

3. Requena Meana P. ¡Doctor, no haga todo lo posible!. Albolote, Granada.; Editorial Comares; 2017.
4. Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet*. 1993;342:642–6.
5. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: The ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2008;34:271–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-007-0927-1>

Patricia Escudero-Acha (MD)*, Juan Carlos Rodríguez-Borregán (MD), Enrique Chicote-Álvarez (MD), María Ortiz-Lasa (MD), Andrés Fernando Jimenez-Alfonso (MD) y Alejandro González-Castro (PhD)

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: escudero.acha@gmail.com
(P. Escudero-Acha).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.003>
1130-2399/

© 2018 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario a «En respuesta a la pregunta: ¿Jugamos todos en el mismo equipo?»



Comment to «In reply to the question: Are we really playing together in the same team?»

Sra. Editora:

Tras leer la carta al director de Escudero-Acha et al. a la publicación de nuestro artículo, quisiéramos agradecer su contribución al debate tan interesante que representa el papel de enfermería y medicina en los cuidados al final de la vida en los servicios de medicina intensiva¹.

En primer lugar, quisiéramos felicitar al equipo por el pase conjunto entre médicos y enfermeras. Tal y como manifiestan en su carta, los turnos de trabajo no facilitan la toma de decisiones conjunta de ambas profesiones. Este hecho se refleja en un estudio multicéntrico realizado en 2014 por el Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), donde solo el 26,3% de las enfermeras participaban en la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en sesión clínica².

Este porcentaje difiere considerablemente del presentado en el estudio ETHICUS, que reveló que la percepción de los médicos sobre la participación de las enfermeras en la toma de decisiones en los cuidados al final de la vida variaba entre los países del norte (95,8%) respecto a los del sur de Europa (60,7%)³. Esta diferencia se hace patente de forma similar en nuestro estudio, cuando se pregunta a ambas profesiones sobre si las decisiones de LTSV se toman de manera conjunta en su centro: medicina considera que esto es así en un 92,6%, mientras que el porcentaje de enfermería disminuye hasta el 63,5%, dejando de manifiesto que la percepción de ambas profesiones es diferente en cuanto a la participación en la toma de decisiones. Lo que plantea dificultades añadidas, tal y como apuntan Oberle y Hughes, pues finalmente es el médico «el responsable de

tomar decisiones» y las enfermeras «deben vivir con esas decisiones»⁴.

Las enfermeras tienen un rol importante cuando se trata del cuidado del paciente, dado que pasan mucho tiempo al lado de este y de su familia, siendo en muchas ocasiones partícipes de discusiones sobre sus deseos al final de la vida. Su posición desempeña un papel fundamental e imprescindible de conexión entre el resto de profesionales sanitarios, el paciente y su entorno⁵. El no poder hacer a la enfermera partícipe de la toma de decisiones y ejercer su papel representando los valores y creencias del paciente puede desencadenar en muchas ocasiones distress moral o burnout⁶, haciendo la toma de decisiones aún más difícil si cabe⁷.

Diversos documentos de consenso internacional señalan que el rol de ambas profesiones, entre otros profesionales sanitarios, es imprescindible y único para garantizar unos cuidados de calidad en los cuidados al final de la vida^{7,8}.

Es por este motivo por lo que creemos que la educación de ambas profesiones respecto a los cuidados de la vida debe ser conjunta, en un foro donde se puedan debatir todas las posiciones de manera abierta y ambas profesiones puedan aprender conjuntamente, entendiendo y asumiendo las responsabilidades de cada una. Eso fue lo que impulsó a los autores a realizar este estudio multicéntrico, que esperamos que sea el primero de muchos, en los que quede patente la evolución de los equipos interprofesionales dentro de los servicios de medicina intensiva.

Bibliografía

1. Escudero-Acha P, Rodríguez-Borregán JC, Chicote-Álvarez E, Ortiz-Lasa M, Jimenez-Alfonso AF, González-Castro A. En respuesta a la pregunta: «¿Jugamos todos en el mismo equipo?». *Enferm Intensiva*. 2019;30:148–9.
2. Estella A, Martín MC, Hernández A, Rubio O, Monzón J, Cabré L, et al. Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Med Intensiva*. 2016;40:448–56.
3. Benbenishty J, DeKeyser Ganz F, Lippert A, Bulow H-H, Wennberg E, Henderson B, et al. Nurse involvement in end-of-life decision making: The ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2006;32:129–32.

4. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*. 2001;33:707-15, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x>.
5. Hov R, Hedelin B, Athlin E. Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *J Clin Nurs*. 2006;16:203-11.
6. Flannery L, Ramjan L, 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;29:97-103.
7. Puntillo K, McAdam J. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006;34 11 Suppl.:S332-40.
8. Veshi D, Neitzke G. Council of Europe: Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. *Med Law Int*. 2016;16:94-102.

M.M. Lomero-Martínez (RN, PhD)^a,
M.F. Jiménez-Herrera (RN, PhD)^{a,*},
M.A. Bodí-Saera (MD, PhD)^b, M. Llaurado-Serra (RN, PhD)^c,
N. Masnou-Burralló (MD)^d, E. Oliver-Juan (MD)^e
y A. Sandiumenge-Camps (MD, PhD)^f

^a *Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Campus Catalunya, Tarragona, España*

^b *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, CIBERES, Tarragona, España*

^c *Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España*

^d *Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España*

^e *Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

^f *Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marilondia80@hotmail.com

(M.F. Jiménez-Herrera).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.004>
1130-2399/

© 2018 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.