



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

---

**Facultad de Enfermería**

**Actualidad en  
Enfermería** 2017  
— Medellín —

“Nuestra decisión es cuidar”

Papel de los profesionales de Enfermería  
en la limitación del esfuerzo terapéutico.

María Isabel Lagoueyte G.

Trabajo de grado Maestría en Bioética

Esta ponencia es producto de una investigación cualitativa realizada en Medellín, con profesionales de enfermería que trabajan en UCI de adultos, tanto de instituciones públicas como privadas.

Tuvo como objetivos:

- Describir el papel de los profesionales de enfermería en pacientes sometidos a limitación del esfuerzo terapéutico (LET)
- Conocer los dilemas éticos que se le presentan a los profesionales de enfermería en el cuidado a pacientes sometidos a LET.

*“La naturaleza nos ha dado enfermedades de corta duración mientras que la medicina ha perfeccionado el arte de prolongarlas”*

Marcel Proust

- Los últimos avances en tecnología médica, permiten mantener a los enfermos en las UCI por períodos prolongados de tiempo, a veces en condiciones de extrema gravedad, sometidos a encarnizamiento terapéutico.
- En estas situaciones el cuidado de enfermería es algo fundamental.
- Aún siendo parte del equipo de trabajo, ni la opinión ni el sentir de las enfermeras se tienen en cuenta.

- ✓ No tienen conocimiento de causa.
- ✓ Técnicamente pueden no ser competentes para opinar.
- ✓ Sus conocimientos en bioética son escasos.
- ✓ Su papel se limita a cumplir órdenes delegadas y a cuidar de la mejor manera posible al paciente, pero aún haciendo parte del equipo de salud, su opinión no es escuchada.

En la actualidad y con el avance vertiginoso de las investigaciones en tecnología al servicio de la salud, se tienen todo tipo de posibilidades frente a las enfermedades crónicas, a las malformaciones al nacer y a los accidentes logrando en muchos casos resultados asombrosos y deseables, y en otros, la prolongación de una vida con condiciones terribles.

- Hacia los años 50 aparecieron sofisticados medios de diagnóstico y tratamiento.
- En el año 1970 surgió en Estados Unidos la reflexión sobre la bioética, con el libro “Bioethics, the science of survival” de Van Rensselaer Potter oncólogo de la Universidad de Wisconsin.

Posteriormente se editó el libro Principios de Ética Biomédica (1979) de Tom. L. Beauchamp y James F. Childress, el cual es considerado un clásico en el tema de la bioética y el principialismo.

A partir de la definición de los principios de autonomía, beneficencia-no maleficencia y de justicia, se inició el debate sobre la forma de salvaguardarlos en el ámbito clínico, y en relación con las condiciones de salud-enfermedad de las personas.

# Encarnizamiento u obstinación terapéutica



[http://politica.elpais.com/politica/2015/10/01/actualidad/1443694924\\_319509.html](http://politica.elpais.com/politica/2015/10/01/actualidad/1443694924_319509.html)

Consiste en “un intento irracional de luchar contra la muerte que está próxima y que es inevitable. Esta práctica atenta contra el principio de no maleficencia ya que, muchas veces, lo que se hace al adoptar estas medidas es dañar al enfermo de una forma innecesaria, aplicando tratamientos que ocasionan sufrimiento”.

Batiz J. Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida.

# Limitación del esfuerzo terapéutico



Según Cabré y Solsona las formas de LET en medicina intensiva son:

- limitación del ingreso en el SMI (servicio de medicina intensiva)
- limitación de inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas.

Estas decisiones resultan en extremo difíciles dada la urgencia que requieren, el pronóstico del paciente y los costos que implica este tratamiento.

- Según Solís es “la decisión de retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario considera que en la situación concreta del enfermo, son inútiles o fútiles”
- Para Barbero consiste en “la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica”

Solís J, Gómez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. 2012.

Barbero J, Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. 2011

Callahan expresa que la LET es

“Aceptar el hecho de que una enfermedad no puede controlarse a pesar de haber hecho un esfuerzo para ello y suspender un tratamiento es moralmente tan aceptable como decidir previamente que la enfermedad no puede ser controlada de manera eficaz y no iniciar medidas de soporte”

**L. Cabré, Solsona, J. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva.  
2002. Med Intensiva; 26(6):304-11**

# Adecuación del esfuerzo terapéutico



“Adecuación proporcional del tratamiento como consecuencia de la deliberación entre paciente y profesional, que se fundamenta en una relación asistencial terapéutica que busca la participación y crece en mutua confianza”

Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?” 2007. An. Sist. Sanit. Navar. 30 (Supl. 3): 129-135.

# Futilidad del tratamiento médico



De la futilidad del tratamiento médico se ha hablado siempre, incluso desde la época griega, cuando se afirmaba que “en la obligación moral del médico respecto a sus pacientes sobresale el imperativo de abstenerse de actuar cuando la muerte o la incurabilidad del enfermo parecían ser fatalidades invencibles”

Mendoza del Solar G. El concepto de futilidad en la práctica médica. 2008. Rev Soc Peru Med Interna; vol 21 (1).

Batiz al hablar de un procedimiento objetivamente fútil, afirma

“... no produzca ningún beneficio debe ser desestimado a pesar de la insistencia del enfermo, porque la instauración de un procedimiento inútil, accediendo a la petición del enfermo, constituye una acción fraudulenta, ya que contribuye a alentar en el enfermo unas expectativas inexistentes o carentes del necesario rigor científico”

Batiz J. Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida.

## Legislación colombiana y limitación del esfuerzo terapéutico.



Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra

“Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” .

Artículo 5, “los derechos de los pacientes”, en el numeral 4, especifica:

“Derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, con total conocimiento de las implicaciones que acarrea el presente derecho podrá suscribir el documento de Voluntad Anticipada. En este, quien lo suscriba indicará sus decisiones, en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida **de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna** en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos”

Ley 266 de 1996 reglamenta la profesión de enfermería en Colombia.

Ley 911 de 2004 dicta disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería.

No son muy explícitas en relación con la LET aunque ambas leyes hablan de los principios de la bioética.

Ley 911. Artículo 22.

“Cuando el profesional de enfermería considere que como consecuencia de una **prescripción se puede llegar a causar daño, someter a riesgos o tratamientos injustificados al sujeto de cuidado**, contactará a quien emitió la prescripción, a fin de discutir las dudas y los fundamentos de su preocupación. Si el profesional tratante mantiene su posición invariable, el profesional de enfermería actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación”.

El CIE, en su documento sobre atención a pacientes moribundos expresa que: “La función de las enfermeras y demás profesionales de la atención de salud al prestar cuidados a los pacientes moribundos sigue siendo objeto de debate y las enfermeras deben conocer las cuestiones y la legislación actuales relacionados con los problemas de la fase final de la vida”

CIE. La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias

# Entrevistas



<http://parkinsonpontevedra.es/enfermeria-a-domicilio-en-pontevedra/>

## Actualidad en Enfermería <sup>2017</sup> Medellín

- Para la mayoría de los participantes, los conocimientos de ética son muy vagos, manifiestan que en el pregrado recibieron nociones sobre el tema, pero fue algo superficial, más informativo que reflexivo, los que tienen provienen de la práctica diaria.
- En los posgrados, el tema no pasó de ser una conferencia de corta duración, dictada por un médico y basada más que todo en lo clínico del tema, y no en relación con la ética.
- Es llamativo que para ser de esta manera, los participantes den unos conceptos de los términos tan acordes con lo que dice la literatura.

Se conoce muy superficialmente la legislación colombiana del ejercicio de la enfermería, es decir, las leyes 911 y 266 ya mencionadas, y ninguno tiene conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas.

- Expresan que quienes tienen más formación tanto en ética como en aspectos médicos (fisiopatología, tratamientos, etc) son más escuchados por el equipo médico .... aunque esto no lo garantiza, sí sienten que ante el personal de enfermería y ante el personal médico son más reconocidos, lo que quiere decir que es importante el estudio y la formación, no solo en aspectos clínicos, sino éticos y legales.



## Cuidado de enfermería

- Los profesionales de enfermería que trabajan en las UCI manifiestan un gran sentido de responsabilidad, afecto y diligencia al momento de ejercer sus funciones.
- Son dedicados y manifiestan un gran sensibilidad y compasión, no solo por los pacientes, si no por las familias y los allegados.
- Su papel es imprescindible, es absolutamente importante y sin su desempeño, sería imposible pensar en que las personas salieran de su situación de enfermedad.

Como aspecto general en todos los participantes, es la opinión de que el cuidado nunca es inútil, nunca es prescindible, por el contrario, manifiestan sentir felicidad y satisfacción de atender a las personas en esta situación de vulnerabilidad, pues sienten que son responsables de esa vida desde el momento en que entra a la UCI.

En la gran mayoría de las instituciones hospitalarias no existen equipos de trabajo multidisciplinario en los que se tenga en cuenta la opinión de la enfermera.

Quienes expresaron que pueden opinar algo sobre el tratamiento y la posible limitación, fue en un contexto de “buena voluntad” del médico tratante, el cual consulta la opinión del profesional de enfermería para saber qué piensa pero ésta no tiene carácter vinculante, y en el fondo, no tiene valor en la decisión final.

*“entonces yo le digo al médico: me les voy metiendo por el ladito: doctor que pesar ese señor, qué está pagando, qué le estamos haciendo pagar... vea no le mande exámenes, yo para que lo voy a chuzar todos los días, que le da diarrea, que vomita... entonces es maluco porque finalmente yo sé que me puedo rehusar a tomarle los exámenes de laboratorio, pero pues... uno finalmente lo chuza, se los toma, trata de que le duela lo menos posible, pero, para mi si hay una sensación de que se pude hacer más – que como enfermera- uno si puede opinar” 05*

- Algunos manifestaron sentir que debían tener más protagonismo pues desde los conocimientos tienen tantos como el médico, los cuales unidos a la experiencia de años en la UCI y al estar cerca al paciente las 24 horas del día, les da un peso que debería ser tenido presente al momento de la decisión.
- Esto no ocurre así y para muchas enfermeras es causa de angustia profunda pues ven al paciente sufrir de manera terrible sin que las medidas terapéuticas le ayuden a salir de su estado.

*“yo pienso que la opinión del enfermero el criterio del profesional de enfermería da muchas luces para verdaderamente hacer o dejar de hacer... pues nosotros estamos en el día a día con los pacientes, el médico pasa su ronda y sale y se va” 01*

*“yo como enfermera siento angustia, y eso se transmite al equipo de enfermería porque muchas veces cuando no hay oportunidad de tener esa comunicación con la parte médica, al interior de enfermería, eso sí se manifiesta... las mismas auxiliares dicen: por Dios qué más le van a hacer a este paciente...y uno se siente maniatado y uno ve que el paciente no va para ninguna parte, y uno ve a la familia angustiada, eso es desgaste” 06*

El papel de mediador, de ejercer abogacía a favor del paciente y de la familia, es un aspecto relevante en el quehacer de los enfermeros, pues el estar de manera continua cerca al paciente les da elementos para poder argumentar en beneficio del usuario.

El momento de la visita se convierte en el espacio ideal para comunicarse con los allegados al paciente:

Se da información sobre el estado de salud.

Se obtienen datos sobre el entorno, las redes de apoyo que tiene, el factor económico, y otros aspectos que le ayudan a la enfermera a planear un cuidado integral.

Si bien es cierto, que el diagnóstico, pronóstico y tratamiento los explica el médico, es la enfermera quien debe hacer de traductora de los términos médicos y científicos que la familia no entiende, es la enfermera la que con su cercanía y calidez genera confianza para preguntar lo que al médico no son capaces de decirle.

Los profesionales sienten que deben cuidar también a la familia, esto lo hace desde la cercanía que experimenta con los familiares, pues como expresaron algunas, el paciente está sedado, pero la familia no.

*“explicarle a la familia vea, el paciente en este momento está muy delicado pero no está sintiendo dolor, estamos procurando por que esté dormido, está limpio, le estamos dando alimentación por una sonda, no va a tener hambre...eso muchas veces le da tranquilidad, porque a pesar de que a veces definitivamente se sabe que un paciente va a fallecer a ellos les angustia “ay pero que no sienta dolor” 08*

*“Muchas veces la familia recurre a uno cuando tiene dudas, porque generalmente le tiene más confianza al personal de enfermería, el médico le explica... y muchas veces el familiar ni siquiera entiende pero no tiene la confianza de volver a preguntar... entonces uno se vuelve como un mediador entre el médico y la familia...uno siempre está a la expectativa de estar aclarando las dudas” 06*

En las UCI se da con frecuencia la muerte y en ese evento trascendental están presentes las enfermeras:

*“algo que siempre tenemos en cuenta es tratar de que los pacientes no estén solos, en el momento de la muerte que estén acompañados por la familia y si la familia no está, nosotros trata de acompañar ese paciente porque morir en soledad es algo que uno no quisiera para nadie...” 06*



Algunos aportes de la literatura

El que no haya equipos interdisciplinarios es grave, pues como afirman algunos autores “por cuanto médico, enfermero y trabajador social son interlocutores válidos en condiciones de simetría desde el punto de vista moral. Con sensibilidades distintas en función de su ejercicio y responsabilidad profesionales, pueden tener visiones complementarias y mutuamente enriquecedoras de la situación”

El artículo de Gardaz, Doll y Ricou, sobre acompañamiento del fin de la vida en unidad de cuidados intensivos, expone que en la práctica, la decisión de abstención o de retiro es el resultado de una reflexión colegiada y consensuada llevada a cabo por el médico coordinador, responsable del paciente en la UCI, con la participación de diferentes consultores médicos, de la enfermera a cargo del paciente y si es posible del médico tratante.

Gardaz V, Doll S, Ricou B. Accompagnement de fin de vie aux soins intensifs.

Para MacDonald “la abogacía –defensa- en enfermería es reconocida como una actividad meritoria y de acuerdo a los códigos de ética profesional, un imperativo moral”.

Sin embargo, este concepto es algo que merece mayor discusión y aclaración del papel de las enfermeras como defensores de los pacientes en las UCI.



Conclusiones

El proceso de la adecuación del esfuerzo terapéutico, si bien, es en esencia una decisión médica, debe contar con la opinión de los profesionales de enfermería, pues son estos quienes están al cuidado del paciente todo el tiempo, y en gran medida, son los que conocen la realidad no sólo física-proceso de enfermedad-sino emocional y social del paciente.

La presencia de los profesionales de enfermería en los comités de ética no es tenida en cuenta, aunque si bien, la ley en Colombia lo regula, en la gran mayoría de las instituciones hospitalarias no se cumple.

La falta de conocimientos en ética y legislación hace que las enfermeras (os) no tengan capacidad de argumentar a la hora de tomar una decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico.

Dado que el proceso de enfermedad y muerte está mediado por situaciones de dolor afectivo, es importante cuidar el aspecto emocional, espiritual y religioso del paciente y su familia, facilitándoles en la medida de lo posible acceso a las medidas de apoyo que requieran.

Ejercer la abogacía a favor del paciente es un asunto fundamental en el cuidado, en este sentido es preciso velar para que se dé información clara y veraz tanto a la familia como al paciente, para que se les respeten los derechos a disentir y para que se le den medidas de alivio del dolor físico, entre otros aspectos.



# Recomendaciones

1. Hable con el paciente, permítale que exprese sus dudas, su angustia, sus sentimientos. No le dé recetas fáciles, escuche y ayude en la medida de sus posibilidades: dé comodidad, ofrezca ayuda de tipo religioso y espiritual, comuníquese con la familia.
2. Consulte la legislación vigente respecto a voluntades anticipadas: pregunte al paciente qué desea en ese momento, si firmó algún documento, si tiene un deseo específico sobre el tratamiento y el desenlace de su enfermedad. Déjelo reseñado con la mayor claridad posible en la historia clínica.

3. Verifique el conocimiento que tiene la familia sobre la situación del paciente: qué se le ha dicho, cómo lo ha entendido, qué dudas tiene, cómo se las puede aclarar.

4. Sea muy cuidadoso en relación con el consentimiento o disentimiento informado: verifique hasta el máximo que si se haya entendido.

5. En caso de muerte inminente acompañe al paciente y a la familia en todo lo posible. Sea flexible respecto a horarios y acompañantes, el momento final lo debe pasar el paciente en compañía de quienes quiere, que puede ser la familia o los amigos. El paciente es quien sabe a quienes desea a su lado.



Muchas gracias