>Es por eso que las enfermeras luchan y trabajan por remodelar el proceso de retirada del tratamiento de soporte vital, acercándolo al concepto del cuidado centrado en el paciente, ya que esa es la labor principal y definitoria de la profesión, el cuidado del paciente, a pesar de la excesiva tecnificación de las unidades de cuidados intensivos.</p>		
<b>Discusión planteada</b>			
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La atención en el proceso de final de vida es algo bien estudiado en la literatura científica, siendo un tema clave la tensión percibida entre enfermeros y médicos en el retiro del tratamiento.</p> <p>Los profesionales de enfermería asocian la muerte de calidad, con un proceso en el que haya presencia de la enfermera o de la familia en el momento de la muerte, que haya una ausencia de medidas de reanimación y en el cual se realice una correcta retirada del tratamiento de soporte vital.</p> <p>Las grandes diferencias y las tensiones que genera este proceso entre médicos y enfermeros pueden deberse a las diferentes responsabilidades profesionales de cada disciplina, los médicos son los responsables de la realización del diagnóstico y del pronóstico del paciente, teniendo la responsabilidad legal de la retirada del tratamiento, siendo estos los que más intentan extender la vida del paciente. Las enfermeras en cambio, son la parte más operativa de la institución, se centran en el cuidado del paciente y la familia, así como la puesta en marcha y realización de la retirada del tratamiento, teniendo una actitud más proactiva a la finalización de la vida del paciente.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
21	DOI: 10.1016/j.pec.2013.09.018

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Albers G, Francke AL, de Veer AJE, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. Patient Educ Couns. 2014;94(1):4–9.					
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Las poblaciones están envejeciendo a un ritmo muy acelerado, ello ha ocasionado un mayor número de muertes debido a enfermedades crónicas, lo que conlleva a una necesidad mayor de atención al final de la vida. La toma de decisiones médicas al final de la vida implica replantear suspender, continuar o retirar los tratamientos y los beneficios como la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia mediante la prevención y alivio del sufrimiento. Los médicos suelen tomar la decisión final, aunque las enfermeras pueden participar gracias al contacto estrecho que tienen con los pacientes.				
	<b>Objetivo del estudio</b>	Investigar las actitudes del personal de enfermería hacia la participación y el papel en las decisiones sobre el final de la vida (ELD) y las relaciones con las características sociodemográficas y laborales.				
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>		Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
			Revisión Sistemática		Casos controles	
			Meta-análisis		Cohortes	
			Estado actual del tema		Descriptivo	
			Revisión histórica		Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2014				
	<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	El cuestionario contenía preguntas sobre experiencias y actitudes reales con respecto a la participación y los roles en la decisión al final de la vida.			
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)			
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)			
		Técnicas cualitativas	(especificar)			

		Otras	(especificar)
	<b>Población y muestra</b>	587 profesionales de enfermería completaron el cuestionario. Del hospital, asilo de ancianos y cuidados en el hogar. Del total, 94% eran mujeres. El 55% tenía más de 21 años de experiencia profesional y solo el 6% tenía menos de 5 años de experiencia profesional.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>El 64% de las enfermeras comentaron que los pacientes preferían hablar con los profesionales de enfermería sobre la decisión al final de la vida (ELD) antes que con un médico. EL 38% de los entrevistados destacaron que los profesionales de enfermería están en una posición privilegiada para evaluar los deseos del paciente y su familia en el final de la vida.</p> <p>Un 25% de todos los profesionales de enfermería entrevistados se encuentran en una posición subordinada, lo cual les dificulta la comunicación con el facultativo.</p> <p>El 58% declaró que las decisiones de suspender o retirar el tratamiento de soporte vital deberían discutirse y acordarse con las enfermeras involucradas.</p> <p>El 50% de los profesionales de enfermería entrevistados estarían preparados para administrar medicamentos que pudieran llevar al paciente al coma o incluso a la muerte.</p> <p>El personal de enfermería femenino, al contrario que pasa con el masculino, declaró con más frecuencia que estaban en una mejor posición que los médicos para evaluar los deseos del final de la vida de los pacientes y que las los profesionales de enfermería deberían participar durante todo el proceso de ELD. A pesar de esto, hubo menos coincidencia en la idea de que las enfermeras podían formar parte de los tratamientos y decisiones que acortaran la vida del paciente.</p> <p>Aquel personal de enfermería con una religión concreta muy fuerte, no coincidieron en la idea de que las decisiones con un efecto de acortamiento de la vida podrían ser parte de la profesión de enfermería.</p> <p>Las enfermeras que han participado coincidieron con frecuencia en que las decisiones de suspender, retirar o no iniciar un tratamiento de soporte vital deben discutirse con el personal de enfermería.</p> <p>El personal de enfermería que trabajaba en el hospital pensaba con frecuencia que las enfermeras podían decidir por sí mismas intensificar el alivio del dolor y / o los síntomas. Incluso, en el caso de que esto pudiera tener un efecto nocivo o secundario que pudiera acortar la vida del paciente.</p> <p>Los profesionales encuestados que mantenían una educación continua sobre ELD en los últimos coincidieron más a menudo en que los pacientes preferirían hablar con enfermeras que con los médicos.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>La opinión de la mayoría del personal de enfermería es que deberían tener una mayor participación en el proceso de toma de decisiones sobre el final de la vida. Además, la mayoría de las enfermeras, como se ha visto en los resultados, piensan que los pacientes prefieren hablar con ellas sobre ELD que con los médicos.</p> <p>Las enfermeras que trabajan en unidades especializadas de cuidados paliativos tienen menos probabilidades de verse en una posición subordinada respecto aquellas que no trabajan en dichos servicios. El factor cultural tiene una gran influencia, ya que por ejemplo en los Países Bajos dónde hay una fuerte tradición de comunicación directa y abierta sobre la muerte puede explicar porque estas enfermeras encuentran a los médicos más dispuestos a escuchar sus opiniones que no por ejemplo en Flandes, dónde esta tradición no es tan fuerte y por tanto es más fácil que las enfermeras se encuentren en una posición jerárquicamente subordinada.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La mayoría del personal de enfermería desea participar en las decisiones sobre el final de la vida. El entorno laboral, la religión o el nivel educativo son factores determinantes en las actitudes del personal de enfermería con respecto a la participación en la toma de decisiones sobre el final de la vida. Aquellas posiciones jerárquicamente subordinadas acaban dificultando que el personal de enfermería pueda comunicar sus opiniones sobre las decisiones propuestas al final de la vida al médico involucrado.</p> <p>Además, el hecho de que los médicos comuniquen o no comuniquen las decisiones sobre el final de la vida del paciente, puede estar relacionado con las propias actitudes de los</p>		

	profesionales de enfermería con respecto a sus roles y su propia participación deseada en el ELD.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	
---	--

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
22	DOI: 10.1097/NJH.0000000000000217

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Velarde-García JF, Pulido-Mendoza R, Moro-Tejedor MN, Cachón-Pérez JM, Palacios-Ceña D. Nursing and end-of-life care in the intensive care unit: A qualitative systematic review. J Hosp Palliat Nurs. 2016;18(2):115–23.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El 91,8% de enfermeras europeas declaran estar involucradas en la atención al final de la vida, habiendo solo discrepancias a la hora de mantener la nutrición y el uso de sedantes. Factores como la raza, la etnia o la cultura de los profesionales influyen en la aplicación de cuidados al final de la vida. La toma de decisiones al final de la vida es uno de los principales dilemas éticos que se identifican en la Unidad de cuidados intensivos (UCI).			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Revisar los contenidos y la calidad de los estudios cualitativos que describen, exploran y explican como los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos aplican los cuidados de atención al final de la vida.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2016			

	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
		Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registro de datos cuantitativos	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	Revisión sistemática de estudios cualitativos.
	<b>Población y muestra</b>	PubMed, PsycINFO, EMBASE, Scopus y CINAHL son las bases de datos que se utilizaron.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>En el cuidado al final de la vida debe observarse unos principios básicos como es la comunicación con los pacientes y sus familiares, la futilidad de los tratamientos, el enfoque interdisciplinario, la provisión de apoyo espiritual, la consulta ética y de los comités de ética, cuidados paliativos y los aspectos legales, educativos y económicos. Los cuidados al final de la vida de los pacientes deben orientarse hacia la dignidad y el respeto de sus deseos, la comprensión de la diversidad cultural, el alivio del sufrimiento y la visión holística del paciente.</p> <p>Las enfermeras sufren una carga emocional importante cuando aplican cuidados al final de la vida, tanto en la aplicación de medidas terapéuticas como en la retirada de dichas medidas. Dicha carga varía en función de la interpretación de la muerte. Vemos como se han encontrado sentimientos de tristeza, desesperanza, frustración y decepción. En muchos casos, cuando se toma la decisión de limitar las medidas terapéuticas la enfermera disminuye la carga emocional que tenía cuando mantenía el soporte vital, sintiendo alivio.</p> <p>Cuando un paciente muere en la UCI los profesionales de enfermería sienten angustia y malestar.</p> <p>Según el estudio, la retirada o el establecimiento de medidas terapéuticas depende del médico, pero que el enfermero es la persona quien debe asumir un rol de defensor de los derechos y deseos de los pacientes y familiares, aportando una visión holística y humana al proceso, que dignifique la muerte.</p> <p>Existen varias barreras a la hora de prestar la atención clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La muerte como causa fortuita no es percibida de la misma manera que a muerte en el cual los profesionales sanitarios son "responsables".</li> <li>- La edad del paciente es otra barrera, ya que es más fácil aceptar la muerte cuanto mayor edad tenga el paciente.</li> <li>- Las diferencias culturales y religiosas y el desconocimiento de estas pueden resultar barreras a la hora de limitar los tratamientos.</li> <li>- La falta de comunicación que perciben las familias por parte de los profesionales de enfermería puede dañar las relaciones de confianza.</li> <li>- La falta de formación sobre los procesos de atención al final de la vida, como la falta de protocolos al respecto son barreras evidentes.</li> <li>- Los factores ambientales, como el exceso de ruido, la falta o exceso de luz, la falta de espacio de privacidad, la ocupación de la unidad o la falta de comodidad son aspectos que constituyen barreras en la atención al final de la vida.</li> </ul> <p>Las enfermeras se centran en asegurar la comodidad del paciente y su familia, centrándose en la eliminación del sufrimiento y el dolor a través de la farmacología y el apoyo emocional. La atención a la familia es una prioridad, pero siempre después de la atención centrada en el paciente. Las familias pueden tener percepciones erróneas y distorsionadas de la realidad,</p>		

	<p>con la siguiente malinterpretación de signos y síntomas, es por eso, que las enfermeras deben apoyar a la familia, establecer un lazo comunicativo y ayudarles a la adaptación de la situación, así como la resolución de dudas.</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>La carga emocional disminuye a medida que aumenta la experiencia profesional, ya que se desarrollan estrategias para afrontar la muerte de los pacientes, siendo la aceptación una de las estrategias más utilizadas, aprobando la existencia de la muerte en la unidad como algo que forma parte del entorno natural. A pesar de la carga emocional, las enfermeras rara vez acuden a los servicios de ayuda psicológica, y buscan a personas del equipo para recibir un apoyo informal.</p> <p>La implicación y participación enfermera en la toma de decisiones es muy variable, hay estudio que dicen que los enfermeros se involucran en el proceso ofreciendo opiniones y sugerencias, sobre todo aquellos que mayor experiencia poseen. Por el contrario, hay estudios que demuestran que las enfermeras se ven excluidas de los procesos de toma de decisiones, e incluso en aquellas en las que se les ha dado la oportunidad de participar, han decidido no participar, dejando las decisiones al médico.</p> <p>La edad del paciente es un aspecto que influye a la hora de atender en el proceso final de vida, cuando un paciente es joven los tratamientos se maximizan y se prolonga la continuación de estos, en cambio, en pacientes mayores la edad se convierte en un criterio para no iniciar tales tratamientos.</p> <p>La falta de cooperación y consenso entre médicos y enfermeras por la continuación de las medidas terapéuticas produce confusión, y dificulta la realización de los cuidados del paciente por parte del profesional de enfermería.</p> <p>Es necesario crear un ambiente más hogareño y menos clínico. Cuando se retira los tratamientos de soporte vital surge el dilema de la retirada de la monitorización, ya que muchas enfermeras deciden apagar los monitores para evitar distracciones a los familiares y reducir el estrés.</p> <p>Es necesario otorgar tiempo y generar lazos comunicativos con los familiares, con el objetivo de transmitir una imagen realista y que estos se adapten a la situación del paciente. La falta de comprensión por parte de la familia contribuye a la creación de falsas esperanzas, así como la creencia pura y ciega en los avances tecnológicos capaces de curarlo todo. Para ello es necesario que la enfermera establezca una relación basada en la empatía y la transmisión de información real y adecuada.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Las enfermeras de cuidados críticos están sometidas a mucho estrés, debido al contacto estrecho que tienen con la muerte. Las enfermeras tienen el papel de ser las intermediarias entre los médicos y el paciente. Además, es quién aboga por el paciente, quien trabaja por la dignificación de su muerte y quien otorga una visión holística en todo el proceso.</p> <p>Las UCI están diseñadas de una forma puramente clínica, basadas en la curación de enfermedades, pero poco preparadas para la paliación de pacientes. Los ruidos, las alarmas, la temperatura, la falta de privacidad o de comodidad son barreras que dificultan la promisión de una atención de calidad al final de la vida.</p> <p>La relación entre enfermera y familia es fundamental, así como la capacidad de la enfermera a la hora de comunicarse y resolver cualquier duda a las familias.</p> <p>Se recomienda de forma encarecida la creación de programas de formación para las enfermeras que trabajan en la UCI, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados al final de la vida, así como para desarrollar estrategias de afrontamiento antes la muerte. Además se recomienda establecer programas de apoyo y seguimiento de los profesionales de enfermería para detectar y evaluar el agotamiento y el sufrimiento de estos.</p> <p>Se recomiendan sesiones interprofesionales conjuntas entre médicos y enfermeros a la hora de tomar decisiones, con el fin de unificar criterios. Además, se debe brindar información real y adecuada a los familiares, que resuelva sus dudas y mejore la confianza. Por último, se necesita un mayor estudio en la relación entre médicos y enfermeros y estos con otros profesionales.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica

responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
23	DOI: 10.1007/s11673-012-9416-5

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Jensen HI, Ammentorp J, Johannessen H, Ørding H. Challenges in End-of-Life Decisions in the Intensive Care Unit: An Ethical Perspective. J Bioeth Inq. 2013;10(1):93–101.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El objetivo de los tratamientos es curar enfermedades, pero esto no siempre es posible, y cuando esto sucede, nos lleva a situaciones en las que se deben tomar decisiones difíciles. Cuando una decisión se toma en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) participan intensivistas, médicos de atención primaria y enfermeras. Los médicos son quienes tienen la responsabilidad legal de tomar las decisiones. Las enfermeras son quienes determinan que las terapias son fútiles y los médicos se centran en las enfermedades, siendo los diferentes roles y los desacuerdos un desafío en la colaboración del equipo multidisciplinar en la toma de decisiones.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Examinar los desafíos de enfermeras y médicos daneses en la toma de decisiones al final de la vida en UCI y como estos desafíos afectan al proceso de toma de decisiones.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	X
	<b>Año de realización</b>	2013			
<b>Técnica recogida de datos</b>		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Entrevista semiestructurada basada en una revisión bibliográfica utilizada tanto para entrevista de grupos focales		

				como para individuales. Los datos se analizaron mediante el método de condensación de significados de Kvale.
			Escala (Validada/No validada)	(especificar)
			Registro de datos cuantitativos	(especificar)
			Técnicas cualitativas	(especificar)
			Otras	Se incluyeron tanto estudios cualitativos como cuantitativos que abordaran el tema.
	<b>Población y muestra</b>	Dos grupos focales, uno con enfermeras y otro con intensivistas. Cada grupo focal de 4-6 participantes, con un total de 11 enfermeras y 10 intensivistas. A la vez, estos se dividieron en función de su experiencia en corta, media y larga.		
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Es complicado decidir si un paciente es candidato o no a los tratamientos intensivistas de la UCI. Las enfermeras son principalmente los primeros profesionales en darse cuenta e identificar la futilidad de los tratamientos de los pacientes, siendo los primeros en darse cuenta de la necesidad de retirarlos antes que los médicos, ya que son quienes más tiempo pasan con los pacientes. Los intensivistas también coinciden con la idea de que son las enfermeras las primeras en cuestionarse la futilidad de las medidas terapéuticas. A pesar de esto, los intensivistas defienden que las enfermeras desconocen la complejidad de tomar decisiones en el final de la vida. Las enfermeras pasan muchas horas con los pacientes y perciben el sufrimiento de este, y es por eso que muchas veces los médicos se ven presionados para retirar los tratamientos, los intensivistas comentan que hay una carencia en la comprensión mutua de los papeles y roles profesionales, indicando que no es fácil cuando uno quiere mantener la vida y otro quiere acercar la muerte. Los médicos comentan que las enfermeras siempre critican una vez ha pasado todo y se han visto los resultados, cosa que parece sencilla cuando todo ha pasado (sabiduría tardía), ya que si los médicos lo hubieran sabido no lo hubieran hecho. Las diferencias en las opiniones en todos los profesionales del equipo generan desafíos para la colaboración a la hora de tomar decisiones. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que la toma de decisiones compartida por el equipo interdisciplinar logra una mejor base para posteriores toma de decisiones. A pesar de esto, los profesionales de enfermería comentaron que la integración de sus informaciones y opiniones sobre la situación del paciente dependía de su capacidad comunicativa y de razonamiento a la hora de defender sus opiniones, ya que aquellas enfermeras que más influencia tienen en la unidad son las que más integradas están en las discusiones. Para tomar la mejor decisión posible en los mejores momentos es necesario la presencia de colaboración interdisciplinaria. No se trata de quien tiene razón, sino de que la decisión sea consensuada y la retirada de las medidas terapéuticas será correcta cuando todos los profesionales estén de acuerdo en ello. Es más fácil tomar decisiones cuando se conocen los deseos de los pacientes, es por eso que se intenta conocer hasta que punto querían llegar los pacientes antes de su entrada en la UCI cuando</p>			

	<p>están más despiertos, pero esto es muy complicado ya que muchos pacientes no tienen la autonomía suficiente para comentarlo ni poseen de un documento de voluntades anticipadas. Cuando los pacientes no pueden expresar sus deseos y opiniones son los profesionales de la salud quienes deben tomar decisiones por ellos, basándose entre otros aspectos en aquello que podría desear el paciente o aquello que es aceptable por él, es por eso que se vuelve necesario la <b>integración familiar en los procesos de toma de decisiones</b></p>		
<b>Discusión planteada</b>	<p>El querer el bien por los demás también incluye el alivio del sufrimiento, por tanto esto significa tomar decisiones tanto para la curación de las enfermedades como para la compasión y alivio del sufrimiento en algunos casos.</p> <p>Las enfermeras son las primeras en determinar cuando un tratamiento es fútil, ya que focalizan la visión en el paciente mientras que los médicos lo hacen en la enfermedad y las pruebas. Es por eso, que tener en cuenta todos los aspectos antes de tomar decisiones sobre el final de la vida de los pacientes necesita de complementariedad interdisciplinar. Cuando en ciertas unidades de hospitales hay una distribución jerárquica importante, y las opiniones y competencias de ciertos profesionales son consideradas menos importantes puede generar desequilibrios en la colaboración. Los profesionales de enfermería defienden que su participación en la toma de discusiones se debe más a su poder y su influencia dentro de la unidad que a sus propias capacidades profesionales.</p> <p>Las recomendaciones son que la toma de decisiones al final de la vida debe incluir a todos los profesionales de la salud involucrados, incluyendo por tanto a los profesionales de enfermería que aunque no tienen responsabilidades legales pueden aportar muchos beneficios.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Los desafíos con respecto a la toma de decisiones en las unidades de cuidados intensivos que han experimentado las enfermeras y los intensivistas incluyen cuestiones de la colaboración interprofesional, como la evaluación de la futilidad del tratamiento de soporte vital así como la participación de los profesionales. Existen diferentes dilemas éticos y morales a la hora de involucrar a los profesionales en la toma de decisiones sobre el final de la vida de los pacientes, es por tanto, que para abordar todos estos dilemas y solucionar los desafíos deberemos colaborar de forma integral y horizontal entre todos los profesionales que forman el equipo.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>			