

## Revista de revistas

Comentario del artículo de 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

Una vez más destacando la importancia de la bioética en el quehacer de todo el personal de salud y jerarquizando la importancia de la enseñanza de la misma a todo nivel, pero sobre todo desde la carrera de grado, elegimos para este nuevo Revista de revistas un artículo publicado recientemente en la revista *Persona y Bioética* de la Universidad de la Sabana, en el que los autores evalúan el comportamiento del personal de salud frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en el Hospital San Vicente Fundación, en Colombia.

Para adentrarnos en el tema, los autores comienzan aclarando que para poder establecer los límites de la medicina actual, debemos en primer lugar conocer cuáles son los objetivos que persigue la misma: *"prevenir la enfermedad, luchar contra la muerte prematura, combatir el sufrimiento causado por la enfermedad y procurar el bien morir de los pacientes"*, reconociendo que la transformación científica y tecnológica que esta ha tenido, determina nuevos retos éticos y ponen como ejemplo que el

principio de autonomía esté por encima del de beneficencia que guió por mucho tiempo el ejercicio de nuestra profesión.

Definen lo que significa "limitar el esfuerzo terapéutico", como el hecho de no iniciar o retirar un tratamiento médico a un paciente tenga o no capacidad de decidir, si no es beneficioso para el mismo, es decir lo que para algunos se considera la desproporción entre los fines y las medidas terapéuticas.

Posteriormente refieren que la muerte de pacientes en cuidados intensivos precedida por la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico varía en los diferentes países y culturas. Estas variaciones están determinadas por la falta de consenso en cuanto a las mejores prácticas relacionadas con esta medida, a lo que se suma el desconocimiento del personal de salud y de las familias en un tema tan sensible. Nos recuerdan además que en las unidades de cuidados críticos solo un pequeño porcentaje de pacientes son capaces de comunicarse con los médicos para tomar decisiones sobre los

tratamientos que reciben y serán las familias quienes deciden por ellos. Por lo tanto el conflicto que puede existir en la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico 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"*. Los conflictos surgen entre el médico y la familia, entre los miembros del equipo asistencial y entre los diferentes integrantes de la familia. Esto hace imprescindible ante la incapacidad del paciente de expresar su voluntad, quienes tomen las decisiones que estén bien informados.

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico no es una decisión única, sino que para los autores se trata de un conjunto de decisiones que responden a las condiciones de cada momento y por ello son dinámicas y cambiantes, es decir, lo que es apropiado ahora y en este lugar, puede no serlo en otro .

El otro punto esencial que refieren en este artículo es que si bien la mayoría de los eticistas

coinciden en que no hay diferencia entre mantener o retirar un soporte vital, para los médicos parece más complicado el retirar un tratamiento ya iniciado. En Colombia en 1997 la Corte Constitucional despenalizó el homicidio por piedad que hasta ese momento se sancionaba con prisión, expresando que si un enfermo terminal expresaba libremente su voluntad de poner fin a su vida, no podía derivarse la responsabilidad al médico. Esto abrió las puertas a la eutanasia, porque el homicidio por piedad, no es otra cosa que eso y por tanto un homicidio. A diferencia de esto, sobre limitación de esfuerzo terapéutico, que no es lo mismo que eutanasia, los autores supusieron había un vacío de conocimientos, porque este tema no está dentro de los que se enseña a los estudiantes en las carreras de grado y postgrado referentes al área de la salud. Este hecho motivó el trabajo que publican en el artículo que estamos analizando, buscando describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que trabaja en un hospital universitario de alta complejidad y que diariamente se enfrentan a situaciones que llevan a dilemas éticos en decisiones que involucran la limitación del esfuerzo terapéutico.

La elección de la metodología para la pregunta planteada fue correcta y de las 1500 personas que se desempeñan en el área asistencial, 412 aceptaron participar de la encuesta que estaba diseñada con preguntas de múltiple opción, abarcando temas y aspectos que eran importantes a tener en cuenta por los investigadores. A quienes consentían participar, se les pedía que la respondieran en 20 minutos permaneciendo uno de los investigadores con ellos, que les explicaba el objetivo general del estudio y les aclaraba las dudas que pudiesen surgir durante el llenado.

En cuanto a los resultados, de los 412 sujetos encuestados, 81% eran mujeres, 41% de la población tenía entre 26 y 35 años, solo el 25% fueron médicos y el 80% decía profesar alguna religión. 43% dijo haber recibido información sobre Limitación del esfuerzo terapéutico, pero solo un 15% refirió saber de qué se trataba. El 25% de los encuestados declaró conocer los principios que rigen la bioética. El 90% respondió que si el paciente es competente debe ser quien tome las decisiones y si no lo es el 77% respondió que debe hacerlo un familiar. El 32% opinó que los deseos expresados por un paciente en caso de gravedad clínica deben ser ignorados y la familia es quien debe decidir; para el 24% se debe consultar al Comité de ética.

El 96% respondió que le pregunta a la familia la opinión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y el 85% la ha llevado a cabo en algún paciente. Solo el 50% refirió discutir con el paciente las expectativas que este tiene sobre el final de su vida.

Entre el 88% y el 91% de los encuestados respondieron que no era lo mismo retirar que no iniciar ciertos tratamientos o cuidados médicos como ventilación mecánica, antibióticos, analgésicos o nutrición.

En referencia a los tratamientos y cuidados básicos en los pacientes medicamente irrecuperables, la mayoría considera que no se deben reanimar, ni colocar marcapasos, ni iniciar diálisis, ni ventilación mecánica ni pasar transfusiones ni iniciar nutrición parenteral. En cuanto a las medidas ordinarias el 83% están a favor de analgesia, cambios de posición, el 80% del cuidado de escaras, disminuyendo francamente el porcentaje de los que consideran que hay que ponerles oxígeno, sedarlos o colocarles sonda vesical. Los autores encontraron diferencia en las respuestas de los encuestados, siendo llamativa la disposición de los médicos a retirar tratamiento a un paciente en condición irreversible y el poco nivel de formación que reportaron todos los encuestados.

Para finalizar la discusión comienza aclarando que la condición humana no puede separarse de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte, por tanto una práctica médica coherente debe comenzar por aceptar la finitud humana, es decir que todos somos mortales y enseñar, ayudar a vivir en ella. También refieren que el progreso de la medicina, la biotecnología, el aumento de la expectativa de vida, a lo que se

continúa...

suma la escasez de recursos para satisfacer estas necesidades, nos ha obligado a repensar el alcance de la medicina.

A su vez recalcan que al momento de aproximarse a la toma de decisiones de limitar el esfuerzo terapéutico, influye la historia personal y familiar de este tipo de situaciones vividas previamente por el médico, así como también y refiriéndose a otro estudio realizado, la religión que profesa el médico hace que adopten medidas diferentes.

La mayoría de los encuestados desconocían la definición de limitación de esfuerzo terapéutico y los principios de la bioética, como conceptos éticos del cuidado al final de la vida y el personal de enfermería habitualmente no es incluido en las tomas de decisiones. En este estudio sin embargo fueron estos últimos quienes demostraron tener mejores conocimientos acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico, que aquellos que toman decisiones, evidenciándose a nivel médico un alto porcentaje en los que había una contradicción entre el conocimiento y la práctica.

Los autores consideran que un elemento fundamental en la limitación del esfuerzo terapéutico es el de proporcionalidad del tratamiento bajo la perspectiva de la futilidad.

No existen dudas, como lo transmiten en este artículo que existe una incertidumbre real y eleva-

da en las decisiones de Limitación del esfuerzo terapéutico y que no se trata de vivir o morir sino de un amplio rango de expectativas físicas, mentales y espirituales. Los mismos sugieren que la existencia de protocolos ayudaría a resolver estos dilemas éticos.

La medicina actual necesita profesionales que tengan conocimientos técnicos pero también cualidades humanas y éticas en el ejercicio de su profesión. Para esto es necesaria la formación en estos temas en las carreras de grado incluyendo la limitación de esfuerzos terapéuticos, el final de la vida, el derecho subrogado y las voluntades anticipadas.

.....  
 Dra. Alicia M. Fernández,  
 Comité Editorial