

Nuria Muñoz Fornieles i Nina Porqueres Martra

**La infermeria davant l'obstinació terapèutica: Anàlisi de les tensions ètiques i
emocionals en la pràctica assistencial
Revisió bibliogràfica sistematitzada**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Dr. Francesc Valls Fonayet

INFERMERIA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

FACULTAT D'INFERMERIA

TARRAGONA 2026

ÍNDEX

RESUM.....	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓ	6
2. OBJECTIUS	8
2.1 Objectiu general	8
2.2 Objectius específics	8
3. MARC TEÒRIC	9
3.1 L'obstinació terapèutica en l'àmbit sanitari	9
3.2 Marc legal	10
3.2.1. Normativa per guiar les decisions al final de vida a Espanya i Catalunya	10
3.2.2. Llei 41/2002 d'autonomia	11
3.2.3 Document de voluntats anticipades	12
3.2.4 Limitació de l'esforç terapèutic	12
3.3. Fonaments de l'ètica professional en la pràctica clínica	13
3.4. Repercussions emocionals i les tensions ètiques a infermeria davant l'obstinació terapèutica	15
3.5. Marc teòric i filosòfic d'infermeria: Ruland i Moore, Watson i Jameton.....	16
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Tipus de disseny	20
4.2 Estratègia de cerca i selecció	20
5. RESULTATS	23
6. DISCUSSIÓ	34
6.1. L'obstinació terapèutica: factors perpetuadors i percepció infermera	34
6.2. Dinàmiques de poder i jerarquia	35
6.3. Angoixa moral i tensions ètiques derivades de l'obstinació terapèutica... ..	36
6.4. El rol humanitzador d'infermeria: de la teoria del final de vida pacífic a la prevenció de l'obstinació	37
7. LIMITACIONS	39
8. CONCLUSIONS	40
ANNEX	47
Annex 1: Diagrama de flux dimensió obstinació terapèutica	47
Annex 2: Diagrama de flux dimensió ètica	48

Annex 3: Diagrama de flux dimensió angouxa moral.....	49
Annex 4: Diagrama de flux dimensió teoria final de vida	50

RESUM

Introducció. L'obstinació terapèutica constitueix un dels principals reptes bioètics associats a l'atenció al final de la vida. Aquest fenomen pot generar tensions ètiques i emocionals entre els professionals sanitaris, especialment entre les infermeres, que participen de manera directa en les cures i en l'acompanyament de pacients amb malalties avançades o en fase terminal.

Objectius. Analitzar i sintetitzar l'evidència científica disponible sobre la percepció i l'experiència de les professionals d'infermeria davant situacions d'obstinació terapèutica, així com les repercussions ètiques i emocionals associades a aquestes situacions.

Metodologia. Es va dur a terme una revisió bibliogràfica sistematitzada de la literatura científica. La cerca es va realitzar a les bases de dades PubMed/MEDLINE, CUIDEN i SciELO, complementada amb consultes a Dialnet i Google Scholar. La selecció dels 19 estudis revisats es va efectuar mitjançant criteris preestablerts d'inclusió i exclusió, seguint un procés estructurat de cerca, cribatge, selecció i revisió a text complet.

Resultats. Els estudis revisats indiquen que l'obstinació terapèutica continua present en diversos contextos assistencials, especialment en unitats d'elevada complexitat clínica. La literatura associa aquest fenomen amb l'aparició d'angoixa moral i desgast emocional entre les professionals d'infermeria. Així mateix, s'identifiquen diversos factors com a elements que poden influir en la persistència d'aquestes situacions, principalment en l'aspecte organitzatiu, com les dificultats de comunicació i les limitacions en la participació dels processos. Entre les estratègies descrites per reduir-ne l'impacte destaquen la deliberació interdisciplinària, la formació en bioètica, la millora de la comunicació i la integració precoç de les cures pal·liatives.

Conclusió. L'obstinació terapèutica és un fenomen complex que pot generar angoixa moral i dificultats en la presa de decisions al final de la vida. Els estudis revisats suggereixen la importància de reforçar la deliberació interdisciplinària i d'afavorir una atenció ajustada a les necessitats i preferències de les persones ateses.

PARAULES CLAU

Obstinació terapèutica, angoixa moral, rol d'infermeria, ètica de la infermeria, jerarquia assistencial i final de vida.

ABSTRACT

Introduction. Therapeutic obstinacy is one of the main bioethical challenges associated with end-of-life care. This phenomenon can generate ethical and emotional tensions among healthcare professionals, especially nurses, who are directly involved in the care and support of patients with advanced or terminal illnesses.

Objectives. To analyse and synthesise the available scientific evidence on the perceptions and experiences of nursing professionals in the face of situations of therapeutic obstinacy, as well as the ethical and emotional repercussions associated with these situations.

Methodology. A systematic literature review was carried out. The search was conducted in the PubMed/MEDLINE, CUIDEN and SciELO databases, supplemented by searches of Dialnet and Google Scholar. The selection of the 19 studies reviewed was carried out using pre-established inclusion and exclusion criteria, following a structured process of searching, screening, selection and full-text review.

Results. The reviewed studies indicate that therapeutic obstinacy remains present in various care contexts, especially in units of high clinical complexity. The literature associates this phenomenon with the emergence of moral distress and emotional exhaustion among nursing professionals. Likewise, various factors are identified as elements that may influence the persistence of these situations, primarily in organisational terms, such as communication difficulties and limitations in participation in decision-making processes. Among the strategies described to reduce its impact are interdisciplinary deliberation, bioethics training, improved communication and the early integration of palliative care.

Conclusion. Therapeutic obstinacy is a complex phenomenon that can generate moral distress and difficulties in end-of-life decision-making. The studies reviewed suggest the importance of reinforcing interdisciplinary deliberation and of promoting care that is tailored to the needs and preferences of the people being cared for.

KEYWORDS

Therapeutic obstinacy, moral distress, nursing role, nursing ethics, care hierarchy and end of life.

1. INTRODUCCIÓ

L'obstinació terapèutica, també denominada acarnissament terapèutic o distanàsia, fa referència a la utilització, en el procés de morir, de tractaments que presenten una utilitat clínica limitada i que tenen com a principal efecte la prolongació de la vida biològica del pacient (Sans i Abel, 2005). En situacions de malaltia avançada o terminal, aquestes intervencions no acostumen a comportar una millora rellevant del pronòstic ni de la qualitat de vida de la persona atesa.

En conseqüència, l'obstinació terapèutica constitueix un dels principals reptes bioètics vinculats a l'atenció al final de la vida per part de la infermeria, ja que obliga a reflexionar sobre els límits de la intervenció sanitària quan el tractament deixa d'aportar un benefici apreciable per al pacient. Quan les mesures terapèutiques ja no ofereixen expectatives raonables de benefici i únicament prolonguen el sofriment, la seva continuïtat pot entrar en conflicte amb els principis fonamentals de l'ètica professional, com la beneficència (fer el bé) i la no maleficència (evitar causar un dany). Aquest debat ha adquirit una rellevància creixent a conseqüència dels avenços tecnològics i de la capacitat dels sistemes sanitaris per mantenir funcions vitals durant períodes prolongats. Tot i els beneficis indiscutibles que aquestes innovacions han aportat en nombrosos contextos clínics, també han generat interrogants sobre la proporcionalitat d'algunes intervencions quan les possibilitats de recuperació són escasses o inexistents (Floriani, 2021; Hanna Ruz, 2021). Així, el principi clàssic *Primum non nocere* adquireix aquí una especial rellevància, en el sentit que la intervenció sanitària ha d'orientar-se a evitar un dany innecessari i que, en determinades circumstàncies, la continuació del tractament pot comportar més càrregues que beneficis per al pacient.

En aquest marc, l'obstinació terapèutica ha estat objecte d'un ampli debat bioètic perquè pot entrar en tensió amb principis fonamentals de la pràctica sanitària, com la beneficència, la no-maleficència, l'autonomia i el respecte a la dignitat de la persona. Diversos autors han destacat la importància de promoure espais de deliberació compartida que permetin valorar de manera individualitzada els beneficis i les càrregues associades a cada intervenció, especialment en situacions de final de vida (Poveda-Jara et al., 2025). Paral·lelament, la consolidació de les cures pal·liatives ha contribuït a reforçar models assistencials orientats a l'alleujament del sofriment i a l'acompanyament integral de la persona en aquesta etapa.

En aquest context, les infermeres ocupen una posició rellevant dins els equips assistencials. La participació directa en les cures i el contacte continuat amb pacients i famílies els permet observar de prop les conseqüències que les decisions clíniques tenen sobre el benestar de la persona atesa. Diversos estudis reconeixen que aquesta proximitat facilita la identificació

de necessitats i preocupacions, que poden ser encara més rellevants al final de la vida. Però també poden comportar un impacte emocional i ètic considerable (Bacoanu et al., 2024; Cilla Intxaurreaga i Martínez Martín, 2018). Alhora, la literatura també descriu que les situacions d'obstinació terapèutica poden generar conflictes ètics i experiències d'angoixa moral en les professionals, especialment quan existeixen discrepàncies entre la seva valoració de l'adequació de les mesures terapèutiques i les decisions adoptades en l'entorn assistencial (Vargas Celis i Concha Méndez, 2019).

Malgrat els avenços normatius i bioètics produïts durant les darreres dècades, l'obstinació terapèutica continua sent una realitat present en diversos àmbits de l'atenció sanitària, dins un procés complex condicionat per l'evolució clínica però on també hi conflueixen aspectes ètics, valors personals, expectatives familiars i el context assistencial. Tot plegat posa de manifest la idoneïtat de continuar aprofundint en la comprensió d'aquest fenomen i de les seves implicacions per a les infermeres que intervenen en l'atenció al final de la vida. Per aquest motiu, el present treball pretén analitzar l'evidència científica disponible sobre la percepció i experiència de les professionals d'infermeria davant situacions d'obstinació terapèutica, així com les tensions ètiques i emocionals que poden derivar-se de la seva pràctica assistencial. Per orientar el procés de revisió es va formular la següent pregunta de recerca, basada en l'estructura PEO (*Population, Exposure, Outcome*):

“Quina evidència científica existeix sobre les experiències i percepcions de les professionals d'infermeria en relació amb l'obstinació terapèutica, així com sobre les repercussions ètiques i emocionals associades a aquestes situacions?”

2. OBJECTIUS

2.1 Objectiu general

L'objectiu general d'aquest treball és analitzar i sintetitzar l'evidència científica disponible sobre la percepció i l'experiència de les professionals d'infermeria davant situacions d'obstinació terapèutica en pacients amb malalties avançades o en fase terminal, així com les repercussions ètiques i emocionals associades a aquestes situacions.

2.2 Objectius específics

Per assolir aquest objectiu general, es plantegen els següents objectius específics:

1. Identificar les situacions clíniques descrites a la literatura en què es manifesta l'obstinació terapèutica en l'atenció a persones amb malalties avançades o en fase terminal.
2. Analitzar la relació entre l'obstinació terapèutica i l'aparició d'angoixa moral, així com altres repercussions emocionals descrites entre les professionals d'infermeria.
3. Examinar els factors relacionats amb la presa de decisions assistencials, incloent les relacions entre els diferents professionals implicats, que poden influir en l'aparició o el manteniment de situacions d'obstinació terapèutica.
4. Identificar les estratègies descrites a la literatura que poden contribuir a prevenir o reduir l'obstinació terapèutica des de la pràctica infermera.

3. MARC TEÒRIC

3.1 L'obstinació terapèutica en l'àmbit sanitari

L'obstinació terapèutica, també anomenada acarnissament terapèutic o distanàsia, és un dels reptes ètics més destacats en la pràctica sanitària contemporània. El concepte fa referència a l'aplicació de mesures mèdiques desproporcionades en relació amb el benefici que el pacient pot obtenir-ne. Floriani (2021) assenyala que el model biomèdic predominant ha afavorit la “medicalització de la mort”, un procés en què la tecnologia adquireix un protagonisme central i pot invisibilitzar la història personal, els valors i la dignitat de la persona malalta.

La literatura indica que l'obstinació terapèutica és un fenomen multifactorial en què intervenen factors relacionats amb l'equip mèdic, la família i el mateix pacient. En l'àmbit professional, la dificultat d'assolir un diagnòstic clar i un consens sobre la irreversibilitat del procés pot retardar la presa de decisions i afavorir la continuïtat de tractaments sense benefici. Els avenços tecnològics i la disponibilitat de procediments sofisticats poden generar expectatives de curació que no sempre són realistes i propiciar els anomenats imperatius terapèutics i tecnològics, és a dir, la tendència a utilitzar tots els recursos disponibles encara que no modifiquin el pronòstic. Pel que fa a la família, el vincle afectiu, la manca d'informació i les expectatives poc realistes —sovint influïdes per missatges mediàtics— poden generar pressió per mantenir intervencions desproporcionades. Finalment, tot i que el pacient té dret a participar en les decisions sobre el seu tractament, en molts casos la situació clínica impedeix l'exercici efectiu de l'autonomia, fet que pot contribuir involuntàriament a la prolongació de mesures que no aporten benefici real (Hanna Ruz, 2021).

En aquest debat, el concepte de dignitat humana és recurrent, tot i la seva naturalesa polisèmica. S'utilitza per analitzar els límits de les intervencions mèdiques en situacions de malaltia avançada o terminal. Floriani (2021) recupera la distinció clàssica entre zoé (vida biològica) i bios (vida biogràfica), que permet diferenciar entre el manteniment de funcions orgàniques i la preservació d'una vida amb sentit personal i relacional.

La noció de futilitat és central en la delimitació de l'obstinació terapèutica. Des de la perspectiva infermera, Vieira et al. (2022) descriuen la futilitat com una experiència multidimensional en què les accions tècniques perden el seu propòsit original i es desvinculen del sentit de cuidar. Aquesta distinció requereix un judici ètic que va més enllà de la probabilitat d'èxit clínic i implica considerar el benefici real per al pacient. En entorns d'alta

complexitat, com les Unitats de Cures Intensives (UCI), la presa de decisions es veu condicionada per la tecnologia, la cultura assistencial i les dinàmiques organitzatives.

Dins d'aquests entorns, la figura de la infermera esdevé un element clau per a la detecció precoç de la futilitat, ja que la seva proximitat constant al malalt permet identificar quan els procediments invasius deixen de ser beneficiosos i esdevenen un obstacle per a una mort digna. Segons Poveda-Jara et al. (2025), el personal d'infermeria manté una relació inherent amb l'obstinació terapèutica en ser el responsable de l'execució directa de les cures i del contacte continu amb els familiars, la qual cosa els atorga una visió integral de la situació del pacient crític. L'estudi conclou que és imprescindible enfortir la participació activa de la infermera en el diagnòstic d'aquestes situacions per facilitar la transició cap a les cures pal·liatives, garantint així que l'acció sanitària es mantingui dins dels marges de l'ètica i el respecte a la integritat del pacient.

3.2 Marc legal

3.2.1. Normativa per guiar les decisions al final de vida a Espanya i Catalunya

El marc legal, normatiu i ètic que regula les decisions al final de la vida a Espanya i Catalunya s'ha consolidat progressivament cap a un model centrat en la dignitat de la persona, l'autonomia del pacient i l'adequació de l'esforç terapèutic, superant l'enfocament tradicional biomèdic basat en la prolongació de la vida biològica a qualsevol preu. Aquest canvi es fonamenta en un conjunt de normes jurídiques, autonòmiques i ètiques que legitimen la limitació de tractaments fútils, el respecte a les voluntats anticipades i la promoció d'una mort digna.

En l'àmbit constitucional, la Constitució espanyola estableix els principis bàsics d'aquest marc en reconèixer el dret a la vida, la integritat física i moral i la dignitat de la persona com a fonaments de l'ordenament jurídic (Constitució espanyola, 1978). La interpretació d'aquests drets ha permès entendre que la protecció de la vida no implica necessàriament la seva prolongació mitjançant intervencions desproporcionades o contràries a la voluntat del pacient.

En l'àmbit autonòmic, Catalunya ha desenvolupat una normativa específica avançada amb la Llei 4/2017, de drets i garanties de les persones en el procés de morir, que garanteix el dret a viure el procés de final de vida amb dignitat i prohibeix explícitament l'obstinació terapèutica (Llei 4/2017, 2017). Aquesta norma implica adequar l'esforç terapèutic quan les intervencions es consideren desproporcionades o fútils, prioritzant el confort i la qualitat de vida del pacient.

Complementàriament, el Decret 175/2002 regula el registre de voluntats anticipades i assegura la seva aplicació efectiva en l'àmbit assistencial.

Més recentment, la Llei Orgànica 3/2021 de regulació de l'eutanàsia ha suposat un avenç significatiu en el reconeixement dels drets al final de la vida, en regular la prestació d'ajuda per morir en situacions de patiment greu, crònic i impossibilitant, consolidant el principi d'autonomia del pacient i aportant seguretat jurídica als professionals sanitaris.

Finalment, per tal de vetllar per l'aplicació efectiva d'aquest corpus normatiu, el marc legal català es completa amb l'Acord GOV/120/2019, de 3 de setembre, pel qual es crea l'Observatori de la Mort. Aquest organisme s'integra en l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), la qual aporta la infraestructura i el suport tècnic necessari per analitzar com i on es mor a Catalunya. L'Observatori institucionalitza la recollida de dades sobre les circumstàncies de la defunció per garantir que el procés s'ajusti als drets i preferències de la ciutadania. Mitjançant l'avaluació de recursos, la formació professional en bioètica i el seguiment dels Plans de Decisions Anticipades (PDA), l'AQuAS, a través d'aquest Observatori, actua com un mecanisme de control i millora contínua per assegurar que la planificació sanitària respongui al model d'atenció centrat en la persona.

3.2.2. Llei 41/2002 d'autonomia

La Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, constitueix el pilar fonamental que regula la presa de decisions en l'àmbit sanitari a Espanya. Aquesta norma suposa el reconeixement jurídic del pas d'un model paternalista cap a un model basat en el respecte a la llibertat i autonomia del pacient, situant la seva voluntat com a element central del procés assistencial.

En aquest sentit, la llei estableix el dret del pacient a decidir lliurement entre les opcions clíniques disponibles, incloent-hi el dret a refusar qualsevol tractament, encara que aquesta decisió pugui comportar un risc vital o l'escurçament de la vida (Llei 41/2002, 2002). Aquest principi és clau en el context de final de vida, ja que legitima la limitació o retirada de mesures terapèutiques quan aquestes no són desitjades pel pacient o quan són percebudes com a desproporcionades.

Així mateix, la norma regula el consentiment informat com a expressió lliure, voluntària i conscient del pacient després de rebre la informació adequada. Aquest consentiment és revocable en qualsevol moment, fet especialment rellevant en situacions clíniques evolutives, on el pacient pot reconsiderar la continuació de tractaments de suport vital.

Finalment, la Llei 41/2002 introdueix la figura de les instruccions prèvies o voluntats anticipades, que permeten a una persona deixar constància escrita de les seves preferències sobre els tractaments i cures que desitja o rebutja en cas de no poder expressar-se en el futur. Aquest mecanisme és essencial per evitar situacions d'obstinació terapèutica i garantir el respecte als valors del pacient en fases avançades de malaltia o incapacitat.

3.2.3 Document de voluntats anticipades

Segons la Generalitat de Catalunya, les voluntats anticipades són les indicacions i preferències que una persona estableix sobre l'atenció sanitària que desitja rebre en cas que, en un futur, no pugui expressar-les per ella mateixa. Perquè tinguin validesa legal i siguin aplicables, no poden ser verbals. S'han de recollir per escrit en un Document de Voluntats Anticipades. Es pot fer davant de notari, davant de tres testimonis, o davant d'un professional sanitari/treballador social de l'àmbit de la salut amb la presència d'un testimoni.

El dret a planificar les decisions sanitàries de manera anticipada es fonamenta en la següent normativa:

- Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006): Article 20, sobre el dret a viure amb dignitat el procés de la mort.
- Llei 41/2002 (Estat): Llei bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- Llei 21/2000 (Catalunya): Sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
- Llei 2/2024 (Catalunya): De modificació de la Llei 21/2000.
- Llei 10/2025 (Catalunya): De l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya.
- Decret 175/2002 (Catalunya): Pel qual es regula el Registre de voluntats anticipades.
- Carta de drets i deures de la ciutadania (2015): Reconeix el dret a planificar les decisions sobre el procés d'atenció de manera anticipada.

3.2.4 Limitació de l'esforç terapèutic

L'Adequació de l'Esforç Terapèutic, terme proposat per evitar la confusió terminològica que generava l'expressió "limitació". Consisteix en el reajustament de les mesures sanitàries quan el tractament ofert no afavoreix a la recuperació ni al benestar, sinó que es limita a perllongar el sofriment en el procés de morir. Aquest procediment no suposa, en cap cas, l'abandó del pacient; al contrari, l'esforç assistencial es transfereix a altres dimensions fonamentals, com són l'analgèsia, la sedació i el suport psicològic, amb l'únic objectiu de garantir una mort digna.

Quan el pacient no ha formalitzat prèviament un Document de Voluntats Anticipades (DVA), la decisió d'adequar l'esforç ha de ser un procés consensuat entre l'equip assistencial i la família, prioritzant sempre els desitjos, valors i creences del malalt (Cilla Intxaurreaga i Martínez Martín, 2018).

Segons el Comitè de Bioètica de Catalunya, la limitació de l'esforç terapèutic a Catalunya no està regulada per una llei autonòmica específica i exclusiva, sinó que s'emmarca dins de la normativa general sobre autonomia del pacient i presa de decisions sanitàries, especialment la Llei 41/2002, juntament amb recomanacions bioètiques i protocols assistencials. Els documents del Comitè de Bioètica de Catalunya i del Canal Salut tracten la limitació de l'esforç terapèutic com una pràctica clínica i ètica aplicada al final de la vida.

3.3. Fonaments de l'ètica professional en la pràctica clínica

L'ètica en la pràctica d'infermeria es fonamenta en una responsabilitat inherent a la professió que va més enllà de la simple execució de tasques tècniques. Segons el Consell Internacional d'Infermeres (ICN, 2021), els deures fonamentals que guien la pràctica són quatre: promoure la salut, prevenir la malaltia, restaurar la salut i alleujar el patiment. Aquests pilars estableixen que el respecte pels drets humans, incloent-hi el dret a la vida i a la dignitat, és una condició universal per a qualsevol infermera, situant el pacient com el centre de tota acció moral.

En la pràctica clínica, aquests deures sovint entren en conflicte amb la realitat assistencial. El Codi de l'ICN (2021) subratlla que la infermera té la responsabilitat compartida de mantenir i protegir els principis bioètics de beneficència, no maleficència, autonomia i justícia. No obstant això, com assenyala Hanna Ruz (2021), un dels dilemes més crítics apareix amb l'obstinació terapèutica. Des d'una perspectiva ètica d'infermeria, l'aplicació de tractaments desproporcionats en pacients terminals incompleix el principi de no maleficència, ja que genera un dany innecessari. El Codi de l'ICN insta les infermeres a defensar el pacient davant de pràctiques que puguin comprometre la seva seguretat o dignitat, establint que la infermera ha de jutjar la competència i l'ètica de les intervencions abans d'actuar.

Un altre fonament essencial és l'autonomia del pacient i el dret a la informació. Fernández i Calero (2024) exposen que, en casos complexos, l'ètica d'infermeria obliga a qüestionar la dicotomia entre la curació agressiva i les cures pal·liatives. La infermera té el deure de protegir i assegurar que es respecti l'autonomia del pacient garantint que la seva veu sigui escoltada i respectada. Aquesta funció de "defensor del pacient" (*advocacy*) és un mandat clar del Codi de l'ICN, que especifica que la infermera ha d'assegurar-se que el pacient rebi informació comprensible per donar el seu consentiment informat i participar en el seu propi pla de cures.

La pràctica d'infermeria exigeix que el cuidador mantingui la seva pròpia integritat moral. Quan el professional se sent obligat a participar en accions que considera èticament inacceptables com l'acarnissament terapèutic o la manca de transparència informativa es produeix una fractura dels seus fonaments professionals (Hanna Ruz, 2021). Per tant, l'ètica d'infermeria no és només un conjunt de normes, sinó un compromís actiu per protegir la qualitat de vida i la dignitat de la persona, fins i tot quan això requereix qüestionar les decisions d'altres membres de l'equip de salut per complir amb els estàndards universals de la professió (ICN, 2021; Fernández Guerra i Calero Pla, 2024).

L'exercici de la infermeria a Catalunya troba el seu marc de referència fonamental en el Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya. Aquest document estableix que la pràctica professional s'ha d'orientar cap a una atenció centrada en la persona, basada en la dignitat, l'autonomia i la responsabilitat professional. El codi subratlla que la finalitat de la infermeria no és únicament la preservació de la vida, sinó també l'alleujament del patiment i la promoció del benestar durant tot el procés assistencial. En el context del final de la vida, el CCIIC reafirma el principi de no-maleficència, considerant èticament inadequada l'obstinació terapèutica i promovent l'adequació de l'esforç terapèutic quan les intervencions esdevenen fútils o desproporcionades (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013).

L'actual *Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española*, actualitzat l'any 2026, incorpora quatre articles de gran rellevància que donen suport i fonament al nostre Treball de Fi de Grau. En el punt 3 del document, corresponent a l'apartat "La enfermera y la práctica", i concretament en la secció dedicada a les cures al final de la vida, s'hi recullen tres articles que resulten especialment significatius.

- Article 57. Respecte a les decisions i voluntats anticipades. La infermera ha de promoure l'elaboració dels documents de voluntats anticipades, treballant en estreta col·laboració amb l'equip de salut. La infermera, com a membre de l'equip assistencial, ha de conèixer les voluntats anticipades per a garantir el compliment de les preferències i valors de la persona expressats bé directament, bé a través de representant o en un document d'instruccions prèvies, sempre dins de la legalitat i el seu àmbit de competència.
- Article 58. Cures pal·liatives. La infermera ha de garantir a la persona atesa i a la seva família la millor atenció en el procés de final de vida, proporcionant cures pal·liatives, amb la finalitat d'alleujar el sofriment físic, psicològic, social i espiritual. Així mateix, deu promoure la presa de decisions compartides i garantir el respecte dels seus desitjos i valors individuals, procurant el màxim confort. Per a això la infermera ha d'assumir la transversalitat de l'enfocament pal·liatiu i fomentar l'atenció integral de la persona.

- Article 59. Acompanyament en el procés de morir. La infermera ha d'acompanyar a la persona atesa i a la seva família en el procés de mort procurant confort i benestar, proporcionant suport emocional i espiritual, respectant creences i valors, per a assegurar que mori d'acord amb el seu propi ideal de bona mort, en el marc de la legislació vigent. La infermera ha de facilitar, com a part de les cures, l'acompanyament de la família en el procés de mort. Aquest suport abasta des de la fase de diagnòstic fins al comiat i el dol posterior.
- Article 60. Participació en la presa de decisions clíniques al final de la vida. La infermera ha de participar i deliberar, juntament amb la resta de l'equip assistencial, en la presa de decisions clíniques sobre el final de la vida, aportant la seva valoració professional relacionada amb l'adequació o limitació del tractament de suport vital, el rebuig al tractament, la donació d'òrgans o teixits, la sedació pal·liativa i l'eutanàsia, sempre respectant els valors i desitjos de la persona atesa. La infermera ha d'oposar-se al fet que s'apliquin tractaments i procediments fútils, per a evitar l'obstinació terapèutica.

Ambdós marcs normatius coincideixen a situar la infermera en un rol essencial de defensa del pacient (*patient advocacy*), garantint que les decisions clíniques respectin els valors, les voluntats anticipades i els drets de la persona, especialment quan aquesta no pot expressar-se per si mateixa. Finalment, es reconeix la importància de la gestió del conflicte ètic i el patiment professional associat, promovent la consulta als Comitès d'Ètica Assistencial (CEA) com a òrgans de suport fonamentals per garantir una pràctica segura, ètica i plenament alineada amb la dignitat de la persona en el seu procés final de vida.

3.4. Repercussions emocionals i les tensions ètiques a infermeria davant l'obstinació terapèutica

Unes de les repercussions més nombroses i més citades ha sigut l'angoixa moral, la qual s'ha convertit en un obstacle en la pràctica sanitària actual. Lluny de ser un problema aïllat, aquesta situació condiona no només el benestar del personal, sinó també la integritat dels pacients.

L'angoixa moral es defineix com un fenomen complex que sorgeix quan un professional de la salut reconeix l'acció èticament correcta a seguir davant una situació clínica, però es veu impossibilitat de dur-la a terme a causa de diverses barreres, siguin institucionals, legals o de manca de recursos (Ahmad et al., 2024). Aquesta condició és especialment prevalent en entorns d'alta complexitat, on la presa de decisions ètiques és una part intrínseca del dia a dia (Vargas Celis i Concha Méndez, 2019). A diferència d'altres tipus de malestar, l'angoixa

moral afecta directament la integritat i l'agència moral del professional, ja que aquest sent que està participant en accions que contradiuen els seus valors o principis fonamentals.

Dins dels factors i les dinàmiques de poder juguen un paper fonamental. Segons Ahmad et al. (2024), les estructures jeràrquiques rígides fan que el personal d'infermeria sovint senti que no té veu ni influència en el procés de presa de decisions clíniques, malgrat ser qui passa més temps a peu de llit amb el pacient. Aquesta percepció d'impotència s'agreuja quan existeixen desacords entre els metges i les infermeres respecte al pla de cures; la manca d'empoderament i la baixa autonomia professional són citades com a predictors claus de l'angoixa moral.

En l'àmbit clínic, un dels escenaris on més s'evidencia aquesta manca de veu és l'obstinació terapèutica o acarnissament mèdic. Hanna Ruz (2021) assenyala que, sovint, el desacord entre els metges i la resta de l'equip sanitari sobre la situació real del pacient condueix a l'aplicació de mesures desproporcionades en pacients irrecuperables. Les infermeres, en trobar-se en una posició subordinada, poden sentir-se obligades a executar tractaments que consideren fútils o inútils (Vargas Celis i Concha Méndez, 2019). Aquesta falta de comunicació i el fet que les seves preocupacions ètiques no siguin escoltades pel personal mèdic vulneren no només els principis bioètics, sinó també la mateixa dignitat professional del cuidador (Hanna Ruz, 2021).

Les conseqüències d'aquesta desvalorització són profundes. En l'àmbit psicològic, es manifesta a través de sentiments de ràbia, culpa i un esgotament emocional que pot derivar en la síndrome de *Burnout* (Ahmad et al., 2024). L'impacte més alarmant es troba en la pèrdua de sensibilitat moral i en el deteriorament de la qualitat assistencial, arribant fins i tot a provocar que molts professionals optin per abandonar la seva unitat de treball o la professió de manera definitiva davant la impossibilitat d'exercir un exercici ètic protegit (Vargas Celis i Concha Méndez, 2019).

3.5. Marc teòric i filosòfic d'infermeria: Ruland i Moore, Watson i Jameton

La teoria del Peaceful End of Life, desenvolupada per Ruland i Moore (1998), és una teoria infermera de rang mitjà que descriu les condicions necessàries perquè una persona pugui viure un final de vida pacífic i digne. Les autores parteixen d'un estàndard de cures elaborat per infermeres expertes en unitats de pacients terminals i argumenten que els estàndards clínics són una base sòlida per construir teoria perquè deriven directament de la pràctica real. Tal com afirmen: "*Standards of care offer a promising approach for the development of middle-range prescriptive theories because of their empirical base in clinical practice and their focus*

on linkages between interventions and outcomes” (Ruland i Moore, 1998, p.169). Aquesta fonamentació pràctica dota la teoria d’una aplicabilitat immediata en contextos clínics complexos.

Tot i que l’estàndard original incloïa setze criteris de cura, les autores els van sintetitzar en cinc elements essencials que constitueixen el nucli de la teoria, els quals Alligood (2018) descriu com els indicadors de resultats fonamentals per a la pràctica clínica. L’absència de dolor es defineix com l’estat en què el pacient no experimenta patiment físic, gràcies a una gestió farmacològica i de cures proactiva que evita l’esgotament de les energies del malalt. L’experiència de confort s’estén més enllà de l’analgèsia per incloure l’alleujament de qualsevol malestar i la creació d’un entorn tranquil que proporcioni seguretat. Per la seva banda, l’experiència de dignitat i respecte implica que el pacient és valorat com a ésser humà integral, la qual cosa inclou “*being treated as a human being and as a person with individual values, rights, and preferences*” (Ruland i Moore, 1998, p. 172), preservant així la seva privacitat i autonomia. El concepte d’estar en pau fa referència a l’assoliment d’un estat de serenitat emocional i espiritual, lliure de por i ansietat, a través del suport i l’escolta activa. Finalment, la proximitat amb les persones significatives implica facilitar el vincle físic i afectiu amb els éssers estimats per reduir l’aïllament social del malalt.

Segons Ruland i Moore (1998, p.172), aquests cinc elements constitueixen els criteris de resultat (*outcome criteria*) que defineixen un final de vida pacífic i representen els objectius que la infermeria ha de prioritzar per garantir una experiència humanitzada. La teoria subratlla que les intervencions d’infermeria són essencials per assolir aquests resultats, posant en relleu la capacitat de la professió per detectar el patiment i actuar-hi de manera integral. La relació entre aquesta teoria i l’obstinació terapèutica és especialment rellevant.

La distanàsia es caracteritza per la prolongació de la vida mitjançant intervencions que sovint no aporten beneficis reals i que poden intensificar el sofriment. En canvi, la teoria del final de vida ofereix criteris que permeten valorar si una intervenció contribueix o no al benestar global del pacient. Quan un tractament incrementa el dolor, genera malestar o vulnera la dignitat, s’allunya dels principis fonamentals de la teoria i pot considerar-se fútil o desproporcionat.

A més, la teoria reforça el paper de la infermera en la humanització de la cura, ja que la seva proximitat al pacient li permet detectar formes de patiment que sovint passen desapercibudes en una mirada purament biomèdica. El model aporta criteris per defensar intervencions centrades en el confort i el respecte, evitant actuacions que només prolonguen el sofriment. D’aquesta manera, esdevé un marc útil per orientar la cura en situacions amb risc d’obstinació

terapèutica, recordant que, en darrera instància, “the goal of nursing care is to maximize the possibility for a peaceful end of life” (Ruland i Moore, 1998, p.172).

Per incorporar la dimensió humanística, aquest treball reconeix també la Teoria de la Cura Humana de Jean Watson, un model que aporta fonamentació filosòfica i ètica a la pràctica infermera. Watson (2008) sosté que la infermeria no es pot reduir a l'execució de tasques tècniques, sinó que s'ha de basar en el *caring* (la cura autèntica), entès com un ideal moral i transpersonal que preserva la dignitat humana. Davant l'obstinació terapèutica i d'un model biomèdic altament tecnificat, la proposta de Jean Watson actua com un contrapunt crític en defensar que “caring is the essence of nursing and the most central and unifying focus of nursing practice” (Watson, 1985, p.33).

Aquesta teoria es desplega mitjançant els Factors Caritas, posteriorment reformulats com a *Clinical Caritas Process*, els quals orienten la relació infermera-pacient cap a una dimensió més humanística (Watson, 2008). En situacions de final de vida amb risc d'obstinació terapèutica, pren especial importància una relació de cura transpersonal basada en la sensibilitat, l'esperança i l'acollida emocional del pacient. Watson (1985) adverteix que una pràctica centrada únicament en el *curing* (curació) pot deshumanitzar la persona i convertir el pacient en un objecte d'intervenció tecnològica.

La convergència entre la teoria de Watson i la de Ruland i Moore és sinèrgica: mentre les darreres autores estableixen els criteris de resultat objectius per a un final de vida pacífic, Watson aporta l'actitud existencial necessària per fer-los possibles. L'obstinació terapèutica genera una profunda dissonància perquè vulnera el *Caring Moment*, on infermera i pacient connecten de manera humana (Watson, 2008). D'aquesta manera, quan s'imposen tractaments fútils que incrementen el sofriment, el patiment moral de la infermera emergeix com a conseqüència directa de la impossibilitat d'exercir una cura ètica i humanitzada. Aquest malestar emocional no és una mera frustració professional, sinó una resposta ètica legítima que visibilitza el conflicte intern de la disciplina davant la deshumanització que caracteritza l'obstinació terapèutica.

Finalment, aquesta perspectiva pot complementar-se amb el concepte d'angoixa moral desenvolupat per Andrew Jameton (1984), considerat un dels principals referents teòrics en l'estudi dels conflictes ètics en infermeria. Segons aquest autor, l'angoixa moral apareix quan el professional identifica quina seria l'actuació èticament adequada però es veu impedit de dur-la a terme a causa de limitacions externes, com ara normes institucionals, estructures jeràrquiques, decisions adoptades per altres professionals o condicionants organitzatius. En aquestes circumstàncies, el professional experimenta un conflicte entre el seu judici moral i

les accions que finalment es duen a terme, generant sentiments de frustració, impotència i malestar emocional (Jameton, 1984; 2013). La incorporació del model de Jameton permet comprendre millor algunes de les experiències descrites a la literatura revisada i aporta un marc explicatiu complementari a les teories de Watson i de Ruland i Moore. Mentre aquestes darreres defineixen els principis i objectius que orienten una cura humanitzada al final de la vida, el concepte d'angoixa moral ajuda a interpretar les tensions que poden aparèixer quan els professionals perceben obstacles per desenvolupar aquesta cura en la pràctica quotidiana. En conjunt, la integració d'aquests tres marcs teòrics permet abordar l'obstinació terapèutica des d'una perspectiva holística que inclou tant els resultats clínics desitjables com la dimensió ètica. Aquest enfocament serà la base per interpretar els resultats d'aquest treball i comprendre les tensions presents en la pràctica assistencial.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipus de disseny

Aquest treball consisteix en una revisió bibliogràfica sistematitzada de la literatura científica sobre l'obstinació terapèutica i les seves implicacions en la pràctica infermera. Aquest tipus de disseny permet identificar, seleccionar, analitzar i avaluar el coneixement disponible sobre aquest fenomen a partir de l'evidència publicada, integrant aportacions procedents de diferents contextos assistencials i aproximacions metodològiques.

S'ha plantejat com una revisió bibliogràfica sistematitzada, ja que incorpora diversos elements propis de les revisions sistemàtiques, com la formulació prèvia d'una pregunta de recerca, l'establiment de criteris d'inclusió i exclusió, la realització d'una cerca bibliogràfica estructurada en diverses bases de dades, la selecció seqüencial dels estudis i la documentació del procés mitjançant les recomanacions PRISMA. No obstant això, no la considerem una revisió sistemàtica en sentit estricte perquè no s'ha dut a terme una avaluació exhaustiva de la qualitat metodològica ni del risc de biaix de tots els estudis inclosos mitjançant eines específiques per a cada disseny de recerca, sinó que s'ha seguit la recomanació de la guia de Treball Final de Grau.

4.2 Estratègia de cerca i selecció

Per donar resposta a la pregunta de recerca i als objectius plantejats en aquest treball, es va dur a terme una cerca bibliogràfica sistematitzada de la literatura científica relacionada amb l'obstinació terapèutica, la limitació de l'esforç terapèutic, l'angoixa moral i el seu impacte en la pràctica infermera.

La cerca es va realitzar a les bases de dades PubMed/MEDLINE, CUIDEN i SciELO, seleccionades per la seva rellevància en els àmbits de les ciències de la salut, la bioètica i la infermeria. De manera complementària, es van consultar altres bases de dades com Dialnet i Google Scholar amb la finalitat de localitzar publicacions addicionals d'interès.

La selecció dels articles es va dur a terme seguint criteris preestablerts d'inclusió i exclusió. S'han inclòs estudis originals i primaris (és a dir, descartant revisions bibliogràfiques) que abordessin de manera directa l'obstinació terapèutica o conceptes relacionats en l'àmbit sanitari, especialment aquells que exploraven la percepció o vivència del personal d'infermeria. A un nivell més operatiu, s'han inclòs aquelles publicacions amb accés al text

complet i redactades en català, castellà o anglès, dins d'un període de publicació comprès entre 2016 i 2026.

Pel que fa als criteris d'exclusió, es van descartar totes aquelles publicacions que no abordaven específicament el fenomen d'estudi, així com documents de caràcter no científic (com notes breus, cartes a l'editor, blogs, fòrums, literatura grisa o qualsevol material que no comptés amb revisió per parells com a criteri estàndard d'una publicació científica).

El procés de cerca s'ha realitzat mitjançant l'ús combinat de paraules clau i descriptors controlats (MeSH), utilitzant operadors booleans (AND, OR) per optimitzar la recuperació d'informació rellevant. La cerca es va estructurar en quatre dimensions principals per tal d'analitzar el fenomen de manera integral, tal com es mostra a la taula 1. La selecció dels 19 estudis resultants es va desenvolupar en tres fases consecutives. En una primera fase es va realitzar una revisió dels títols identificats a la cerca bibliogràfica. Posteriorment es van analitzar els resums dels estudis potencialment rellevants. Finalment, es va efectuar la lectura a text complet dels articles seleccionats per verificar-ne l'adequació als criteris establerts. En situacions de dubte, la decisió d'inclusió es va consensuar entre les dues investigadores sense requerir finalment la participació d'una opinió externa.

Taula 1. Equacions de cerca utilitzades en el treball

Base de dades	Dimensió	Equació de la cerca	Articles identificats	Articles revisats	Selecció
PubMed	Obstinació terapèutica	("therapeutic obstinacy"[Title/Abstract] OR "therapeutic futility"[Title/Abstract] OR "medical futility"[Title/Abstract] OR "dysthanasia"[Title/Abstract] OR "futile treatment"[Title/Abstract]) AND (intensive care[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract] OR "terminal illness"[Title/Abstract])	354	185	6
PubMed	Ètica	(nursing ethics [MeSH Terms] OR nursing ethical attitude OR nurses moral reasoning) AND (end of life care[MeSH Terms] OR palliative care OR futile treatment) AND (dignity OR patient advocacy OR ethical decision making)	1023	304	4
PubMed	Angoixa moral	("Nursing"/exp OR nursing OR nurse*) AND ("Ethics, Nursing"/exp OR ethic* OR "moral distress" OR "ethical conflict" OR "ethical tension") AND ("Futile Care"/exp OR "Medical Futility"/exp OR "Terminal Care"/exp OR "futility" OR "futile care" OR "life-sustaining treatment*" OR "therapeutic obstina*") AND ("Physician-Nurse Relations"/exp OR "Interprofessional Relations"/exp OR "Interdisciplinary Communication"/exp OR "Decision Making, Shared"/exp OR hierarchy OR "interprofessional conflict" OR "moral distress")	110	80	7
Scielo	Teoria	("peaceful")AND(("end")AND(("of")AND("life")))	15	12	1

	final de la vida				
CUIDEN	Teoria final la de vida	("peaceful")AND(("end")AND(("of")AND("life"))))	10	6	1

Posteriorment, amb l'objectiu d'aportar més rigor al procés de selecció dels estudis, es va incorporar una aproximació inicial de lectura crítica inspirada en la metodologia CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme* Español), d'acord amb les orientacions recollides a la guia metodològica del Treball Final de Grau. La valoració es va desenvolupar de manera progressiva. En una primera fase, es va efectuar un cribratge inicial a partir del títol i del resum dels articles identificats durant la cerca bibliogràfica, com s'ha dit. En aquesta etapa es va prioritzar la selecció d'estudis publicats en revistes científiques amb revisió per parells, amb la finalitat d'afavorir la qualitat de l'evidència analitzada. Posteriorment, els estudis potencialment rellevants es van revisar mitjançant lectura a text complet. Durant aquesta fase es va valorar la seva adequació als objectius de la recerca, la coherència metodològica, la claredat dels resultats presentats i la seva contribució a la comprensió del fenomen estudiat. Atesa la naturalesa d'una revisió bibliogràfica sistematitzada i d'acord amb les orientacions metodològiques del Treball Final de Grau, no es va dur a terme una avaluació exhaustiva del risc de biaix mitjançant les eines específiques de lectura crítica per a cada tipus d'estudi. Paral·lelament, per estructurar i documentar el procés de selecció bibliogràfica, es van seguir parcialment les recomanacions de la declaració PRISMA 2020, especialment pel que fa a l'organització de les diferents fases de cerca, selecció i inclusió dels estudis, així com a la representació gràfica del procés mitjançant els corresponents diagrames de flux, que es poden consultar a l'Annex d'aquest treball.

Posteriorment es va elaborar una taula de síntesi on es va recollir la informació més rellevant de cada estudi, incloent-hi la referència bibliogràfica, l'objectiu, la metodologia emprada i els principals resultats, amb la finalitat de facilitar l'anàlisi comparativa i la posterior presentació dels resultats en l'apartat corresponent. Aquesta graella conforma el capítol 5 d'aquest treball.

Finalment, s'ha fet un ús puntual d'eines d'intel·ligència artificial com a suport en la revisió formal i lingüística del text, però no en la generació de contingut ni d'anàlisi.

5. RESULTATS

A partir de l'estratègia de cerca descrita al capítol anterior, s'han revisat i analitzat les publicacions seleccionades, posant especial atenció als aspectes més rellevants per al desenvolupament d'aquest treball. A continuació, es presenta una síntesi dels principals resultats i aportacions dels articles analitzats.

Article, autor i any	País	Disseny	Subjectes i origen	Mesures de resultats	Conclusions
Vieira J,V,. Deodato S, Mendes F. (2022) Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group	Portugal	Estudi qualitatiu	5 infermeres expertes en cures intensives, amb un mínim de quinze anys d'experiència professional seleccionats mitjançant un mètode de mostreig de convivència.	L'estudi identifica quatre eixos clau: la definició de situacions clíniques on el tractament ja no té sentit, la detecció d'intervencions d'infermeria que es fan per rutina o protocol sense benefici real, el reconeixement d'aquestes situacions per part de l'equip i la família, i les conseqüències negatives que la futilitat té sobre la qualitat de la cura i la dignitat del pacient.	L'estudi conclou que la futilitat terapèutica en infermeria és una realitat molt present a les unitats de cures intensives, sovint alimentada per una cultura de prolongació de la vida a qualsevol preu i per dificultats en la comunicació entre l'equip multidisciplinari i les famílies. Els autors subratllen que aquestes pràctiques són èticament reprensibles perquè no aporten cap benefici real al pacient i, en canvi, generen un gran patiment moral en els professionals i una degradació de la dignitat de la persona malalta. La principal recomanació final és la necessitat urgent de fomentar espais de reflexió ètica i de consensuar una definició clara de futilitat que permeti als infermers identificar i aturar aquestes intervencions de manera precoç, protegint així la qualitat i l'ètica de les cures al final de la vida.
Pereira, R. A. M., i Ribeiro, P. C. P. S. V. (2023). Ways and means to comfort people at the end of life: How is the nurse a privileged player in this process? Palliative Care and Social Practice, 17, 1–15	Portugal	Estudi qualitatiu amb un enfocament etnogràfic.	57 participants d'una unitat de cures pal·liatives: 18 pacients en fase final de vida, 18 familiars significatius i 21 professionals sanitaris.	Els resultats identifiquen el confort com un procés multidimensional que depèn de la predisposició dels professionals (escolta activa, empatia i narrativa biogràfica) i d'una atenció focalitzada (cura global, detalls, suport familiar i oposició a l'obstinació terapèutica). La recerca destaca la figura de la infermera com un "actor privilegiat" que articula	S'evidencia que el confort al final de la vida és un procés dinàmic; aquest no es limita al control de la simptomatologia física, sinó que integra de manera holística les esferes emocional, espiritual i social. La recerca situa la infermera com l'eix central d'aquest procés gràcies a la seva proximitat física i emocional i validar la biografia del pacient. Es determina que el confort real només s'assoleix quan hi ha una interacció humana autèntica, basada en l'escolta activa i l'empatia, i quan s'integra la família com a part fonamental de la unitat de cura. Finalment, es destaca que les infermeres actuen com a mediadores que humanitzen

				totes aquestes dimensions per alleujar el patiment físic, emocional i espiritual.	l'entorn hospitalari, garantint que la mort sigui un procés digne i personalitzat, allunyat de l'obstinació terapèutica.
Andi, S. et al. (2025a) . Evaluation of the relationship between nurses' attitudes towards futile treatments and their ethical attitudes: A cross-sectional and analytical study. Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Turquia	Estudi analític transversal	205 infermeres d'un hospital públic.	Es van utilitzar tres eines: - Formulari de dades descriptives: Recull variables sociodemogràfiques (edat, gènere) i laborals (anys d'experiència, unitat on treballen, hores de treball setmanal i si han rebut formació en ètica). - Escala d'Actituds cap al Tractament Fútil (NAFTS): Consta de 13 ítems que mesuren la percepció sobre la inutilitat de certes intervencions; puntuacions més altes indiquen una major acceptació de la futilitat. - Escala d'Actitud Ètica en l'Atenció Infermera (EASNC): Conté 34 ítems per avaluar el compromís ètic en la pràctica clínica, la presa de decisions i la sensibilitat cap als drets del pacient.	L'anàlisi subratlla l'existència d'una correlació negativa significativa i moderada entre la consciència ètica de les infermeres i la seva actitud cap als tractaments fútils, validant la hipòtesi que la maduresa ètica professional és un factor clau per limitar l'obstinació terapèutica. Mitjançant l'anàlisi de les escales NAFTS i EASNC, els resultats revelen una realitat clínica preocupant: el 82,9% del personal d'infermeria acaba aplicant tractaments que consideren fútils per una estricta obediència a l'ordre mèdica, evidenciant una falta d'autonomia en la presa de decisions al final de la vida. Tot i que el 70,7% de les professionals identifica aquestes pràctiques com un conflicte ètic real i una amenaça a la dignitat, es veuen condicionades per factors externs com la por a represàlies legals (51,7%) i la pressió emocional exercida per les famílies (29,8%). Es destaca que la manca de definicions conceptuals clares sobre la futilitat en l'àmbit institucional, sumada a una sobrecàrrega de treball i a una cultura hospitalària fortament jerarquitzada, contribueix a la persistència d'aquest fenomen. Aquesta dissonància entre el judici moral de la infermera i la seva acció pràctica deriva en un patiment moral elevat que pot comprometre la qualitat de les cures. Per tot plegat, les conclusions emfatitzen la necessitat urgent de crear espais de reflexió ètica compartida i protocols interdisciplinaris que no només busquin l'optimització de recursos, sinó que validin la veu de la infermera per garantir que l'atenció se centri en el benestar real del

					pacient i el respecte als seus drets fonamentals.
Vieira, J. V. et al. (2025). Futile therapeutic nursing interventions in adult intensive care: A descriptive study. Nursing Ethics (Sage).	Portugal	Estudi descriptiu, transversal i quantitatiu.	414 infermeres de cures intensives (UCI) d'adults (nivells II i III) a Portugal.	S'ha utilitzat un qüestionari validat dissenyat per mesurar la freqüència percebuda d'intervencions fútils. L'instrument diferencia clarament entre intervencions autònomes (accions iniciades per la infermera com el confort i la higiene) i intervencions interdependents (accions que depenen de la prescripció mèdica o protocols compartits, com proves diagnòstiques o tractaments invasius).	La recerca determina que la percepció de futilitat és significativament més elevada en les intervencions interdependents (aquel·les que requereixen prescripció mèdica) que en les autònomes, evidenciant que la rígida jerarquia clínica a les UCI limita greument l'autonomia ètica i el judici crític de la infermera. Pel que fa a la futilitat percebuda de les intervencions infermeres, la puntuació permet la següent jerarquia, de la més fútil a la menys fútil: intervencions associades a exàmens complementaris del diagnòstic mèdic, administració de fàrmacs o altres components terapèutics, ventilació mecànica invasiva i teràpia de reemplaçament renal, entre d'altres. Es destaca que la implementació sistemàtica d'aquestes pràctiques inútils no només malbarata recursos sanitaris escassos, sinó que genera un profund malestar moral que erosiona la identitat professional i la salut mental de l'equip. S'identifica una comunicació deficient i fragmentada dins l'equip interdisciplinari i amb les famílies com el factor clau que perpetua la futilitat, impeding una transició oportuna cap a cures pal·liatives. Finalment, l'estudi subratlla que l'experiència professional (més de deu anys) facilita un millor reconeixement de la futilitat, i proposa la creació de protocols institucionals que validin la participació de la infermera en la definició del sostre terapèutic per garantir una mort digna i humanitzada.
Bakken, J. et al. (2023). Organizational structures	Noruega	Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes	24 professionals sanitaris (14 infermeres i 10 metges) d'unitats	Entrevistes semiestructurades i anàlisi temàtica per explorar les experiències del personal	L'estudi posa en relleu com les estructures organitzatives dels hospitals moderns, fortament orientades cap al model curatiu i l'eficiència tècnica, constitueixen una barrera crítica per al

influencing timely recognition and fulfillment of end-of-life in hospitals: A qualitative study of nurses' and physicians' experiences. European Journal of Oncology Nursing.		individuals i grupals.	quirúrgiques d'un hospital universitari noruec.	sobre el reconeixement del final de la vida (FDV) i la influència de les estructures hospitalàries en aquest procés.	reconeixement precoç del final de la vida. Els resultats identifiquen que la fragmentació de l'atenció especialitzada i la manca de continuïtat en el personal (rotacions freqüents) dificulten que els professionals estableixin el vincle necessari per detectar canvis subtils en el declivi del pacient. Es destaca que la jerarquia clínica i una cultura de "supervivència a qualsevol preu" sovint silencien les observacions clíniques de les infermeres, les quals solen identificar el final de vida abans que els facultatius.
Díez-Concha, J.F., Gómez-García, D.M., Agudelo, J. A., i Lizarazo Herrera, E. A. (2023). Assessing the impact of palliative care admission of end-of-life cancer adults. Palliative Care and Social Practice, 17, 1–11.	Colòmbia	Estudi cohort retrospectiu.	263 pacients adults amb càncer en fase terminal atesos en un hospital d'alta complexitat. Es comparen dos grups: aquells que van rebre una consulta de cures pal·liatives i aquells que no.	L'estudi va mesurar l'agressivitat del tractament al final de la vida mitjançant cinc criteris clau: el tipus de tractament rebut, el nombre i la durada de les admissions hospitalàries, les visites al servei d'urgències i l'ús de la unitat de cures intensives (UCI).	La principal conclusió de l'estudi és que la derivació primerenca als serveis de cures pal·liatives s'associa directament amb una menor agressivitat en els tractaments al final de la vida. L'accés anticipat a aquests programes facilita la suspensió de tractaments actius que ja no són beneficiosos, cosa que permetent gestionar del procés de mort més centrada en el confort i evitant la futilitat mèdica. Els autors subratllen que integrar les cures pal·liatives aviat ajuda els pacients a prendre decisions més alineades amb les seves preferències, reduint l'ús innecessari de recursos intensius i urgències.
Palmryd, (2025) Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care	Suècia	Qualitatiu descriptiu	20 infermeres de cures intensives (8 UCI) entrevistades en hospitals suecs	Es van realitzar entrevistes semiestructurades per explorar experiències i percepcions sobre dilemes ètics en l'atenció al final de la vida. Les preguntes abastaven: decisions sobre tractaments de suport vital, gestió del dolor i sedació, comunicació amb pacients i familiars, dilemes sobre	Les infermeres afronten múltiples dilemes ètics complexos: decidir quan interrompre o continuar tractaments, administrar analgèsics i sedació, respectar la voluntat del pacient i gestionar conflictes amb familiars. L'estudi subratlla la necessitat de reflexió ètica, suport institucional i formació continuada per millorar l'atenció al final de la vida. També es destaca que la implicació de l'equip multidisciplinari és clau per prendre decisions ètiques i mantenir la dignitat del pacient. L'atenció centrada en la persona

				donació d'òrgans i interacció amb l'equip mèdic. Les entrevistes van ser transcrites íntegrament i analitzades mitjançant anàlisi temàtica, identificant patrons, categories i subtemes que descrivien els principals desafiaments ètics i la manera com les infermeres els afronten.	contribueix a reduir l'estrès moral del personal i a millorar la qualitat de l'atenció clínica.
Hernández-Bello, (2020) Ethical issues in the clinical records of a group of terminal patients admitted into a third level hospital. Lacks and improvements	Espanya	Descriptiu transversal	140 pacients terminals ingressats el 2017 en un hospital de tercer nivell a Saragossa. Es van revisar històries clíniques i notes d'infermeria per identificar registres ètics sobre decisions de final de vida.	Anàlisi de la documentació clínica per determinar la presència o absència d'informació ètica: voluntats anticipades, decisions de No-RCP, sedació terminal, limitació d'esforç terapèutic (LET), comunicació amb pacients i familiars. També es van analitzar possibles associacions amb característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients.	Es van identificar greus mancances en la documentació ètica: moltes històries no registraven decisions de final de vida, informació proporcionada al pacient o voluntats anticipades. Això dificulta la presa de decisions basada en l'ètica i comprometen la coherència en l'atenció pal·liativa. L'estudi recomana protocols estandarditzats, formació del personal i millora dels registres clínics, amb l'objectiu de garantir el respecte a l'autonomia del pacient, la transparència en la presa de decisions i la qualitat de l'atenció al final de la vida. També es destaca la necessitat de conscienciar els professionals sobre la importància de la documentació ètica.
Crump, (2019) Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care	Estats Units	Qualitatiu	11 infermeres d'oncologia amb experiència; entrevistes semiestructurades en hospitals oncològics	Entrevistes en profunditat amb preguntes sobre com perceben les infermeres la dignitat del pacient al final de la vida. L'anàlisi va identificar temes i subtemes relacionats amb comunicació, suport emocional, respecte a l'autonomia i privacitat, i	La dignitat del pacient és central en l'atenció al final de la vida. Els factors clau inclouen: comunicació clara i empàtica, respecte per la privacitat i autonomia, suport emocional, atenció a aspectes espirituals i reconeixement del valor individual del pacient. L'estudi proposa un model de pràctica infermera que integra educació, formació en ètica i comunicació, i accions concretes per reforçar la dignitat. Mantenir la dignitat impacta positivament en la qualitat de

				accions que fomenten el reconeixement de la persona més enllà de la malaltia.	l'atenció, en la satisfacció del pacient i de la família, i contribueix al benestar del professional.
Guardia Mancilla et al., (2018) Percepcions de professionals sobre l'atenció prestada, obstacles i dilemes ètics	Espanya	Descriptiu transversal	378 professionals de medicina i infermeria de 4 hospitals, 5 centres d'Atenció Primària i 29 residències d'ancians a Granada	S'hi va aplicar un qüestionari estructurat i validat amb 8 dimensions: estructura/procés, aspectes físics, psicològics, socials, espirituals, culturals, ètics i atenció al moribund. Es van mesurar: percepció de la qualitat de l'atenció, obstacles percebuts i freqüència de dilemes ètics. Les dades es van analitzar comparant diferents contextos d'atenció (hospitals, AP, residències) mitjançant estadística descriptiva.	Es van observar diferències importants segons el context assistencial. Els professionals de residències valoren millor la seva pràctica i la institució, però perceben més obstacles i dilemes ètics que en hospitals i Atenció Primària. Les dimensions psicològiques i ètiques són les pitjor puntuades globalment, indicant dificultats en la gestió de conflictes morals i la presa de decisions ètiques. L'estudi conclou que calen estratègies diferenciades segons l'àmbit assistencial, incloent-hi formació específica, protocols clars, suport institucional i recursos adequats per afrontar dilemes ètics i millorar la qualitat de l'atenció al final de la vida.
(Olmstead i Dahnke, 2016) The Need for an Effective Process to Resolve Conflicts Over Medical Futility: A Case Study and Analysis	Estats Units	Estudi Qualitatiu	Casos clínics de conflictes sobre tractaments fútils; professionals i famílies	Anàlisi conceptual del procés de resolució de conflictes ètics	Els autors identifiquen que els conflictes sobre tractaments fútils sovint generen tensions entre professionals i famílies, i poden derivar en processos judicials o decisions unilaterals. Es destaca la importància d'un procés formal de revisió, amb participació multidisciplinària i del comitè d'ètica, per garantir decisions coherents amb els valors del pacient. Indiquen que un procés clar i estructurat reduiria l'estrès moral dels professionals, milloraria la comunicació amb les famílies i augmentaria la confiança en la presa de decisions ètiques. S'insisteix en la necessitat de formació específica per a infermeres i metges sobre futilitat mèdica i

					mediació ètica.
Falcó-Pegueroles et al., (2023) COVID-19 pandemic experiences, ethical conflict and decision-making process in critical care professionals	Espanya i Itàlia	Estudi Qualitatiu	38 professionals de cures intensives; entrevistes semiestructurades	Categories temàtiques emergents sobre conflictes ètics, dilemes de final de vida, gestió de recursos	Els participants van relatar una experiència de malestar moral intens durant la pandèmia, especialment en decisions de prioritització de pacients i recursos escassos. Es van identificar categories temàtiques com: (1) conflictes amb protocols vs. valors professionals, (2) sentiments d'impotència i frustració, (3) manca de suport institucional, (4) impacte emocional a llarg termini. Els resultats mostren que els professionals van haver de prendre decisions amb informació incompleta o amb restriccions logístiques, generant estrès, ansietat i dilemes ètics constants. L'article assenyala la necessitat de protocols flexibles, suport psicològic i espais de deliberació ètica.
Andi et al., (2025b) Evaluation of the Relationship Between Nurses' Attitudes Towards Futile Treatments and Their Ethical Attitudes	Turquia	Estudi Quantitatiu - transversal	205 infermeres d'hospital públic; enquestes	Escales d'actituds cap a tractaments fútils i actitud ètica professional	Els resultats indiquen que infermeres amb actituds ètiques més fortes presenten menor acceptació de tractaments fútils i major predisposició a defensar la voluntat del pacient. Les dades quantitatives mostren correlacions estadísticament significatives entre nivell d'ètica professional i decisió clínica davant tractaments fútils. L'article suggereix que la formació ètica contínua i les polítiques institucionals clares poden reduir conflictes ètics i malestar moral, i millorar la qualitat de les decisions en situacions complexes.
Özbaş et al., (2021) Moral distress in oncology nurses: A qualitative study	Turquia	Estudi Qualitatiu	14 infermeres d'oncologia	Anàlisi temàtica dels relats	Les infermeres reporten nivells elevats de malestar moral, principalment per: (1) tractaments fútils o invasors, (2) manca d'autonomia en la presa de decisions, (3) conflictes amb metges o protocols institucionals, (4) absència de guies ètiques clares per a decisions de final de vida. Això provoca estrès

					emocional, sentiments de culpabilitat i frustració, i impacta negativament en la seva motivació i satisfacció laboral. Les conclusions recomanen millorar el suport institucional, establir polítiques ètiques clares, crear espais de debat i fomentar formació en ètica clínica per a infermeres.
Colville et al., (2019) A survey on the moral distress of staff working in intensive care in the United Kingdom	Regne Unit	Estudi Quantitatiu	171 professionals UCI; infermeres i metges	MDS-R + PHQ-4 per ansietat i depressió; nivells de malestar moral	Els resultats indiquen nivells moderats de malestar moral entre el personal, amb correlació positiva amb ansietat, depressió i intenció d'abandonar la feina. Les dades mostren que els punts crítics són decisions sobre mantenir tractaments invasors, conflictes ètics amb famílies, i limitacions institucionals. Les conclusions suggereixen la necessitat d'intervencions organitzatives, suport psicològic i polítiques clares per reduir el malestar moral i millorar la retenció del personal.
Lamiani et al., (2017) Measuring moral distress among critical care clinicians: Validation and psychometric properties of the Italian MDS-R	Itàlia	Estudi Quantitatiu	184 professionals UCI	Fiabilitat, validesa, estructura factorial de l'MDS-R	L'estudi valida la versió italiana de l'MDS-R com un instrument fiable i vàlid. Els resultats indiquen que l'escala permet identificar factors específics de malestar moral, com conflictes de valors, pressions institucionals i decisions difícils amb pacients crítics. Les conclusions assenyalen que l'ús de l'escala facilita intervencions específiques per reduir l'estrès moral i comparacions entre grups professionals.
Victorino et al., (2025) Health advocacy and moral distress among nurses in organ transplant	Brasil	Estudi Mixt – quantitatiu i qualitatiu	15 infermeres + 5 coordinadors; enquesta + grups focal	Escala de malestar moral + anàlisi qualitativa de categories ètiques	Els resultats quantitatius mostren correlacions significatives entre malestar moral i factors com "obstinació terapèutica" i "ignorància de l'autonomia del pacient". Les dades qualitatives revelen que la pressió per actuar en contra de la voluntat del pacient i la complexitat de decisions

units					de trasplantament augmenten el malestar. Les conclusions suggereixen que la defensa de la salut pot ser font de conflicte moral si les estructures institucionals no recolzen decisions ètiques, i recomanen protocols de suport, formació en ètica i espais de deliberació multidisciplinària.
Garrido, G. L., et al. (2022). Cuidados paliativos y comunicación: una reflexión a la luz de la teoría del final de vida pacífico. Cogitare Enfermagem, 27.	Brasil	Estudi qualitatiu i descriptiu	15 familiars de pacients en cures pal·liatives d'un hospital.	Entrevistes semiestructurades analitzades mitjançant la tècnica d'anàlisi de contingut de Bardin. S'examinen les percepcions familiars sobre la comunicació clínica dividides en tres categories: la comunicació com a instrument de cura, com a facilitadora del confort i la pau, i com a mitjà per afavorir la proximitat amb els éssers estimats.	Mitjançant l'aplicació de la Teoria del Final de Vida Pacífic (Ruland i Moore, 1998), la investigació determina que la comunicació assertiva de l'equip d'infermeria és l'eix transversal que garanteix el confort, la pau i la dignitat en l'etapa final. Les troballes revelen que la interacció empàtica amb la família actua com una "tecnologia lleu" de cura que redueix l'angoixa i facilita l'acceptació de la terminalitat. S'identifica que el benestar multidimensional del pacient depèn d'un diàleg clar i honest, el qual permet la proximitat emocional i el comiat serè. L'anàlisi subratlla que les barreres comunicatives o el silenci professional vulneren l'autonomia i augmenten el patiment espiritual del binomi pacient-família. Finalment, es proposa integrar aquest model teòric en la pràctica clínica per humanitzar l'assistència i assegurar que les cures transcendeixin el control de símptomes físics, responnent a les necessitats integrals de la persona.
Hernández-García, A., et al. (2022). La enfermera en los cuidados paliativos en unidades de cuidados	Mèxic	Estudi qualitatiu	14 infermeres de la Unitat de Cures Intensives Immunològica d'un hospital privat	Entrevistes en profunditat analitzades sota el marc conceptual de la Teoria del Final de Vida Pacífic (TFTV) de Ruland i Moore. S'explora com el personal d'infermeria gestiona el final de la vida en un entorn	La recerca identifica quatre categories fonamentals que defineixen l'actuació infermera a l'UCI sota el marc de la Teoria del Final de Vida Pacífic: 1) La comprensió de les cures pal·liatives, 2) les accions per al confort del pacient, 3) la facilitació de la proximitat familiar i 4) la creació de condicions per a la pau del malalt. L'estudi evidencia que la visió de la

intensivos una Teoría del Final de Vida Pacífico. Revista Cubana de Enfermería, 38(3).				crític i tecnificat.	infermera està evolucionant cap a un model on el confort emocional és tan prioritari com l'estabilitat biològica. Les 14 infermeres participants consideren l'alleujament del dolor i la gestió de l'entorn com a eixos centrals per garantir una mort digna. Les troballes suggereixen que permetre la proximitat de la família no és només una concessió humanitària, sinó una intervenció clínica essencial que valida la dignitat del pacient. L'anàlisi subratlla que la infermera actua com el principal agent humanitzador en un entorn altament tecnificat, transformant l'UCI en un espai de pau i acompanyament. Finalment, es destaca la importància d'integrar formalment aquesta teoria per dotar els professionals d'eines ètiques que permetin transcendir el model purament curatiu.
--	--	--	--	----------------------	--

6. DISCUSSIÓ

6.1. L'obstinació terapèutica: factors perpetuadors i percepció infermera

L'anàlisi dels estudis seleccionats suggereix que l'obstinació terapèutica continua present en diversos contextos assistencials, especialment en entorns caracteritzats per una elevada complexitat clínica i una intensa utilització de recursos tecnològics. Les Unitats de Cures Intensives (UCI) apareixen de manera recurrent com un dels àmbits on aquest fenomen és més freqüentment descrit, probablement per la disponibilitat de mesures avançades de suport vital i per la dificultat inherent a la presa de decisions en situacions d'elevada incertesa pronòstica. Segons Vieira et al. (2022), les situacions en què aquest fenomen emergeix amb més freqüència són aquelles caracteritzades per indicadors biofisiològics incompatibles amb la vida, estats postquirúrgics d'alta irreversibilitat o en contextos de malaltia crònica amb múltiples comorbiditats on no existeix evidència científica que avaluï el benefici de mantenir el suport vital.

Els estudis revisats també posen de manifest el paper rellevant de les professionals d'infermeria en la identificació de situacions percebudes com a potencialment fútils. La proximitat assistencial i el contacte continuat amb els pacients i les seves famílies faciliten una observació directa de l'evolució clínica i de les conseqüències que les intervencions tenen sobre la qualitat de vida. La recerca ha evolucionat des de la identificació conceptual fins a la seva mesura quantitativa. Mentre que els estudis qualitius inicials apuntaven a una coexistència de futilitat en totes les dimensions de la cura (Vieira et al., 2022), evidències més recents suggereixen una disparitat en la seva freqüència. En aquest sentit, Vieira et al. (2025) demostren que existeix una evidència estadísticament significativa que les intervencions interdependents (vinculades a la jerarquia mèdica) es perceben com a fútils amb una freqüència superior a les autònomes. Aquestes inclouen les intervencions associades a exàmens complementaris del diagnòstic mèdic, administració de fàrmacs o altres components terapèutics, ventilació mecànica invasiva i teràpia de reemplaçament renal, entre d'altres. Tanmateix, els estudis revisats indiquen que la persistència de l'obstinació terapèutica no pot atribuir-se exclusivament a decisions individuals, sinó que es troba influïda per múltiples factors. Aquesta falta d'autonomia queda quantificada, per exemple, en l'estudi d'Andi et al. (2025a), el qual revela que el 82,9% de les infermeres apliquen tractaments que consideren fútils per estricta obediència a l'ordre mèdic, condicionades per la por a represàlies legals (51,7%) i la pressió emocional de les famílies (29,8%).

Aquesta interpretació és coherent amb els resultats aportats per Bakken et al. (2023), que descriuen com determinades dinàmiques organitzatives i la persistència d'un model assistencial predominantment orientat a la curació poden dificultar la detecció precoç de situacions de final de vida. Segons aquests autors, la fragmentació de l'atenció i la manca d'espais de deliberació compartida poden limitar la incorporació de diferents perspectives professionals en el procés de presa de decisions. Paral·lelament, altres estudis suggereixen que l'experiència professional i la sensibilitat ètica poden actuar com a factors que afavoreixen una valoració més crítica de les intervencions potencialment fútils. Així, Andi et al. (2025a) observen una associació entre nivells més elevats de maduresa ètica i una menor acceptació de la futilitat terapèutica, mentre que Vieira et al. (2025) indiquen que les infermeres amb una trajectòria professional més extensa mostren una major capacitat per identificar intervencions invasives percebudes com a poc beneficioses.

Finalment, la literatura revisada també apunta diverses estratègies susceptibles de contribuir a la prevenció de situacions d'obstinació terapèutica, com el reforç de la comunicació interdisciplinària i la participació activa de les infermeres en els processos deliberatius. A més, Pereira i Ribeiro (2023) situen la infermera com un àmbit privilegiat que, mitjançant l'empatia i l'escolta activa, ha d'orientar la cura cap al confort holístic per oposar-se a la futilitat. Aquesta transició és més efectiva quan es produeix una integració precoç de les cures pal·liatives; en aquest sentit, Díez-Concha et al. (2023) aporten una dada fonamental: la derivació anticipada a serveis especialitzats en pal·liatius redueix dràsticament l'agressivitat dels tractaments i l'ús innecessari de les UCI, garantint decisions alineades amb els drets i el benestar real del pacient.

6.2. Dinàmiques de poder i jerarquia

Els estudis analitzats suggereixen que la presa de decisions en situacions de final de vida continua estant condicionada per factors organitzatius i per les dinàmiques de relació existents entre els diferents professionals implicats en l'atenció. En aquest context, diverses investigacions assenyalen que les infermeres perceben limitacions en la seva participació efectiva en alguns processos deliberatius relacionats amb la limitació de l'esforç terapèutic o l'adequació de les intervencions al final de la vida.

Una de les qüestions identificades a la literatura és el reconeixement de l'aportació infermera dins dels sistemes d'informació clínica. L'estudi d'Hernández-Bello i Gasch-Gallén (2020), realitzat amb 140 pacients en fase terminal, posa de manifest que els registres elaborats per les infermeres constitueixen una font rellevant d'informació sobre l'evolució del pacient i sobre aspectes relacionats amb les seves necessitats i preferències. Tanmateix, els autors

suggereixen que aquesta informació no sempre té el mateix pes que altres fonts documentals en els processos de presa de decisions, fet que podria limitar la incorporació d'una visió més integral de la situació clínica. Un estudi multicèntric amb 378 professionals va mostrar que els aspectes psicològics i ètics són sistemàticament els pitjor valorats en tots els entorns assistencials analitzats, incloent-hi hospitals i residències. A partir d'aquests resultats, Guardia Mancilla et al. (2018) assenyalen la conveniència de trencar amb la visió jeràrquica i establir processos deliberatius on la infermera, mitjançant la seva sensibilitat moral, participi activament en la presa de decisions.

De manera similar, diversos estudis qualitatius descriuen que les infermeres poden experimentar tensions quan les decisions adoptades per l'equip assistencial no coincideixen amb la seva valoració de les necessitats del pacient o amb la seva percepció de l'adequació de determinades intervencions. Aquestes discrepàncies apareixen especialment en contextos d'alta complexitat clínica, on conflueixen expectatives familiars i criteris professionals diversos en un context d'incertesa en el pronòstic. Finalment, els estudis qualitatius de Palmryd et al. (2025) i Crump (2019) coincideixen a destacar la importància del reconeixement del paper de les infermeres en l'atenció al final de la vida. Les participants descriuen que la possibilitat de contribuir activament als processos de valoració i deliberació afavoreix una atenció més coherent amb les necessitats dels pacients i amb els objectius de confort propis d'aquesta etapa assistencial

6.3. Angoixa moral i tensions ètiques derivades de l'obstinació terapèutica

L'angoixa moral apareix de manera recurrent en la literatura revisada com una de les principals conseqüències associades a les situacions d'obstinació terapèutica. Aquest fenomen es produeix quan els professionals identifiquen una actuació que consideren èticament adequada, però perceben limitacions que els impedeixen actuar d'acord amb aquest criteri. Aquestes limitacions poden estar relacionades amb factors organitzatius, amb les dinàmiques de presa de decisions o amb condicionants propis del context assistencial (Andi et al. 2025b; Falcó-Peguerols et al. 2023). En aquest sentit, Olmstead i Dahnke (2016) assenyalen que determinades estructures jeràrquiques poden dificultar la resolució compartida dels conflictes relacionats amb tractaments considerats fútils.

Els resultats dels estudis analitzats suggereixen també que l'angoixa moral constitueix una experiència freqüent entre les professionals d'infermeria que treballen en entorns d'alta complexitat clínica. Lamiani et al. (2017), en l'entorn de les cures intensives, descriuen sentiments de frustració i impotència associats a la participació en decisions percebudes com a inadequades o poc beneficioses per al pacient, que poden arribar a generar un

distanciament emocional o l'abandonament de la professió. De manera similar, Colville et al. (2019), mitjançant l'aplicació de l'Escala d'Angoixa Moral Revisada a 171 professionals, identifiquen nivells elevats d'angoixa moral en unitats de crítics. Els mateixos autors observen puntuacions superiors entre les dones (74,1) respecte als homes (55,5), fet que suggereix la possible existència de diferències en la vivència o expressió del malestar moral, tot i que aquesta qüestió requereix una exploració més aprofundida.

Altres estudis apunten que l'angoixa moral no es relaciona exclusivament amb les decisions terapèutiques, sinó també amb la percepció de no poder oferir una atenció coherent amb les necessitats globals de la persona. En aquest sentit, Atli Ozbas et al. (2021) identifiquen la qualitat percebuda de les cures i les dificultats per proporcionar una atenció integral com a fonts significatives de malestar entre les infermeres oncològiques. De manera complementària, Victorino et al. (2025) subratllen que les infermeres que assumeixen un rol de defensa dels drets i interessos dels pacients (*health advocacy*) experimenten una angoixa moral més aguda quan veuen que les preferències de la persona atesa no han estat adequadament respectades.

Davant d'aquest escenari, l'educació i la formació es perfilen com l'eina principal per revertir aquesta dinàmica. Olmstead i Dahnke (2016) insisteixen en la necessitat d'establir processos de revisió eficaços que permetin un diàleg interdisciplinari real, allunyat de la imposició, on la veu de la infermera tingui un pes reconegut en el procés deliberatiu. La literatura suggereix que no n'hi ha prou amb la formació teòrica genèrica i que és necessari que el professional disposi d'eines per a la defensa activa i d'espais de comunicació, com les anomenades *Communication Excellence Rounds*, que segons indica Colville et al. (2019), ajuden a reduir el sofriment moral.

6.4. El rol humanitzador d'infermeria: de la teoria del final de vida pacífic a la prevenció de l'obstinació

L'evidència científica analitzada situa la pràctica infermera no només com una activitat assistencial, sinó com l'eix que garanteix la dignitat humana en el procés de morir, especialment mitjançant l'aplicació de la Teoria del Final de Vida Pacífic. Aquest enfocament complementa la perspectiva biomèdica tradicional i contribueix a ampliar la comprensió de les necessitats físiques, emocionals i relacionals que poden aparèixer en aquesta etapa.

Segons Hernández-García et al. (2022), la intervenció infermera en entorns altament complexos, com les unitats de cures intensives, és fonamental per transformar espais tecnificats en llocs de pau i acompanyament, ja que el personal d'infermeria actua com el

principal agent humanitzador, en prioritzar el confort emocional i la gestió de l'entorn al mateix nivell que l'estabilitat biològica. Des d'aquesta perspectiva, la prevenció de l'obstinació terapèutica no es limita únicament a la reconsideració de determinades intervencions mèdiques, sinó que també implica orientar les cures cap a objectius coherents amb la situació clínica i amb les preferències de la persona atesa.

La comunicació emergeix igualment com un element central en els estudis analitzats. Garrido et al. (2022) subratllen que el benestar integral del binomi pacient-família depèn directament d'un diàleg clar i honest per part de l'equip d'infermeria. En aquest sentit, la literatura suggereix que les dificultats comunicatives poden dificultar l'acceptació del procés de final de vida i afavorir la persistència de mesures terapèutiques percebudes com a desproporcionades. Per contra, facilitar la proximitat familiar no es considera una mera concessió humanitària, sinó una intervenció clínica d'alt impacte que ajuda a l'acceptació de la mort i redueix l'angoixa.

En conjunt, els resultats revisats permeten interpretar que la contribució infermera a la prevenció de l'obstinació terapèutica va més enllà de l'execució de procediments assistencials. La valoració integral de les necessitats de la persona, l'acompanyament emocional, la comunicació amb pacients i famílies i la participació en els processos deliberatius constitueixen elements que poden afavorir una atenció més ajustada als objectius de confort i qualitat de vida propis del final de vida. Així, la integració de la Teoria del Final de Vida Pacífic en la pràctica diària dota les infermeres de les eines ètiques necessàries per liderar la transició de la cura curativa a la pal·liativa. El lideratge infermer en la gestió del confort i la proximitat familiar actuarà, llavors, com un dic de contenció contra l'obstinació, assegurant que el final de la vida sigui un procés humanitzat, digne i, per sobre de tot, pacífic.

7. LIMITACIONS

Aquest treball presenta algunes limitacions que cal tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats obtinguts. En primer lloc, l'accés restringit a determinades publicacions científiques va limitar la consulta d'alguns estudis potencialment rellevants, fet que podria haver condicionat parcialment la literatura finalment inclosa en la revisió.

En segon lloc, la naturalesa sistematitzada de la revisió implica que les conclusions s'han d'interpretar des d'una perspectiva descriptiva i integradora, més que no pas com una síntesi definitiva de l'evidència disponible.

Una altra limitació rellevant és l'heterogeneïtat dels estudis inclosos, tant pel que fa als dissenys metodològics com als contextos assistencials analitzats i a les característiques de les mostres, aspectes que han limitat la possibilitat d'establir conclusions generalitzables a tots els entorns clínics.

Malgrat aquestes limitacions, la revisió permet oferir una visió global de l'obstinació terapèutica des de la pràctica infermera. El procés ha reforçat la importància de continuar impulsant estudis que donin veu a les infermeres i que permetin aprofundir en el seu paper davant situacions clíniques complexes.

8. CONCLUSIONS

Aquesta revisió té com a finalitat visibilitzar l'impacte de l'obstinació terapèutica en el col·lectiu infermer i aportar una base teòrica que orienti la pràctica assistencial cap a models més humanistes i alineats amb els valors professionals. L'obstinació terapèutica és un fenomen complex en què convergeixen factors ètics i emocionals, amb repercussions directes en la qualitat de l'atenció i en el benestar dels professionals. En aquest context, la infermeria es configura com una figura clau, sovint poc reconeguda, per identificar situacions en què els tractaments deixen de ser beneficiosos.

Pel que fa al primer objectiu, la literatura identifica diverses situacions clíniques en què l'obstinació terapèutica és descrita amb major freqüència, entre les quals destaquen determinades intervencions diagnòstiques i terapèutiques aplicades en pacients amb escasses possibilitats de recuperació, com l'administració de fàrmacs, ventilació mecànica invasiva o teràpia de reemplaçament renal. Aquestes situacions són especialment freqüents en unitats de crítics i en contextos de final de vida marcats per la incertesa pronòstica. La proximitat de les infermeres amb els pacients els permet conèixer profundament els seus valors i necessitats, fet que les situa en una posició privilegiada per detectar pràctiques fútils i aportar una mirada integral en els processos deliberatius.

En relació amb el segon objectiu, els resultats revisats indiquen que l'obstinació terapèutica s'associa sovint a experiències d'angoixa moral entre les professionals d'infermeria. Aquest malestar apareix especialment quan existeixen discrepàncies entre la valoració professional de les necessitats del pacient i les decisions adoptades en l'entorn assistencial, així com en situacions en què les infermeres perceben limitacions per participar activament en els processos deliberatius. Les conseqüències descrites inclouen frustració, desgast emocional i afectació del benestar professional.

Pel que fa al tercer objectiu, la literatura suggereix que les dinàmiques de relació entre professionals, juntament amb factors organitzatius i culturals propis dels centres assistencials, poden influir en la manera com es desenvolupen els processos de presa de decisions al final de la vida. Diversos estudis coincideixen a assenyalar la importància de promoure espais de deliberació compartida que facilitin la integració de les diferents perspectives professionals i afavoreixin una valoració més global de les necessitats dels pacients.

Finalment, en relació amb les estratègies de prevenció, els estudis revisats destaquen el potencial de la formació en bioètica, la millora de les habilitats comunicatives, la participació interdisciplinària i la incorporació precoç de les cures pal·liatives com a elements que poden

contribuir a reduir situacions d'obstinació terapèutica i a millorar la qualitat de l'atenció al final de la vida. Estratègies com les rondes multidisciplinàries i el reconeixement de l'autonomia professional s'apunten també com a elements essencials per prevenir conflictes ètics i millorar la qualitat assistencial.

En definitiva, entenem que aquest treball constata que posar en valor la mirada infermera és imprescindible per millorar la presa de decisions ètiques i promoure una atenció centrada en la persona. L'art de cuidar transcendeix la tècnica i aporta una dimensió humana indispensable en moments de vulnerabilitat. Integrar plenament aquesta perspectiva en els equips assistencials enriqueix les decisions clíniques i garanteix una atenció més justa i humana. Quan la tecnologia ja no pot curar, és l'acte de cuidar el que continua donant sentit i dignitat a l'atenció.

9. BIBLIOGRAFIA

Ahmad, A. M., Bani-Issa, W., i Refaat, F. (2024). Factors contributing to moral distress among intensive care nurses: A scoping review [version 2; peer review: 3 approved]. *F1000Research*, 11, 1574. <https://doi.org/10.12688/f1000research.127120.2>

Andi, S., Akcoba, S., Gungor, S., Gider, N. Y., Tosun, B., i Dirgar, E. (2025). Evaluation of the Relationship Between Nurses' Attitudes Towards Futile Treatments and Their Ethical Attitudes: A Cross-Sectional and Analytical Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(2), e70035. <https://doi.org/10.1111/scs.70035>

Atli Özbaş, A., Kovanci, M. S., i Köken, A. H. (2021). Moral distress in oncology nurses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 54, 102038. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102038>

Bacoanu, G., Poroach, V., Aniței, M.-G., Poroach, M., Froicu, E. M., Pascu, A. M., i Ioan, B. G. (2024). Therapeutic obstinacy in end-of-life care-A perspective of healthcare professionals from Romania. *Healthcare*, 12(16), 1593. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161593>

Bakken, J., Wallgren, G. C., Furnes, B., Kørner, H., i Ueland, V. (2023). Organizational structures influencing timely recognition and acknowledgment of end-of-life in hospitals - A qualitative study of nurses' and doctors' experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 67, 102420. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102420>

Cilla Intxaurreaga, A., i Martínez Martín, M. L. (2018). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 25(3), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003>

Colville, G. A., Dawson, D., Rabinthiran, S., Chaudry-Daley, Z., i Perkins-Porras, L. (2019). A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(3), 196–203. <https://doi.org/10.1177/1751143718787753>

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2013). *Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya*. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/1445cc06-a01f-4d80-8e83-e334815a5767>

Consejo General de Enfermería. (2026). *Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española* 2026. https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Codigo_deontologico_CGE_2026.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de ética del CIE para las enfermeras*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Constitució Espanyola. (1978). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 311, de 29 de desembre de 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))

Crump, B. (2019). Patient dignity: Exploring oncology nurses' perceptions during end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(3), E46–E51. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E46-E51>

Decret 175/2002, de 25 de juny, pel qual es regula el Registre de voluntats anticipades. (2002). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 3666, de 28 de juny de 2002. <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2002/06/25/175>

Díez-Concha, J. F., Gómez-García, D. M., Agudelo, J. A., i Lizarazo Herrera, E. A. (2023). Assessing the impact of palliative care admission of end-of-life cancer adults. *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231198545. <https://doi.org/10.1177/26323524231198545>

Falcó-Pegueroles, A., Bosch-Alcaraz, A., Terzoni, S., Fanari, F., Viola, E., Via-Clavero, G., Hoyo, S. G., Parini, A. M., Poveda-Moral, S., Parozzi, M., Guàrdia-Olmos, J., i Bonetti, L. (2023). COVID-19 pandemic experiences, ethical conflict and decision-making process in critical care professionals (Quali-Ethics-COVID-19 research part 1): An international qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5185–5200. <https://doi.org/10.1111/jocn.16633>

Fernández-Guerra, A. B., i Calero-Pla, I. (2024). Cáncer de mama con metástasis cutánea: caso clínico y cuestionamiento ético. *Gerokomos*, 35(1), 67-70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000100012

Floriani, C. A. (2021). Consideraciones bioéticas sobre los modelos de asistencia al fin de la vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), e00264320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00264320>

Garrido, G. L., Silva, R. M., Oliveira, A. C. S., i Santos, M. A. (2022). Cuidados paliativos y comunicación: una reflexión a la luz de la teoría del final de vida pacífico. *Cogitare Enfermagem*, 27, e82038. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82038>

Generalitat de Catalunya. (2019, 8 d'agost). ACORD GOV/120/2019, de 3 de setembre, pel qual es crea l'Observatori de la Mort. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, (7954, 5.9.2019), CVE-DOGC-A-19247003-2019. <https://dogc.gencat.cat/ca/document-del->

dogc/?documentId=856915

Generalitat de Catalunya. (s. f.). *Document de voluntats anticipades*. Canal Salut. Recuperat el 22 d'abril de 2026, de <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades/index.html>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2014). *Recomanacions davant el rebuig de les persones malaltes al tractament o a l'atenció*. Canal Salut. [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents tematica/recomanacions davant_rebuig.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/recomanacions_davant_rebuig.pdf)

Guardia Mancilla, P., Montoya-Juarez, R., Marti-Garcia, C., Herrero Hahn, R., Garcia Caro, M. P., i Cruz Quintana, F. (2018). Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos [Perceptions of health care professionals about end-of-life care, obstacles and ethical dilemmas in hospitals, primary care and nursing homes.]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 35–46. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0170>

Hanna Ruz, V. (2021). Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? [Therapeutic effort limit, when do we stop?]. *Revista Chilena de Anestesia*, 50(1), 162-166. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50n01-15>

Hernández-García, A., Rodríguez-Gómez, S., Pérez-Martínez, Y., i González-López, L. (2022). La enfermera en los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos: una Teoría del Final de Vida Pacífico. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4822/892>

Hernández-Bello, E., i Gasch-Gallén, Á. (2020). Cuestiones éticas en los registros clínicos de un grupo de pacientes terminales ingresados en un hospital de tercer nivel. Carencias y mejoras [Ethical issues in the clinical records of a group of terminal patients admitted into a third level hospital. Lacks and improvements.]. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202005030. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32382000/>

Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lamiani, G., Setti, I., Barlascini, L., Vegni, E., i Argentero, P. (2017). Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians: Validation and Psychometric Properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised. *Critical Care Medicine*, 45(3), 430–437. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002187>

Llei 4/2017, del 9 de març, de drets i garanties de les persones en el procés de morir. (2017). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 7328, de 14 de març de 2017. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-7178>

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i deures en matèria d'informació i documentació clínica. (2002). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 274, de 15 de novembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>

Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. (2021). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 72, de 25 de març de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

Olmstead, J. A., i Dahnke, M. D. (2016). The Need for an Effective Process to Resolve Conflicts Over Medical Futility: A Case Study and Analysis. *Critical Care Nurse*, 36(6), 13–23. <https://doi.org/10.4037/ccn2016472>

Palmryd, L., Rejnö, Å., Alvariza, A., i Godskesen, T. (2025). Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. *Nursing Ethics*, 32(2), 424–436. <https://doi.org/10.1177/09697330241252975>

Pereira, R. A. M., i Ribeiro, P. C. P. S. V. (2023). Ways and means to comfort people at the end of life: How is the nurse a privileged player in this process? *Palliative Care and Social Practice*, 17, 1–15. <https://doi.org/10.1177/26323524231182730>

Poveda-Jara, I. J., Rodríguez-Plasencia, A., i Romero-Fernández, A. J. (2025). Obstinación terapéutica en el enfermo crítico: análisis de su efectividad y consideraciones bioéticas. *Salud y Vida*, 9(Núm. Esp. 2). <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i2.4738>

Real Academia Nacional de Medicina de España. (2025). Análisis de la adecuación del esfuerzo terapéutico y evaluación de los costes asociados. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España*, 142(01). https://analesranm.es/revista/2025/142_01/14201_org01

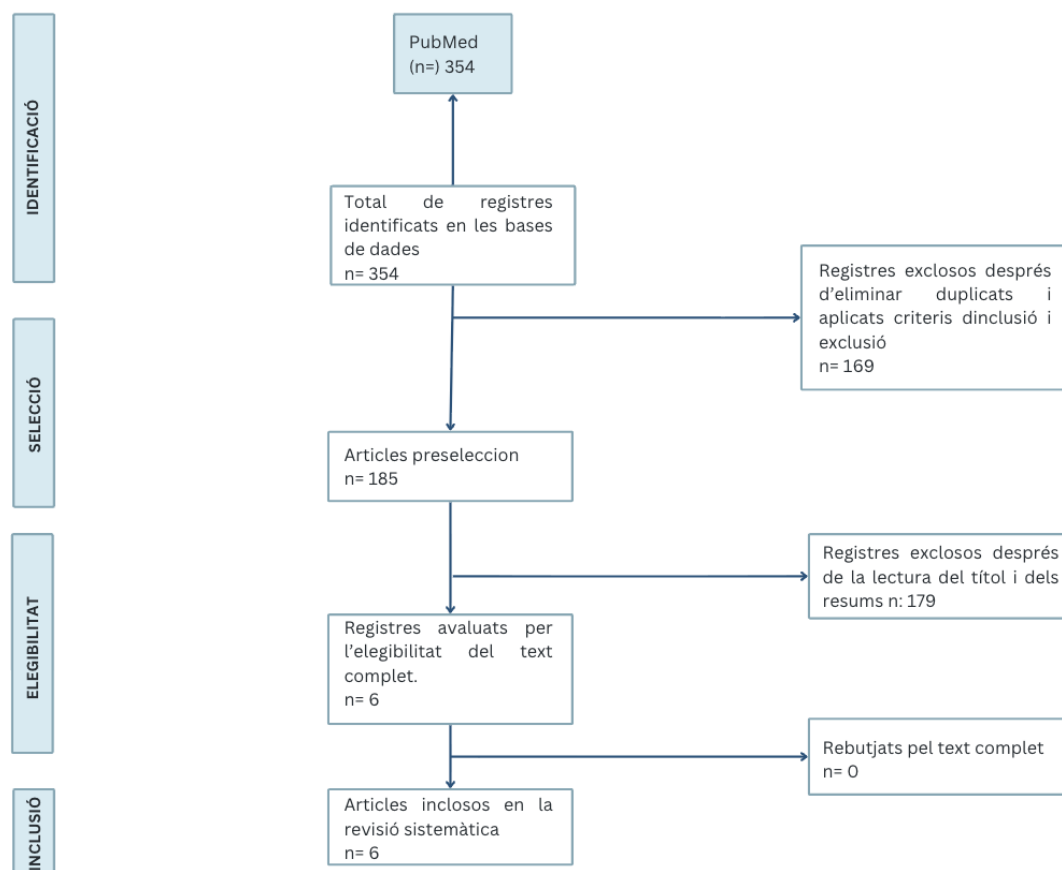
Ruland, C. M., i Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169–175. [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)

Sans i Sabrafen, J., i Abel i Fabre, F. (2005). Obstinació terapèutica. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 20(3), 68–72. https://ramc.cat/wp-content/uploads/2016/07/RAMC_2005_20_3.pdf

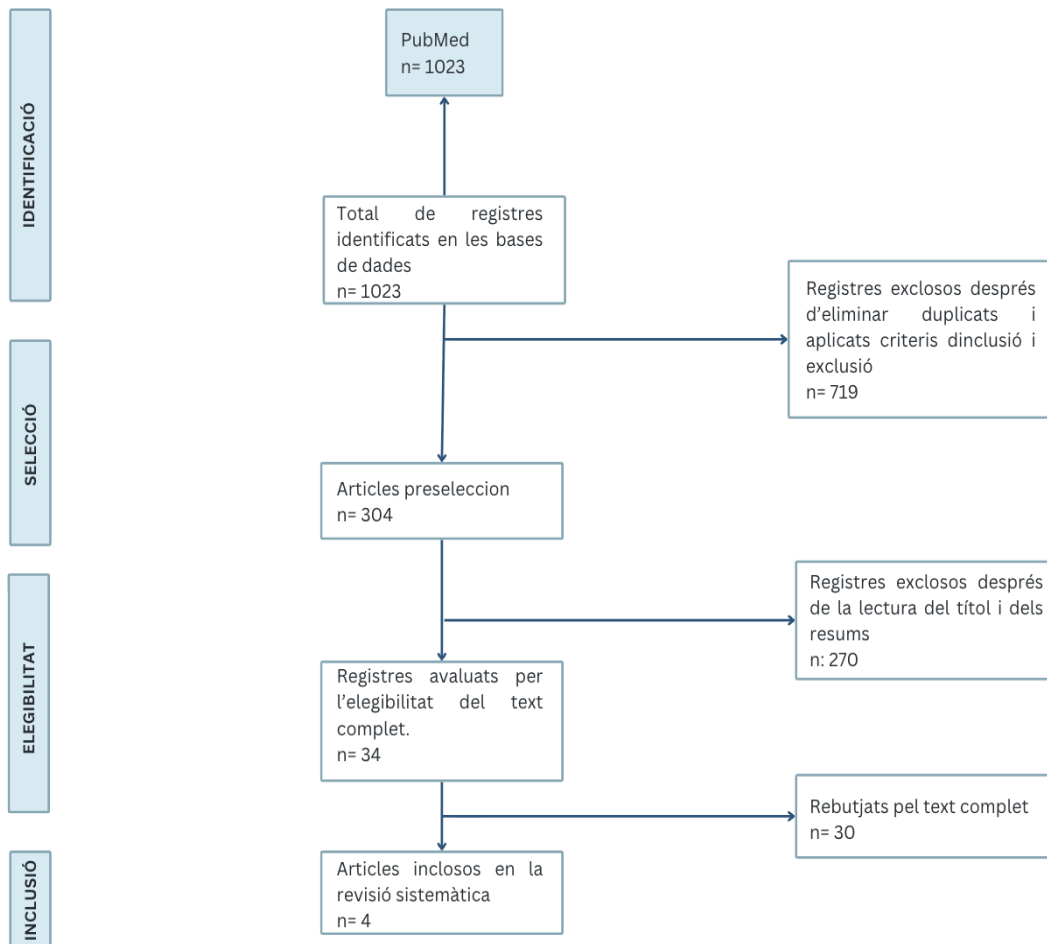
- Vargas Celis, I., i Concha Méndez, C. (2019). Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica: revisión de literatura. *Aquichan*, 19(1), e1913. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.3>
- Victorino, J. P., de Brito, E. S., Westin, U. M., Vargas, M. A. O., Mendes, K. D. S., i Ventura, C. A. A. (2025). Health advocacy and moral distress among nurses in organ transplant units. *Nursing Ethics*, 32(3), 994–1003. <https://doi.org/10.1177/09697330241295368>
- Vieira, J. V., Deodato, S., i Mendes, F. (2022). Therapeutic Futility in Nursing: A Focus Group. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1177/23779608221134768>
- Vieira, J. V., Oliveira, H., Deodato, S., i Mendes, F. (2025). Futile therapeutic nursing interventions in adult intensive care: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 32(5), 1458–1476. <https://doi.org/10.1177/09697330241277988>
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. National League for Nursing. <https://doi.org/10.1177/08943184890020031>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado. <http://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf>

ANNEX

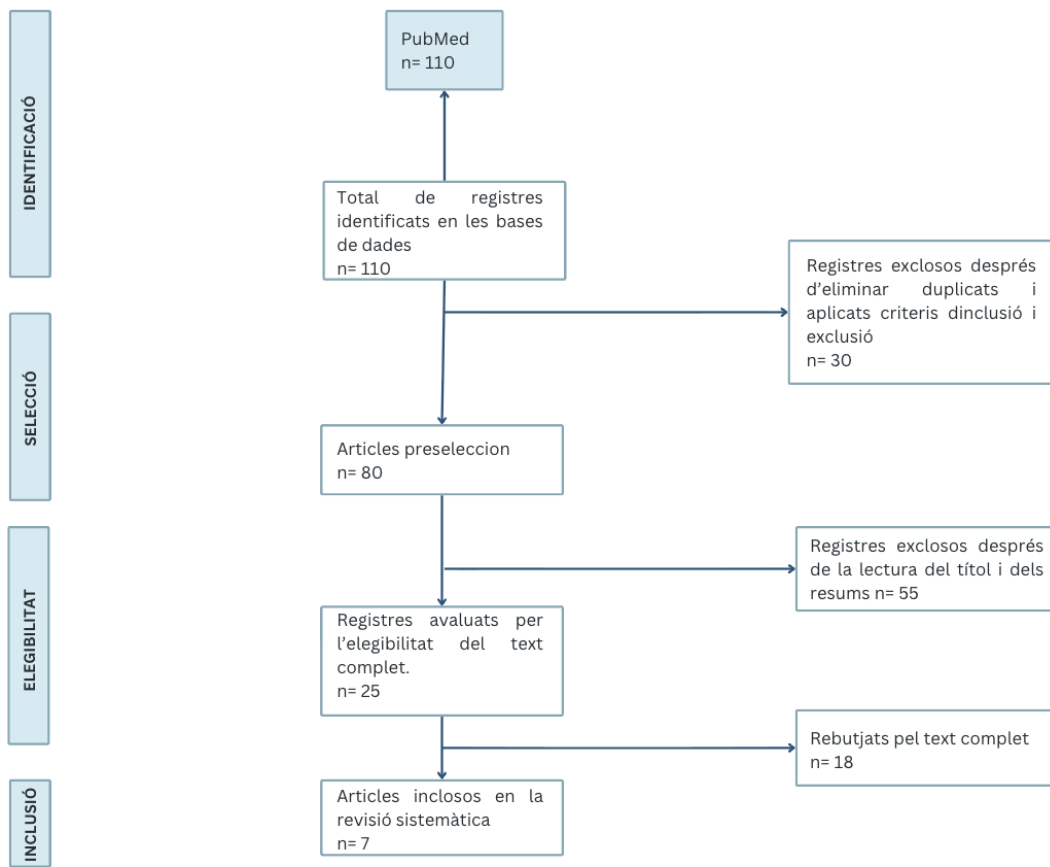
Annex 1: Diagrama de flux dimensió obstinació terapèutica



Annex 2: Diagrama de flux dimensió ètica



Annex 3: Diagrama de flux dimensió angoixa moral



Annex 4: Diagrama de flux dimensió teoria final de vida

