

# **Reflexión sobre el fundamento y la aplicación de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en el Hospital Nacional de Clínicas**

## **AUTORES**

Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Nacional de Clínicas (CHB-HNC).

Miembros:

- Cuenca, María Isabel. Representante de la comunidad. Profesora de Artes Plástica.
- Didone, Marisa. Médica. Especialista en Medicina Familiar.
- García, Graciela. Licenciada en Enfermería.
- Gutiérrez Siburu, Beatriz. Licenciada en Psicología.
- Méndez, Norberto. Médico residente del Servicio de Oncología.
- Moreno, Juanita. Licenciada en Enfermería.
- Quiroga, Silvana María. Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria.
- Velazquez Valdez, María Cristina. Licenciada en Producción de Bioimágenes.

## **RESUMEN**

Las actitudes éticas desempeñan un papel fundamental en la práctica médica cotidiana y, especialmente, en la etapa del final de la vida. Actualmente encontramos una variedad de diagnósticos de enfermedades crónicas y una gran diversidad de probables terapias para cada una que dificulta la toma de decisión.

Los últimos avances en la medicina han convertido a la muerte en un enemigo que debe ser abatido. Llega un momento en que la persona enferma, sus familiares y los profesionales tratantes se preguntan hasta qué punto es conveniente seguir adelante con los tratamientos.

Debido a la importancia de este tema, nos proponemos investigar cuáles son los fundamentos y la metodología en la aplicación de la Limitación al Esfuerzo Terapéutico en el Hospital Nacional de Clínicas.

Las opiniones obtenidas en esta investigación demuestran explícitamente la diferencia entre lo que se declara desde la teoría aprendida en nuestras aulas con lo que realmente sucede en la práctica.

## **MARCO TEÓRICO**

Las actitudes éticas desempeñan un papel fundamental en la práctica médica cotidiana y, muy especialmente, en la etapa del final de la vida.

En la actualidad encontramos una variedad de diagnósticos de enfermedades crónicas y una gran diversidad de probables terapias para cada una. Teniendo en cuenta que cada caso tiene sus propios riesgos y beneficios, en ocasiones, tomar decisiones de manera continua y permanente se hace difícil.

El orgullo de la ciencia y la tecnología biomédica por los avances realizados en los últimos 100 años, logrando la curación de enfermedades mortales en otros tiempos; lamentablemente se convierte en arrogancia, y la muerte, en lugar del resultado natural de la vida, se transforma en un enemigo que debe ser abatido, demostrando una obstinación terapéutica que va más allá de cualquier esperanza de beneficiar a la persona enferma y/o de promover una mejor calidad de vida (Gherardi, 2007).

Al progresar una enfermedad terminal irreversible, el enfermo se siente abrumado por la aplicación de medidas terapéuticas más intensivas e invasivas. Junto a sus familiares y el personal sanitario se preguntan hasta qué punto es conveniente seguir adelante con los tratamientos (Fonti, 2005). De esa manera, aparecen conceptos como futilidad médica, limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia, mistanasia, distanasia, adistanasia, ortotanasia, soporte vital, entre muchos otros.

Los dilemas éticos de los profesionales de la salud son muchos, ¿Debo preguntar a la persona enferma que es lo que quiere en esta etapa de su vida?, ¿Quién decide?, ¿Deciden los familiares?, ¿Qué factores debo tener en cuenta?, ¿A quien debo informar?, ¿Qué dice la ley?, ¿Hasta donde estoy obligado?, ¿A quién consulto?, ¿Puedo retirar un tratamiento instaurado?, ¿Cuál sería mi actitud si yo fuera la persona enferma?, ¿Cómo llegamos a este lugar? Las respuestas nunca serán fáciles si se consideran los factores propios de la persona enferma, de los profesionales y de la institución.

El Hospital Nacional de Clínicas “Dr. Pedro Vella” (HNC), es un Hospital-Escuela que depende de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba y sus funciones son: educación, investigación y asistencia a la comunidad. Esta institución centenaria se encuentra en un periodo de transición; deja de ser de gestión descentralizada para ser nuevamente un hospital público. Cuenta con 157 camas disponibles para la internación y todos los servicios médicos y de diagnóstico a excepción de obstetricia e internación para menores de 16 años. La población asistida en su mayor proporción son gerontes.

Por todo lo expuesto hasta aquí, nos proponemos investigar cuáles son los fundamentos y la metodología en la aplicación de la Limitación al Esfuerzo Terapéutico (LET) en nuestra institución; entendiendo a esta, como la “decisión de restringir o cancelar algún tipo de medida cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica” (Torres Acosta, 2011).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

- a. Diseño de la investigación: Descriptiva, prospectiva, transversal, observacional realizada en junio-julio de 2013.
- b. Población estudiada: Profesionales médicos y enfermeros que aceptaron participar de la investigación.
- c. Criterio de inclusión: Cuestionarios que presentan hasta tres abstenciones, completados por personal profesional médico y enfermero que aceptaron participar voluntariamente de la investigación y se desempeñan en los siguientes servicios; Guardia Central (GC), Unidad de Terapia Intensiva I y II (UTI I-II), Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) y Oncohematología (Onco).
- d. Herramienta: Cuestionario autoadministrado confeccionado por los miembros del CHB-HNC, validado por profesionales respetables de la institución.
- e. Distribución del cuestionario: A cargo de miembros del CHB. Los mismos se entregaron en forma personalizada a los profesionales que disponían para responder y restituirlo de 3-5 días.

## RESULTADOS

Se distribuyeron 100 cuestionarios en la población en estudio, respondieron 80 y, de estos, 4 se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos. La población total estudiada fue de 76 profesionales (Ver Tabla I).

Tabla I: Datos demográficos de la población estudiada.

Categorías	Cantidad
<b>Sexo</b>	
Femenino	38 (50%)
Masculino	34 (44,74%)
Sin datos	4 (5,26%)
<b>Edad</b>	
20-29	12 (15,79%)
30-39	40 (52,63%)
40-49	16 (21,05%)
50-59	7 (9,21%)
60	1 (1,32%)
Sin datos	0

<b>Profesión</b>	
Médico/a	47 (61,84%)
Enfermero/a	28 (36,84%)
Sin datos	1 (1,32%)
<b>Ejercicio profesional</b>	
Personal de planta	21 (27,63%)
Residentes	21 (27,63%)
Contratados	24 (31,58%)
Concurrentes	9 (11,84%)
Sin datos	1 (1,32%)
<b>Servicio donde cumple funciones</b>	
GC	8 (10,53%)
ONCO	12 (15,79%)
UCI	14 (18,42%)
UTI I	19 (25,00%)
UTI II	14 (18,42%)
En dos servicios	8 (10,53%)
Sin datos	1 (1,32%)
<b>Antigüedad en la profesión</b>	
0-5	37 (48,68%)
6-10	17 (22,37%)
11-15	7 (9,21%)
16-20	4 (5,26%)
21-25	6 (7,89%)
26-30	1 (1,32%)
31 o más	2 (2,63%)
Sin datos	2 (2,63%)
<b>Fe religiosa</b>	
Profesa	51 (67,11%)
No profesa	19 (25,00%)
Sin datos	6 (7,89%)

Tabla II: Fundamento de la aplicación de la LET.

Preguntas	Si	No	NS/NO	Sin respuesta
¿Está Ud. a favor de la aplicación de la LET?	45 (59,21%)	11 (14,47%)	11 (14,47%)	9 (11,84%)
¿Se siente Ud. preparado para una decisión sobre LET en soledad?	31 (40,79%)	32 (42,10%)	10 (13,14%)	3 (3,95%)

Nota: NS/NO: No sabe/No tiene opinión.

Tabla III: Respuestas detalladas a las preguntas:

- a. ¿Está Ud. a favor de la aplicación de la LET?  
 b. ¿Se siente Ud. preparado para una decisión sobre LET en soledad?

Categorías	Pregunta A	Pregunta B
<b>Edad</b>		
20-29	8 (10,53%)	4 (5,16%)
30-39	24 (31,58%)	21 (27,63%)
40-49	8 (10,53%)	4 (5,16%)
50-59	3 (3,95%)	1 (1,32%)
60	1 (1,32%)	1 (1,32%)
<b>Profesión</b>		
Médico/a	31 (40,79%)	20 (26,32%)
Enfermero/a	13 (17,11%)	10 (13,16%)
<b>Antigüedad en la profesión</b>		
0-5	20 (26,32%)	17 (22,37%)
6-10	14 (18,42%)	5 (5,58%)
11-15	3 (3,95%)	3 (3,95%)
16-20	1 (1,32%)	3 (3,95%)
21-25	3 (3,95%)	1 (1,32%)
26-30	1 (1,32%)	1 (1,32%)
31 o más	0	1 (1,32%)
<b>Fe religiosa</b>		
Profesa	29 (38,16%)	22 (28,95%)
No profesa	12 (15,79%)	6 (7,89%)

Tabla IV: Metodología de la aplicación de la LET.

Preguntas	Si	No	Sin respuesta
En el servicio que Ud. se desempeña:			
a. ¿La decisión de LET se toma	46	23	7

colectivamente y por unanimidad?	(60,53%)	(30,26%)	(9,21%)
b. ¿Se deja constancia de la decisión de LET en la historia clínica?	27 (35,53%)	39 (51,32%)	10 (13,16%)

Tabla V: Metodología de la aplicación de la LET. Consideraciones.

Preguntas	Si
¿Tomaría Ud. en cuenta la voluntad de la persona enferma en cuanto a la asistencia médica en caso de enfermedad terminal?	68 (89,49%)
¿Considera Ud. la decisión de los familiares de la persona enferma sobre las medidas de soporte frente a enfermedades terminales?	62 (81,58%)
¿Cuáles de las siguientes opiniones tendría para Ud. mayor relevancia al momento de tomar una decisión sobre las medidas de soporte extraordinarias en una persona con una enfermedad terminal irreversible?	
a. Voluntad de la persona enferma autónoma	39 (51,32%)
b. Familiares de la persona enferma	17 (22,37%)

## **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN**

Se inicia la discusión analizando el 20% de las personas que aceptaron participar y no respondieron el cuestionario ni lo restituyeron. Si bien, no se indagó sobre las causas del cambio de opinión y/o incumplimiento del compromiso asumido, se pueden suponer las siguientes razones:

- Necesidad de reflexionar personal, moral y profesionalmente sobre un tema negado; la muerte propia y la ajena.
- Cuestionario conformado por 25 preguntas de respuestas cerradas dicotónicas que indagan sobre identificación, acción, intervención, opinión, información y motivación.
- Distribución de las encuestas durante el receso invernal, época donde el número de personal disminuye, aumenta la necesidad de asistencia de la

población y, por tanto, se produce una sobrecarga laboral que se traduce en una mayor cantidad de personas por atender y de horas de trabajo efectivo.

Para establecer el fundamento de la aplicación de LET se pregunta sobre la posición personal frente al tema; el 59,21% de las personas encuestadas se expresó a favor de la misma, el 14,47% tenía una opinión formada por la negativa y el 26,31% no sabe/no tiene opinión o bien dejó sin responder la pregunta (ver Tabla II).

Se desglosan las respuestas afirmativas de ambas preguntas en los parámetros poblacionales explicitados (ver Tabla III). Se observa una notable diferencia entre los rangos 20-29 y 30-39 años comparado con los rangos mayores, 42,11% y 15,80% respectivamente. Se puede inferir que esta diferencia se debe a que los profesionales más jóvenes se encuentran en plena etapa de formación académica-práctica y adquirieron conceptos generales sobre ética. Igual conclusión se puede aplicar al examinar las respuestas teniendo en cuenta la antigüedad en la profesión.

Al discriminar las respuestas en función de la profesión, el resultado observado fue mayor en los médicos que en los enfermeros. Posiblemente, se deba a que estos últimos no tienen una postura definida debido a que no se sienten parte de la toma de decisión en la aplicación de LET.

El alto porcentaje de personas que no saben, no tiene opinión o no contestaron la pregunta ponen en evidencia la necesidad de continuar trabajando en el tema, mientras que la negativa a la aplicación de LET nos obliga a redoblar los esfuerzos tendientes a evitar casos de obstinación terapéutica. Para ello, será necesario indagar las causas a fin de establecer nuevas estrategias en la tarea educativa de este comité.

A continuación se indaga sobre la manera de enfrentar una decisión de aplicación de LET en soledad (ver Tabla III). El porcentaje de personas que respondieron estar preparados disminuyó con respecto a quienes estaban a favor de su aplicación en un 18,42%, mientras que el porcentaje de respuestas negativas creció en un 27,63%. Se observa que a medida que aumenta la edad y los años en el ejercicio de la profesión se pierde la seguridad para tomar una decisión que afecta la vida de otros en soledad. Probablemente, los valores que se observaron en el grupo etario de 30-39 años y 0-5 años de antigüedad profesional pueden deberse al sentimiento de invulnerabilidad propio de la edad y la inexperiencia (ver Tabla IV).

Para conocer la metodología establecida en los distintos servicios de la institución, se pregunta si la decisión de aplicación de LET se realiza colectiva y unánimemente (ver Tabla IV). El 60,53% respondió afirmativamente aclarando la variación en función de la situación particular de la persona enferma y la individualidad en las rutinas propias de cada uno de los servicios.

Se destaca que el 35,53% de los encuestados afirmó que se deja constancia de la decisión de LET en la historia clínica. Este dato no es fiable para los miembros del comité, puesto que, en su tarea cotidiana han observado lo contrario. Lo mismo se puede decir respecto al registro de cómo quieren ser tratadas en la etapa final de la vida las personas con diagnóstico de enfermedades crónicas. Probablemente, este hecho de deba al temor a las implicancias legales y a un juicio de mala práctica profesional. Esto evidencia un posible desconocimiento de las leyes de “Derecho de los Pacientes” (Ley 26.529, 2009), “Voluntades anticipadas” (Ley 10.058, 2012) y “Muerte Digna” (Ley 26.742, 2012).

Luego se examina que participación se le asigna a la voluntad de la persona enferma y la de sus familiares (ver Tabla V). A la pregunta si tendrían en cuenta la voluntad de las personas en caso de enfermedad terminal, el 89,49% respondió afirmativamente. Al investigar sobre la relevancia de esta opinión en la toma de decisión, el 51,32% le otorga el primer lugar sobre otras opciones sugeridas; a saber, aspecto legal, opinión del equipo multidisciplinario, de los familiares de la persona enferma, creencias religiosas y culturales, opinión médica y otras.

Con respecto a la opinión de los familiares el 81,58% le otorga importancia mientras que, solo para el 22,37% tendría relevancia, situándola en el cuarto lugar de importancia entre las opciones mencionadas en el párrafo anterior.

Las opiniones obtenidas en esta investigación demuestran explícitamente la diferencia entre lo que se declara desde la teoría aprendida en las aulas de la facultad y en nuestro hospital con lo que realmente sucede en la práctica. Quizás, esta disociación se deba, principalmente, a la toma de decisión grupal donde prevalece la opinión de los profesionales con mayor antigüedad, que recibieron una educación netamente paternalista con poca o escasa formación sobre temas bioéticos. Esta disociación condiciona la relación Profesional de la salud-Persona-Familia y, por tanto, dificulta la comunicación coherente y oportuna que impide

concordar opiniones (Canteros, 2007). En este contexto, se hace difícil dar malas noticias o plantear la aplicación de LET (Gamboa, 2010).

Ante esta realidad, creemos necesario construir espacios de discusión y reflexión;

- discusión de los dilemas éticos que se presentan en los servicios donde se asiste a las personas con enfermedad terminal,
- reflexión sobre la muerte como experiencia ineludible y el sentido de la vida cuando esta llega a su fin.

Consideramos evitar intervenciones que puedan ser calificadas de obstinación terapéutica y valorar en su plenitud la autonomía, honrando la dignidad, la integridad, la intimidad y los derechos humanos de la persona (Solís, 2012).

Recordando las palabras de Juan Pablo II donde exhorta a “no implementar medidas extraordinarias en pacientes sin recursos” (Juan Pablo II, 2005), es de esperar que la actitud de los profesionales sea de respeto profundo y defensa de la dignidad de la vida humana en su fase terminal con una actitud de escucha y acompañamiento (Maglio, 2009) (Rinci, 2007). El problema de la aplicación de la LET es reconocer los momentos en los que se debe luchar para evitar la muerte y momentos en los que se debe detener y abrazarla.

*“En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad”. (Favaloro, 1999).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Canteros J, Lefeubre O, Toro O, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Chilena de Medicina Interna. 2007;Vol 22(2):93-6.

Favaloro R. En: XII Congreso de Bioingeniería. Buenos Aires;1999.

Fonti D. Respuesta aporética: aceptación de lo aceptable, inaceptabilidad de lo aceptable. En: Residuos humanos: estudios sobre bioética, técnica, medicina y finitud humana. Córdoba: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba;2005.p.160.

Gamboa Antiñolo F. Limitación del esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? Med. Clin. (Barc). 2010;135(9):410-6.

Gherardi CR. La sacralidad de la vida. En: Vida y muerte en terapia intensiva. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.p.87-98.

Juan Pablo II. Carta Encíclica Evangelium Vitae del Sumo Pontífice a los obispos, a los sacerdotes y diáconos, a las religiosas y religiosos a los fieles laicos y a todas las personas de buena voluntad sobre el valor y el carácter inviolable de la vida. Roma: Librería Editrice Vaticana; 2005.

Ley 10.058. Declaración de voluntad anticipada e muerte digna. (Boletín oficial, 15 Jun 2012).

Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. (Boletín oficial, 19 Nov 2009).

Ley 26.742. Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. (Boletín oficial, 24 May 2012).

Maglio F. La dignidad del otro. Buenos Aires: Editorial Libros del Zorzal;2009.

Rinci J, Ceirano J, Polakoff M. Las diferentes posturas religiosas frente a los pacientes. En: I° Jornadas de Bioética en el Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba;2007.

Solís García del Pozo J, Gomez Peres I. El límite del encarnizamiento terapéutico en las publicaciones españolas. Cuad. Bioética XXIII, 2013/3°.

Torres Acosta R. Glosario de Bioética. La Habana: Editorial Ecimed;2011.