



Limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes terminales: Artículo de Revisión

Limitation of therapeutic efforts in terminal patients: Review Article

Limitação de esforços terapêuticos em pacientes terminais: Artigo de Revisão

Carol Cecibel Cevallos Carreño ^I

ccevallos9111@utm.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-5257-1356>

Ingebord Josephine Veliz Zevallos ^{II}

ingebord.veliz@utm.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-7693-6604>

Correspondencia: ccevallos9111@utm.edu.ec

Ciencias de la Salud

Artículo de Revisión

* **Recibido:** 23 de junio de 2022 * **Aceptado:** 12 de julio de 2022 * **Publicado:** 18 de agosto de 2022

- I. Egresada de la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, Investigadora Independiente, Manabí, Portoviejo, Ecuador.
- II. Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Departamento Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

Resumen

Los pacientes terminales merecen transitar sus últimos momentos de vida recibiendo todo el apoyo que le genere confort y no prolongue agonía. Es objetivo de este artículo de revisión, analizar la evidencia bibliográfica disponible sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente terminal y las principales medidas terapéuticas limitadas o adecuadas. El método de obtención de información es a través de búsquedas bibliográficas en bases de datos de Ciencias de la Salud: Elsevier, Scielo, Pubmed, además de otras revistas médicas, de enfermería y repositorios bibliotecarios universitarios en Google Academic. Los criterios de selección fueron documentos nacionales/internacionales con resumen y disposición completa del texto gratuito, publicados en los últimos 5 años (entre el 2018-2022), en inglés y/o español. Se preseleccionaron 82 documentos similares con el tema de estudio y tras lectura exhaustiva, se utilizaron 28. La información se organizó en 3 categorías: Principales medidas de limitación o adecuación en el esfuerzo terapéutico a pacientes terminales, Limitación de Esfuerzo Terapéutico desde el punto de vista bioético, Experiencia y nivel de conocimientos del Personal de Salud aplicando la Limitación de Esfuerzo Terapéutico. Se concluye que las principales medidas aplicadas son la orden de no iniciar reanimación cardiopulmonar y retirada de ventilación mecánica. Los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia son los más vulnerados. Las principales dificultades en los cuidados al final de la vida en UCI son dificultades académico-culturales, dificultades estructurales-arquitectónicas y las psicoemocionales. El nivel de conocimientos de profesionales sanitarios sobre la aplicación protocolizada de la LET es insuficiente.

Palabras Clave: Limitación de esfuerzo terapéutico; paciente terminal; bioética; personal de salud.

Abstract

Terminal patients deserve to go through their last moments of life receiving all the support that generates comfort and does not prolong agony. The objective of this review article is to analyze the available bibliographic evidence on the limitation of therapeutic effort in terminally ill patients and the main limited or adequate therapeutic measures. The method of obtaining information is through bibliographic searches in Health Sciences databases: Elsevier, Scielo, Pubmed, in addition to other medical and nursing journals and university library repositories in Google Academic. The selection criteria were national/international documents with a summary and full availability of the

free text, published in the last 5 years (between 2018-2022), in English and/or Spanish. 82 similar documents with the subject of study were preselected and after exhaustive reading, 28 were used. The information was organized into 3 categories: Main measures of limitation or adaptation in the therapeutic effort to terminal patients, Limitation of Therapeutic Effort from the point of view bioethics, Experience and level of knowledge of Health Personnel applying the Limitation of Therapeutic Effort. It is concluded that the main measures applied are the order not to start cardiopulmonary resuscitation and withdrawal of mechanical ventilation. The bioethical principles of autonomy, non-maleficence and beneficence are the most violated. The main difficulties in end-of-life care in the ICU are academic-cultural difficulties, structural-architectural difficulties, and psycho-emotional difficulties. The level of knowledge of health professionals about the protocolized application of LET is insufficient.

Keywords: Limitation of therapeutic effort; terminal patient; bioethics; health personnel.

Resumo

O paciente terminal merece passar por seus últimos momentos de vida recebendo todo o suporte que gere conforto e não prolongue a agonia. O objetivo deste artigo de revisão é analisar as evidências bibliográficas disponíveis sobre a limitação do esforço terapêutico em pacientes terminais e as principais medidas terapêuticas limitadas ou adequadas. O método de obtenção das informações é por meio de buscas bibliográficas nas bases de dados das Ciências da Saúde: Elsevier, Scielo, Pubmed, além de outras revistas médicas e de enfermagem e repositórios de bibliotecas universitárias no Google Academic. Os critérios de seleção foram documentos nacionais/internacionais com resumo e disponibilidade integral do texto livre, publicados nos últimos 5 anos (entre 2018-2022), em inglês e/ou espanhol. Foram pré-selecionados 82 documentos semelhantes com o objeto de estudo e após leitura exaustiva, foram utilizados 28. As informações foram organizadas em 3 categorias: Principais medidas de limitação ou adaptação no esforço terapêutico para pacientes terminais, Limitação do Esforço Terapêutico do ponto de vista bioética, Experiência e nível de conhecimento do Pessoal de Saúde aplicando a Limitação do Esforço Terapêutico. Conclui-se que as principais medidas aplicadas são a ordem de não iniciar a ressuscitação cardiopulmonar e a retirada da ventilação mecânica. Os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência e beneficência são os mais violados. As principais dificuldades no cuidado ao final da vida na UTI são dificuldades acadêmico-culturais, dificuldades estruturais-

arquitetônicas e dificuldades psicoemocionais. O nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a aplicação protocolizada da LET é insuficiente.

Palavras-chave: Limitação do esforço terapêutico; paciente terminal; bioética; pessoal de saúde.

Introducción

Los actuales avances médicos diagnósticos- terapéuticos, han permitido prolongar la expectativa de vida, al sanar más enfermedades y resolver situaciones de riesgo que antes solo eran solucionadas con el fallecimiento del paciente, sin embargo esto en otras ocasiones, ha llevado a prolongar estados críticos o de agonía previos a la muerte, causando sufrimiento al paciente y familiares, además del empleo en vano de recursos necesarios que podrían salvar la vida de otros pacientes con mejor pronóstico de vida. Desde el punto de vista ético, moralmente debemos aplicar todas aquellas medidas que sean requeridas sobre la posibilidad de curar, darle sobrevida o mejorar la calidad de vida al paciente, pero no prolongar el efecto de estas medidas cuando solo alargan el estado de agonía ante la muerte inevitable o un estado intacto de incomfort al paciente.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es definido en el contexto del médico ecuatoriano en la Guía Práctica de Cuidados Paliativos como: “la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medida/s cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica” (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Frente a las enfermedades recuperables, el mayor acento se encuentra en la acción de curar, mientras que, en las terminales, la acción de mayor importancia se realiza en los actos de aliviar y consolar. Esta es una real necesidad, que poco a poco toma fuerza en el acto médico cotidiano, pero que todavía posee puntos poco operativos. (Casas, 2017)

De acuerdo a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), un paciente se considera con enfermedad terminal al presentar una enfermedad avanzada, progresiva, incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; que genera gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y que tenga un pronóstico de vida inferior a 6 meses. (SECPAL, 2014)

Al aplicar la LET en un paciente terminal, no se está descuidando al mismo, sino que se aplican otros cuidados como los paliativos, que se enfocan en acompañar al paciente hasta el fin de su vida, reduciendo el sufrimiento del paciente y familiares, esperándose brindar confort previo al deceso.

Sin embargo, la poca equidad al aplicar la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) en profesionales de la salud es una de las problemáticas más importantes pues existen discordancias éticas y morales entre el personal, generando algunas veces inseguridad ética y jurídica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente 40 millones de personas requieren cuidados paliativos, de los cuales el 78% son de países de ingreso bajos o medianos. En la actualidad, mundialmente solo el 14% de todas las personas que necesitan ayuda paliativa les es recibido. Explica además que existe falta de formación sobre los cuidados paliativos de los profesionales de la salud es un obstáculo importante en los programas para mejoramiento del acceso a estos cuidados. (O.M.S., 2020)

Lo que genera mayor preocupación, pues aplicar los cuidados paliativos hasta el final de la vida conjunto con la LET de todo paciente terminal es el objetivo a lograr, para evitar la obstinación terapéutica y así el sufrimiento del paciente.

En el trabajo de postgrado de la Universidad Central del Ecuador titulado “Adecuación del esfuerzo terapéutico-prescripción del buen morir” se concluye: “La adecuación de esfuerzo terapéutico se trata de conceptos avalados por Ética y Bioética que pocos países han legalizado y llevado a la práctica, mientras en nuestro país no está claro el abordaje y la ejecución de este tema, quizás por las condiciones socio culturales y religiosas que determinan nuestra conducta.” (Montenegro, 2021)

Esto nos indica otro problema pues existen restrictivos al momento de aplicar la LET en los centros hospitalarios ecuatorianos.

Este estudio será útil para la comunidad académica ya que se cuenta con accesibilidad a fuentes bibliográficas actualizadas. Tras la revisión de varios estudios bibliográficos sobre la aplicación de la LET por parte del personal de salud ecuatoriano, se ha determinado que la información no es actualizada al respecto y es escasa, por lo que esta investigación da pie para que próximos autores estudien sobre este tema en nuestro país, lo que convierte a este artículo investigativo en novedoso. El objetivo de este artículo de revisión es analizar la evidencia bibliográfica disponible acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente terminal y las principales medidas terapéuticas que se limitan o adecúan en la atención a estos pacientes al final de su vida.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva documental, mediante una revisión sistemática, recopilando y analizando documentos científicos de bases de datos relacionados al tema de estudio.

Descriptorios y estrategia de búsqueda:

Para obtener la mayor cantidad de resultados bibliográficos relacionados posibles, se utilizaron tácticas de búsquedas independizadas, usando varios descriptorios con la referencia de la Limitación del esfuerzo terapéutico, siendo sinónimos u otras características relacionadas a este tipo de cuidado, como por ejemplo el retiro del soporte vital, además de otros filtros o palabras clave utilizadas como: adecuación de esfuerzos terapéuticos, pacientes terminales, cuidados al final de la vida. Usando pautas de investigaciones internacionales que disponen diversas bases de datos, en el buscador se utilizó el “AND” con el fin de sumar temas de búsqueda, y también el término “OR” para que el buscador considere términos semejantes en inglés, por ejemplo: limitación terapéutica and paciente terminal, Adequacy of therapeutic effort at the end of life, Limitation of therapeutic effort and terminal patient, Adequacy or Limitation of therapeutic effort. Otros documentos, aunque no mencionaran la LET específicamente en el tema, tras su análisis completo justificaban su utilización pues contestaban a los objetivos de este trabajo por lo que se los incluyó.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión bibliográfica de estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Documentos publicados en los últimos 5 años, (entre el intervalo de tiempo desde agosto de 2017 a julio de 2022)	Documentos publicados antes de agosto de 2017.
Con resumen y disposición completa del texto gratuito	Documentos de no presentación gratuita en internet.
En idioma inglés y/o español	En idiomas diferentes a inglés o español.
Documentos nacionales/internacionales	Documentos repetidos.

Los estudios se seleccionaron de diferentes plataformas digitales como PubMed, Scielo, Elseiver y Google Académico. Se preseleccionaron 82 documentos bibliográficas que contenían similitudes con el tema de estudio. Y tras lectura exhaustiva de los mismos, se seleccionaron 28. La información obtenida se organizó en 3 categorías: *Principales medidas de limitación o AET a pacientes terminales, LET desde el punto de vista bioético, Experiencia y nivel de conocimientos del Personal de Salud aplicando la LET.*

Análisis y discusión de los resultados

Tras la preselección, lectura exhaustiva de los documentos y aplicación de criterios de exclusión, selección de los documentos bibliográficos y clasificación de acuerdo a las tres categorías que engloban los objetivos buscados, se procedió a analizar y comparar los resultados alcanzados por los diferentes autores, mismos que son discutidos a continuación.

Principales medidas de limitación o adecuación en el esfuerzo terapéutico a pacientes terminales

Es más correcto hablar de adecuación que de limitación, no sólo por el sentido peyorativo que tiene este segundo término, en la idea de abandono o fin de la atención al enfermo, sino porque la AET comprende la exclusión o la inclusión de diferentes actuaciones, encaminadas a conseguir que la transición entre la vida y la muerte se lleve a cabo de la forma más adecuada y humanizada posible, ya sea dentro del entorno sanitario o en el domicilio del paciente. No obstante, la AET incluye lo que habitualmente se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es decir, no poner o retirar ciertos procedimientos, sobre todo técnicas o medidas de soporte vital, cuando el resultado de ello suele ser la muerte. Se limitan algunos procedimientos, pero el esfuerzo terapéutico no se reduce, sino que se reorienta para aplicar tratamientos y cuidados paliativos. Los pacientes que antes se desahuciaban, ahora se llaman pacientes terminales. (García et al, 2017)

En este contexto, los autores Castaño y Rivera (2021) indican que:

al realizar la revisión bibliográfica científica, sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) al final de la vida, podemos encontrar [...] la transformación de las dinámicas tradicionales para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el concepto de salud - enfermedad, así como los avances tecnológicos en salud, pues se pasa de un concepto restringido de “limitación del esfuerzo terapéutico” a una percepción más amplia de “adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)”, con el fin de orientarlo a otras áreas involucradas en el proceso de atención, como son la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico. (pp. 21)

Lo que nos deja clara la diferencia entre los dos conceptos en el ámbito de la práctica.

Las únicas medidas que nunca se suspenden e incluso a veces se intensifican, son las dirigidas al confort del paciente y/o al cumplimiento de los “*objetivos de cuidado*” definidos, como por ejemplo las destinadas al control del dolor o de otros síntomas molestos. (Bernadá y Notejane, 2022)

En el Hospital de la Serranía España se investigó a 51 pacientes oncológicos estadio IV fallecidos en el Servicio de Medicina Interna durante un periodo de dos años. Analizando edad, sexo, número de pruebas de laboratorio, número de pruebas radiológicas y si se realizó extracción de analítica de sangre en las últimas 48 horas de vida, y se concluyó que se realiza un número elevado de pruebas diagnósticas en los últimos días de vida de pacientes oncológicos en situación terminal. A pesar de que estas pruebas no son consideradas invasivas, generan molestias no necesarias que no ayudan al control de síntomas. En la LET debería incluirse la reducción del uso de pruebas diagnósticas que no solucionan la condición del paciente. (González et al, 2019)

Nogueira (2020), en su estudio expone que se identificó un perfil característico: edad avanzada, género predominantemente masculino, estado funcional previo grave, sepsis y fallo respiratorio como principal motivo de ingreso. En cuanto a los factores predictores no existe un consenso. Sin embargo, se obtiene una media de criterios superior a cuatro, demostrando que este tipo de decisiones se toman teniendo en cuenta más de un criterio. Y concluye que, a pesar de ser una práctica frecuente, no existe un acuerdo sobre los factores predictores para llevarla a cabo, [...]. (pp. 34)

Este estudio fija criterios muy certeros a los profesionales para considerar en pacientes terminales hospitalizados que ameritan la aplicación de la LET.

Un estudio realizado con 282 pacientes mayores de 18 años fallecidos en 15 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tras ingreso mínimo de 24 horas, se determinó que la mitad (47,6%) murieron tras la limitación de tratamiento de soporte vital. Las órdenes de retirada de medidas se tomaron en un tiempo significativamente inferior al de las órdenes de no reanimar y no escalar medidas. Estos presentaron una mayor estancia en UCI respecto a los que no tuvieron limitación de ningún tipo (15 vs. 11 días). (Girbau et al, 2017)

Lo que nos incita a pensar que aquellos pacientes a los que se les aplicó la LET, tuvieron más días de supervivencia, aunque no se especifica que con mayor calidad que a aquellos a los que no se les aplicaron las limitaciones.

En otro estudio se analizaron las historias clínicas de ocho UCI polivalentes públicas y privadas de Uruguay. Siendo 210 pacientes mayores de 18 años fallecidos en un período de seis meses consecutivos y se identificó LTSV en 63 (30%). El 75% de las decisiones consistió en la retirada de medidas terapéuticas. Los factores independientemente asociados a LTSV fueron: mayor edad, mayor estadía en UCI y limitación para las actividades de la vida diaria. El 70% de las directivas

LTSV fueron registradas en la historia clínica. Los soportes vitales más frecuentemente retirados fueron: nutrición parenteral (100%), vasopresores (79%), nutrición enteral (64%) y antimicrobianos (52%). La asistencia ventilatoria mecánica invasiva se retiró en el 33% de los casos, por lo que se concluyó que un tercio de los pacientes fallece con LTSV. Este tipo de decisiones se asocian a mala calidad de vida previa, mayor edad y mayor estadía en UCI, [...]. (Frache et al, 2018)

Por tanto, nos indican los autores que el 33.3% de las limitaciones terapéuticas de soporte vital aplicadas a pacientes fallecidos en UCI no son documentadas en las historias de los pacientes.

En otro estudio de revisión de informes de altas de pacientes pediátricos fallecidos en 8 UCIPs españolas entre 2011 y 2017 se estudiaron 337 fallecimientos, de los cuales 151 (50,7%) ocurrieron durante una decisión de LET, mientras que 114 (33,8%) fueron por reanimación cardiopulmonar indicada pero fallida (FRCP) y 52 (15,4%) por muerte cerebral. Los motivos más frecuentes de ingreso en los niños que luego fallecieron fueron cardíacos (32,6%) y respiratorios (22,6%). El 25,5% (86 casos) habían tenido ingresos previos, 253 (75.1%) padecían enfermedades crónicas y 78 (23,2%) presentaban al ingreso una discapacidad grave. La LET fue más frecuente en estos niños y en aquellos con cáncer. La LET consistió fundamentalmente en no iniciar la RCP en caso de parada cardíaca (45%), retirada de la ventilación mecánica (31.6%) y retirada de fármacos vasoactivos (21.6%). (Agra y miembros del grupo de trabajo de MOMUCIP RETROSPECTIVO, 2019)

Es recomendable también aplicar LET en casos más específicos de pacientes con condiciones patológicas congénitas que implican deterioros más acentuados y progresivos como lo dice la pediatra Rocío De Ambrosio (2022) que concluye en su estudio que en general:

La expectativa de vida en aquellos pacientes con trisomías de los pares 13 y 18, se encuentra condicionada por los cuidados médicos provistos por el personal de salud (particularmente al momento del nacimiento), y a su vez, estos se ven supeditados al pobre pronóstico que se asocian a estos síndromes. Es apropiado limitar el uso de los cuidados intensivos cuando estos se asocian a prolongar la agonía y sufrimiento, sin la posibilidad de un beneficio razonable para el paciente. (pp. 34)

I. Limitación de Esfuerzos Terapéuticos desde el punto de vista bioético

Para la correcta aplicación de la LET o AET en los pacientes terminales adultos, es necesario fundamentar estas medidas bajo los protocolos éticos - médicos establecidos en cada centro hospitalario y basándose en los principios bioéticos, de manera que el paciente, aunque no pueda recuperar su salud, pueda encaminarse hacia su estado de deceso sin experimentar agonía prolongada.

A nivel mundial, existe información científica suficiente sobre LET en recién nacidos; incluso en países como Holanda, Reino Unido, Estados Unidos de Norteamérica ya existe una regulación respecto al manejo de fin de vida de los recién nacido; asimismo, cuentan con guías para la toma de decisiones. Con base en su legislación y cultura, cada país trata el tema desde diferentes aristas. (Ruiz, 2019)

En el artículo “Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España” se concluye que:

La falta de equidad en relación a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico por los profesionales sanitarios es una problemática relevante entre las diferentes comunidades españolas donde está vigente una ley de muerte digna, ya que se dan diferencias significativas tanto a nivel de conceptos como a nivel de deberes. Recomendamos revisar tales conceptos e incluir ambos términos bien definidos y con unas condiciones de aplicación suficientemente claras en la legislación al respecto. (Galán y Postigo, 2020)

Sin embargo, la protocolización ética sobre la aplicación de la AET española a pacientes terminales, sigue regularizándose.

Por otra parte, en países más cercanos como Colombia, “la legislación reciente sobre decisiones al final de la vida incluye sedación paliativa, directivas anticipadas y eutanasia” (Luna et al, 2021).

En Ecuador la aplicación de los Cuidados Paliativos y de la LET se encuentran establecidos en la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del MSP, que “contribuirá para proveer información práctica y de fácil lectura que capacite tanto a los profesionales de la salud como a los familiares de personas que presentan una enfermedad incurable avanzada y de pronóstico de vida limitado, acerca de los cuidados paliativos para que tengan mejores condiciones, aliviando sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.” Acuerdo Ministerial 4862, del 7 de mayo del 2014. (M.S.P., 2014)

Sin embargo, basados en la lectura y resultados de varias bibliografías nacionales, se demuestra que, aunque se dispongan de estas guías protocolizadas para aplicar adecuada LET, estas no están

actualizadas, ni son de fácil disposición, resultan no estar a conocimiento de la mayoría de profesionales de la salud y por lo tanto al aplicarla, no en todos los casos genera confiabilidad ética. Un estudio que certifica la realidad que se vive en nuestro país sobre la LET, se encuentra en la revista ecuatoriana Metrociencia titulada “Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir”, concluyó:

La adecuación de esfuerzo terapéutico se trata de conceptos avalados por Ética y Bioética que pocos países han legalizado y llevado a la práctica, mientras en nuestro país no está claro el abordaje y la ejecución de este tema, quizás por las condiciones socio culturales y religiosas que determinan nuestra conducta. (Montenegro y Maldonado, 2021)

La medicina moderna, altamente tecnificada, compromete actitudes y valores que trascienden con mucho lo meramente clínico; la adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena práctica clínica, obliga a reflexionar sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo, [...]. (Betancourt et al, 2018)

Se puede sostener que la LET constituye una buena práctica clínica desde el punto de vista ético, técnico y jurídico. Esta calidad exige la elaboración de actuaciones: establecer protocolos que regulen la práctica clínica para así, disminuir la variabilidad, disponer de un registro apropiado para la LET y establecer indicadores adecuados para medir la calidad. (Muro y Alberdi, 2015)

Por otra parte, al aplicar la LET en el área neonatal, la Dra. Hilda Ruiz (2019), describe:

La decisión de LET en neonatología se debe tomar de manera conjunta con un equipo interdisciplinario integrado por el médico neonatólogo, enfermeras especialistas en el manejo de recién nacidos, trabajadores sociales, psicólogos, tanatólogos y el comité de bioética del hospital. En el caso de no llegar a un acuerdo entre padres y equipo médico para decidir el mejor tratamiento para el recién nacido, se debe considerar sesionar nuevamente el caso con el comité de bioética del hospital o pedir apoyo a un comité externo. La decisión de LET nunca debe ser tomada de manera individual por el médico tratante, o por el médico tratante y los padres del menor, ya que esta decisión estaría sujeta a subjetividad y errores, [...]. Los dos mayores problemas éticos que la literatura toma en cuenta son: por un lado, si se inicia el apoyo de soporte vital en todos los pacientes, independientemente de las condiciones al nacimiento, como puede ser la edad gestacional y por el otro lado, cuando el paciente ya cuenta con un soporte vital, pero presenta un pronóstico adverso con mala calidad de vida, surge el problema de decidir si este soporte puede, o no, ser retirado. El equipo médico que enfrenta la decisión de LET debe ponderar los principios

bioéticos de Beneficencia y No Maleficencia para el paciente, siempre con una evaluación del riesgo-beneficio, así como el Principio de Proporcionalidad Terapéutica que ayuda a evitar el ensañamiento terapéutico en pacientes terminales. (pp. 52)

El autor colombiano Castaño García (2021), a manera de conclusión indica en su estudio:

Los usuarios del sistema general de seguridad social, tienen el amparo constitucional y legal, para hacer valer la toma de decisiones compartida al final de la vida, pero que, por falta de conocimiento de las mismas, se ven vulnerados en algunas ocasiones, bien sea por la entidad de aseguramiento, la red de prestadores y/o los profesionales tratantes. (pp. 21)

Experiencia y nivel de conocimientos del Personal de Salud aplicando la Limitación de Esfuerzos Terapéuticos

La experiencia de médicos, enfermeras e internistas en las salas hospitalarias aplicando la LET en pacientes al final de sus días, engloba varios criterios a discusión como la bioética, los conocimientos al respecto que poseen los profesionales, las propias limitaciones de los centros hospitalarios en cuanto a reglamentos, infraestructura e insumos.

En el artículo “Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico” se encuestaron 124 profesionales médicos del hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo Cuba. La mayoría de los encuestados (77%) que conocían el término de limitación del esfuerzo terapéutico. El 24,2% no están a favor de la aplicación dicho procedimiento. La aplicación de la encuesta fue útil para evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre un aspecto medular en la atención sanitaria del hospital como es la limitación del esfuerzo terapéutico, demostrándose que tiene limitaciones importantes. La escala demostró que un número reducido de médicos tienen conocimiento adecuado sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. El coeficiente Alfa de Cronbach mostró adecuada confiabilidad del instrumento empleado, haciendo confiable nuestros resultados. (Bárzaga et al, 2019)

La realidad que describen los médicos en Cuba sobre la aplicación de la LET es preocupante pues manifiestan:

El contexto constituyente que vive el país resulta ideal para sentar las bases legales que respalden la necesidad de médicos, pacientes y familiares de evitar el empleo desproporcionado de medidas terapéuticas fútiles en el momento final de la existencia humana. Existe en la literatura nacional un movimiento favorable respecto a esa práctica médica; pero la principal debilidad en el país es la

falta de un marco legal que condene la distansia y reconozca la limitación del esfuerzo terapéutico como la medida que la evita. (Montero et al, 2021)

Varias bibliografías denotan que el rol del personal de enfermería en la toma de decisiones y la forma de aplicar la LET a los pacientes terminales sigue estando subestimado. Así por ejemplo un documento bibliográfico publicado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Coruña España, titulado “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes oncológicos” resalta que:

[...] La creación de guías de práctica clínica ante la LET que incluyan el papel de la enfermería como parte esencial del equipo multidisciplinar ayudará al establecimiento de un rol más concreto durante el proceso de la LET. El paciente es lo primero. Garantizar una muerte digna y en paz es la base de la LET. Existen aspectos a perfeccionar que podrían solventarse mejorando la formación y estableciendo una posible propuesta de especialización en cuidados paliativos también para los profesionales de enfermería, ya que ponen en práctica el mayor porcentaje del proceso. (Veiga y Rocha, 2020)

En otro estudio los autores tras la revisión de 39 artículos, constatan la baja participación de enfermería en la toma de decisiones de AET, LET y LTSV, siendo recomendable la participación de la misma en la toma de decisiones al final de la vida, lo que aporta una visión holística del paciente orientado a los cuidados, [...]. Es necesario que los profesionales adquieran competencias en comunicación y en los ámbitos de la ética y los cuidados al final de la vida, que les permiten, adecuar una atención de calidad en estos momentos. (Pérez y García, 2021)

Por otro lado, los internistas también han sido evaluados y en el estudio “Limitación de esfuerzo terapéutico en Medicina Interna” de García (2021), tras estudio de:

Pacientes fallecidos en salas de medicina interna de 4 centros hospitalarios en Madrid, además de realizar una encuesta de conocimientos a 4 internistas, concluye que la mayoría de los internistas no conoce bien la LET y, aunque reconocen tener una escasa formación, consideran que la atención que prestan en estos pacientes es buena. No obstante, reconocen conflictos en su aplicación. Existe un déficit en la formación de los internistas tanto en bioética como en cuidados paliativos, por lo que sería recomendable mejorarla, tanto en aspectos técnicos, como éticos y en habilidades de comunicación, para identificar y tratar mejor a los pacientes, algo que se ha vuelto de especial importancia en el actual contexto legislativo y de pandemia. (pp. 6)

Otro importante estudio basado en entrevistas a 28 oncólogos, médicos generales y enfermeras de tres importantes instituciones colombianas, se obtuvo como resultado que al tomar decisiones con respecto a la atención al final de la vida, los profesionales consideran:

1. La condición clínica del paciente, el contexto cultural y social, en particular, el tratamiento de pacientes indígenas requiere habilidades especiales.

2. Habilidades y experiencia profesional: formación en cuidados paliativos y experiencia en la discusión de opciones al final de la vida y miedo a las consecuencias legales. Los médicos indican que muchos pacientes niegan su muerte inminente, lo que dificulta la toma de decisiones y las conversaciones compartidas. Mencionan ambigüedad frecuente sobre quién inicia las conversaciones sobre las decisiones del final de la vida con los pacientes y quién finalmente toma las decisiones. Los pacientes rara vez inician este tipo de conversaciones y los profesionales normalmente no preguntan directamente a los pacientes sus preferencias. [...] Las opiniones sobre la aceptabilidad de la sedación paliativa, la eutanasia y el uso de medicamentos para acelerar la muerte sin la petición expresa de los pacientes varían mucho.

3. Condiciones del sistema de aseguramiento: existen limitaciones en la oferta de servicios de oncología y cuidados paliativos para proporciones importantes de la población colombiana, [...]. (Luna et al. 2021)

En otro estudio donde se entrevistaron a 22 enfermeras con experiencia mínima de 1 año en UCI y tras el análisis de los datos se identificaron tres temas principales en relación a las dificultades durante los cuidados al final de la vida (CAV) en la UCI.

* Dificultades académico-culturales: El personal de enfermería percibe que, [...] la formación académica recibida, la cultura y los valores compartidos por los/las profesionales de UCI están orientados a la recuperación del paciente. El personal de enfermería narra cómo encuentran dificultades al tener que elegir los cuidados más adecuados en situaciones de terminalidad.

* Dificultades estructurales-arquitectónicas: Para el personal de enfermería existe una falta de adecuación de la UCI para cuidar a pacientes terminales al percibirla deshumanizada, junto a la falta de espacio y de intimidad

* Dificultades psicoemocionales: Los CAV suponen para el personal de enfermería adoptar cierto distanciamiento emocional o evitación como una de las principales estrategias de afrontamiento. De este modo se consigue limitar la implicación con el paciente y su familia. (Velarde et al, 2017)

Lo que rectifica las múltiples dificultades para poder brindar al paciente y su familia la mayor comodidad durante los últimos momentos de vida del paciente y proporcionar una muerte digna. Por último, uno de los estudios que genera más expectativa sobre la realidad actual que se vive ahora sobre este tema, es el titulado “Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI en pacientes COVID-19”, que sugiere:

En cuanto a las futuras líneas de investigación, se den acerca del tratamiento paliativo de los pacientes COVID-19 y la correcta adecuación del esfuerzo terapéutico en estos pacientes. Por otro lado, la situación pandémica actual ha dejado ver la ausencia de profesionales especializados tanto en el cuidado del paciente crítico como en el cuidado paliativo, por lo que sería recomendable facilitar la especialización en estos ámbitos, ya que, por un lado, el paciente crítico es complejo y requiere amplios conocimientos para su cuidado óptimo y, por otro lado, el proceso de muerte es inevitable y requiere unos cuidados especializados. (Altuna, 2021)

Conclusiones

Luego de ejecutados los análisis comparativos de las diferentes bibliografías dentro de las categorías establecidas que engloban los objetivos de esta investigación, podemos determinar las siguientes conclusiones:

- Las principales medidas de LET o AET a pacientes terminales fueron:
 - ✓ En adultos: órdenes de no reanimar y no escalar medidas y retirar nutrición parenteral, vasopresores, nutrición enteral, antimicrobianos y la asistencia ventilatoria mecánica invasiva.
 - ✓ En neonatos y pediátricos: no iniciar la RCP en caso de parada cardíaca, retirada de la ventilación mecánica y retirada de fármacos vasoactivos.
- La LET desde el punto de vista bioético:
 - ✓ Los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia y beneficencia son los más vulnerados en los pacientes terminales. Las regularizaciones en las aplicaciones éticas por parte de los sistemas de salud son deficientes.
- Experiencia del Personal de Salud aplicando la LET:
 - ✓ Al tomar decisiones con respecto a la atención al final de la vida, los profesionales consideran: La condición clínica del paciente, el contexto

cultural y social, formación en cuidados paliativos y experiencia en la discusión de opciones y miedo a las consecuencias legales.

- ✓ El rol de las enfermeras en el proceso de toma de decisiones al aplicar la LET es subestimado.
- ✓ Las dificultades en los cuidados al final de la vida en UCI son: dificultades académico-culturales, dificultades estructurales-arquitectónicas y dificultades psicoemocionales.
- ✓ La situación pandémica por COVID-19 actual ha dejado ver aún más la ausencia de profesionales especializados en el cuidado del paciente terminal.
- Nivel de conocimientos del Personal de Salud aplicando la LET:
 - ✓ El grado de conocimientos de los profesionales de salud sobre la aplicación protocolizada de la LET en los ámbitos ético-médico-práctico, es insuficiente en la mayoría de los centros hospitalarios estudiados y se menciona que esto genera conflictos en el personal.

Una de las primeras conclusiones a las que se llegó desde la recolección de datos, fue que los estudios sobre LET en Ecuador son escasos y desactualizados al igual que la información que aportan las guías del MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador).

Recomendaciones

- Es imperativo actualizar y regularizar la LET en todos los sistemas de salud nacional e internacional, en conjunto con adecuada capacitación del personal de salud implicado.

Los equipos médicos al afrontar la decisión de iniciar la LET deben priorizar los principios bioéticos de Autonomía, Beneficencia y No Maleficencia en el paciente, evaluando el riesgo-beneficio en cada caso.

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública. (2014). Cuidados Paliativos Guía de Práctica Clínica (GPC). [Archivo PDF].<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Cuidados%20paliativos%20FINAL.pdf>

2. Casas Martínez M.L. (diciembre de 2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. Revista BIOETHICS Update, 3(2), 137 - 151. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.09.002>
3. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). Guía de Cuidados Paliativos: Definición de enfermedad terminal. https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
4. Organización Mundial de la Salud. (05 de agosto de 2020). Cuidados paliativos: Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Montenegro Chamorro, C. D. (21 de agosto de 2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico-prescripción del buen morir [Tesis de posgrado, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24168/1/UCE-FCM-CPO-MONTENEGRO%20CARLOS.pdf>
6. García, A., Álvarez, E., Blanco, A., Carnero, J., Carriedo, D., Castro, M., Fernández, M., Ferradal, J., González, R., González, A., Montes, A., Orejas, A., Ramos, F., Regueras, L., y Comité de ética asistencial del área de salud de León. (2017). Documento sobre Adecuación del Esfuerzo Terapéutico [Archivo PDF]. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/experiencias.ficheros/1133891-DOCUMENTO+SOBRE+LA+ADECUACION+DEL+ESFUERZO+TERAPEUTICO.pdf>
7. Castaño, C., Peña, D. y Rivera, M. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida [Monografía de especialidad, Universidad CES de Medellín]. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5376/42689390_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Bernadá, M., y Notejane, M. (2022). Planificación avanzada del cuidado y adecuación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Fundamento y procedimiento. Revista Scielo Uruguay – Archivos de Pediatría del Uruguay, 93(1). <https://doi.org/10.31134/ap.93.1.18>

9. González, M., Amaya, M., Godoy, M., Ruz, A., Segura, C., y Ruiz, A. (2019). Obstinción diagnóstica en pacientes oncológicos hospitalizados en situación de últimos días. *Medicina paliativa*, 26(3), <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1066/2019>
10. Nogueira Vázquez, A. (2020). Características de los pacientes con adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) ingresados en unidades de cuidados intensivos. Identificación de factores predictivos: revisión bibliográfica. [Tesis de grado de Enfermería, Universidad de Coruña de España]. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27561/NogueiraVazquez_Ana_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
11. Girbau, M., Monedero, P., Centeno, C., y Grupo Español de Cuidados Al Final de la Vida En, U.C.I. (06 de diciembre de 2017). El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. *Scielo - Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(3), 339–349. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0026>
12. Frache, B., Moreira, E., Carámbula, A., Pan, C., Barbato, M., Alzugaray, P., y Burghi, G. (2018). Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. *La Revista médica del Uruguay*, 34(4), 5–25. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.4.1>
13. Agra Tuñas, M. C. y grupo de trabajo MOMUCIP RETROSPECTIVO. (2019). Modos de fallecimiento de los niños en Cuidados Intensivos en España. *Revista ScienceDirect - Anales de Pediatría*, 91(4), 228–236. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.016>
14. De Ambrosio R.S. (2022). Adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes con trisomías de los pares 13 y 18. *Revista Noticias Metropolitana de la Sociedad Argentina de pediatría región metropolitana*, 83 (1), 31-35. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_revista-metropol-83_1649427182.pdf#page=31
15. Ruiz Macías, H. (2019). Recomendaciones Bioéticas en el manejo de la limitación de Esfuerzo Terapéutico en Neonatología. [Tesis de maestría en bioética, Universidad

Panamericana de México]._https://scripta.up.edu.mx/bitstream/handle/20.500.12552/5420/198897.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Galán, J. y Postigo, S. (2020). Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 13 (1). 1-13. <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.002>
17. Luna, A., Godoy, N., Calvache, J., Díaz, E., Gempeler, F., Morales, O., Leal, F., Gómez, C., y De Vries, E. (2021). Decision making in the end-of-life care of patients who are terminally ill with cancer - a qualitative descriptive study with a phenomenological approach from the experience of healthcare workers. *Revista BMC Palliative Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00768-5>
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español) Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización - MSP. [Archivo PDF]. <http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>
19. Montenegro, C., y Maldonado, F. (30 de noviembre de 2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Revista Metrociencia*. 29(3) 9-15. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/9-15>
20. Betancourt, G., Betancourt, G., y Castro, N. (2018). La adecuación del esfuerzo terapéutico: ciencia, tecnología y sociedad. *Revista electrónica "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta"*, 43(4). http://www.revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1273/pdf_501
21. Muro, A., y Alberdi, R. (2015). Conflictos éticos en relación a la limitación del esfuerzo terapéutico. [Tesis de grado de enfermería, Universidad de las Islas Baleares de España]. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4155/Muro_Sanchez_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Bázquez, S., Estrada, C., Sánchez, H., y Berdú, Y. (2019). Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed. Revista Médica. Granma*.23 (1). 135-151. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1106/1454>
23. Montero, N., Busto, P., Hernández, C., Gutiérrez, J., y Benítez, M. (2021). Limitación del esfuerzo terapéutico "al final de la vida": una mirada desde la medicina cubana contemporánea. *Revista Cubana de Salud Pública*. 47(3) 1-10. <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/viewFile/1741/1721>
24. Veiga, E., y Rocha, L. (2020). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes oncológicos. [Tesis de grado de enfermería, Universidad de Coruña de España]. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27612/VeigaMartinez_Elena_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
25. Pérez, A., y García, A. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico en unidades de críticos. Una revisión bibliográfica narrativa. *Revista de Enfermería Ene – Scielo Analytics*. 15(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2021000200009&script=sci_arttext&tlng=pt
26. García, R. (2021). Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Interna. [Tesis doctoral de medicina, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/68931/1/T42917.pdf>
27. Velarde, J., Luengo, R., González, R., González, S., Álvarez, B., y Palacios, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería. *Revista Gaceta sanitaria - ScienceDirect*, 31(4), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>
28. Altuna P. (2021). Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI en pacientes COVID-19. [Tesis de grado de enfermería, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698139/altuna_penacoba_mariatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

© 2022 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).