
Multimed 2019; 23(1)

ENERO-FEBRERO

Artículo original

Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico

Knowledge and attitudes of physicians about limitation of therapeutic effort

Esp. Med. Int. Salvador Bárzaga Morell.^{1*}

Ms.C. Urg. Med. Ciro Braulio Estrada García.¹

Esp. Dermat. Heiberg José Sánchez Vila.¹

MSc. Enf. Infecc. Yoel Berdú Saumell.¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Docente Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: dayanab@infomed.sld.cu

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en médicos de un hospital universitario.

Método: se realizó una investigación cualitativa, de tipo evaluativa, empleando variables y técnicas cualitativas de recolección de la información con el propósito de evaluar el conocimiento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en médicos del hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, provincia Granma; en el periodo comprendido desde el primero de abril al 25 de septiembre de 2018.

Resultados: se encuestaron 124 profesionales médicos del centro para (21,7%). La mayoría de los encuestados (77%) que conocían el término de limitación del esfuerzo terapéutico. El 24,2% de los encuestados no están a favor de la aplicación dicho procedimiento. La validez de construcción de la escala, permitió clasificar a los encuestados sobre el conocimiento de la limitación del esfuerzo terapéutico de formas adecuada.

Conclusiones: la aplicación de la encuesta fue útil para evaluar el nivel de conocimiento de los médicos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, demostrándose que existen limitaciones importantes.

Palabras clave: Toma de Decisiones, Bioética, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: one of the frequent bioethical problems is the limitation of the therapeutic effort, the adequacy or the proportionality of the treatment to avoid obstinacy and futility.

Objective: to evaluate the knowledge about the limitation of the therapeutic effort in doctors of a university hospital.

Method: qualitative, evaluative-type research was carried out, using variables and qualitative techniques of information collection with the purpose of evaluating the knowledge about the capacity of the therapeutic physician and the doctors in the general university hospital Carlos Manuel de Céspedes of Bayamo, province Granma; in the period from April 1 to September 25, 2018.

Results: 124 medical professionals from the center were surveyed for (21.7%). The majority of the respondents (77%) knew the term limitation of the therapeutic effort. 24.2% of the respondents are not in favor of the application of said procedure. The validity of the construction of the escalation, classifies the respondents on the knowledge of the limitation of the therapeutic effort in appropriate ways.

Conclusions: the application of the survey was useful to evaluate the level of knowledge of physicians on the limitation of therapeutic effort, demonstrating that there are important limitations.

Key words: Decision Making, Bioethics, Treatment Adherence and Compliance Palliative Care.

Recibido: 16/10/2018.

Aprobado: 21/11/2018.

Introducción

El desarrollo de la medicina, en particular de especialidades como la Oncología, la Hematología, la Cardiología, la Nefrología entre otras; permiten prologar la vida a muchos enfermos que en otras décadas morían tempranamente.

Los conocimientos y las tecnologías disponibles en la actualidad, modifican las circunstancias y momento de la muerte de las personas que acceden a dichos recursos. Sin embargo, el adelanto científico-técnico trae consigo el posible alargamiento inadecuado de los procesos inevitables de muerte de forma poco razonable.⁽¹⁾

El término adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico (LET), significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, en correspondencia al diagnóstico, el pronóstico y el estado evolutivo de su enfermedad; la decisión de adecuar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir en realidad que el esfuerzo terapéutico finalice.^(1,2)

En la asistencia a un enfermo es necesario decidir qué procedimiento diagnóstico o terapéutico lo va a beneficiar. No iniciar un determinado tratamiento puede ser éticamente menos apropiada si no se dispone de suficiente información pronóstica. De hecho, en caso de duda razonable sobre el posible beneficio de la intervención y puesto que la consecuencia de no iniciar un tratamiento de soporte vital será en la inmensa mayoría de los casos, la muerte del paciente; se aconseja que la actuación sea

a favor de la vida y se podría intentar un tratamiento de prueba durante un tiempo razonable, buscando el mejor beneficio para el paciente.⁽³⁾

Desde el análisis ético se puede afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible y de ahí se colige que existen razones para limitar el esfuerzo terapéutico, razones que obviamente, han de estar correctamente justificadas.⁽⁴⁾

Los médicos deberán abstenerse de tratar intensivamente con terapias desproporcionadas e inútiles a sus enfermos; no deben emplearse gastos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, que buscan un tratamiento, donde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado.⁽⁴⁾

Sin embargo, muchos médicos no tienen suficiente claridad de lo antes comentado, evidenciado en el actuar de los mismos por lo que la siguiente investigación tiene como objetivo evaluar el conocimiento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en médicos de un hospital universitario.

Método

Se realizó una investigación cualitativa, de tipo evaluativo. Se utilizaron variables y técnicas cualitativas de recolección de la información, con el propósito de evaluar el conocimiento sobre la LET en médicos del hospital general universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, provincia Granma; en el periodo comprendido desde el primero de abril al 25 de septiembre de 2018.

La encuesta titulada “Cuestionario sobre limitación de esfuerzo terapéutico”, se aplicó a un grupo de médicos de todas las especialidades relacionadas con los pacientes con enfermedades terminales y gravemente enfermos en el centro, la selección fue al azar. Se excluyeron a los médicos de menos de un año en el centro hospitalario y aquellos que estuvieron de licencia temporal por cualquier motivo.

Así, la muestra estuvo integrada por 124 médicos de ambos géneros y distintas especialidades clínicas y quirúrgicas.

El instrumento se aplicó de forma voluntaria y anónimo. El cuestionario se utiliza para evaluar el conocimiento sobre limitación de esfuerzo terapéutico. Sus propiedades

psicométricas, medidas en diferentes hospitales y especialidades, indican que se pueden obtener resultados confiables encuestando a tan solo 20 profesionales médicos de un servicio determinado. El cuestionario (“Conocimiento y actitudes sobre limitación de esfuerzo terapéutico en un equipo multidisciplinar”),⁵ tiene 13 ítems que a continuación relacionamos:

Variables sociodemográficas:

Categoría profesional:

Años de actividad laboral:

Años de trabajo en el Centro y servicio de procedencia:

Cuestionario:

- ✓ Formación en bioética:
- ✓ ¿Sabes en que consiste exactamente la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)?
- ✓ La limitación del esfuerzo terapéutico es:
 - Eutanasia activa
 - Eutanasia pasiva
 - La no instauración de un tratamiento es pasiva y la retirada es activa
 - Ninguna de las anteriores
- ✓ ¿Estás a favor de la aplicación en tu labor asistencial de la limitación del esfuerzo terapéutico?
- ✓ ¿Piensas que es lo mismo no iniciar un tratamiento que retirar un tratamiento ya instaurado?
- ✓ A la hora de aplicar la LET, ¿quién consideras que debe tomar la decisión?
- ✓ ¿Te sientes preparado para participar en la toma de decisiones relativa a la aplicación de la LET en un paciente al que tú atiendes?
- ✓ ¿Dónde piensas que hay más dificultad en la aplicación de la LET?
- ✓ ¿Piensas que, incluso con las mejores intenciones, a veces se cae en la obstinación terapéutica, prolongando inútilmente situaciones de sufrimiento tanto para el paciente como para la familia?
- ✓ ¿Piensas que se informa al paciente y/o la familia de forma clara y precisa sobre su

situación?

- ✓ ¿Durante el tiempo que has trabajado con pacientes críticos, habían realizado éstos previamente a su situación crítica, un documento de voluntades anticipadas?
- ✓ Bajo tu experiencia, dirías que siempre que un paciente crítico puede decidir ¿Se respeta su voluntad?
- ✓ ¿Consideras que disponer de una formación en bioética adecuada podría ayudarte a la toma de decisiones sobre estas y otras cuestiones asistenciales?

Se contemplaron como variables sociodemográficas: el sexo, la edad, categoría profesional, años de actividad laboral y la formación en bioética, solicitándose especificación en caso de tratarse de una formación bioética avanzada.

Sexo: femenino y masculino.

Categoría Profesional: médico especialista y médico residente

Años de actividad laboral: 1-3, 4-6, 7-9, 10 y más años

Formación en bioética: no o sí (especificar en caso de tratarse de avanzada: Máster).

Bioética: puede definirse como “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales”.⁽⁴⁾

Limitación del esfuerzo terapéutico: “retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.”^(1,2)

Eutanasia: es una palabra compuesta que proviene del griego “*eu*”, bien, y “*thanatos*”, muerte; por consiguiente, no significa otra cosa que buena muerte o buen morir. La eutanasia es el procedimiento mediante el cual se le provoca la muerte al paciente sin sufrimiento físico.⁽⁴⁾ En nuestro país la eutanasia es ilegal.

Distanasia: significa “mala muerte”, o sea prolongación de la vida de un paciente con una enfermedad grave e irreversible o terminal mediante la tecnología médica, cuando su beneficio es irrelevante en términos de recuperación funcional o mejora de la

calidad de vida. En tal situación los medios tecnológicos utilizados se consideran extraordinarios o desproporcionados. También se conoce como “encarnizamiento u obstinación terapéutica.”⁽⁴⁾

Documento de voluntades anticipadas: es el documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla de forma personal.

Análisis estadístico

Se determinaron los valores promedios de cada enunciado, así como la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Posteriormente, se procedió a construir una escala a partir del nivel de conocimiento encontrado y quedó clasificada en tres categorías de menor a mayor grado de conocimiento, donde cada ítem tiene un valor de 1 punto para la respuesta correcta, para ello se dividió la distribución de la escala en tres zonas delimitadas por los percentiles 50 y 90. De esta manera, se llegó a la propuesta de una escala de conocimiento, clasificándose como una variable ordinal con tres categorías: conocimiento bajo (categoría 1: menos de 7) conocimiento aceptable (categoría 2: entre 7 y 9) y conocimiento adecuado (categoría 3: más de 9 puntos). Validez de construcción: para evaluar este aspecto se tuvo en cuenta que el mayor conocimiento se correspondía con los médicos clasificados en las categorías de conocimiento adecuado. La asociación entre la escala ordinal y el grado de conocimiento se evaluó a partir del cálculo del coeficiente de asociación para variables ordinales y nominales, Eta.

Además, se determinó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El cual toma valores entre 0 y 1 y sirve para comprobar si el instrumento que se evalúa recopila información defectuosa o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Resultados

Desde el primero de abril al 25 de septiembre de 2018 respondieron la encuesta 124 profesionales médicos del centro para (21,7%). Estuvo representada la mayoría de los servicios que asisten a estos enfermos del hospital. El cuestionario se respondió 45 minutos como promedio.

En la tabla 1 se representan las características sociodemográficas del grupo encuestado, más de la mitad de los encuestados pertenecieron al sexo masculino (69 para un 55,6%) los profesionales de la Terapia Intensiva representaron la mayoría de los encuestados (83 para un 66,9%) por ser el lugar del centro donde más se debe tener conocimiento sobre el tema investigado. Finalmente, el 58,9% de la muestra la integraron los especialistas de los diferentes servicios.

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo encuestado.

Variables	Categorías	Frecuencia	Por ciento
Sexo	Femenino	55	44,4
	Masculino	69	55,6
Servicio de procedencia	Terapia intensiva	83	66,9
	Terapia intermedia	1	0,8
	Nefrología	11	8,9
	Anestesia	8	6,5
	Ictus	3	2,4
	Cardiología	4	3,2
	Medicina interna	10	8,1
	Emergencia médica	4	3,2
Años de actividad laboral	1-3 años	85	68,5
	4-6 años	15	12,1
	7-9 años	14	11,3
	10 y más años	10	8,1
Categoría profesional	Especialistas	73	58,9
	Residentes	51	41,1

Los elementos de la escala de conocimiento sobre limitación del esfuerzo terapéutico se reflejan en la tabla 2. Es llamativo que, a pesar de referir la mayoría de los

encuestados (77%) que conocían el término de LET, apenas el 58,1% solo no confunde el término de LET con otros tipos de actitudes y conducta médicas.

Tabla 2. Elementos de la escala de conocimiento sobre limitación del esfuerzo terapéutico.

Elementos		Nº	%
Formación bioética	Sí	69	55,6
	No	55	44,4
Conocimiento sobre la definición de limitación del esfuerzo terapéutico.	Sí	96	77,4
	No	28	22,6
Limitación del esfuerzo terapéutico es	Eutanasia activa	6	4,8
	Eutanasia pasiva	32	25,8
	La no instauración es pasiva y la retirada es activa	14	11,3
	Ninguna	72	58,1
¿Estás a favor de la aplicación en tu lugar asistencial limitación del esfuerzo terapéutico?	Sí	94	75,8
	No	30	24,2
¿Es lo mismo no iniciar un tratamiento que retirar un tratamiento ya instaurado?	Sí	31	25,0
	No	93	75,0
¿Quién debe tomar la decisión de aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico?	Médico responsable	22	17,7
	Consenso del equipo	86	69,4
	La familia	11	8,9
	Comisión de ética del hospital	5	4,0
¿Te sientes preparado para participar en la toma de decisiones relativa a la aplicación limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente al que tu atiendes?	Si	67	54,0
	No	57	46,0

Tabla 3. Elementos de la escala de conocimiento sobre limitación del esfuerzo terapéutico.

¿Dónde piensas que hay mayor dificultad en la aplicación de limitación del esfuerzo terapéutico?	En un anciano	14	11,3
	En un adulto	20	16,1
	En un niño	67	54,0
	En un bebé	23	18,5
¿Piensas que, incluso con las mejores intenciones, a veces se cae en la obstinación terapéutica, prolongando inútilmente situaciones de sufrimiento tanto para el paciente como para la familia?	Sí	101	81,5
	No	23	18,5

¿Piensas que se informa al paciente y/o la familia de forma clara y precisa sobre su situación?	Sí	88	71,0
	No	36	29,0
¿Has tenido necesidad de realizar un documento de voluntades anticipadas?	Nunca se me ha dado el caso	124	100,0
	En algunas ocasiones	0	0
	De forma frecuente	0	0
	En muy pocas ocasiones	0	0
¿Dirías que siempre que un paciente crítico puede decidir, se respete su voluntad?	Sí	60	48,4
	No	64	51,6
¿Consideras que disponer de una formación en bioética adecuada podría ayudarte a la toma de decisiones sobre estas y otras cuestiones asistenciales?	Sí	116	93,5
	No	8	6,5

También resulta interesante que en pleno siglo XXI y con el desarrollo actual de la medicina el 24,2% de los encuestados no están a favor de la aplicación de la LET. De igual manera resulta interesante que ninguno de los encuestados han tenido necesidad de realizar un documento de voluntades anticipadas. La aplicación del cuestionario arrojó que el 93,5% consideró que disponer de una formación en bioética adecuada podría ayudarle a la toma de decisiones sobre estas y otras cuestiones asistenciales.

La tabla 4, muestra la escala de conocimiento sobre la LET. La misma se realizó con el fin de establecer los niveles de categorías en que clasificaron los encuestados y de esa manera tener más objetividad para evaluar la temática. Es preocupante que solo el 21% clasificó con conocimiento adecuado (categoría 3: más de 9 puntos). Aspecto que indica la necesidad de mejorar esta área epistemológica.

Tabla 4. Escala de conocimiento sobre limitación del esfuerzo terapéutico.

Escala de conocimiento		Frecuencia	Porcentaje
Categorías	Conocimiento bajo (1: menos de 7 puntos)	48	38,7
	Conocimiento aceptable (2: entre 7 y 9 puntos)	50	40,3
	Conocimiento adecuado (3: más de 9 puntos)	26	21,0
	Total	124	100,0

La validez de construcción de la escala que permitió clasificar a los encuestados sobre el conocimiento de la LET, se muestra en la tabla 5. El valor Eta (0,793) releja que existe relación entre las categorías de la escala y el conocimiento sobre la LET, es decir a mayor puntuación mayor conocimiento.

Tabla 5. Validez de construcción de la escala de conocimiento sobre limitación del esfuerzo terapéutico.

Escala		Conocimiento sobre LET		Total
		Sí	No	
Categorías	Bajo	0	28	28
	Aceptable	12	10	22
	Adecuado	12	0	12
Total		34	28	62

Eta: 0,793

La evaluación de la consistencia interna de la encuesta quedó manifestada con los valores del coeficiente alfa de Cronbach (0,773) y del alfa de ítems estandarizados (0,775). El ítem de mayor consistencia interna fue el conocimiento sobre la definición de LET (0,576).

Discusión

En las últimas décadas los avances tecnológicos en la medicina permiten un incremento en la supervivencia de aquellos enfermos considerados como irrecuperables. La atención paliativa a los pacientes es un importante componente en las unidades de salud tanto a nivel primario como secundario, sobre todo en este último.

Aunado a lo expresado antes, está que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Parece entonces coherente entender que el progreso de las ciencias médicas 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.⁽⁵⁾

La experiencia personal (referida a las creencias, los valores, la subjetividad, entre otros aspectos) es un factor determinante en el tipo de atención y la forma como se enfrenta el cuidado de los pacientes. Por esto, al momento de aproximarse a los factores que influyen en la toma de decisiones de la 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.⁽⁵⁻⁷⁾

En el ámbito de los hospitales en Cuba y en particular en nuestro centro es necesario incrementar acciones para fortalecer y en otros casos introducir los conocimientos sobre atención paliativa y la LET a los profesionales de la salud, enfatizando en los médicos, por el hecho de que muchas veces el empleo de maniobras y procedimientos invasivos, así como por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, no son necesarios ya que la muerte sería un hecho, en fin, esas actitudes conducen a incrementar el sufrimiento del paciente y familiares.

Semejante a la presente investigaciones Morales Valdés y colaboradores,⁽⁸⁾ encontraron que al menos un 25% de los encuestados no tenía claridad en varios aspectos de la encuesta, sobresaliendo los términos de eutanasia, cuando limitar el esfuerzo terapéutico e incluso un 89% nunca ha considerado interrumpir tratamientos por petición familiar.

De igual manera a la presente serie, Restrepo et al,⁽⁵⁾ citan que la mayoría de los encuestados desconocían la definición de la LET 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.^(9,10)

En el presente trabajo fue muy bajo el porcentaje de encuestados que conocían sobre derecho subrogado y decisiones anticipadas, también coincidente con varios autores.⁽⁵⁻¹⁰⁾

La presente investigación añade nuevos elementos para evaluar la utilidad los ítems empleados en la encuesta; primero convierte la encuesta en una escala ordinal entres

categoría de conocimientos (no realizado en otras investigaciones), aspecto que nos permitió hacer una valoración más objetiva y coherente del conocimiento de los médicos del centro, demostrando el bajo conocimiento del tema y por su puesto la no correcta aplicación de la LET.

Segundo, evalúa si cada ítem empleado en la encuesta realmente evalúa lo que realmente se quiere medir y cuáles son los más útiles. Ambos aspectos no son tratados de esta manera en las diferentes investigaciones consultadas.

El asunto se dificulta cuando no hay adecuada preparación sobre el tema, no se realiza una apropiada comunicación con la familia y el paciente, y no se ha establecido un marco previo de actuaciones, en particular los protocolos de actuación diseñados para el actuar médico no incluyó de forma explícita la atención paliativa y la LEP.

Para hablar de limitación del esfuerzo terapéutico, uno de los elementos que se convierten en prioritarios a la hora de afrontarla es la definición de terminal.

Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal y se le reconocen cinco características: ⁽¹¹⁾ “presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable; falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; presencia de varios problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte; pronóstico de vida inferior a seis meses.

No cabe duda que es alta la incertidumbre en decisiones sobre la 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.⁽⁵⁾

Por otro lado, es opinión de los autores que lo más importante es el amplio rango de expectativas del paciente y sus familiares que van desde los aspectos físicos, mentales e incluso espirituales; y que los médicos y el resto del personal sanitario debe conocer y tener presente a la hora de tomar las decisiones para que estas no solo sean oportunas sino también las más justas.

Morir con dignidad debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados adecuados y proporcionados.⁽¹²⁾ Sin embargo, los autores consideran que

debemos esforzarnos para dar una atención médica digna, que no es otra cosa que hacer por los pacientes lo que se debe de hacer según las circunstancias dadas, basado en los adelantos científico-técnicos y la bioética.

Es por ello que la LET es una práctica cada vez más habitual, sobre todo en las dos últimas décadas, sin embargo, se muestra gran diferencia entre los países e incluso entre las unidades de un mismo país, con respecto a las características de los enfermos a los que se aplica y la forma de llevarse a cabo; lo cual puede explicarse por los heterogéneos sistemas sociales, económicos, sociopolíticos e incluso religiosos; en los que imperan principios y valores diferentes.⁽⁶⁾

La bioética sobre la LET debe insertarse en el contexto latinoamericano, por razones de identidad cultural y realidades socioeconómicas. Sin embargo, el esfuerzo realizado durante décadas por alcanzar una verdadera equidad y justicia social, hace que los principales problemas a los que se enfrenta en Latinoamérica, en particular la justicia sanitaria y el acceso a la atención médica, sean cuestiones ya resueltas en Cuba en lo fundamental.⁽⁶⁾

Sin embargo, debemos revisar y enfatizar lo siguiente: al profesional de la salud y en especial a los médicos les corresponde, ante pacientes en estado terminal, ser capaces de aliviar, consolar y tranquilizar; no olvidar la frase: curar a veces, mejorar a menudo y consolar siempre.⁽⁶⁾

Es en extremo importante que el médico entienda que debe de abstenerse de utilizar medios extraordinarios que no aporten beneficios comprobables. Ante el paciente con una enfermedad mortal, el médico y la enfermera no pueden olvidar que el objetivo primordial de su desempeño debe estar dirigido a protegerle la calidad de la vida y a preservarle su dignidad como ser humano.⁽⁶⁾

Es necesario proporcionar al paciente una muerte sin sufrimientos innecesarios, íntima, silenciosa, apacible, sencilla, consciente, sin soledad, en compañía de sus seres más queridos, con el consuelo de la fe en los creyentes, en paz consigo mismo y con todo lo humano, en su momento, sin adelantarla ni alargarla con actitudes agresivas y desproporcionadas; así se ayuda al enfermo y a su familia a disminuir la pesadilla de la muerte, a comprender su significado y a convertirla en un hecho trascendente para la

vida, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas o testamentos vitales del enfermo.^(6,13) En fin, la LET, es un tema vigente en la actualidad, por estar en estrecha relación con la vida y la muerte, con la toma de decisiones por los médicos y el resto de los profesionales de la salud al final de la vida del enfermo; mucho se ha discutido a nivel internacional y poco a nivel nacional, menos aún en nuestra institución, aspectos que nos obligan a tratar la problemática con la inmediatez posible, máxime que todo actuar médico es costoso, pero mayor valor adquiere la atención sanitaria cuando se hacen maniobras innecesarias, que solo ocasionan sufrimiento al enfermo y desgaste económico.

Muchos aspectos están relacionados con la LET, desde aspectos culturales, religiosos, filosóficos, morales, éticos y hasta económicos, lo cual pone de manifiesto una mayor necesidad de estudio y reflexión, que involucre no solo a la comunidad médica, sino también a la sociedad en conjunto.^(5,6)

Conclusiones

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. Sería necesario, en próximas investigaciones compararnos con otros hospitales y con el nivel primario de salud, tanto en la provincia como en el resto del país.

Referencias bibliográficas

-
1. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun. 2015 [citado 2019/1/4]; (10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico>
 2. Betancourt Reyes GL. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? La motivación en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina. Curso 2015-2016. Rev Méd Electrón 2017 Jul-Ago; 39(4): 975-976.
 3. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON 201; (40): 25-38.
 4. Betancourt Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Humanidades Médicas 2011; 11(2): 259-73.
 5. 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. Persona y Bioética 2013; 17(2): 216-226.
 6. Betancourt Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Humanidades Médicas 2014; 4(2): 407-422.
 7. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? Anales Sis San Navarra 2007; 30(Suppl 3): 129-135.
 8. Morales Valdés G, Alvarado Romero T, Zuleta Castro R. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. Rev Chil Pediatr 2016; 87(2): 116-120.
 9. 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; 48(Supl 5): S44-51.
 10. 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(10):1859.
 11. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MEDISAN 2012; 16(6): 949-959.

12. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Clínica Española 2012; 212(3): e15-e24.
13. Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(6): 437-445.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.