

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE MEDELLÍN, 2018

EVALUATING THE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN HEALTH WORKERS AT A HEALTH CARE INSTITUTION FOR CANCER PATIENTS IN MEDELLÍN, 2018

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DA PRÁTICA DA LIMITAÇÃO DE ESFORÇO TERAPÊUTICO EM EQUIPE DE ATENDIMENTO DE UMA INSTITUIÇÃO PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS DE MEDELLÍN, 2018

Laura I. Vallejo¹
Ana M. Palacio²
Verónica Marulanda³
Andrea Restrepo⁴
Laura A. Yepes⁵
Nelcy L. Valencia⁶
Marco A. Cruz⁷

DOI: 10.5294/pebi.2020.24.2.5

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

Vallejo LI, Palacio AM, Marulanda V, Restrepo A, Yepes LA, Valencia NL, Cruz MA. Evaluación del conocimiento y práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en personal asistencial de una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de Medellín, 2018. 2020;24(2):177-187.
DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.5>

- 1 <https://orcid.org/0000-0003-0454-6855>. Universidad CES, Colombia.
- 2 <https://orcid.org/0000-0002-7811-2323>. Universidad CES, Colombia.
- 3 <https://orcid.org/0000-0002-8042-0405>. Universidad CES, Colombia.
- 4 <https://orcid.org/0000-0003-1222-4645>. Universidad CES, Colombia.
- 5 <https://orcid.org/0000-0003-2344-9110>. Universidad CES, Colombia.
- 6 ✉ <https://orcid.org/0000-0002-5767-6111>. Universidad CES, Colombia. nvalencia@ces.edu.co
- 7 <https://orcid.org/0000-0001-9776-248X>. Universidad CES, Colombia. macruz@ces.edu.co

RECEPCIÓN: 19/07/2019

ENVÍO A PARES: 23/07/2019

APROBACIÓN POR PARES: 28/08/2019

ACEPTACIÓN: 08/08/2020

RESUMEN

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es toda acción que implique suspender o no iniciar tratamientos o medidas terapéuticas en pacientes que no se beneficiarán clínicamente. En Latinoamérica, las investigaciones realizadas dejan en evidencia la falta de familiarización y discordancia que hay alrededor del tema y sus prácticas. El presente estudio buscó objetivizar el conocimiento en LET del personal de salud de una institución de Medellín, a partir de una encuesta autoaplicada que permitió el desarrollo de un estudio descriptivo de tipo transversal, con muestreo no probabilístico. Dentro de los resultados se encontró que el 56,5% de los encuestados refirió conocer el concepto, y el 90% manifestó aplicarlo. Sin embargo, había discordancias dentro de los conceptos clave de la definición y el ejercicio.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): oncología médica; ética médica; discusiones bioéticas; autonomía personal.

ABSTRACT

Limitation of therapeutic effort (LTE) is any action that involves suspending or not initiating medical treatment or therapeutic measures in patients who will not receive any clinical benefit. In Latin America, some research has proven a lack of familiarization and disagreement with the subject and its practices. The present study tried to objectify the knowledge of LTE of healthcare personnel at an institute in Medellín using a self-administered survey that allowed conducting a cross-sectional descriptive study with non-probabilistic sampling. Within the results, 56.5% of respondents understood the concept of LTE, and 90% applied it actively. However, there were discrepancies regarding the core concepts of the definition and practice.

KEY WORDS (SOURCE: DECS): Medical oncology; medical ethics; bioethical issues; personal autonomy.

RESUMO

A limitação de esforço terapêutico (LET) é toda ação que implique suspender ou não iniciar tratamentos ou medidas terapêuticas em pacientes que não se beneficiarão clinicamente. Na América Latina, as pesquisas realizadas evidenciam a falta de familiarização e a discordância que há ao redor do tema e suas práticas. O presente estudo procurou objetivar o conhecimento em LET da equipe de saúde de uma instituição de Medellín, utilizando um questionário auto aplicado que permitiu o desenvolvimento de um estudo descritivo de tipo transversal, com amostragem não probabilística. Dentro dos resultados constatou-se que 56,5% dos pesquisados disseram conhecer o conceito, e 90% manifestaram aplicá-lo. No entanto, havia discordâncias dentro dos conceitos chave da definição e da prática.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): oncologia; ética médica; temas bioéticos; autonomia pessoal.

INTRODUCCIÓN

En el mundo existe anuencia en torno al derecho inherente a la vida, el cual está directamente vinculado a la dignidad de las personas. El hecho de enfermar es inevitable en el ciclo vital, y se presenta en condiciones irreversibles y complejas de salud, lo que ha generado múltiples discusiones alrededor de lo que debería ser una muerte apacible y sin sufrimiento, acompañada de un obrar asistencial que se encuentre en equilibrio con la dignidad, autonomía y buena vida. Para ello, las prácticas asistenciales se han enfocado en salvar, mantener o mejorar la vida de los pacientes (1, 2); sin embargo, hay una delgada brecha entre lo que es y no es correcto (1). Asimismo, la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), como práctica médica reconocida, no es ajena a discusiones polémicas, principalmente por la variedad de conceptos referentes y la falta de consensos en su aplicación (1-3).

La LET, según la definición más aceptada, es toda acción que implique suspender o no iniciar tratamientos médicos o medidas terapéuticas en pacientes que, por su condición médica, no se beneficiarán clínicamente (1, 3, 4).

En la actualidad, la aplicación de la LET es reconocida como práctica asistencial y es aceptada en situaciones clínicas en donde se cumplan una serie de condiciones que demuestren la irreversibilidad de la situación patológica en los pacientes (1, 2).

Cabe resaltar que la literatura científica en torno a la LET se ha centrado en los métodos de intervención o no intervención asistencial, y se han obtenido resultados variables según patología, condición del paciente, entre otras variables (5-10). Se han encontrado estudios frente

LA LET, SEGÚN LA DEFINICIÓN MÁS ACEPTADA, ES TODA ACCIÓN QUE IMPLIQUE SUSPENDER O NO INICIAR TRATAMIENTOS MÉDICOS O MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES QUE, POR SU CONDICIÓN MÉDICA, NO SE BENEFICIARÁN CLÍNICAMENTE.

al tema en unidades de cuidados intensivos (UCI), donde se ha concluido que los factores más frecuentemente asociados a la toma de decisiones con base en LET son la edad avanzada, las patologías médicas asociadas y la realización de reanimación cardiopulmonar (9, 11, 12).

En Latinoamérica se han desarrollado investigaciones acerca del conocimiento y la práctica de LET, en países como Chile y Cuba, en los cuales se evidencian la falta de familiarización y discordancia que tienen los profesionales de la salud con los conceptos alrededor del tema (2, 8).

En el ámbito colombiano, el estudio “Consideraciones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría”, realizado y publicado en 2014, concluyó que, aunque existe conocimiento acerca de la LET, poco se evidencia en la práctica médica (13).

En la revisión bibliográfica realizada se puede observar el desconocimiento que hay respecto a la práctica de la LET por parte del personal de salud (10, 14). Además, los estudios encontrados se limitan a ciertos servicios asistenciales, principalmente unidades de cuidados intensivos (2, 5, 9-11, 15).

EN LA ACTUALIDAD, LA APLICACIÓN DE LA LET ES RECONOCIDA COMO PRÁCTICA ASISTENCIAL Y ES ACEPTADA EN SITUACIONES CLÍNICAS EN DONDE SE CUMPLAN UNA SERIE DE CONDICIONES QUE DEMUESTREN LA IRREVERSIBILIDAD DE LA SITUACIÓN PATOLÓGICA EN LOS PACIENTES.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es verificar el conocimiento y la práctica acerca de la LET en el personal de salud de un centro oncológico no pediátrico de la ciudad de Medellín (Colombia), por medio de la aplicación y el análisis de un instrumento de evaluación tipo encuesta, que permitió el acercamiento al grado de conocimiento sobre lo que es la LET y el grado de aplicación de la misma.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en una institución prestadora de servicios de salud para pacientes oncológicos de la ciudad de Medellín (Colombia) en el año 2018. Se indagó acerca del conocimiento sobre la LET en 23 individuos que laboran en la prestación de servicios de salud del centro oncológico (médicos especialistas y subespecialistas en oncología clínica, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y químicos farmacéuticos). En el momento de la realización de la encuesta no se encontraban en la institución tres profesionales que hacen parte del grupo de trabajo, por lo que no fueron incluidos en el estudio.

Se invitó a los profesionales a participar de forma voluntaria en el estudio, los cuales aceptaron ser encuestados, por lo que se trató de un muestreo no probabilístico a conveniencia.

Se empleó un instrumento tipo encuesta, la cual fue autoaplicada. Esta incluía variables sociodemográficas, de conocimientos y de aplicación de la LET.

En el diseño de la encuesta aplicada se tomaron como marco de referencia algunas preguntas incluidas en el estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario” (14), con previa autorización de los investigadores. Adicional a estas, se agregaron otras preguntas de interés para el proyecto.

La encuesta se aplicó en el transcurso de un día. Se inició abordando al personal para explicar en qué consistía el estudio y cuáles eran sus objetivos. La encuesta se entregó a cada uno de los participantes, quienes fueron acompañados por los investigadores durante la realización de esta para la resolución de dudas acerca de las preguntas, con el fin de evitar interpretaciones erróneas.

Para evitar los sesgos se realizaron diferentes controles. En la encuesta se tuvo como base un instrumento que ya había sido validado en un estudio previo, este fue autoaplicado y en ningún momento se indujeron respuestas a los participantes. El sesgo de información fue controlado, ya que las preguntas del cuestionario no estaban afectadas por la memoria de los participantes, pues no se indagaba por sucesos de mucho tiempo atrás.

El sesgo de control del estudio se realizó mediante la revisión de las encuestas para verificar que las preguntas estuvieran completas, previo a la tabulación y el análisis de los datos. También, se realizó un segundo control durante la tabulación de los datos, para verificar la digitación de la información.

En el análisis de los datos se realizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas. Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa Excel y se analizaron en el programa SPSS versión 21, con licencia de la Universidad CES.

La encuesta no indagó por aspectos sensibles de la conducta humana, por tanto, no se aplicó consentimiento informado, pero sí se contó con la autorización de participación individual en el estudio y la autorización de la institución para ejecutar el proyecto en este lugar.

El proyecto fue aprobado por el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad CES.

RESULTADOS

En total se encuestaron 23 profesionales, de ellos, el 47,8% tenía edades entre los 40 y 60 años, de los cuales la mayoría eran hombres (57,1%). Cerca del 95,5% de los encuestados manifestó practicar una religión. Respecto a la profesión, el 65,2% (n = 15) de los profesionales eran médicos y de ellos, el 17,4% (n = 4) eran especialistas y el 47,8% (n = 11) subespecialistas. Alrededor de la mitad (52,2%; n = 12) de los encuestados refirió tener más de cinco años de práctica laboral en la clínica y un 69,5% (n = 16) de los participantes manifestó tener más de cinco años de experiencia con pacientes oncológicos (tabla 1).

Tabla 1. Características del personal de salud, Medellín 2018 (N = 23)

| Variables | N | % | |
|---|----------------------|----|------|
| Edad | 20-30 | 6 | 26,1 |
| | 30-40 | 6 | 26,1 |
| | 40-50 | 7 | 30,4 |
| | 50-60 | 4 | 17,4 |
| Sexo | Hombre | 12 | 57,1 |
| | Mujer | 9 | 42,9 |
| Estado civil | Soltero | 7 | 30,4 |
| | Casado | 13 | 56,5 |
| | Unión Libre | 3 | 13 |
| Estrato | 2 | 2 | 8,7 |
| | 3 | 5 | 21,7 |
| | 5 | 5 | 21,7 |
| | 6 | 11 | 47,8 |
| Religión | Sí | 21 | 95,5 |
| | No | 1 | 4,5 |
| Profesión | Especialista | 4 | 17,4 |
| | Subespecialista | 11 | 47,8 |
| | Enfermera | 1 | 4,3 |
| | Auxiliar enfermería | 4 | 17,4 |
| | Químico farmacéutico | 3 | 13 |
| Estudios superiores | Colombia | 14 | 60,9 |
| | Extranjero | 9 | 39,1 |
| Años de experiencia en la Clínica | Menos de 1 años | 5 | 21,7 |
| | Entre 1 año y 5 años | 6 | 26 |
| | Más de 5 años | 12 | 52,2 |
| Años de experiencia con paciente oncológico | Menos de 1 años | 1 | 4,3 |
| | Entre 1 año y 5 años | 6 | 26,1 |
| | Más de 5 años | 16 | 69,5 |

Fuente: elaboración propia.

Respecto al concepto de la LET, el 56,5 % de los encuestados refirió conocerlo. De los que refirieron no conocerlo: 4 eran auxiliares de enfermería, 2 eran médicos subespecialistas, 2 químicos farmacéuticos y 1 era enfermera profesional. El 61,5 % (n = 8) de los que dijeron conocer el término definieron correctamente la LET como la “no instauración o retirada de medicamentos o tratamientos médicos” entre las diferentes opciones disponibles en la encuesta. En relación con la pregunta “¿Es lo mismo retirar un medicamento que no iniciarlo?”, el 92,3 % (n = 13) de los encuestados que relataron conocer la LET respondieron que no es lo mismo (tabla 2).

En relación con las medidas médicas que se deben instaurar en pacientes clínicamente irrecuperables, el 76,9 % (n = 10) de los encuestados que refirieron conocer la LET respondieron que se debe considerar la realización de higiene al enfermo, el 76,9 % (n = 10) coincidió en

Tabla 2. Aspectos relacionados con el conocimiento de LET, Medellín, 2018

| Variables | | Conocimiento de LET | |
|---|---|---------------------|------------|
| | | si | no |
| | | n (%) | n (%) |
| Definición de LET | Eutanasia pasiva | 2 (15,4) | 0 (0,0) |
| | No instauración/ Retirada tratamiento | 8 (61,5) | 5 (71,4) |
| | Ninguna de las anteriores | 3 (23,1) | 2 (28,6) |
| Retirar frente a no iniciar medicamento | Si | 1 (7,7%) | 0 (0,0) |
| | No | 13 (92,3%) | 9 (100,0%) |

Fuente: elaboración propia.

realizar cambios de posición, el 92,3 % (n = 12) consideró la analgesia y 84,6 % (n = 11) respondió positivamente a la opción de sedación. Respecto a la ventilación mecánica, el 92,3 % (n = 12) rechazó dicha medida. El 100 % (n = 13) de los profesionales respondió que no se deben realizar acciones como: resucitación cardiopulmonar (RCP), transfusión, diálisis y uso de antibióticos.

El grupo de encuestados que relataron no conocer la LET coincidieron que se debe realizar la higiene del enfermo, analgesia y sedación (88,9 % - n = 8) para la respuesta afirmativa en cada una. El 88,9 % (n = 8) discutió en no utilizar ventilación mecánica ni resucitación cardiopulmonar (tabla 3).

Se aplicó una serie de preguntas acerca de la práctica de LET dirigidas exclusivamente al personal médico (tabla 4). Las respuestas a estas preguntas evidenciaron que el 90 % (n = 9) de los médicos que dijeron practicar LET, afirman discutir con sus colegas sobre los pacientes en quienes se plantean cuestiones relacionadas con el final de la vida. Aun así, este porcentaje se ve disminuido al 30 % (n = 3) cuando se indagó si consultan con sus colegas la decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos en un paciente propio. El 100 % (n = 10) de los profesionales que practican LET mencionaron que siempre comparten con sus pacientes la posibilidad de aplicar dicha conducta.

Respecto a la dificultad para tomar decisiones de limitar los esfuerzos terapéuticos, el 80 % (n = 8) manifestó no tenerla.

El grupo de profesionales médicos que declararon realizar la LET (10 en total), dieron respuesta afirmativa a que siempre indagan antes del inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) si el paciente tiene orden de “no reanimar”; 9 de ellos refieren acatar dicha directriz.

Tabla 3. En un paciente médicamente irrecuperable ¿qué medidas se deben realizar?

| Variables | | Sí | No |
|--------------------------------|----|-----------|----------|
| | | n (%) | n (%) |
| Ventilación mecánica | No | 12 (92,3) | 8 (88,9) |
| | Sí | 1 (7,7) | 1 (11,1) |
| Higiene del enfermo | Sí | 10 (76,9) | 8 (88,9) |
| | No | 3 (23,1) | 1 (11,1) |
| Resucitación cardiopulmonar | No | 13 (100) | 8 (88,9) |
| | Sí | 0 (0,0) | 1 (11,1) |
| Soporte nutricional parenteral | No | 10 (76,9) | 3 (33,3) |
| | Sí | 3 (23,1) | 6 (66,7) |
| Alimentación por SNG | Sí | 2 (15,4) | 5 (55,6) |
| | No | 11 (84,6) | 4 (44,4) |
| Trasfusiones | No | 13 (100) | 8 (88,9) |
| | Sí | 0 (0,0) | 1 (11,1) |
| Analgesia | Sí | 12 (92,3) | 8 (88,9) |
| | No | 1 (7,7) | 1 (11,1) |
| Sedación | Sí | 11 (84,6) | 8 (88,9) |
| | No | 2 (15,4) | 1 (11,1) |
| Cambios de posición | Sí | 10 (76,9) | 7 (77,8) |
| | No | 3 (23,1) | 2 (22,2) |
| Sonda urinaria | Sí | 7 (53,8) | 8 (88,9) |
| | No | 6 (46,2) | 1 (11,1) |
| Oxigenoterapia | Sí | 6 (46,2) | 6 (66,7) |
| | No | 7 (53,8) | 3 (33,3) |
| Diálisis | No | 13 (100) | 8 (88,9) |
| | Sí | 0 (0,0) | 1 (11,1) |
| Antibióticos | Sí | 0 (0,0) | 1 (11,1) |
| | No | 13 (100) | 8 (88,9) |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Aplicación de la LET en personal médico

| Variables | | Sí | No |
|---|----|----------|---------|
| | | n (%) | n (%) |
| Discusión con colegas sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida | Sí | 9 (90) | 3 (75) |
| | No | 1 (10) | 1 (25) |
| Dificultad para tomar decisiones de LET | Sí | 2 (20) | 2 (50) |
| | No | 8 (80) | 2 (50) |
| Consultar con los pacientes la decisión de LET | Sí | 10 (100) | 3 (75) |
| | No | 0 (0) | 1 (25) |
| Consultar con colegas la decisión de aplicar LET en un paciente propio | Sí | 3 (30) | 4 (100) |
| | No | 7 (70) | 0 (0) |
| Respetar la orden médica de no RCP de un paciente | Sí | 9 (90) | 4 (100) |
| | No | 1 (10) | 0 (0) |
| Preguntar sobre orden de no RCP antes de iniciar maniobras | Sí | 10 (10) | 3 (75) |
| | No | 0 (0) | 1 (25) |

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, al indagar sobre el conocimiento y la práctica acerca de la LET del personal de salud en un centro oncológico de Medellín, se encontró que una gran proporción de los encuestados refirió conocer el concepto de LET y tenían claro que el objetivo de este era la no instauración o la retirada de medicamentos o tratamientos asistenciales que no brindarían ningún beneficio adicional al paciente.

La pregunta que pretendía indagar sobre las medidas que siempre se deben realizar en un paciente médicamente irrecuperable, sin llevarlo a un sufrimiento innecesario, presentó común respuesta entre los encuestados: la analgesia y el oxígeno suplementario.

Frente al conocimiento del concepto de la LET por parte del personal de salud, en estudios realizados en Santiago de Chile y Europa (8, 9) se reportaron similitudes con la investigación actual. En las conclusiones, de manera común, se compartió la idea de la no utilización de procedimientos invasivos o medicamentos que no garanticen un beneficio para el paciente, a fin de evitar el encarnizamiento (distanasia) del esfuerzo terapéutico.

Al comparar los resultados con estudios realizados en unidades de cuidados intensivos españolas, la mayoría del personal médico encuestado proponía que no se deben considerar las acciones de ventilación mecánica, maniobras de RCP, transfusión, diálisis, ni el uso de antibióticos (6, 8, 14, 16). No obstante, las investigaciones fueron realizadas en servicios con condiciones de estructura que son diferentes a las de un servicio oncológico.

Cabe resaltar que la literatura es muy clara al plantear que no existen diferencias desde el punto de vista ético entre la no instauración y la retirada de un determinado tratamiento (17). En un estudio español realizado en unidades de cuidados intensivos pediátricos, se evidenció que el 32,6 % de los encuestados reconocían diferencias entre ambas medidas (15). En contraparte, nuestro estudio mostró que el 92,3 % del personal que afirmó conocer la LET consideró que dichas acciones no son lo mismo. Llama la atención que exista tanta diferencia en el entendimiento de la conceptualización del término, lo cual puede deberse a factores emocionales diversos o creencias arraigadas del personal de salud, cuya identificación no es el propósito del actual estudio. En una revisión acerca de LET, “¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?”, realizada en España, se encontró que para los profesionales no es fácil retirar un tratamiento médico ya instaurado pues

se crea en ellos una sensación de incertidumbre, incluso al considerarlo una omisión (4).

En otro estudio realizado en España, se evidencia que en un 71,7 % de los casos se comenta con el paciente o la familia sobre la decisión de LET (6). De manera semejante, en un estudio colombiano, realizado en un hospital universitario, el 96 % de los profesionales refirieron preguntarle a la familia del paciente la opinión acerca de LET, y un 93,5 % discutía con sus compañeros acerca del tema (14). Al comparar dichos datos con los resultados encontrados en el presente estudio, el 100 % de los profesionales que manifestaron aplicar la LET refirieron consultar con el paciente e indagar con los familiares sobre la decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos. Este hallazgo puede deberse a diversos factores, entre ellos cabe resaltar la importancia que han adquirido a través de los años en nuestro país las legislaciones que han fortalecido la seguridad del paciente y la humanización de los servicios de salud, el tipo de patología asociada al cáncer y la mayor relevancia del rol del paciente y de su familia en la toma de decisiones al final de la vida, donde se evidencia un papel más activo (18-21).

Un hallazgo de relevancia es el desconocimiento de LET en el personal de enfermería, donde las cuatro auxiliares y la enfermera profesional encuestada refirieron no conocer el término. En la literatura se ha documentado que es el médico quien toma las decisiones al respecto (22); sin embargo, es el personal de enfermería quien acompaña la mayor parte del tiempo, tanto previo como durante el proceso, y brinda no solo asistencia (23), sino también educación y solución a dudas e inquietudes, y sirve en muchos momentos como puente entre el paciente, la familia y el profesional responsable del paciente, mientras ayuda a la ejecución del proceso (24, 25). Un estudio

realizado por Langley *et al.* (26) reportó que el 71 % de las enfermeras afirmaron no tener participación en las decisiones tomadas en el final de la vida. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo por Damghi *et al.* (16), se encontró que en el 88,9% de los casos el grupo de enfermería participaba en las decisiones tomadas acerca de la LET, lo que traía el beneficio de poder identificar de forma temprana cualquier impedimento para alcanzar el objetivo deseado con la decisión consentida. Por dicho motivo, es de gran importancia que todo el personal asistencial tenga conocimiento de los temas bioéticos que envuelven a sus pacientes, con el fin de establecer una buena comunicación y empatía, debido a que se ha demostrado desde la evidencia una mejoría cuando se toman decisiones en conjunto por un equipo multidisciplinario que ayude con la planeación del cuidado del paciente, donde se deben incluir los objetivos de este y su familia, además de las necesidades de servicios médicos para recibir un tratamiento consistente y aplicar la mejor evidencia disponible. Es necesario que este equipo ayude en la construcción del cuidado de la vida y aproximación a la muerte, el cual debería constar de siete enfoques: físico, psicológico, social, espiritual, el curso natural de la enfermedad, el curso de la vida y preparación para la muerte, y circunstancias para la muerte. De igual manera, es importante contar con un comité de ética en el hospital que ayude a que el equipo médico, el paciente y su familia tomen una decisión individualizada y adecuada, a fin de lograr siempre el bienestar del paciente (23, 26-28).

Como limitación de esta investigación cabe mencionar que, dado el restringido número de especialistas en el área de oncología en la ciudad, se utilizó un muestreo a conveniencia, por tanto, no se puede hablar de representatividad.

CONCLUSIONES

La LET ha sido tema de gran controversia desde el punto de vista bioético, religioso y legal debido a la falta de guías de práctica clínica y literatura que vayan más allá del paciente en condición crítica, por lo que es necesario el desarrollo de un mayor número de investigaciones por fuera de UCI.

En los últimos años se han realizado estudios sobre la LET, sin embargo, como se mencionó, la mayoría de estos se han desarrollado en el personal asistencial a cargo de unidades de cuidados intensivos de adultos o pediátricos, lo que difiere de las características de los pacientes en el presente estudio, por lo que la interpretación y la toma de decisiones puede tener diferentes abordajes entre pacientes críticos y pacientes en estado terminal oncológico.

Estas diferencias en el tipo de servicio y de pacientes pueden influir en la divergencia del entendimiento de lo que significa la LET en los profesionales evaluados, lo cual tiene repercusiones en la práctica.

Por este motivo, el presente estudio es de gran utilidad y relevancia a partir de establecer un posible referente para nuevas investigaciones acerca del conocimiento y la aplicación de la LET por parte del personal de salud a cargo de pacientes oncológicos, dado que aborda la LET en un tipo de institución con características específicas y diferentes a una UCI, con pacientes con patologías que llevan a atenciones más cercanas y con mayor interacción por parte de quienes intervienen en su tratamiento oncológico, un grupo poblacional que no se encuentra con facilidad en la literatura asociada a LET.

REFERENCIAS

1. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clínica Esp.* 2012;212(3):134-40. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.016>
2. Regateiro DAA. Limitación del esfuerzo terapéutico, una opción en el cuidado de los pacientes en terapia intensiva. *Bioética.* 2015;15-9. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/162/1519.pdf>
3. Betancourt DG. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al paciente grave. *Rev Archivo Médico de Camaguey.* 2011;15 (5):776-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500001
4. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clínica.* 2010;135(9):410-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/60940>
5. Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C, et al. End-of-life decision-making and quality of ICU performance: An observational study in 84 Italian units. *Intensive Care Med.* 2010;36(9):1495-504. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1910-9>
6. García R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García L. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna. *Rev Clínica Esp.* 2018;218(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.11.004>
7. Solís J, Gómez I. La aplicación de las órdenes de no reanimación y la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ingresados en Medicina Interna en un hospital comarcal. *Rev Calid Asist.* 2013;28(1):50-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.003>
8. Morales G, Alvarado T, Zuleta R. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico. *Rev Chil Pediatría.* 2016;87(2):116-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000200007
9. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. *JAMA.* 2003;290(6):790-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>
10. González A, Azcune O, Peñasco Y, Rodríguez JC, Domínguez MJ, Rojas R. Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Calid Asist.* 2016;31(5):262-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.007>
11. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: A cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med.* 2005;31(6):823-31. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2644-y>
12. Esteban A, Gordo F, Solsona L, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: A Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001;27(11):1744-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-001-1111-7>
13. González Cruz LR. Consideraciones sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en pediatría. [Trabajo de grado]. Bogotá: UNAL; 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12322/1/luisricardogonzalezcruz.2014.pdf>
14. Restrepo D, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en personal de salud de un hospital universitario. *Bioét.* 2013;17(2):216-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-31222013000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Hernández A, Hermana MT, Hernández R, Cambra FJ, Rodríguez A, Failde I. Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. *An Pediatría.* 2006;64(6):542-9. DOI: <https://doi.org/10.1157/13089919>
16. Damghi N, Belayachi J, Aggoug B, Dendane T, Abidi K, Madani N, et al. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Moroccan Emergency Department: An observational study. *BMC Emerg Med.* 2011;11(1). Disponible en: <http://bmccemerg-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-11-12>

17. Cabré L, Solsona JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26(6):304-11. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-medicina-articulo-13036165>
18. Yoo SH, Yun YH, Kim K-N, Lee JL, Park J, Choi YS, et al. The impact of caregiver's role preference on decisional conflicts and psychiatric distresses in decision making to help caregiver's disclosure of terminal disease status. *Qual Life Res*. 2018;27(6):1571-81. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1814-7>
19. Shin DW, Cho J, Roter DL, Kim SY, Sohn SK, Yoon M-S, et al. Preferences for and experiences of family involvement in cancer treatment decision-making: Patient-caregiver dyads study: Family involvement in treatment decision. *Psychooncology*. 2013;22(11):2624-31. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3339>
20. Yennurajalingam S, Noguera A, Parsons HA, Torres I, Duarte ER, Palma A, et al. A multicenter survey of Hispanic caregiver preferences for patient decision control in the United States and Latin America. *Palliat Med*. 2013;27(7):692-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216313486953>
21. Shin DW, Cho J, Roter DL, Kim SY, Yang HK, Park K, et al. Attitudes toward family involvement in cancer treatment decision making: The perspectives of patients, family caregivers, and their oncologists. *Psychooncology*. 2017;26(6):770-8. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4226>
22. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190(8):855-66. DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201403-0593CC>
23. Velarde JF, Luengo R, González R, Cardenete C, Álvarez B, Palacios D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2018;25(7):867-79. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733016679471>
24. Coombs M, Fulbrook P, Donovan S, Tester R, deVries K. Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: A mixed methods study. *Aust Crit Care*. 2015;28(2):82-6. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.03.002>
25. Curtis JR, Vincent J-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*. 2010;376(9749):1347-53. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60143-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60143-2)
26. Langley G, Schmollgruber S, Fulbrook P, Albarran JW, Latour JM. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices: South African critical care nurses' views on EOL decision-making and practices. *Nurs Crit Care*. 2014;19(1):9-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12026>
27. Misak CJ, White DB, Truog RD. Medically Inappropriate or futile treatment: Deliberation and justification. *J Med Philos*. 2016;41(1):90-114. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhv035>
28. Baidoobonso S. Patient care planning discussions for patients at the end of life: An evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2014;14(19):72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561366/>