

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA LIMITACIÓN DE ESFUERZOS TERAPÉUTICOS EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

*KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES REGARDING THE LIMITATION OF
THERAPEUTIC EFFORTS BY HEALTH PERSONNEL AT A UNIVERSITY HOSPITAL*
*CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DIANTE DA LIMITAÇÃO DE ESFORÇOS
TERAPÊUTICOS EM PESSOAL DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*

Diana Restrepo B.¹, Clara Cossio², Francisco L. Ochoa J.³,
Juan Carlos Jaramillo⁴, Jaime Bedoya⁵, Diego Duque⁶, Sigifredo Ospina⁷

RESUMEN

El término limitación de esfuerzos terapéuticos se refiere al hecho de no iniciar o retirar un tratamiento médico a un paciente (con o sin capacidad de decidir) que no se beneficia clínicamente de él. Lo que justifica este tipo de conducta es el sentido de desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. Describir las actitudes, los conocimientos y las prácticas de profesionales del área de la salud que laboran en un hospital universitario. Estudio descriptivo, de corte transversal. Se les pidió a diferentes profesionales del área de la salud que realizan labores en dicho hospital que respondieran una encuesta sobre los conocimientos, las actitudes y

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Restrepo BD, Cossio C, Ochoa F, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, Ospina, S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. *pers.bioét.* 2013; 17 (2). 216-226.

- 1 Médica psiquiatra de Enlace. Docente de Psiquiatría, Universidad CES, Colombia. dianarestrepobernal@gmail.com
- 2 Médica Psiquiatra. Clínica CES, Colombia. clara.cossio.uribe@gmail.com
- 3 Médico epidemiólogo. Docente, Universidad CES, Colombia. fochoa@ces.edu.co
- 4 Psicólogo. Magíster. Profesor, Universidad CES, Colombia. jjaramilloe@ces.edu.co
- 5 Médico psiquiatra. Presidente Comité de Ética, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Colombia. nbedoyaz@une.net.co
- 6 Médico intensivista. Jefe de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Colombia. djdo@elhospital.org.co
- 7 Médico epidemiólogo. Jefe de Unidad de Investigaciones, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Colombia. soox@elhospital.org.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 2013-02-07

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2013-02-21

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2013-09-04

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2013-09-19

las prácticas que tienen frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en pacientes hospitalizados. 412 personas respondieron la encuesta. El 50 % de los encuestados eran auxiliares de enfermería y 25 % médicos. Solo el 14,6 % conocía el significado de limitación de esfuerzos terapéuticos y el 62,4 % de los médicos admitieron tener dificultad para tomar estas decisiones. No obstante la importancia y la polémica que este asunto plantea desde el punto de vista personal y profesional, es bajo el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de la salud frente a este importante tema de la bioética. Se requiere mayor capacitación y sensibilización frente al tema.

PALABRAS CLAVE: ética médica, autonomía personal, voluntad en vida, derecho a morir, calidad de vida, planificación anticipada de atención, bioética. (Fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Limitation of therapeutic efforts refers to the decision not to initiate or to withdraw medical treatment for a patient (with or without the ability to decide) who will not benefit clinically from it. What justifies this behavior is the sense of disproportion between the end and the therapeutic means. The purpose of this article is to describe the attitudes, knowledge and practices of health professionals working at a university hospital. A descriptive, transversal study was conducted in which a number of health professionals who work at the hospital in question were asked to complete a questionnaire on their knowledge, attitudes and practices concerning the limitation of therapeutic efforts for hospitalized patients. A total of 412 persons responded to the questionnaire, Fifty percent (50%) of those surveyed were nursing aids and 25 % were physicians. Only 14.6% knew what "limitation of therapeutic efforts" means, and 62.4 % of the physicians admitted having difficulty making such decisions. Despite the importance of this bioethical issue and the controversy it provokes from a personal and professional standpoint, health professionals know little about it. More training and awareness in this respect are needed.

KEY WORDS: Ethics, medical, personal autonomy, living wills, right to die, quality of life, advance care planning, bioethics. (Source: DeCS, BIREME).

RESUMO

A expressão limitação de esforços terapêuticos se refere ao fato de não iniciar ou retirar um tratamento médico a um paciente (com ou sem capacidade de decidir) que não se beneficia clinicamente dele. O que justifica esse tipo de conduta é o sentido de desproporção entre os fins e os meios terapêuticos. O objetivo do presente artigo é descrever as atitudes, os conhecimentos e as práticas de profissionais da área da saúde que trabalham em um hospital universitário. Consiste de um estudo descritivo, de corte transversal, no qual foi pedido a diferentes profissionais da área de saúde que realizam trabalhos nesse hospital que respondessem a uma pesquisa sobre os conhecimentos, as atitudes e as práticas que eles têm diante da limitação de esforços terapêuticos em pacientes hospitalizados. Um total de 412 pessoas respondeu a pesquisa. 50% dos entrevistados eram auxiliares de enfermagem e 25%, médicos. Somente 14,6% conheciam o significado de limitação de esforços terapêuticos e 62,4% dos médicos admitiram ter dificuldade para tomar essas decisões. Contudo, a importância e a polémica que esse assunto apresenta, sob o ponto de vista pessoal e profissional, é baixo o nível de conhecimento que os profissionais de saúde possuem ante esse importante tema da bioética. Requer-se maior capacitação e sensibilização sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: ética médica, autonomia pessoal, testamentos quanto à vida, direito a morrer, qualidade de vida, planejamento antecipado de cuidados, bioética. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Para establecer los límites de la medicina actual, un asunto bastante complejo por demás, puede ser útil determinar los objetivos de la misma. Al respecto, creemos que existe acuerdo en que prevenir la enfermedad, luchar contra la muerte prematura, combatir el sufrimiento causado por la enfermedad y procurar el bien morir de los pacientes, hacen parte de las metas fundamentales que persigue la medicina actual (1).

Los actuales desarrollos tecnológicos en el área de la salud tienen la posibilidad de influir en las funciones vitales de un individuo y sustituir algunas que en otro tiempo eran sinónimo de muerte, como por ejemplo un daño en la función renal, cardíaca o respiratoria (2). Esta enorme transformación científica y tecnológica se ha acompañado, además, de profundos cambios y retos éticos, como la actual supremacía del principio de autonomía sobre el de beneficencia, que guió por tantos años la práctica médica (2, 3).

La expresión limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) se refiere al hecho de no iniciar o retirar un tratamiento médico a un paciente (con o sin capacidad de decidir) que no se beneficia clínicamente de él. Lo que justifica este tipo de conducta, para algunos, es el sentido de desproporción entre los fines y los medios terapéuticos (4-7).

La muerte es un fenómeno relativamente común en los hospitales y una alta proporción ocurre en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Un estudio realizado en San Francisco, California, encontró que la muerte de pacientes ocurrida en cuidados intensivos en el año

EXISTE ACUERDO EN QUE PREVENIR LA ENFERMEDAD, LUCHAR CONTRA LA MUERTE PREMATURA, COMBATIR EL SUFRIMIENTO CAUSADO POR LA ENFERMEDAD Y PROCURAR EL BIEN MORIR DE LOS PACIENTES, HACEN PARTE DE LAS METAS FUNDAMENTALES QUE PERSIGUE LA MEDICINA ACTUAL.

1987 fue precedida por decisiones LET en el 50 % de los casos, comparada con un 90 % en 1992 (7).

Como es de suponer, estos hallazgos varían grandemente entre países y culturas (8, 9): en un estudio más reciente, que incluyó 131 unidades de cuidados intensivos en Estados Unidos, la proporción de muertes en las cuales los soportes vitales fueron mantenidos varió de 0 a 67 %, y la proporción de muertes, después de suspender el soporte vital, varió de 0 a 79 %. Esta amplia variación sugiere la falta de consenso en cuanto a las mejores prácticas relacionadas con LET y el desconocimiento del personal de salud y los familiares en temas tan sensibles (10).

En algunos escenarios, como las unidades de cuidados intensivos, puede ocurrir que solo 5 % de los pacientes sean capaces de comunicarse con los médicos para tomar decisiones de soportes vitales (8, 9), por tanto, son los médicos y las familias quienes toman las decisiones por ellos.

Otro aspecto importante es el conflicto en torno a la toma de decisiones LET que puede surgir por la subjetividad de quien decide, los estilos de comunicación, las interacciones interpersonales, los niveles de conocimiento

y las diferencias culturales y religiosas. Al respecto, un estudio reportó discrepancias entre el equipo médico y la familia en 48 % de los casos que consideraban LET, entre los mismos miembros del grupo médico en 48 % y entre los miembros de la familia en el 24 % (11). Ello refuerza la idea de que, ante la incapacidad del paciente de expresar su voluntad, sean otros, bien informados, quienes tomen las decisiones.

Infortunadamente, los médicos tienen poco conocimiento sobre las preferencias de los pacientes y la mayoría de estos últimos no discuten sus preferencias con los médicos (1, 12); además, las predicciones de los médicos acerca de las preferencias que tienen los pacientes en torno a si desean o no ser reanimados, son solo moderadamente mejores que lanzar una moneda (13).

Un aspecto importante en la toma de decisiones de LET es comprender que no se trata de una decisión única en la cual se resuelve hacer o no hacer, sino que es un conjunto de decisiones que responden a las condiciones de cada momento y que, en virtud de esto, son dinámicas y cambiantes. Por ello, lo que puede ser apropiado en un momento dado, puede no serlo en otro momento o lugar (14,15).

Aceptar que una enfermedad no puede controlarse a pesar de realizar un esfuerzo médico para lograrlo, y suspender un tratamiento, es un acto moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad

no puede ser controlada y no iniciar tratamiento (16) y, aunque la mayoría de los eticistas coinciden en que no existe diferencia entre mantener o retirar un soporte vital (17,18), para los médicos parece resultar más fácil mantener que retirar un tratamiento (19,20).

En Colombia, la primera asignatura de ética en una facultad de medicina se ofreció en 1987 (21). Diez años después, en mayo de 1997, la Corte Constitucional colombiana despenalizó el

homicidio por piedad que hasta entonces se sancionaba con prisión de seis meses a tres años. Se consideró que cuando los enfermos terminales expresaran libremente la voluntad de poner fin a su vida no podría derivarse responsabilidad para el médico, pues la conducta estaría moral y legalmente justificada. Esta sentencia de la Corte abrió legalmente las puertas a la eutanasia; sin embargo, hasta la fecha no se ha reglamentado en qué circunstancias y de qué

manera puede ser aplicada (22).

No conocemos estudios de LET en Colombia, y como tal, no es un tema que se incluya como área de estudio dentro de los currículos de pregrado o posgrado de los profesiones del área de la salud, por lo que suponemos que debe existir un enorme vacío al respecto de los temas relacionados.

Esta investigación buscó describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal de salud que

ACEPTAR QUE UNA ENFERMEDAD
NO PUEDE CONTROLARSE A PESAR
DE REALIZAR UN ESFUERZO MÉDICO
PARA LOGRARLO, Y SUSPENDER
UN TRATAMIENTO, ES UN ACTO
MORALMENTE TAN ACEPTABLE
COMO DECIDIR PREVIAMENTE
QUE LA ENFERMEDAD NO PUEDE
SER CONTROLADA Y NO INICIAR
TRATAMIENTO

labora en un hospital universitario de alta complejidad, en el que diariamente se presentan situaciones clínicas que plantean dilemas éticos en relación con decisiones de LET.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal para caracterizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en el personal de la salud que labora en un hospital universitario, el cual presta servicios de alta complejidad. En la institución laboran 1500 personas en el área asistencial (médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, nutricionistas, terapeutas físicos y terapeutas respiratorios).

Durante el periodo del estudio se encuestaron 412 personas a las cuales se invitó a participar y posteriormente aceptaron ser encuestadas, por tanto se trató de un muestreo no probabilístico. La información sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a LET se obtuvo a partir de una encuesta diseñada por los investigadores y constituida por preguntas de selección múltiple. Para ello se seleccionaron los temas y aspectos más importantes que a criterio de los investigadores debían ser abordados en la investigación.

La muestra fue recogida por una de las investigadoras en un periodo de 15 semanas. Los encuestados fueron abordados en los diferentes servicios del hospital. A las personas se les invitó a participar y a los interesados se les explicó el objetivo general del estudio. De aceptar, se les entregaba la encuesta y se les acompañaban durante los 20 minutos que tardaban en responderla, aclarando las dudas que pudiera surgir.

Los datos obtenidos se tabularon en el programa Teleform® y se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 18®. Por ser de tipo categórico se obtuvieron proporciones en todas las variables. Se consideró que existían diferencias entre grupos cuando el valor de p era menor de 0,05. No se solicitó consentimiento informado por tratarse de una investigación sin riesgo y meramente descriptiva.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio fueron encuestadas 412 personas. El 41,1 % de ellas tenía entre 26 y 35 años, y el 81,3 % eran de sexo femenino. Cerca del 80 % reportaron profesar alguna religión. Por la mayor composición del personal de salud, más de la mitad (52,8 %) de los encuestados eran auxiliares de enfermería y 25 % médicos (Cuadro 1).

Se le preguntó a los encuestados por situaciones personales y familiares que podrían acercarlos en un plano personal a experiencias de decisiones LET. Se encontró que el 40 % de los encuestados había tenido un familiar en cuidados intensivos, una quinta parte había tomado decisiones LET por algún familiar y uno de cada diez encuestados dijo haber tenido una enfermedad personal que lo llevó a cuidados intensivos.

En relación con los conocimientos, el 43 % de los encuestados dijo haber recibido formación en LET, aunque solo el 14,6 % del personal de salud encuestado refirió saber qué es LET, y una cuarta parte dijo conocer los principios de la bioética (Cuadro 2).

Al respecto de las actitudes, cerca del 90 % de los encuestados refirió que si el paciente es competente debe

Cuadro 1. Características sociodemográficas del grupo encuestado

Variable	Categorías	%
Edad (años)	18-25	22,5
	26-35	41,1
	36-45	21
	46-55	13,8
	> 56	1,5
Sexo	Mujer	81,3
Religión	Sí	79,4
Profesión	Auxiliar enfermería	52,8
	Enfermera	14
	Md. especialista	11
	Md. subespecialista	8,5
	Otros*	7,9
Estado civil	Md. general	5,6
	Soltero	45,6
	Casado	38,3
	Unión libre	9,7
Tiempo laborado (años)	Separado	6,1
	Viudo	0,25
	< 1	16,4
	1-3	18
	3-5	16
	5-10	20,8
	10-15	11,5
15-20	9,5	
> 20	7,7	

* Terapeuta respiratorio, terapeuta físico, nutricionista, trabajador social

Cuadro 2. Distribución de los encuestados según conocimientos en LET

Conocimientos	%
En su formación le enseñaron LET	43
Conoce el concepto de derecho subrogado	39,1
Conoce los principios de la bioética	25,7
Conoce el significado de LET	14,6
Conoce el significado de decisiones anticipadas	4,4

ser él mismo quien tome las decisiones médicas. Si se trata de un paciente no competente, entonces debería ser su familia en el 76,7 % de las respuestas. Cuando se exploró la opinión de qué deberían hacer el médico y la familia con los deseos que el paciente expresa acerca de cómo le gustaría ser tratado en caso de gravedad clínica, el 32,2 % opina que estos deseos deben ser ignorados y la familia debe decidir, y el 23,8 % considera que se debe consultar al comité de ética (Cuadro 3).

Cuadro 3. Actitudes de los encuestados frente a decisiones LET

Actitud	Respuesta más frecuente en %
El paciente, si es competente, es quien toma decisiones médicas que lo afectan	88,1
La familia es quien toma las decisiones en caso de que el paciente no sea competente	76,7
El paciente mismo, si es competente, es quien debe decidir que no se reanimará frente a una situación terminal	68,7
Si el paciente no es competente, entonces quien decide no reanimarlo frente a una situación terminal debe ser	Familia: 50,2 Médico: 40
Aprueba la eutanasia (Sí/No)	71,6/28,4
Le gustaría que en Colombia existiera un documento de voluntades anticipadas	89,3

Se encontró que el 96 % de los encuestados le pregunta a la familia del paciente la opinión sobre la LET, cerca del 85 % ha realizado LET en algún paciente y solo la mitad de los encuestados refirió que discute con el mismo paciente sobre sus expectativas frente al final de la vida (Cuadro 4).

Cuadro 4. Prácticas relacionadas con LET en el personal de salud

Prácticas	%
Le pregunta a la familia su opinión acerca de LET	96
Discute con sus compañeros cuestiones del final de la vida de sus pacientes	93,5
Respeto la orden de no reanimar de un paciente	91,4
Ha hecho LET en sus pacientes	85
Le pregunta al paciente su opinión acerca de LET	81,7
Explora en los pacientes expectativas frente al final de sus vidas	50,5

A la pregunta de si es lo mismo retirar que no iniciar ciertos tratamientos o cuidados médicos (como ventilación mecánica, antibióticos, analgésicos o nutrición) respondieron que no lo era entre el 88,3 y el 91,3 % de las personas encuestadas.

En cuanto a los tratamientos y cuidados básicos que se deben realizar a pacientes que se consideran médicamente irreversibles, la mayoría de los encuestados (92,0 %) considera que no se debe ofrecer reanimación cardiopulmonar, marcapasos (92,2 %), diálisis (85 %), ventilación mecánica (83,7 %), transfusiones (80 %) y nutrición parenteral (60,9 %). En tanto, la mayoría de los encuestados está a favor de: analgesia (83,3 %), cambios de posición (83,3 %), cuidado de escaras (78,9%), oxigenoterapia (65 %), sedación (53,6 %) y sonda urinaria (55,1 %).

Finalmente, se encontraron diferencias en las respuestas de los encuestados cuando se reunieron por grupos de profesionales; así por ejemplo, son llamativas la disposición del personal médico de retirar los tratamientos a un paciente cuando este se halle en una condición irreversible, y el escaso nivel de formación y conocimientos que reportaron todas las profesiones encuestadas (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica coherente con dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella. Es posible que el progreso de la ciencia médica y de la biotecnología que la acompaña, así como las crecientes necesidades humanas, el aumento en la expectativa de vida y la escasez de recursos para satisfacer estas necesidades, hayan generado la necesidad de repensar los fines de la medicina o, por lo menos, el alcance de la misma (10,23).

Se acepta que la experiencia personal (referida a las creencias, los valores, la subjetividad, etc.) es un factor determinante en el tipo de atención y la forma como se enfrenta el cuidado de los pacientes (24-26). Por esto, al momento de aproximarse a los factores que influyen en la toma de decisiones de LET en personal de la salud, una previa experiencia personal o familiar a este tipo de situaciones se convierte en un elemento crucial que transversaliza las actitudes y las prácticas en torno al tema (13, 18, 27).

Un estudio multicéntrico que incluyó 37 unidades de cuidados intensivos en 17 países europeos analizó la importancia de la religión y la cultura en las decisiones

Cuadro 5. Comparación por profesiones: actitudes conocimientos y prácticas

Variable	Profesión (%)			Valor p
	Médicos ¹	Enfermera ²	Otros ³	
Sabe qué significa LET	11,6	13,2	9,2	0,000
En su formación le enseñaron LET	48,6	58	12,7	0,000
Sabe qué significa decisiones anticipadas	1,5	4,3	3,5	0,000
Sabe qué significa derecho subrogado	66,6	38	46,5	0,000
Identifica los principios de la bioética	39	30	22,5	0,000
Está en contra de ventilación mecánica en el paciente médicamente irrecuperable	91	91	87	0,011
Está a favor de la sedación en el paciente médicamente irrecuperable	85	54	40	0,000
Está a favor de oxigenoterapia en el paciente médicamente irrecuperable	80,8	70	60	0,013
Está a favor de suministrar analgesia en el paciente médicamente irrecuperable	93,3	88,6	85,2	0,033
Hay calidad de vida estando en silla de ruedas	42	29,3	13,5	0,013
Hay calidad de vida con colostomía permanente	40	26,2	29,5	0,001
Hay calidad de vida con traqueostomía permanente	25,8	23,1	25,8	0,016
Explora en sus pacientes expectativas al final de la vida	63,8	55,5	27,5	0,026
Estaría dispuesto a retirar tratamientos en paciente con condición clínica irreversible	87	46,8	43,4	0,000
Ha tomado decisiones LET por un familiar	40	16	25,5	0,000

¹ Médicos generales, especialistas y subespecialistas.

² Enfermera, auxiliar de enfermería.

³ Nutricionista, trabajadores sociales, terapeuta físico y respiratorio.

LET. Los investigadores concluyeron que las decisiones de retirar terapias médicas en pacientes críticos eran tomadas con más facilidad por médicos católicos, en tanto que sostener terapias médicas en pacientes terminales fue más frecuentemente asumido por médicos judíos, ortodoxos y musulmanes (26). En nuestro estudio, aunque cerca del 80 % de los encuestados manifestaron profesar una religión, no se indagó por el tipo de religión, si bien por asuntos históricos y culturales la religión católica es la predominante en nuestro medio.

Se encontró que cerca de una cuarta parte de las personas encuestadas (un poco más en los médicos) habían

tomado decisiones familiares de LET, hecho que probablemente no solo los haya sensibilizado sino que los haya llevado a estudiar sobre el tema. La mayoría de los encuestados desconocían la definición de limitación de esfuerzos terapéuticos y los principios de la bioética, así como otros conceptos clave relacionados con aspectos éticos del cuidado al final de la vida. Otros autores también han reportado el escaso conocimiento y la poquísima formación que reciben los profesionales de la salud sobre LET (13, 26).

Es conocida la importancia del personal de enfermería en la estructura y jerarquía de los hospitales; sin embargo, en la práctica cotidiana no es incluido en la toma de decisiones. Llamativamente, en nuestro estudio se encontró que el personal de enfermería reportó tener

mejores conocimientos acerca de LET, que aquellos sobre quienes recae la toma de estas decisiones.

Al respecto, un estudio realizado en Bélgica encontró que la participación de enfermería en decisiones clínicas era más frecuente en hogares geriátricos que en hospitales y esta participación fue más frecuente cuando los médicos tenían la intención de tomar decisiones de LET (27).

Aunque en la actualidad la creación y demanda de tecnologías terapéuticas es creciente, no se logra evitar la frustración que se deriva de solicitudes imposibles de satisfacer, aparte del cuestionamiento derivado de la utilización de grandes recursos cuando es dudoso el beneficio de dicha tecnología. Al respecto, la mayoría de los encuestados consideró que no es calidad de vida depender de cualquier tecnología médica (suministrar oxígeno o analgesia a un paciente irrecuperable, colostomía, traqueostomía, etc.); sin embargo, es llamativo que 13 % de los médicos encuestados admitió no estar dispuesto a retirar los tratamientos, y porcentajes más altos se encontraron en los demás grupos. Esta contradicción entre el conocimiento y la práctica debe ser objeto de estudio en futuras investigaciones.

Un elemento esencial en la LET es el de proporcionalidad del tratamiento bajo la perspectiva de la futilidad (28). En este contexto, la desproporción cobra sentido cuando los resultados o fines perseguidos son mínimos o inexistentes, comparados con los medios que se deben emplear para alcanzarlos (29,30). Se trata entonces de definir qué es, cuándo un tratamiento es fútil y quién tiene la autoridad para determinar esto.

Los juicios relacionados con la futilidad o no de un procedimiento pueden ser más o menos difíciles en tanto se

LOS INVESTIGADORES CONCLUYERON QUE LAS DECISIONES DE RETIRAR TERAPIAS MÉDICAS EN PACIENTES CRÍTICOS ERAN TOMADAS CON MÁS FACILIDAD POR MÉDICOS CATÓLICOS, EN TANTO QUE SOSTENER TERAPIAS MÉDICAS EN PACIENTES TERMINALES FUE MÁS FRECUENTEMENTE ASUMIDO POR MÉDICOS JUDÍOS, ORTODOXOS Y MUSULMANES.

pueda objetivar la imposibilidad de lograr el fin médico perseguido (31,32). En concordancia con lo descrito por otros autores (1,9,32), los hallazgos apuntan a que en caso de presentarse una situación clínica irrecuperable la mayoría de los encuestados están dispuestos a no tomar medidas heroicas (suspender ventilación mecánica, entre otros).

El asunto se dificulta cuando no hay adecuada preparación sobre el tema, no se ha tenido una apropiada comunicación con la familia y el paciente y no se ha establecido un marco previo de actuaciones. En el presente trabajo fue muy bajo el porcentaje de encuestados que conocían sobre derecho subrogado y decisiones anticipadas.

No cabe duda que es alta la incertidumbre en decisiones LET y que la aproximación y los juicios en torno a un caso particular son el reflejo de la subjetividad, el contexto en que se realiza y del conocimiento que se tenga del mismo. Además, lo más importante es que la cuestión no es solo de vivir o morir: se trata de un amplio rango de expectativas físicas, mentales y espirituales (14, 33, 34). Por tal razón consideramos que contar con protocolos

de directrices anticipadas (hasta donde sean aplicables), así como fortalecer la figura del derecho subrogado, pueden ayudar resolver estos complejos dilemas (35). La medicina actual necesita profesionales que armonicen los sofisticados conocimientos técnicos con las cualidades más humanas y éticas del ejercicio de las profesiones. En ese sentido, esta investigación señala la importancia de la formación ética y bioética de los profesionales de la salud y la urgencia de incorporar en los currículos académicos aspectos relacionados con la limitación de esfuerzos terapéuticos, terminación de la vida, derecho subrogado y decisiones anticipadas.

Los resultados de esta investigación deben ser analizados a la luz de haber sido obtenidos de un muestreo no probabilístico.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

REFERENCIAS

- Hernando P, Diestre G, Balgorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *Ant Sist Sanit Navar*. 2007;30:S3:129-35.
- Fernández R, Baigorri F, Artigas A. La limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos ¿ha cambiado algo en el S. XXI? *Medicina Intensiva*. 2005;29(6):338-41.
- Fritz Z, Fuld J. Ethical issues surrounding do not attempt resuscitation orders: decisions, discussions and deleterious effects. *J Med Ethics*. 2010;36:593-7.
- American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Ann Intern Med*. 1991;115:478-85.
- Pellegrino ED. Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions. *The Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1989;5:53-73.
- Faden RR y Beauchamp TL. *A History and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986.
- Pellegrino ED. Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions. *The Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1989;5:53-73.
- Faden RR y Beauchamp TL. *A History and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986.
- Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;16:1626-33.
- Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end of life care for critically ill patients. *Am J Resp Crit Care Med*. 1998;158:1163-7.
- Breen CM, Abernethy AP, Ab bott KH, Tulsy JA. Conflict associated with decisions to limit life sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med*. 2001;16:283-9.
- Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, Johnston CB, Hamel MB, Lynn J. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48S187-93.
- Wenger NS, Phillips RS, Teno JM, Oye RK, Dawson NV, Liu H. Physician understanding of patient resuscitation preferences: insights and clinical implications. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48S44-51.
- Llano Escobar A. El morir humano ha cambiado. *Boletín de la OPS*, 108 (5 y 6). Washington; 1990.
- Lolas F. *Ética de la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro "Félix Varela", 2002.
- McHale J. A right to die or a right to live? Discontinuing medical treatment. *Br J Nurs*. 2011;10(20):1308-9.
- Wainwright P, Gallagher A. Ethical aspects of withdrawing and withholding treatment. *Nurs Stand*. 2007;21(33):46-50.
- Lynn J, Childress J. *Life Choices*. Washington: Georgetown University Press; 2007.
- Fetters MD, Churchill L, Danis M. Conflict resolution at the end of life. *Crit Care Med*. 2001;29:921-5.
- Curtis JR, Patrick DL, Caldwell E, Collier AC. The attitudes of patients with advanced AIDS towards use of the medical

- futility rationale in decision to forego mechanical ventilation. *Arch Intern Med.* 2000;160:1597-601.
21. Naranjo GP. UPB: Pionera de la bioética en Colombia: un breve recorrido histórico en el país. *Boletín 2 del Observatorio de Ética, Política y Sociedad.* Universidad Pontificia Bolivariana; 2012.
 22. Urbina H. De la muerte digna. *El Tiempo*, 13 de mayo de 2012.
 23. Fundación Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Un proyecto internacional del Hastings Center. Barcelona: Ed. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2004.
 24. Jofré V, Valenzuela S. Burnout en personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichan.* 2005;5(1).
 25. Frade MJ, Vinagre R, Zaragoza I, Viñas S, Antúnez E, Álvarez S et al. Síndrome de Burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva.* 2009;20(04):131-40.
 26. Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, et al. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007;33:1732-39.
 27. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Factors related to the involvement of nurses in medical end-of-life decisions in Belgium: A death certificate study. *International Journal of Nursing Studies.* 2008;45(7):1022-31.
 28. Richter J, Eisenmann M, Zgonnik E. Doctors' authoritarianism in end of life treatment decisions: a comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Med Ethics.* 2001;27:186-91.
 29. Helft Pr, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Eng J Med.* 2000;4:283-96.
 30. Denis M, Federman D, Fins JJ, Fox E, Kastenbaum B, Lanken PN et al. Incorporating palliative care into critical care education: principles, challenges and opportunities. *Crit Care Med.* 1999;27:2005-2013.
 31. Jecker NS. Medical futility. *HEC Forum.* 2007;19(1):13-32.
 32. Forster LE, Lynn J. Predicting life span for applicants to inpatient hospice. *Arch Intern Med.* 1998;148:2540-43.
 33. Sprung CL. Changing attitudes and practices in forgoing life-sustaining treatments. *JAMA.* 1990;263:2211-15.
 34. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: The Ethicus Study. *Intensive Care Med.* 2008;34:271-1.
 35. Foo AS, Lee TW, Soh CR. Discrepancies in end-of-life decisions between elderly patients and their named surrogates. *Ann Acad Med Singapore.* 2012;41(4):141-53.