

PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE ADECUACIÓN  
DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON CÁNCER

DANIELA TORO CONTRERAS  
GERALDIN BERMÚDEZ GAMBOA

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CUIDADO DE  
ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CÁNCER Y SU FAMILIA

TUTORA:  
MARÍA ISABEL LAGOUEYTE GÓMEZ  
MAGISTER EN BIOÉTICA- MAGISTER EN SALUD COLECTIVA  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

DEPARTAMENTO POSGRADOS DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CÁNCER Y  
SU FAMILIA- CUARTA COHORTE

MEDELLÍN, COLOMBIA

2019

## **AGRADECIMIENTOS**

Para nuestras familias quienes con su paciencia y apoyo incondicional nos motivaron para avanzar en nuestra vida profesional como especialistas.

Para nuestros pacientes con cáncer y sus cuidadores, quienes fueron la inspiración para el desarrollo de esta monografía y nos motivaron a indagar sobre el papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico.

Y para nuestra tutora María Isabel Lagoueyte Gómez, docente de la Facultad de Enfermería, quien nos guió durante este proceso y aportó su conocimiento, además de compartir con nosotras el amor que tiene por la enfermería.

" La naturaleza nos ha dado enfermedades de corta duración mientras que la medicina ha perfeccionado el arte de prolongarlas". Marcel Proust.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	10
OBJETIVOS .....	12
Objetivo general .....	12
Objetivos específicos .....	12
METODOLOGÍA.....	13
Periodo de tiempo definido para la búsqueda .....	14
Descriptores utilizados en la búsqueda .....	14
Bases de datos escogidas para la revisión .....	14
CLASIFICACIÓN DEL MATERIAL .....	16
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	24
CAPÍTULO I:	
Papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer.....	25
CAPÍTULO II:	
Cuidados al final de la vida en el paciente con cáncer.....	34
CAPÍTULO III:	
Calidad de vida en el paciente con cáncer .....	42
DISCUSIÓN .....	47
CONCLUSIONES GENERALES.....	51
RECOMENDACIONES .....	52
BIBLIOGRAFÍA .....	53

## LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla N°1: Por bases de datos.....	15
Tabla N°2: Por clase de material.....	16
Gráfica N°1: Por clase de material .....	16
Tabla N°3: Por año.....	17
Gráfica N°2: Por año .....	18
Tabla N°4: Por idioma .....	19
Gráfica N°3: Por idioma.....	19
Tabla N°5: Por país .....	20
Gráfica N°4: Por país .....	20
Tabla N°6: Por revistas .....	22
Gráfica N°5: Por revistas.....	22
Tabla N°7: Por tipo de estudio.....	23
Gráfica N°6: Por tipo de estudio .....	23

## RESUMEN

El trabajo monográfico propuesto tiene como objetivo analizar la producción científica acerca del papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer. La metodología es la revisión documental a partir de la búsqueda de referencias en bases de datos que permitió analizar la información encontrada y escribir un texto argumentativo con visión crítica del cual emergen tres categorías de análisis: adecuación del esfuerzo terapéutico, cuidados al final de la vida y calidad de vida en el paciente con cáncer, las cuales permiten concluir que aunque el médico es en definitiva el encargado de tomar las decisiones de LET (Limitación del Esfuerzo Terapéutico) en el paciente con cáncer, el profesional de enfermería debe ser tenido en cuenta en dichas situaciones, pues estos pueden detectar los pacientes sensibles a LET y aportar su conocimiento desde la perspectiva de cuidado humanizado.

También, esta búsqueda refleja la falta de conocimientos por parte de estos profesionales, pues, generalmente en la academia la información que se recibe sobre este tema es poca lo que lleva a pensar que es necesario incluir en los currículos de pregrado en la materia de ética el tema de adecuación del esfuerzo terapéutico y formarlos para que conozcan la legislación relacionada con la LET y sus diferentes dilemas éticos.

**Palabras clave:** adecuación, esfuerzo terapéutico, enfermería, cáncer, eutanasia, calidad de vida, cuidados, final de la vida.

## ABSTRACT

This monographic work has as an objective analyze the scientific production about the nurse role in the adequacy in the therapeutic effort of cancer patients. The methodology is the documental revision from the references sources in data basis that allowed analyze the information found and write an argumentative text with criticize vision from which emerge three analysis categories: adequacy in the therapeutic effort, end of life care and quality life in cancer patients, which allows us to conclude that even though the doctor is in charge of taking the decision about LTE (Limitation of Therapeutic Effort) in patients with cancer, the nurse must be taken into account in such situations, because they can detect LTE sensitive patients and contributing their knowledge from a humanized care perspective.

Also, it reflects the lack of knowledge from them, cause, generally in the academy the information that we receive about this topic is little, what let us to think that is necessary include inside the bachelor curricula in the bioethics subject the adequacy in the therapeutic effort topic and prepare future nurse with legislation related with LTE and their different ethical dilemmas.

**Key words:** adequacy therapeutic efforts, nursing, euthanasia, quality life, cancer, cares, end of life.

## INTRODUCCIÓN

Esta monografía pretende describir el papel de la enfermera (con este término se hace referencia a profesionales de enfermería de ambos sexos) en situaciones en las que se requiera adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer, realizando una revisión bibliográfica del tema desde sus antecedentes; en la cual se tienen en cuenta conceptos como: futilidad, encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica, limitación terapéutica, hasta el término más recientemente adoptado que es la adecuación del esfuerzo terapéutico, la cual puede definirse según Pérez, F. M como “el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento” (Pérez, F.M, 2016, p.566). También se hablará de legislación en la materia, incluyendo conceptos como voluntades anticipadas, calidad de vida, cuidados al final de la vida, eutanasia, entre otros.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE):

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE, 2002)

Por consiguiente, el profesional de enfermería actúa en todos los momentos del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, desarrollando un papel importante en los cuidados al final de la vida, siendo en esta etapa donde generalmente se presentan situaciones en las que es necesaria la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Se puede decir que:

La enfermera, en cuanto a profesional formada en ética y bioética, y representante tácita de los intereses del paciente, aporta al equipo sanitario una visión humanizadora y de valores éticos propios de la profesión por formación y por sentido del cuidar; y contribuye, también, recogiendo el testimonio del enfermo crítico y su entorno familiar, elementos necesarios para decidir el iniciar o retirar un tratamiento o procedimiento. (Falcó Pegueroles, A, 2009, p.108)

Cabe resaltar que la enfermería es una disciplina cuya razón de ser es el cuidado integral del otro, lo cual amerita tener en cuenta al ser humano de forma holística como propone el metaparadigma (persona, ambiente, proceso salud- enfermedad, cuidado) que, según Ariza, C; (2011) consiste en:

La persona es vista como sujeto de adaptación o receptor del cuidado de enfermería. La familia, el colectivo, grupos o comunidades engloban el concepto de persona. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y desarrolla la persona y en el que se reconocen los componentes sociales, culturales, espirituales, físicos y psicológicos. Por último, la salud es considerada como la representación de la calidad de vida, como la finalidad de la acción de enfermería y como un proceso dinámico. (Ariza, 2011, p.20)

De acuerdo con lo anterior, el cuidado del paciente con cáncer debe ser integral, en el cual se tengan en cuenta las diferentes necesidades, ya que muchas de estas personas se encuentran en situaciones en las que se deben tomar decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico con el fin de lograr calidad de vida o muerte digna.



## FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA

Según Pérez, F. M (2016):

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento. (Pérez, F.M, 2016, p.567)

La denominación habitualmente utilizada “limitación del esfuerzo terapéutico” no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más adecuado el término adecuación del esfuerzo terapéutico, que ya se está generalizando. (Pérez, F.M, 2016, p.567)

Para iniciar, es importante reconocer que en la actualidad la decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico es tomada por el médico teniendo en cuenta los siguientes aspectos: las voluntades del paciente, la decisión de su familia y lo que como especialista considere que es mejor para el enfermo. Es pertinente decir que aún no existen protocolos institucionales o guías donde se describa el papel del profesional de enfermería en estas situaciones.

Sin embargo, en el cuidado del paciente con cáncer y su familia es común tener que enfrentarse a condiciones de adecuación del esfuerzo terapéutico, las cuales suponen un reto para el profesional de enfermería, ya que no tiene un papel definido frente a estas circunstancias; lo que indica la necesidad de empoderamiento de la enfermera en estos momentos, la cual debe asumir estas situaciones desde su rol administrativo, asistencial, investigativo y docente.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar que la persona con cáncer generalmente se encuentra deprimida, con sentimiento de culpa, le preocupa la carga para sus cuidadores, es un conjunto de sentimientos encontrados por sentir el riesgo inminente de muerte; comúnmente todo esto se exagera en situaciones al final de la vida en las cuales se vuelve necesario tomar decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, aspecto complejo no solo para el paciente sino para su familia y cuidadores.

Ruland C. M y Moore S, M (2010) en su teoría del final tranquilo de la vida refieren que:

El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le brinda al paciente (terminal) el cuidado del profesional enfermero con sus interposiciones para brindarle la asistencia necesaria para la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, sentimientos de paz y para seguir el acompañamiento de amigos y familiares. (Ruland y Moore, 2010, p. 754-760)

Un punto fundamental es la teoría de la preferencia para argumentar la calidad de vida de las personas. Una vida buena según la teoría de la preferencia es conseguir lo que se quiere. Esta se puede relacionar con personas que intervinieron de una u otra forma con la toma de medidas para el final tranquilo de la vida. La calidad de vida es la sensación de estar realizado en los diferentes ámbitos ya sean sentimentales como físicos. (Ruland y Moore, 2010, p. 754-760)

En este sentido, es necesario analizar la producción científica acerca del papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer, con el fin de que la enfermera tenga un rol fundamental en estos momentos difíciles, siendo capaz de orientar al paciente con cáncer y su familia en la toma de estas decisiones, que no sea el médico el único profesional que pueda participar en la decisión de adecuar las medidas terapéuticas al final de la vida.

## JUSTIFICACIÓN

Según Pérez, F. M “en la toma de decisiones en el paciente crítico al final de la vida el médico debe tener en cuenta los deseos del paciente y su familia” (Pérez, F.M, 2016, p.569). Lo que quiere decir que, son estos profesionales los que tienen la responsabilidad de reconocer cuando ya no es conveniente continuar aplicando medidas terapéuticas en una persona o en qué momento es necesario renunciar a ellas, pero finalmente para tomar una decisión debe contar con el consentimiento de la persona que padece la enfermedad y su familia.

Por lo tanto, y dado que el profesional de enfermería es parte del equipo interdisciplinario es importante conocer su papel en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico, en este caso refiriéndose específicamente al paciente con cáncer; ya que en la actualidad generalmente la enfermera no es tenida en cuenta en estas circunstancias y tampoco se tiene claridad sobre cuáles podrían ser sus acciones frente al tema.

En ese sentido, la enfermera debe tener una formación sólida en bioética, para así poder participar en estas decisiones, reconociendo desde el cuidado integral las necesidades del paciente y sus voluntades al final de la vida, permitiendo así ayudar tanto al paciente como a la familia en estos momentos; ya que la enfermera es el profesional del equipo de salud que se encuentra 24 horas al lado del paciente. También es importante decir que tiene la capacidad de argumentación, lógica y estudio para hacer parte de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida.

Así, desde el punto de vista teórico esta monografía genera discusión y reflexión sobre el conocimiento existente acerca del papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer, ya que son pocas las revisiones realizadas sobre este tema, pues a pesar del evidente interés que este suscita, no hay trabajos que recopilen y la bibliografía publicada sobre este tópico, por lo tanto

realizar una revisión del número y contenido de estudios de este asunto es el objetivo de la presente monografía.

Finalmente, la información generada puede ser útil para que se realicen investigaciones sobre el tema, para crear grupos de apoyo conformados por enfermeras que actúen en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico; además para lograr una participación en comités de ética institucionales, entre otros.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la producción científica acerca del papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer.

### **Objetivos específicos**

Dar cuenta de los campos del saber que se ocupan de las publicaciones sobre adecuación del esfuerzo terapéutico.

Describir las perspectivas teóricas y metodológicas que se han empleado para abordar las publicaciones sobre el papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer.

Concretar aspectos y preguntas que se puedan desarrollar en futuras investigaciones sobre el tema.

## METODOLOGÍA

Es un estado del arte de tipo documental, a partir de una revisión bibliográfica:

La cual se caracteriza por ser un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos. (Arias, F. 2012)

Según Molina Montoya, NP (2005) un estado del arte puede resumirse en los siguientes pasos:

**Contextualización:** dentro de esta metodología, se tienen en cuenta aspectos como el planteamiento del tema de estudio, los límites del mismo, el material documental que se utilizará en la investigación y algunos criterios para la contextualización.

**Clasificación:** en esta fase se deben determinar los parámetros a tener en cuenta para la sistematización de la información, la clase de documentos a estudiar, así como aspectos cronológicos, objetivos de los estudios, disciplinas que enmarcan los trabajos, líneas de investigación, el nivel conclusivo y el alcance de los mismos. La información puede clasificarse de diferentes maneras de acuerdo con el tipo de información a analizar.

**Categorización:** para esta fase se tiene en cuenta la jerarquización y generación de clases para el tratamiento de la información, paso que implica una recuperabilidad importante de la información y facilita el estudio esencial del fenómeno a investigar, en tanto que permite el desarrollo de la práctica hermenéutica respecto a las prácticas investigativas en un área específica. La categorización puede hacerse dentro de dos categorías: internas y externas.

### **Periodo de tiempo definido para la búsqueda**

El periodo de tiempo definido para la búsqueda fue de 18 años: entre el año 2000- 2018. Se decidió de esta manera debido a la transición de los conceptos utilizados: futilidad, encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica, limitación terapéutica hasta el término más recientemente adoptado que es la “adecuación del esfuerzo terapéutico”. Finalmente, se incluyeron en esta revisión 2 capítulos del libro “Afrontando la muerte” publicado el año 2019.

### **Descriptores utilizados en la búsqueda**

Inicialmente se optó por realizar la búsqueda según los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Pero, al intentar buscar los más apropiados para el tema de revisión, se encontró que al partir el término era más compleja la indagación, por lo tanto, se decidió buscar mediante palabras claves: enfermería, adecuación, esfuerzo terapéutico, cáncer.

### **Bases de datos escogidas para la revisión**

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos planteadas en la fase preparatoria: **Pubmed, Medline, Scielo, Redalyc, EBSCO, Lilacs y Scholar Google**, además de la revisión de artículos de revistas como: Revista Colombiana de Bioética- Universidad del Bosque, Revista Persona y Bioética- Universidad de la Sabana, Revista Latinoamericana de la Universidad Militar, Cuadernos de Bioética Sociedad Española, entre otras. Después de realizar esa indagación, los hallazgos fueron los siguientes:

<b>Tabla N°1: Por bases de datos</b>	
<b>Base de datos</b>	<b>N° de hallazgos</b>
Pubmed	4
Scielo	18
Redalyc	1
Schoolar Google	23
Revistas bioética	10
Otros	4 (1 documento físico- 1 libro- 2 capítulos de libros)
<b>Total</b>	60
<b>Descartados</b>	8
<b>Trabajados</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

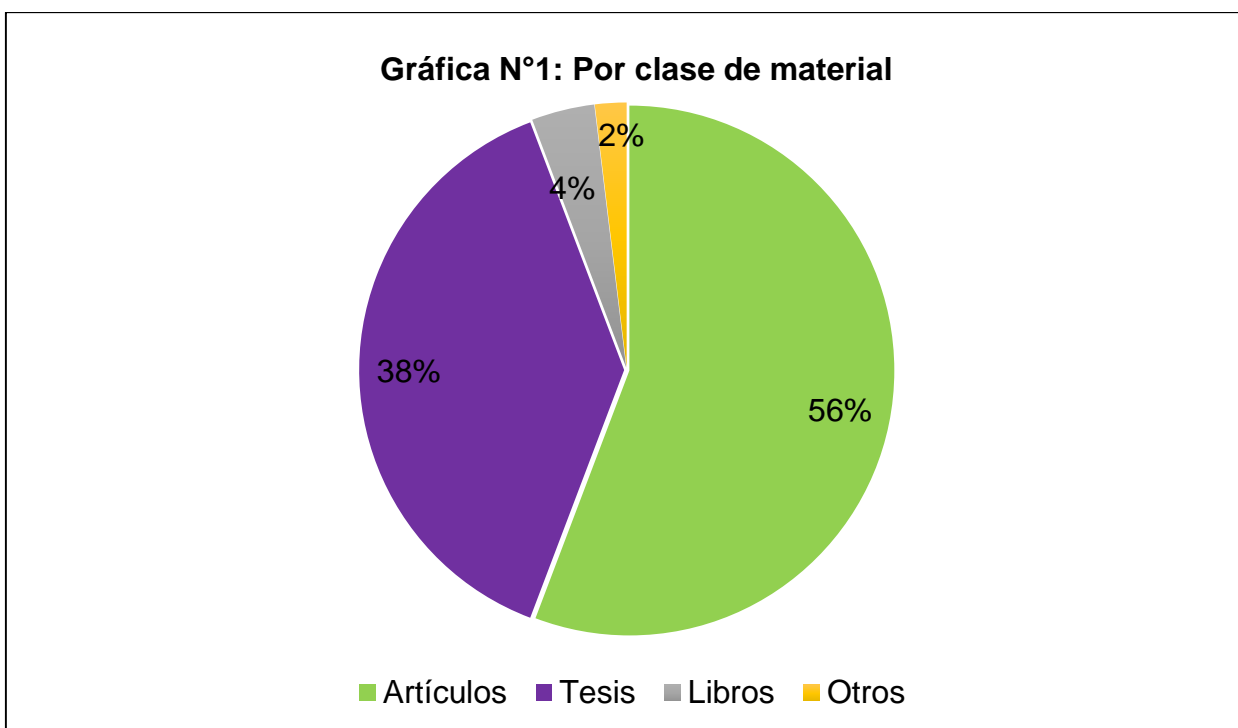
La base de datos donde se encontraron más hallazgos fue Schoolar Google con 23 artículos relacionados con el tema.



## CLASIFICACIÓN DEL MATERIAL

Clase de material	N° de hallazgos
Artículos	29
Tesis	20
Libros	2
Otros	1
<b>Total</b>	<b>52</b>

Fuente: Elaboración propia.

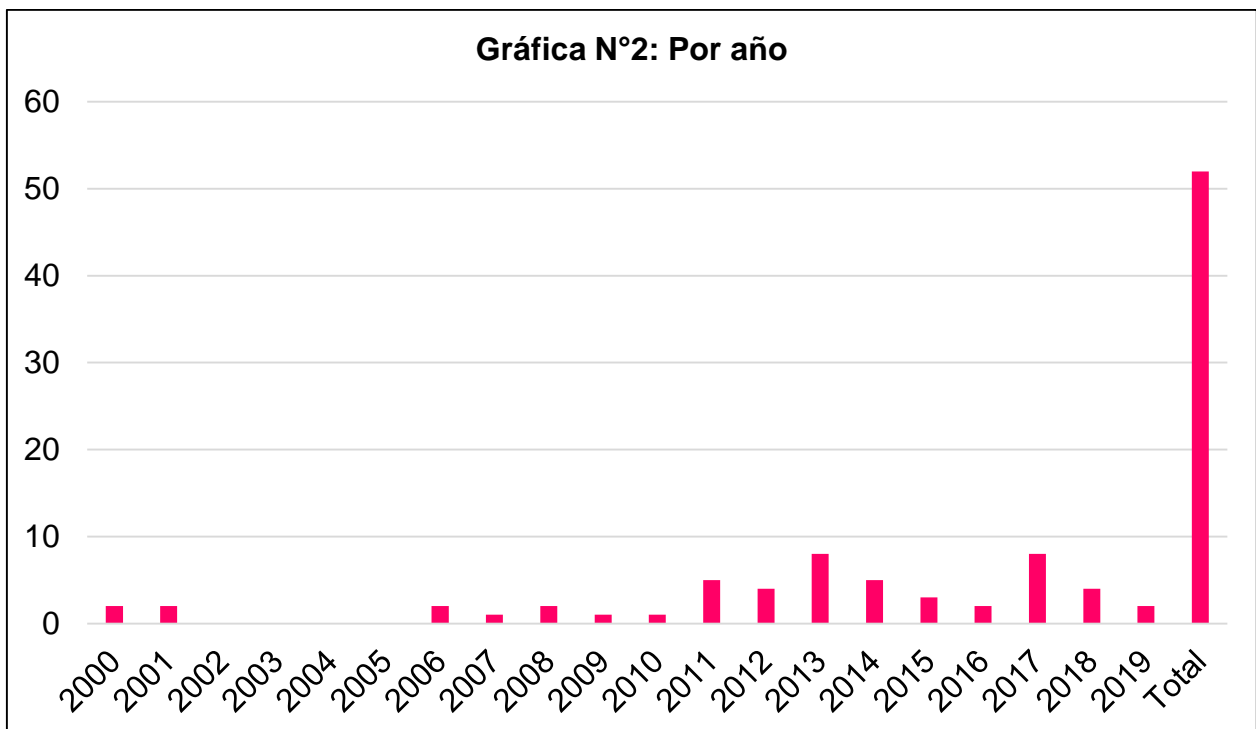


Fuente: Elaboración propia.

La clase de material más utilizado para esta monografía fueron los artículos con 29 de los 52 hallazgos.

<b>Tabla N°3: Por año</b>	
<b>Año</b>	<b>N° de hallazgos</b>
2000	2
2001	2
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	2
2007	1
2008	2
2009	1
2010	1
2011	5
2012	4
2013	8
2014	5
2015	3
2016	2
2017	8
2018	4
2019	2
<b>Total</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

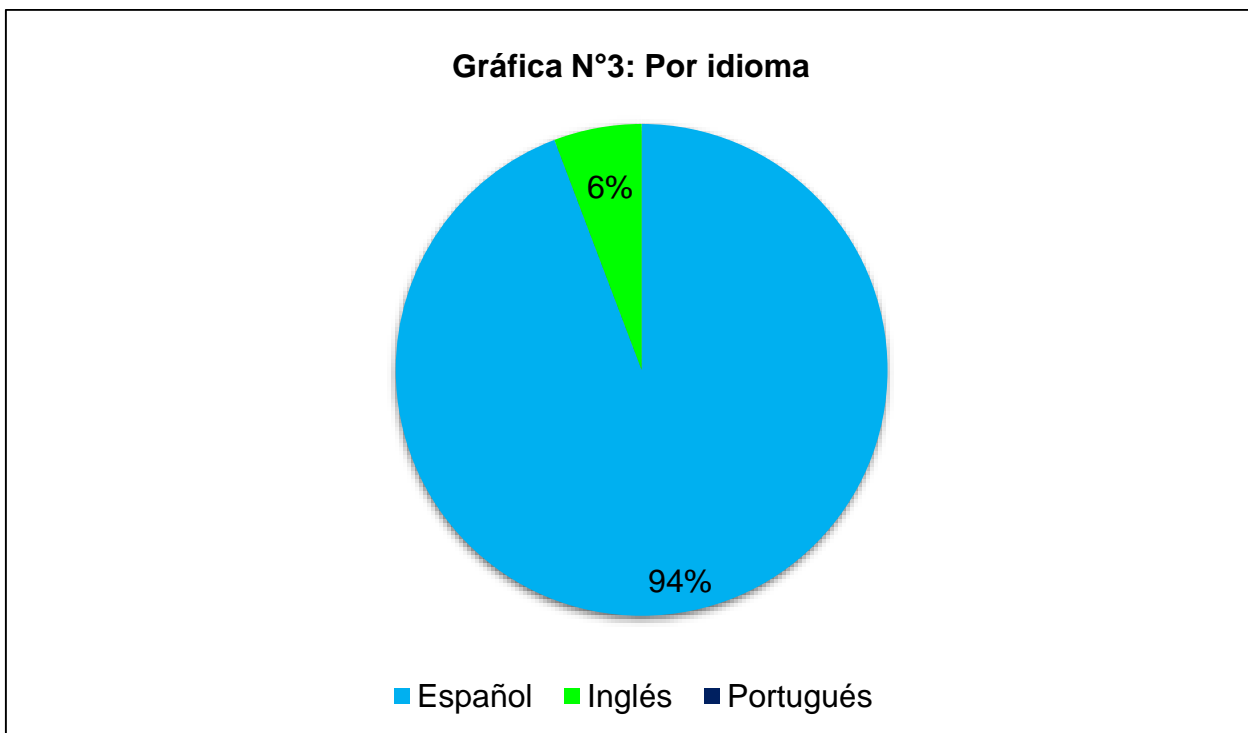


**Fuente:** Elaboración propia.

Evaluando el comportamiento en el tiempo de la producción temática, se puede observar que entre el año 2000- 2001 hubo una constante en investigación de 2- 2 artículos respectivamente encontrados cada año; centrados en las temáticas de encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica. Luego, entre el año 2002- 2005 no se hallaron artículos relacionados con el tema de revisión, entre el 2006- 2010 se detectó una moderada cantidad de artículos cada año, en este periodo el tema más relacionado fue la “limitación del esfuerzo terapéutico”. En el año 2011 se consideran 5 artículos relacionados con el tema; desde este año hasta 2018 aumentan significativamente los hallazgos con una creciente en el interés para investigar sobre la temática de esta monografía, siendo los años 2011- 2017 con 8- 8 artículos respectivamente, donde se encontraron mayor número de investigaciones relacionadas específicamente con el término más recientemente utilizado “adecuación del esfuerzo terapéutico”, incluyendo también tópicos de calidad de vida, cuidados al final de la vida, cuidados paliativos, hasta eutanasia. Finalmente, en el año 2019 el tema es revisado por enfermería en Colombia, no directamente en el paciente con cáncer, pero si en el paciente críticamente enfermo.

Tabla N°4: Por idioma	
Idioma	N° de hallazgos
Español	49
Inglés	3
Portugués	0
<b>Total</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

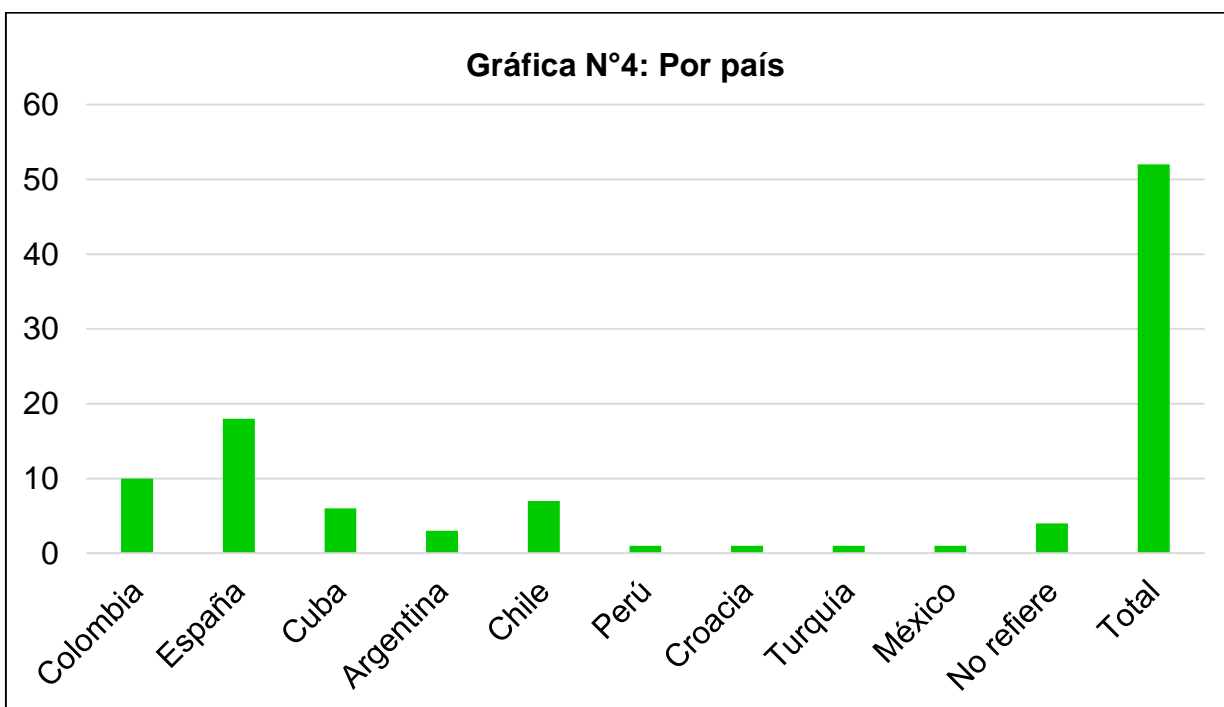


**Fuente:** Elaboración propia.

El idioma en el cual se encontraron más hallazgos fue el español con un 94%.

Tabla N°5: Por país	
País	N° de hallazgos
Colombia	10
España	18
Cuba	6
Argentina	3
Chile	7
Perú	1
Croacia	1
Turquía	1
México	1
No refiere	4
<b>Total</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

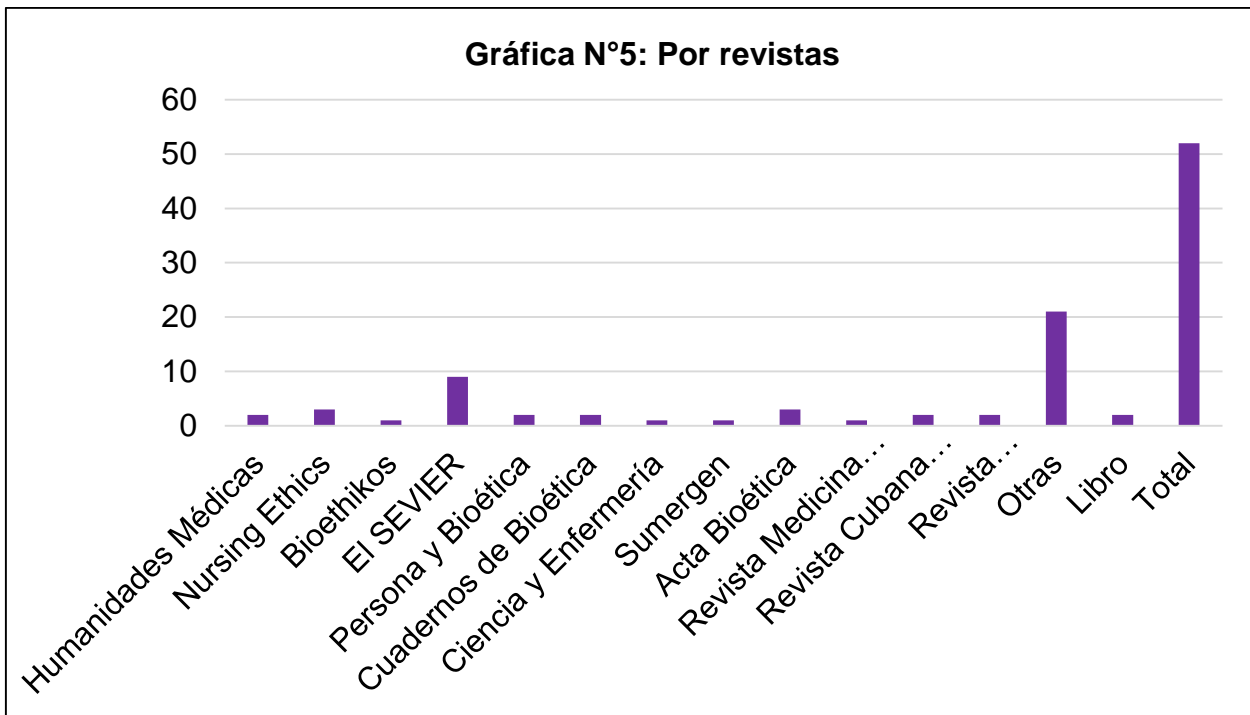


**Fuente:** Elaboración propia.

El país donde más se ha escrito sobre LET es España con un total de 18 hallazgos.

<b>Tabla N°6: Por revistas</b>	
<b>Revistas</b>	<b>N° de hallazgos</b>
Humanidades Médicas	2
Nursing Ethics	3
Bioethikos	1
El SEVIER	9
Persona y Bioética	2
Cuadernos de Bioética	2
Ciencia y Enfermería	1
Sumergen	1
Acta Bioética	3
Revista Medicina Electrónica	1
Revista Cubana Medicina Interna y Emergencias	2
Revista Latinoamericana de Bioética	2
Otras	21
Libro	2
<b>Total</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

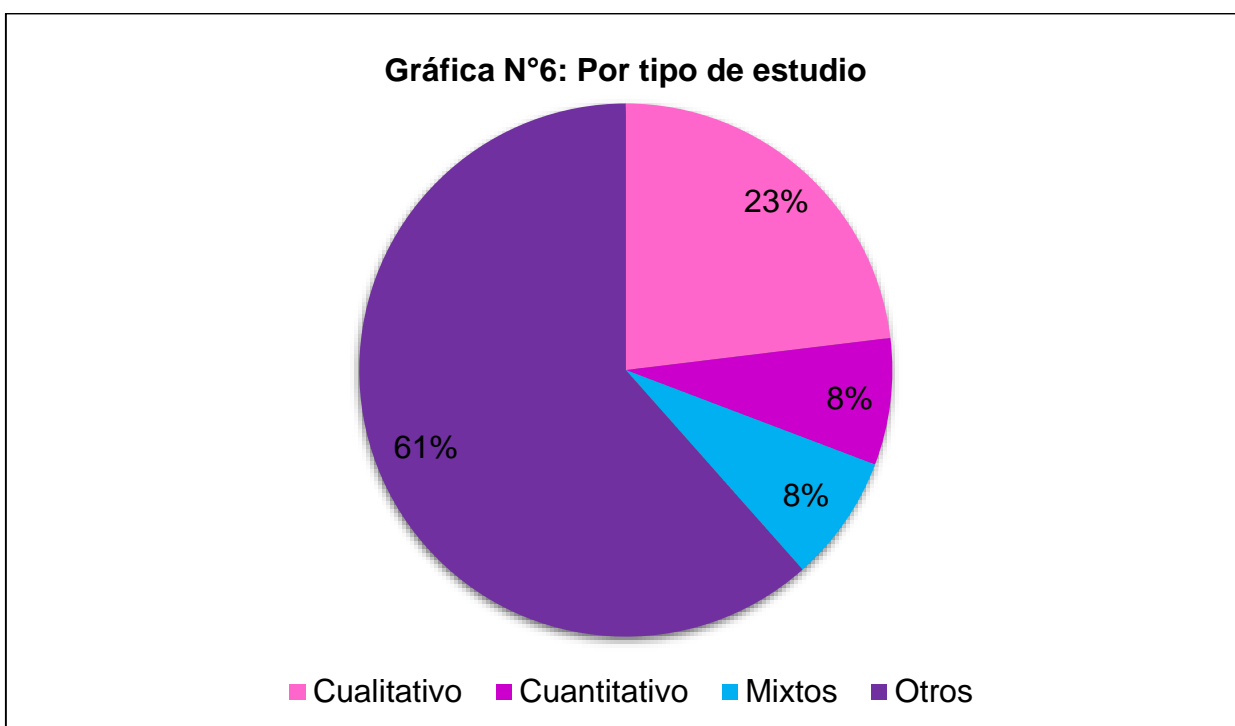


**Fuente:** Elaboración propia.

Las revistas de bioética y enfermería de diferentes Países fueron las más usadas para la búsqueda de información, con un total de 50 hallazgos en revistas y 2 en libros.

Tabla N°7: Por tipo de estudio	
Tipo de estudio	N° hallazgos
Cualitativo	12
Cuantitativo	4
Mixtos	4
Otros	32
<b>Total</b>	<b>52</b>

**Fuente:** Elaboración propia.



**Fuente:** Elaboración propia.

**Cualitativos:** total, de 12 estudios cualitativos- Estados del arte.

**Cuantitativos:** total, de 4 estudios cuantitativos- Descriptivos (3 transversales- 1 retrospectivo).

**Mixtos:** total, de 4 estudios mixtos.

**Otros:** total, de 32 artículos relacionados con el tema- No investigaciones.



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente monografía buscó la recolección y obtención de información en bases de datos y fuentes bibliográficas confiables avaladas por la comunidad científica y académica, respetando los conceptos y derechos de los autores citados, a través de un proceso riguroso y objetivo, en el cual no estuvieron expuestos los juicios morales propios determinando el producto final del presente análisis, que establece un panorama del papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer. Los principales criterios éticos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la monografía están contemplados en los derechos de autor regidos en:

- Constitución Política de Colombia 1991, capítulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales, artículo 61 que expresa: “el Estado protegerá la propiedad intelectual por el tiempo y mediante las formalidades que establezca la Ley”.
- Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor en Colombia, contiene las disposiciones generales y especiales que regulan la protección especial del derecho de autor en Colombia.
- Decisión Andina 351 de 1993 o Régimen Común sobre derechos de autor y derechos conexos, es de aplicación directa y preferente a las leyes internas de cada país miembro del grupo andino.

Por otro lado, de acuerdo a nuestra responsabilidad deontológica se conservaron los principios éticos de respeto, justicia y de beneficencia no maleficencia, definidos en la Ley 911 artículo 2 y en su artículo 34 donde nos habla que “el profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia”. (Ley 911, 2004)

## **CAPÍTULO I**

### **Papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer**

El cáncer es una enfermedad en la cual el organismo produce un exceso de células malignas que invade los tejidos sanos, se disemina afectando uno o varios órganos lo cual hace que el cuerpo no funcione de la manera que debería. Por lo tanto, el cáncer es considerada una enfermedad crónica, degenerativa, que afecta no solo el aspecto físico de la persona sino también lo emocional, social, psicológico, espiritual, etc.

El pronóstico de una persona con cáncer es incierto, depende de un conjunto de factores asociados como: estadio de la enfermedad, tipo de cáncer, órgano que afecta, diseminación, edad, antecedentes, características de las células malignas, respuesta al tratamiento, entre otros. Por consiguiente, el paciente con cáncer se enfrenta a situaciones desconocidas, que generan incertidumbre e interrogantes angustiosos y en ocasiones debe tomar la decisión de continuar o no con el tratamiento y someterse a exámenes y procedimientos que en el peor de los casos no le van a ayudar a curarse.

En este contexto, surgen términos como encarnizamiento terapéutico, limitación del esfuerzo y adecuación del esfuerzo terapéutico que por sus similitudes dan lugar a confusión.

En primera medida, por encarnizamiento terapéutico se entiende la utilización de terapias que no pueden curar al paciente, sino simplemente prolongan su vida en condiciones desagradables. Esto, puede relacionarse con la futilidad médica que según G. Mendoza del Solar (2008) es:

Cualidad de aquel acto médico cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, síntomas o enfermedades intercurrentes, o porque producirá previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el

paciente o sus condiciones familiares, económicas o sociales. (G. Mendoza del Solar, 2008)

Con el pasar del tiempo, este término dejó de usarse, al aparecer el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Sin embargo:

Para algunos autores “la denominación habitualmente utilizada limitación del esfuerzo terapéutico” no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más adecuado el término adecuación del esfuerzo terapéutico, que ya se está generalizando”. (Pérez, F.M 2016, p.567)

De esa manera, la limitación del esfuerzo terapéutico está justificada desde una perspectiva de justicia (mejor aprovechamiento de recursos, evitando la futilidad), no maleficencia (evitando el encarnizamiento terapéutico), beneficencia (respetando mejor la dignidad de la persona) y, si cabe, de autonomía del enfermo. (Batiz Cantera J, 2006)

Para algunos, LET es una expresión peyorativa, y proponen hablar, más bien, de “ajuste” sobre la atención al paciente, pues no se trataría solo de “dejar de hacer”, sino, además, de adoptar una actitud proactiva que incluya sumar o modificar medidas de acuerdo con los objetivos terapéuticos de cada momento de la atención médica. (Restrepo Bernal D. Cossio Uribe C, 2013)

Para Pérez, es más aconsejable hablar de la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), la cual “puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente (Pérez, F.M 2016, p.567). La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento” (Pérez, F.M 2016, p.567). Esta práctica trae consigo un conjunto de dilemas éticos difíciles de resolver, por lo que es importante tener en cuenta las voluntades del

paciente y su familia según los principios bioéticos: autonomía, justicia, beneficencia- no maleficencia.

En pocas palabras, la adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica logra evitar una forma de iatrogenia conocida anteriormente como ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanasia. En la literatura suele referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento de soporte para la vida. Esta práctica clínica no entra en contradicción con la tradición del arte médico, pues es necesario destacar que sólo se limitan aquellas medidas de soporte para la vida, consideradas como heroicas, extraordinarias o desproporcionadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que definitivamente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios y proporcionados a la situación terminal del paciente.

Por otra parte, los avances científicos y tecnológicos en las últimas décadas han llevado incluso a posponer la muerte de los pacientes en cuidados paliativos, pues se cree que estos son los medios suficientes para mantener con vida una persona, por eso, cuando el médico comprueba que un tratamiento es inefectivo no tiene la obligación de continuar con las medidas terapéuticas, está en su derecho de exponer el caso y tomar decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico; pues es importante decir que, la LET no es eutanasia, en ocasiones se confunden, pero es necesario reconocer que adecuar es diferente a abandonar.

Por su parte, algunos clínicos plantean que la limitación del esfuerzo terapéutico es de tal responsabilidad, que para aceptarla desde el punto de vista de la indicación implica tener capacidad para tomar decisiones y formar juicios (debe ser desde todos los puntos: profesionales de la salud, paciente y familia.) y para ello, es preciso tener datos diagnósticos muy contrastados. (Barbero Gutiérrez J. Romeo Casanova C. Gijón P y Júdez J, 2015)

En conclusión, el término adecuación del esfuerzo terapéutico, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, en correspondencia al diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo de su enfermedad; la decisión de adecuar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir en realidad que el esfuerzo terapéutico finalice. (Betancourt Reyes G.L, 2017)

### **Las voluntades anticipadas- Ley en Colombia**

En este contexto, es importante hablar de las voluntades anticipadas o instrucciones previas, que según el Ministerio de Salud son el instrumento legal que le permite a la persona participar en la toma de decisiones relacionadas consigo mismo y el cuidado o atención de su salud, en el caso de que se encuentre incapacitado o limitado para proyectar su posición, o manifestar sus preferencias al final de la vida como consecuencia de un evento de salud que impide la expresión de la voluntad, limita la habilidad de razonar o de emitir juicios razonables. (MINSALUD, 2018)

### **Principios bioéticos**

Toda atención en salud debe estar basada en la ética, más aún, cuando tiene que ver con decisiones vitales. Para este caso, los principios de la bioética iluminan de manera especial este tema.

En ese sentido, Lagoueyte (2019) refiere que, “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, dado que con la aparición de las unidades de cuidado intensivo surgió el término de encarnizamiento o la obstinación terapéutica”. (Lagoueyte M.I, 2019).

Esta situación consiste según Batiz Cantera J (2006), en “un intento irracional de luchar contra la muerte que está próxima y que es inevitable” (Batiz Cantera J, 2006). 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 (Lagoueyte M.I, 2019)

Desde otra perspectiva, el principio bioético de respeto de la autonomía no implica, sin embargo, que deba considerarse válida toda decisión del paciente, sino que es necesario garantizar que la decisión se ha tomado después de entender la naturaleza y las consecuencias de esta, sin coacción externa ni interna, y que el paciente es capaz de razonar la opción escogida y la mantiene por convicción a pesar de que pueda ser sensible a una revocación en cualquier momento del proceso asistencial. (A. Falcó- Pegueroles, 2009)

### **Papel de la enfermera**

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante describir el papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer, dado que es este quien está implicado en el cuidado de la persona enferma las 24 horas, por lo que es preciso que conozcan la legislación actual relacionada con la fase del final de la vida, como la ley de voluntades anticipadas y la eutanasia, además deben tener una formación en bioética, teniendo en cuenta los estándares éticos, clínicos, culturales, para preparar al paciente y la familia para una “buena muerte”.

Empero, la falta de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería en adecuación del esfuerzo terapéutico es notoria, pues, generalmente en la academia la información que se recibe sobre este tema es poca. Por lo tanto, para poder llegar a tener

experiencia en estas situaciones es necesario estudiar de manera consciente y reflexionar en el día a día lo que se vive con los pacientes en cuidados al final de la vida.

Con respecto a lo anterior, el cuidado es propio del hacer de enfermería, sin embargo, en el contexto de la LET su planificación debe ser llevada a cabo en conjunto con todo el equipo de salud. En general los tratamientos en torno a la LET pueden ser considerados fútiles, sin embargo, el cuidado nunca lo será. (Idalid Rojas G, Ivonne Vargas C, Lilian Ferrer L, 2013)

El profesional de enfermería debe tener en cuenta que la AET debe ser una práctica organizada y planificada, lo cual requiere la participación y el consenso de cada uno de los profesionales involucrados en el cuidado del paciente, ya que en estas situaciones se presentan dos momentos importantes: la toma de decisión y su aplicación. En efecto, el proceso de toma de decisión para la aplicación de medidas de adecuación del esfuerzo terapéutico genera estrés en los cuidadores de los pacientes, por lo tanto, es necesario el acompañamiento del profesional de enfermería en esta situación ya que este es visto como la persona encargada de brindar soporte, de ayudar a entender la condición del paciente, de entregar información clara y comprensible, facilitando el proceso de toma de decisión y aceptación de la muerte.

Del mismo modo refiere A. Falcó- Pegueroles que, en definitiva, es la enfermera la que puede detectar los pacientes sensibles a LET, de forma que se haga una previsión de las intervenciones y su expresión en el tiempo, mejorando no solo la atención al paciente y su familia, sino también la seguridad y el compromiso profesional en la toma de decisiones, y así ser el agente mediador entre la familia y el equipo sanitario, además de detectar el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes. (A. Falcó- Pegueroles, 2009)

En particular, en estas decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico es necesario tener en cuenta lo que quiere el paciente, sin embargo, se deben considerar un conjunto de aspectos importantes antes de tomar la decisión definitiva.

La esencia de la enfermería es el cuidado, considerado como un arte, por lo tanto, la enfermera debe participar de forma activa en la toma de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) aportando su conocimiento desde su perspectiva de cuidado humanizado. Pese a lo cual, en una investigación realizada en una Unidad de Cuidados Intensivos, el resultado más llamativo del estudio es que los mismos profesionales de enfermería, en más de una tercera parte, opinan que ellos/as no deben participar en la toma de decisiones a la hora de decidir la limitación del tratamiento en su paciente. Dichos profesionales no son conscientes de la importancia que tiene su participación en este proceso, pues esta aporta su visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar. (Luciano Santana Cabrera, N. Gil Hernández, A. Méndez Santana, I. Marrero Sosa, S. Alayón Cabrera, J. C. Martín González, Manuel Sánchez Palacios, 2010)

Sin embargo, la decisión de optar por la limitación del esfuerzo terapéutico, o no hacerlo, suele ser del médico, pero la ejecución de la misma habitualmente corresponde a enfermería y puede aparecer conflicto. El enfermero, experto en la dinámica de los cuidados, suele estar muy sensibilizado ante el riesgo de obstinación terapéutica y en ocasiones se encuentra ante el dilema de tener la orden médica de poner o quitar un procedimiento y no estar de acuerdo. (Barbero Gutiérrez J. Romeo Casanova C. Gijón P y Júdez J, 2015)

Por esa razón, el profesional de enfermería debe formar parte de las decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, aunque pueda existir un conflicto entre médico-enfermera, es necesario que el profesional directamente encargado del cuidado del paciente intervenga en la tarea de quitar o poner un tratamiento.



“La toma de decisiones de limitar el esfuerzo terapéutico puede estar muy influida por las emociones actuando como variable intermedia” (Barbero Gutiérrez J. Romeo Casanova C. Gijón P y Júdez J, 2015). Generalmente, es en las Unidades de Cuidados Intensivos o Paliativos donde surge la necesidad de tomar este tipo de decisiones y es en estos lugares en los que se encuentran más cuidadores que viven una serie de emociones que se convierten en una variable intermedia (que puede ser favorable o desfavorable) a la hora de tomar estas determinaciones.

En conclusión, la acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría dentro de las prácticas reconocidas como éticas. La conducta de los profesionales de la salud debe estar dirigida a no menospreciar nunca la vida de sus enfermos, pero deberán aprender a respetar la vida y aceptar la inevitabilidad de la muerte en determinadas circunstancias.

Finalmente, es el profesional de enfermería quien puede reconocer las diferentes emociones del enfermo cuando este sabe que sus posibilidades de recuperarse son nulas y es en esos momentos en los que es preciso indagar sus sentimientos para poder responderle de la manera más favorable según la fase en que se encuentre: incredulidad, rechazo, rebeldía, sumisión, negación o aceptación.

Por otro lado, los profesionales de enfermería tienen diversos roles que ejercen en los distintos momentos de cuidado de los pacientes. “Así, en el cuidado humanizado se destacan los roles de defensor de los intereses del paciente, por su cercanía con él, y de agente comunicador, que mantiene el nexo entre la familia y el equipo médico” (Yáñez. M, Vargas. I, 2018)

Y a pesar de que hoy en día se promueve el trabajo multidisciplinar, es primordial destacar la importancia de la participación de la enfermera en el proceso de deliberación y toma de decisiones del paciente y la familia. Esta desempeña una función de agente de la información, siendo la representante de los intereses del paciente, velando por sus derechos y necesidades. “Además, tiene una posición distinguida frente a otros profesionales en la administración de cuidados, y su visión integral le permite identificar qué tratamientos han dejado de ser efectivos y proponer la reorientación de estos” (A. Cilla, M.L. Martínez, 2018)

Por otra parte, es importante señalar que la LET, no implica, en absoluto, la desatención del enfermo y en especial del EC (enfermo crítico) moribundo. Por el contrario, se espera que el profesional de enfermería participe de forma activa aportando la visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar. (A. Falcó-Pegueroles, 2009).

Eso queda patente al afirmar que “cuando la LET se inicia, no se abandona al paciente, se da prioridad a que se encuentre junto a su familia en los momentos finales de la vida y que cuente con bienestar y alivio del sufrimiento” (Vallés Fructuoso, Olga & Ruiz-de Pablo, B & Fernández- Plaza, M & Fuentes- Mila, V & Martínez- Estalella, G, 2016)

## **CAPÍTULO II**

### **Cuidados al final de la vida en el paciente con cáncer**

“La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las diversas corrientes del pensamiento a través de la historia” (García C, Martínez M, 2001).

El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional. En el siglo XIX Nightingale define al cuidado como “un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” y da comienzo a la profesionalización de enfermería (Marriner A, Raile M. Harcourt, 1999)

La humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético que permite valorar a la persona en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían la conducta de quienes trabajan en el ámbito de la salud. Los valores centrados en la persona permiten establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano (Bermejo HJ, Villacieros DM, 2013). La forma de preservar la humanización en la atención en salud corresponde al personal que participa en los diferentes ámbitos del paciente; en este contexto, enfermería es la responsable de brindar un cuidado humanizado.

Por consiguiente, humanizar es ayudar a las personas a mantener las funciones fisiológicas, psicológicas y sociales para proporcionar bienestar, siguiendo la premisa de que cada paciente tiene el derecho a una atención calificada, respeto a la dignidad personal y a una información clara y oportuna. (Oliveira VM, Souza RF, Ghizoni SD, Schneider N, Dos Santos AC, 2013)

Por otra parte, el uso inevitable de la tecnología al servicio de la salud y de la vida de las personas puede originar una importante deshumanización en la atención que se brinda, pudiendo afectar la evolución y recuperación del paciente. Estas situaciones son las que los profesionales de enfermería enfrentan actualmente en el contexto laboral de salud, en el cual existe un predominio de la cultura científico- tecnológica y esta actúa en menoscabo del cuidado humano, enfrentando al personal de enfermería a conflictos éticos en la toma de decisiones en situaciones complejas, en beneficio o perjuicio del bienestar del paciente.

El sistema de salud moderno se caracteriza por el uso de la tecnología médica, la cual ha proporcionado muchos beneficios a la salud, sin embargo, se le atribuyen repercusiones directas e indirectas sobre la vida de las personas, generando controversias sobre la excesiva aplicación de la misma, la medicalización, los costos crecientes e incontrolables por su uso, la falta de métodos para la prevención de enfermedades, la despersonalización y cosificación de los pacientes, la injusticia en la distribución de los beneficios y la falta de medidas para mejorar el acceso equitativo a dichos beneficios. (Rodríguez C, 2011)

Por otro lado, el paciente se encuentra expuesto a un ambiente de salud complejo, donde el uso de la tecnología (sea máquinas o instalaciones) lo expone a posibles riesgos en su atención, de tipo eléctricos, mecánicos, radiológicos, biológicos y ambientales, que pueden afectar su seguridad personal.

Los profesionales de enfermería se desempeñan en diversas instituciones de salud donde predomina la tecnología, esto le permite poner en práctica sus conocimientos teóricos, sus habilidades y destrezas en el manejo de la terapéutica avanzada, pero también integrar su compromiso, considerando los valores humanistas de la profesión, basados en la valoración y comprensión de forma integral del paciente como elemento indispensable para brindar el

tratamiento. Sin embargo, el modo de actuación del personal de enfermería se puede ver afectado, en ocasiones se priva al paciente del calor humano, de su derecho propio a la vida o a la muerte, restringe el cuidado, lo que conduce a no intervenir al paciente a menos que se cuente con determinados requisitos tecnológicos, generando un trato deshumanizado, despersonalizado, uso de un lenguaje confuso, barreras para la comunicación, un manejo inadecuado del dolor o de otras necesidades del paciente, entre otras. (Rodríguez C, 2012)

Según Ceballos el trabajar con un paciente que no se comunica verbalmente, como es el paciente de una unidad crítica, no quiere decir que pierda su humanidad, es un ser en desventaja, desvalido, pero no pierde su condición de persona, es por eso que enfermería debe trabajar en conjunto con la tecnología, pero no vivir para ella. (Ceballos VP, 2010)

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería, hace referencia a lo que se consideran deberes principales: promover la salud, prevenir la enfermedad, contribuir a la restauración de la salud y aliviar el sufrimiento; además, demostrar respeto de los derechos humanos, los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección y a la dignidad de las personas. En este sentido, enfermería tiene una gran responsabilidad ética en el desarrollo de sus funciones asistenciales hacia el paciente, la familia, y a la comunidad. Debe demostrar una cultura profesional para promover situaciones de bienestar, accesibilidad y eficacia en el cuidado de enfermería y salvaguardar en todo momento los principios que la rigen, como son la solidaridad, integridad, equidad y calidad. (Escobar- Castellanos, Blanca, & Cid-Henríquez, Patricia, 2018)

Según Falcó, los profesionales de enfermería son especialmente vulnerables a percibir conflictos de carácter ético, debido básicamente a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas y a la profesión y al hecho de trabajar en un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo. (Falcó P.A,

2012)

Entre los dilemas más frecuentes que surgen con la modernidad tecnológica en la salud destaca la decisión de mantener o suspender procedimientos que conserven o prolonguen la vida de pacientes sin probabilidades de recuperación; decidir el uso de la tecnología en procedimientos; efectuar tratamientos excesivos que pueden ocasionar sufrimiento, la eutanasia pasiva y activa; llevar al encarnizamiento terapéutico o prolongar la agonía sin que mejore la calidad de vida del paciente entre otros. (Escobar-Castellanos, Blanca, & Cid-Henríquez, Patricia, 2018)

En relación con este tema, es importante hablar de los cuidados al final de la vida de un paciente con cáncer, los cuales se brindan después de tomar decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico, pues como se mencionó en el capítulo I, no se abandona el paciente, sino que se adecúan las medidas según su pronóstico; lo que quiere decir que, el cuidado de la persona continúa pues el hecho de cesar tratamientos o dejar de instalar unos nuevos no implica descuidar al paciente, más bien es hacer énfasis en mejorar la calidad de vida de él y su familia, manteniendo el bienestar durante el tiempo que queda.

Las personas en cuidados al final de la vida pueden experimentar síntomas desagradables como: náuseas, estreñimiento, disnea, fatiga, inapetencia, dolor, entre otros. Este periodo es diferente en cada paciente, por lo tanto, las decisiones que se tomen en este tiempo serán de suma importancia. El profesional de enfermería cumple un papel importante en estos cuidados al final de la vida, donde debe procurar:

- Dar atención integral al paciente por medio de un equipo multidisciplinar.
- Conocer sobre voluntades anticipadas.
- Hacer partícipe el paciente y su familia del cuidado.
- Controlar los síntomas desagradables.
- Dar importancia a la comunicación y al soporte emocional.
- Reconocer las preocupaciones de la familia e intentar resolver sus inquietudes.

- Realizar acompañamiento en todo el proceso de duelo.

De igual forma, el cuidado del paciente en la fase final de la vida representa un reto sumamente difícil para los profesionales de enfermería en cualquier nivel de atención en el que este se realice. En la actualidad existen diversos modelos de cuidados al final de la vida desarrollados por diversos autores como es el caso de Ruland C. M y Moore S, M (2010) quienes en su teoría del final tranquilo de la vida refieren que:

El contexto de esta teoría se da en una unidad hospitalaria, en donde se le brinda al paciente (terminal) el cuidado del profesional enfermero con sus interposiciones para brindarle la asistencia necesaria para la ausencia de dolor, bienestar, hacer que el paciente se sienta con dignidad y respeto, sentimientos de paz y para seguir el acompañamiento de amigos y familiares. (Ruland y Moore, 2010, p. 754-760)

Lo anterior, hace énfasis en comportamientos basados en la preocupación, el compromiso, la compasión, el ser cuidadoso, estar atento a los detalles, responder con sensibilidad y escucha activa. Incluir al paciente y sus cuidadores en la toma de decisiones haciéndoles partícipes en los cuidados, proporcionando apoyo emocional, siempre inspirando confianza y teniendo presente que las experiencias del paciente en estos ámbitos contribuyen a un final tranquilo de vida.

Para Ruland C. M y Moore el objetivo del cuidado del FV (Final de Vida) no es optimizar el cuidado en el sentido de que debe ser el tratamiento mejor y más avanzado o excesivo, sino maximizarlo, es decir, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila. (Ruland C. M y Moore S, M (2010)

Para Henderson, la función de las enfermeras está definida como “ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna”. Por ello se puede decir que

estas, tienen un papel importante a desarrollar en la provisión del derecho a morir con dignidad, son las que tienen la responsabilidad de los cuidados de la persona, incluyendo aquellos en final de vida (Marriner A, Alligoog M, 2007)

Diversas entidades representativas de las enfermeras como el Consejo Internacional de la Enfermería (CIE, 2006), el Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea (2007), la Organización Colegial de Enfermería en España (2001), manifiestan el derecho de los pacientes a morir con dignidad y el compromiso de las enfermeras para proporcionárselo.

### **La eutanasia**

Otro tema de importancia es el de la eutanasia, que Delgado Rojas E.J (2017) la define como “uno de los procedimientos más utilizados en la sociedad actual para causar la muerte a un paciente en estado terminal con el fin de evitarle dolores infructuosos” de esta manera se le impiden molestias físicas y psicológicas producidas por su enfermedad. No obstante, diferentes países se han negado a incluir este procedimiento dentro de sus legislaciones, dado que va en contra de los objetivos constitucionales, es decir, con este método se vulneraría su principal función que consiste en velar por la vida y la dignidad humana de cada persona (Delgado Rojas, Elkin Javier, 2017)

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente” (OMS, 1995).

Según Francisconi, la eutanasia, etimológicamente se define como “buena muerte”, sin embargo, su significado es mucho más amplio y puede ser definida como la terminación voluntaria y sin dolor de la vida de una persona, la cual sufre de una enfermedad terminal e incurable que prolonga su agonía a causa de un gran sufrimiento físico; convirtiéndose, desde su óptica, en una mejor alternativa



que la vida. (Francisconi CF, 2007)

Por otra parte, la eutanasia puede clasificarse como activa y pasiva. La primera se refiere a la práctica de una acción médica con la que se acelera la muerte del paciente o se finaliza su vida, principalmente mediante fármacos que sedan y posteriormente generen un paro cardiorrespiratorio. Por otro lado, en la eutanasia pasiva no se induce la muerte, sino que se dejan de aplicar los tratamientos, medicamentos u operaciones que prolonguen la vida del paciente, como un respirador artificial o una sonda con alimentación parenteral; se podría resumir como “la táctica de dejar morir al paciente”. (Lorenzo J, 2009)

Por consiguiente, la eutanasia es un tema de gran discusión, pero no es fácil puntualizar sobre ella. El desconocimiento general que se tiene y el hecho de tratar directamente con la muerte, presenta uno de sus más graves problemas, pues se piensa que con su práctica se vulneran de alguna forma los principios morales de cada persona, y en el mismo sentido sus creencias religiosas. Para Álvarez y Kraus, “no se llega a conocer de fondo la práctica de la eutanasia y la forma como se ejecuta, dado que esta opción representa solo una salida para aquellas personas que se encuentran en una situación de enfermedad terminal” (Álvarez & Kraus, 2006).

Sin embargo, el Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002), considera que la eutanasia es contraria desde un punto de vista ético, por lo cual determina que la conservación de la vida a partir de tratamientos médicos, farmacológicos y psicológicos (cuidados paliativos) en pacientes con enfermedades terminales posibilita la preservación del ciclo vital del enfermo y de igual manera le permite mejorar su calidad de vida. Establecen que los avances médicos, tecnológicos y científicos han logrado prolongar la vida por un rango mayor de tiempo facilitando la utilización de cuidados paliativos en personas en estado terminal. Sin embargo, no se oponen si un paciente desea prescindir de los tratamientos que pueden ayudar a resguardar su vida.

De modo similar, en Colombia el camino jurídico del derecho a morir dignamente ha atravesado la línea del tiempo desde 1993 donde se habló por primera vez del tema de muerte digna a través de la eutanasia pasiva, en 1997 la Sentencia T-493 fue la primera en referirse al derecho a morir dignamente a través de la eutanasia activa como derecho fundamental; en 2014 aparece la Ley 1733 Consuelo Devis Saavedra de cuidados paliativos donde se definieron conceptos como: enfermo en fase terminal, enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y cuidados paliativos. En el 2015, el Ministerio de Salud y Protección social, con la Resolución 1216 ordenó la conformación de comités científico interdisciplinarios encargados de garantizar el derecho a morir dignamente. Luego, en 2016 con la Resolución 1051 se regularon los requisitos y formas para realizar la declaración de voluntades anticipadas. Finalmente, en 2018 se conoce la Resolución 825 donde se reglamentó el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de menores de edad, que incluye las condiciones para acceder a la eutanasia.

Es un gran avance el que ha dado el Estado colombiano en razón a la eutanasia y el derecho a morir dignamente; no obstante, parece ser un derecho de papel puesto que existen muchos vacíos en la regulación de esta práctica.

## **CAPÍTULO III**

### **Calidad de vida en el paciente con cáncer**

Durante la evolución del cáncer, se presentan un sinnúmero de cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades tanto en el paciente como en su familia, las cuales varían de un individuo a otro y con el paso del tiempo. (Cossich T, Schofield P, McLachlan S.A, 2013)

De acuerdo con Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C (2013), muchos cuidadores y pacientes no comunican sus preocupaciones a los profesionales de salud. Cuando ellos comparten sus necesidades, a menudo omiten aspectos psicosociales importantes. Varios factores contribuyen a esta dificultad; muchos pacientes y sus cuidadores creen que el dolor, la tristeza, la ira y el sufrimiento son inevitables en el cáncer. Otros creen que los médicos no desean tratar tales aspectos, porque ven la falta de preocupación o interés del profesional en preguntar, lo cual se necesita para desarrollar un diálogo significativo. Como resultado de un inadecuado entendimiento de las necesidades del paciente y la familia, se incrementan tanto los costos del cuidado de la salud, como el sufrimiento innecesario. Para los profesionales de la salud y en particular para los médicos, examinar estos aspectos significa que necesitan prestar más atención a los pacientes como individuos durante las diversas etapas de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta la fase terminal. (Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, 2013)

En términos generales, cuando se habla de calidad de vida, se puede englobar este concepto como la diferencia entre la expectativa y su realidad; es decir, cuanto más grande sea la diferencia entre estas, más demeritada se verá su calidad de vida.

Por lo tanto, elaborar un concepto de lo que conforma la calidad de vida ha sido un tema con implicaciones económicas, políticas, sociales, filosóficas, psicológicas y médicas. A través de los años este concepto ha cambiado; para los filósofos, Platón y Aristóteles, la felicidad equivalía a tener calidad de vida. Para Aristóteles, felicidad significa vivir y tener éxito, pero él también mencionó que las personas tienden a valorar lo que pierden, de modo que fue uno de los primeros pensadores que relacionó la calidad de vida con la diferencia entre la experiencia vital de una persona y sus expectativas. (Plato Confort, 1972; Aristotle Ross, 1925)

Igualmente, el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (OMS, 2014).

Sin embargo, el término calidad de vida es subjetivo, ya que cada persona puede tener una percepción diferente de lo que compone una calidad de vida: bienestar físico, psicológico, emocional, social, entre otros. El paciente con cáncer generalmente ve definida su calidad de vida en formas distintas, pero más o menos las áreas afectadas son:

- Depresión reactiva a la enfermedad.
- Insomnio o somnolencia.
- Dolor crónico.
- Cambios en las relaciones afectivas.
- Sexualidad.
- Cambios en el entorno laboral.
- Cambios en el entorno familiar.
- Necesidad de sentirse útil.

- Efectos adversos derivados de los tratamientos oncológicos (náuseas, emesis, fatiga, diarrea, entre otros).

Para Ruland y Moore (2001), la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir procesos y desenlaces satisfactorios. (Ruland y Moore, 2001)

Por su parte, la calidad de vida en el paciente oncológico y con enfermedades crónico- degenerativas en fase avanzada es para la medicina y los cuidados paliativos la parte central de su atención. Pero a pesar de los avances logrados en el diagnóstico y tratamiento de todos los tipos de cáncer en las últimas dos décadas, solo una pequeña proporción (menos del 50%) de los pacientes oncológicos son curados. Una proporción muy alta de estas curaciones ocurre en pacientes con etapas clínicas tempranas que reciben tratamientos basados en cirugía o radioterapia y solo una fracción muy baja es curada con quimioterapia u otros agentes como los modificadores de la respuesta biológica. Desafortunadamente, a pesar de que muchas veces se pueden lograr buenas paliaciones o incrementar el intervalo libre de enfermedad, los pacientes inevitablemente sufrirán los efectos tóxicos y las secuelas de las terapéuticas suministradas. (Aaronson and Beckman, 1987)

Como afirman H. Schipper, J. Clinch, V. Powell (1990), lograr una mejora en la calidad de vida en la enfermedad oncológica, crónica o debilitante, es una prioridad en los cuidados paliativos. Son necesarias evaluaciones sistemáticas y frecuentes a fin de facilitar la detección de necesidades y problemas del paciente, además de que contribuyen a facilitar la comunicación y permiten que la monitorización de los cambios y respuestas a los tratamientos sean identificados

rápidamente. Estas enfermedades afectan y repercuten en la mayoría de los sistemas del organismo y el dolor es uno de los múltiples síntomas que el paciente experimenta y que deteriora su percepción acerca de su calidad de vida; el dolor es sin duda el principal motivo de consulta en el medio. (H. Schipper, J. Clinch, V. Powell, 1990)

Por otro lado, es frecuente hablar de promoción y prevención para referirse a estilos de vida saludable, como si fueran una misma cosa. Algunos autores han expresado la promoción como una dinámica más ambiciosa que la prevención; la promoción apunta hacia la vida, el desarrollo y la realización del ser humano, pertenece más a los ámbitos sociales, es un intersectorial con acciones colectivas que posibilita factores protectores en la construcción de ambientes saludables y, consecuentemente, mejores estilos de vida. Por calidad de vida se recoge la definición de valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos serían los del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de los tratamientos. (Arrarás J, Dueñas T, Meiriño E, Prujá E, Villafranca J, Valerdi J, 2004)

En ese caso, la calidad de vida, en un sentido general, puede definirse como el equilibrio entre el bienestar y malestar. La persona con cáncer hará uso de sus eventos relacionados con su enfermedad, habilitándose para decidir, asignar valores definitivos a objetos y eventos, capaz de predecir consecuencias y factores externos, basados en recursos que pueden ser físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actitud, etc.

Para la enfermera, por su parte, dentro de un equipo multidisciplinario, el reto es ser cuidadora y facilitadora de dichos recursos para contribuir a esa mayor calidad de vida del paciente oncológico. La enfermera también relaciona los fundamentos de las teorías de afrontamiento, crisis, creencias y autocuidado para

un mejor abordaje en el cambio de conductas y reducción de emociones negativas del paciente oncológico. Los estilos de vida involucran la manera como la gente piensa, siente y actúa, lo cual va más allá del conocimiento individual que se tenga, y refleja valores y tradiciones. Para algunos son el conjunto de hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que a la vez que se transmiten históricamente, son susceptibles de ser cambiados por medio de intervenciones ya sean positivas o negativas a través de la comunicación y la educación social. (Espinosa de R, 1995)

También, respecto a la promoción de la salud el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) expresó que, las enfermeras pueden preparar, en colaboración con otros profesionales, el camino para la salud, ya que ellas trabajan en contextos diferentes que brindan oportunidades ideales para que con la promoción de la salud se creen hogares, lugares de trabajo, escuelas y ambientes saludables. (Consejo Internacional de Enfermeras, 2004)

En conclusión, este es un punto que podría llamarse de encuentro inicial hacia la calidad de vida y su relación con la vida del paciente con cáncer, dado que éste compite con grandes limitaciones. La adaptación a una vida con cáncer o el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida puede considerarse como relativo a la reducción de las emociones negativas y a la creación de una situación vital con fuentes adecuadas de gratificación personal y satisfacciones diarias. (Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. Validez, 2000)

## DISCUSIÓN

Cada vez son más frecuentes las situaciones en las que el tratamiento que se le ofrece a un paciente no le ayuda en su recuperación ni le aporta nada a su bienestar, sino que únicamente alarga la agonía o el sufrimiento en el proceso de morir. Es en este contexto en el que se suele plantear la limitación del esfuerzo terapéutico. (Baena Álvarez C, 2015)

Sin embargo, para algunos autores “la denominación habitualmente utilizada «limitación del esfuerzo terapéutico» no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más adecuado el término “adecuación del esfuerzo terapéutico”, que ya se está generalizando”. (F.M. Pérez Pérez, 2015)

Precisamente, para evitar una posible confusión terminológica, la Organización Médica Colegial de España y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos “proponen utilizar el término “adecuación del esfuerzo terapéutico”, ya que no se trata de una limitación de tratamientos, sino de adecuarlos a las necesidades del paciente” (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Organización Médica Colegial de España, 2016).

Según Pérez (2016), es más aconsejable hablar de la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) la cual puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente, ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento. (Pérez, F.M 2016, p.567)

Para Zeppelin M (2016), el término adecuación del esfuerzo terapéutico, significa “aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del



enfermo, en correspondencia al diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo de su enfermedad; la decisión de adecuar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir en realidad que el esfuerzo terapéutico finalice”. (Zeppelin M, 2016)

De modo similar, Barilan (2016) refiere que “la adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica logra evitar así una forma de iatrogenia conocida como ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanasia” (Barilan YM, 2016).

Es en este contexto, en el cual los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad. Por tanto, la limitación del soporte vital en aquellos pacientes que irremediablemente han de morir, no puede jamás ser considerada como una forma de abandono del paciente sino como una redefinición de sus necesidades y de las estrategias de cuidados. Se desarrolla en estrecho contacto con la medicina paliativa, que permitirá establecer cuidados de excelencia, y totalmente opuesta a la eutanasia. (Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Núñez López MP, 2012)

De igual manera, Gilberto L Betancourt R (2017), considera que “limitar aquellas medidas de soporte vital que solo prolongan el proceso de la muerte al mantener artificialmente la vida cuando ya no hay posibilidad de recuperación, con el consenso del equipo médico y la familia o de su representante legal, es una práctica médica correcta, acorde a las recomendaciones para los cuidados al final de la vida”. (Gilberto L Betancourt R, 2017)

Por las razones anotadas, la adecuación del esfuerzo terapéutico es considerada actualmente por la comunidad científica internacional como una práctica éticamente correcta y aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica, completamente justificada dentro del marco de la bioética. (Partarrieu Mejías FA,

2012). Pues, en el momento en que la enfermedad de un paciente entra en una etapa de irreversibilidad y no hay expectativas de mejora del estado de salud se origina el proceso de toma de decisiones, entre ellas la de adecuar el esfuerzo terapéutico. Lo ideal sería que el propio paciente tomara la decisión, pero su situación de salud crítica suele impedirle hacer uso del principio de autonomía y de ser independiente a la hora de tomar decisiones. Cuando esto ocurre, lo recomendable es llevar a cabo una decisión compartida entre el equipo de atención y la familia, teniendo siempre en cuenta las preferencias, deseos y creencias del paciente. (Gálvez González M, Fernández Vargas L, Del Águila Hidalgo B, Ríos Gallego F, Fernández Luque C, Muñumel Alameda G, 2011)

Si bien en muchas ocasiones existe un acuerdo entre médicos y enfermeras, estas no tienen el grado de participación en la toma de decisiones, sin embargo, son ellas quienes en la mayoría de los casos llevan a cabo las intervenciones encaminadas a reorientar los objetivos terapéuticos. (Rojas GI, Vargas CI, Ferrer LL, 2013). Por otra parte, son las propias enfermeras quienes perciben que no se las tiene en cuenta en la toma de decisiones, a pesar de ser ellas quienes se encargan de llevar a cabo las medidas que determinan el nuevo enfoque terapéutico y que en ocasiones las realizan en contra de su voluntad. (Gálvez González M, Fernández Vargas L, 2011)

En conclusión, todos los autores coinciden en la importancia del rol de la enfermera en la adecuación del esfuerzo terapéutico, por su cualificación técnica y su visión holística de los cuidados y por actuar como defensora de los deseos del paciente velando por su bienestar y sus derechos. Del mismo modo, resaltan la posición privilegiada que ocupa el profesional de enfermería respecto al resto del equipo de salud, ya que están presentes en el cuidado de la persona con cáncer las 24 horas.

Pero, a pesar de estar reconocido el valor de la participación de enfermería en este proceso se encuentran muchos obstáculos para ser consideradas en la toma de

decisiones. Y queda demostrado que el papel del profesional de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer es muy escaso, a pesar de ser esencial su participación.

## CONCLUSIONES GENERALES

- La falta de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería en adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es notoria, pues, generalmente en la academia la información que se recibe sobre este tema es poca.
- El profesional de enfermería está implicado en el cuidado de la persona enferma las 24 horas, por lo que es preciso que conozcan la legislación actual relacionada con la fase del final de la vida, como la ley de voluntades anticipadas y la eutanasia, además deben tener una formación en bioética.
- El desconocimiento en ética y legislación hacen que los profesionales de enfermería pierdan la capacidad de argumentar la toma de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).
- El médico es en definitiva el encargado de tomar las decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer. Sin embargo, el profesional de enfermería debe ser tenido en cuenta en dichas situaciones, pues estos pueden detectar los pacientes sensibles a LET y aportar su conocimiento desde la perspectiva de cuidado humanizado.
- Una buena decisión al final de la vida puede mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, por lo tanto, es necesario definir cuándo instaurar o retirar alguna medida terapéutica según el pronóstico de cada persona con cáncer.
- El cuidado es la esencia de la profesión de enfermería, por lo tanto, nunca es inútil ni innecesario.

## RECOMENDACIONES

- Incluir en los currículos de pregrado, en la materia de ética el tema de adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Formar a los profesionales de enfermería para que conozcan la legislación relacionada con LET y sus diferentes dilemas éticos.
- Utilizar este estado del arte para iniciar una investigación directa sobre como participan los profesionales de enfermería en situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico en el paciente con cáncer.
- Preparar a los profesionales de enfermería en cuidados del paciente con cáncer al final de la vida y sus implicaciones.
- Dar a conocer al profesional de enfermería la diferencia entre adecuación del esfuerzo terapéutico y eutanasia, para que tenga el conocimiento y la capacidad para participar en estas decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Episteme. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication-/301894369\\_EL\\_PROYECTO\\_DE\\_INVESTIGACION\\_6a\\_EDICION](https://www.researchgate.net/publication-/301894369_EL_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_6a_EDICION). Septiembre 26 de 2018.
- Barbero, J. Casanova, C. Gijón, P y Júdez, J. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico. Recuperado de <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/letbarbero.pdf>. Septiembre 20 de 2018.
- Batiz Cantera, J. (2006). Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida. Recuperado de <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LIMITACION-ESFUERZO-TERAPEUTICO-BATIZ.pdf>.
- Betancourt Reyes, G.L. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? Rev. Méd Electrón. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012). Febrero 18 de 2019.
- Betancourt Reyes, G.J. (2017). El aspecto económico en el debate ético de la adecuación del esfuerzo terapéutico. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, Código postal 70 700. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72117>. Junio 5 de 2019.
- Betancourt Reyes, G.L. (2017). Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. Rev Cub Med Int Emerg Vol.16. Recuperado

de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie171d.pdf>.  
Febrero 28 de 2019.

Castillo, E. Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia médica. Volumen 34 número 003, p. 164- 167. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art\\_05.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf). Septiembre 26 de 2018.

Cilla, M.L. (2018). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. Recuperado de [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134248X17300940.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1134248X17300940.pdf?locale=es_ES). Febrero 28 de 2019.

CIE. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermería. Recuperado de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>. Octubre 9 de 2018.

Cifuentes Ramírez, A. (2013). Morir con dignidad. Recuperado de <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3771/html>. Septiembre 23 de 2018.

Congreso de Colombia. (05, 10, 2004). Ley 911 de 2004. Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Bogotá. El Congreso.

Congreso de Colombia. (28, 01, 1982). Ley 23 de 1982. Ley sobre derechos de autor. Bogotá. El Congreso.

Congreso de Colombia. Constitución Política de Colombia (1991). Bogotá. El Congreso.

Falcó Pegueroles, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a

considerar. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-frente-limitacion-del-13141481>. Septiembre 23 de 2018.

Hernando, P. Diestre, G y Baigorri, F. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272007000600010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000600010&lng=es&nrm=iso). Febrero 18 de 2019.

Hoof, P. Lynette Hoof. (2013). Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la ley de muerte digna. Revista BIOETHIKOS.

Lagoueyte M.I. (2019). Afrontando la muerte, Bioética y Enfermería, “Nuestra decisión es cuidar”. Papel de los profesionales de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico. Fundación interamericana CIENCIA Y VIDA.

MINSALUD. (2018). Documento de voluntad anticipada (DVA). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abece-voluntad-anticipada.pdf>. Octubre 10 de 2019.

Manzini, J.L. (2012). Fundamentación bioética de la llamada “adecuación del esfuerzo terapéutico” en el final de la vida <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/view/6107/5526>. Boletín del consejo académico de ética en medicina (CAEEM). Septiembre 20 de 2018.

Méndez, U. Vila Díaz, A. Pomares Pérez, J. Prieto, Y. Capote Padrón, J. (2014). La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos. MediSur, 12(1), 16-23. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100003&lng=es&tlng=es). Abril 23 de 2019.



Mendoza, G del Solar. (2008). El concepto de futilidad en la práctica médica. Recuperado de <https://www.academia.edu/5252159> /El concepto de futilidad en la práctica médica. Septiembre 23 de 2018.

Molina Montoya, NP. Herramientas para investigar ¿Qué es el estado del arte? Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317162163\\_Que\\_es\\_el\\_estado\\_del\\_art\\_e](https://www.researchgate.net/publication/317162163_Que_es_el_estado_del_art_e). Septiembre 23 de 2018.

Paredes Escobar, M.C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000200004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004). Febrero 18 de 2019.

Pérez, F.M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>. Septiembre 23 de 2018.

Raile Alligood, M. Marriner Tomey, A. (2010). Modelos y teorías en enfermería. El Sevier. Séptima edición. Teoría del final tranquilo de la vida (p. 754- 760).

Raile Alligood, M. Marriner Tomey, A. (2010). Modelos y teorías en enfermería. El Sevier. Séptima edición. Las 14 necesidades (p. 50).

Requena, M.P. (2017). ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Biblioteca de derecho y ciencias de la vida. Editorial COMARES.

Restrepo Bernal, D. Cossio Uribe, C. (2013). Limitación de esfuerzos terapéuticos: mucho más que dejar de hacer. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-limitacion-esfuerzos-terapeuticos-mucho-mas-S0034745014600901>. Septiembre 23 de 2018.

Rojas, I.G. Vargas, I.C. Ferrer, L. (2013). Rol de la enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art\\_05.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf). Septiembre 20 de 2018.

Solís, J. Gómez, I. (2012). El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/79/641.pdf>. Septiembre 20 de 2018.

Vallés Fructuoso, O. Ruiz de Pablo, B y Fernández Plaza, M. Estalella, G. (2016). Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. Enfermería Intensiva. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300372>. Marzo 8 de 2019.

Yáñez, M. Vargas, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf>. Octubre 28 de 2018.