



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS
INTENSIVOS: PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN INTENSIVE CARE PATIENTS:
PERCEPTION OF THE HEALTH CARE PROFESSIONAL**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Ética y Bioética en los cuidados críticos

Autoría:

MARIELA XIMENA PACHECO LOMBEIDA

JOSE LUIS ROSADO TUAREZ

Dirección:

MARICELYS JIMENEZ BARRERA, Mg.

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS
INTENSIVOS: PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN INTENSIVE CARE PATIENTS:
PERCEPTION OF THE HEALTH CARE PROFESSIONAL**

Línea de Investigación: Ética y Bioética en los cuidados críticos.

Autoría:

MARIELA XIMENA PACHECO LOMBEIDA

JOSE LUIS ROSADO TUAREZ

Barrera Jiménez Maricelys, Mg.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Aules Merchancano Sandy Janeth, Mg.

CALIFICADORA

Arias Salvador Verónica Karina, Mg.

CALIFICADORA

Cano De La Cruz Yullio, PhD

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotros, PACHECO LOMBEIDA MARIELA XIMENA portadora de la cédula de ciudadanía No. 1723270334 y ROSADO TUAREZ JOSE LUIS portador de la cédula de ciudadanía No. 1315708907 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos de son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Mariela Ximena Pacheco Lombeida

CI. 1723270334



José Luis Rosado Tuarez

CI. 1315708907

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS., titulado LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD realizado por los maestrantes: Pacheco Lombeida Mariela Ximena con cédula: No 1723270334 y Rosado Tuarez José Luis con cédula: No. 1315708907, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos., informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, 02 de octubre de 2022

Atentamente,

 Firmado digitalmente por:
**MARICELYS
JIMENEZ**

Maricelys Jiménez Barrera, Mg.

Profesor Titular Auxiliar II

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, por confiar en nosotros, por su continuo estímulo en el avance y culminación de la investigación.

De igual manera, nuestro agradecimiento a Mtr. Maricelys Jimenez Barrera por su gran apoyo y motivación para la culminación de este trabajo de titulación, así como también haber trabajado en equipo durante todo este proceso de la investigación.

A nuestros lugares de trabajo Cs Centro Histórico y al Hospital IESS Santo Domingo, por el apoyo y motivación brindado; y en especial a la Lic. Lucia Gutiérrez.

Finalmente queremos expresar nuestro más grande y sincero agradecimiento a Dios por sus bendiciones, por la vida y salud; permitiendo que cada día nos amemos más, para poder brindar amor en el cuidado a nuestra razón de ser “el paciente”

Maestranes: Pacheco Lombeida Mariela Ximena y Rosado Tuarez José Luis

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado en primer lugar a Dios por guiarme en mis decisiones, a mi madre Virginia por su apoyo incondicional, amor y comprensión, mil gracias, esto es por ti y para ti. A mi padre que a pesar de la distancia ha estado presente en los buenos y los malos momentos de mi vida. Hermanas y hermano Flor, Esthela, Mirian, Julissa y Javier por impulsarme a ser mejor cada día en especial mis sobrinos.

A mis amigos que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora seguimos siendo amigos: Diana, Gina, Roger y Jhonny que el cielo se ilumine, este logro es en especial para ti.

Alexandra la mejor amiga y compañera de esta vida foránea y nuestro pequeño amor de cuatro patas, gracias por estar en esos buenos y malos momentos por brindarme tu mano en este trayecto.

Todo este trabajo es fruto de la perseverancia, lucha y sacrificio en el que ustedes han sido partícipes. ¡Por ustedes y para ustedes!...

Pacheco Lombeida Mariela Ximena

Este trabajo de titulación lo dedico a mi familia y en especial a mis padres por su amor incondicional, al igual a mis amigos y compañeros que sin duda, me ha apoyado y a todos los pacientes y familiares que necesitan apoyo al enfrentar la separación de sus seres queridas por encontrarse hospitalizado, con una esperanza de poder incorporarse a su quehacer diario.

Rosado Tuarez José Luis

RESUMEN

Los efectos de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico han vulnerado insondablemente las vidas del paciente, familia y profesional de la salud, especialmente el de enfermería, al permanecer atentamente las 24 horas del día del ser cuidado. La investigación tuvo como objetivo describir la limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos. Fue una investigación cualitativa, descriptiva con aproximación fenomenológica, realizada con 9 participantes que percibieron la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación teórica. El instrumento fue la entrevista semiestructurada para la obtención de los datos. Para el análisis de los datos se tuvo en cuenta el método de Colaizzi. Los resultados obtenidos fueron seis categorías: 1. Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, 2. Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos, 3. Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico, 4. La conexión con Dios, 5. Falencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, 6. Humanización del cuidado. Conclusión: El estudio devela la percepción del profesional de la salud ante la limitación del esfuerzo terapéutico, existiendo un desconocimiento por este personal especialmente el médico; no se evidenció una formación continua en estos profesionales.

Palabras clave: Formación continua, calidad de vida, muerte, limitación terapéutica

ABSTRACT

The effects of Therapeutic Effort Limitation have unfathomably harmed the lives of the patient, family and health professional, especially the nurse, by remaining attentive 24 hours a day to the being cared for. The objective of the research was to describe the limitation of therapeutic effort in the assistance provided to patients in intensive care units. It was a qualitative, descriptive research with phenomenological approach, conducted with 9 participants who perceived the limitation of therapeutic effort in intensive care patients, through a non-probabilistic sampling by convenience and theoretical saturation. The instrument used was the semi-structured interview for data collection. The Colaizzi method was used for data analysis. The results obtained were six categories: 1. Limitation of the therapeutic effort in the assistance given to patients in intensive care units, 2. Impact of the limitation of effort on the health of intensive care patients, 3. Conclusion: The study reveals the perception of the health professional regarding the limitation of therapeutic effort, there being a lack of knowledge by this personnel, especially the physician; continuous training was not evidenced in these professionals.

Key words: Continuing education, quality of life, death, therapeutic limitation.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	5
3.	Metodología de la investigación	12
4.	Resultados	16
5.	Discusión	17
6.	Conclusiones y recomendaciones	26
7.	Referencias bibliográficas	28
8.	Anexos	34

1. INTRODUCCIÓN

Al profundizar en el conocimiento existente sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico (LET) en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se hace necesario la actualización en los saberes relacionados con el dilema bioético existente en la práctica asistencial. Sin embargo, los profesionales de la salud siguen enfocados en los efectos que se generan en estos pacientes, principalmente los que se encuentran en cuidados críticos constituyendo una realidad a la que se debe afrontar.

Desde tiempos remotos la muerte es considerada como el sufrimiento, sin embargo, en el siglo XXI existe otra visión de la misma teniéndose en cuenta las unidades de cuidados intensivos como un centro de tratamiento donde la limitación del esfuerzo terapéutico involucra criterios médicos de medidas terapéuticas y donde se muestran clínicamente que estas prácticas carecen de mejoras para el paciente, siendo un problema debido a que el personal de salud no coincide con la aplicación para este tipo de limitación. Por ello, los cuidados asistenciales deben enfocarse en salvar, conservar o mejorar la vida de los pacientes para favorecer una muerte digna y sin sufrimiento, acompañada de los valores y principios éticos (Vallejo et al., 2020).

En este sentido, Díaz (2020) afirma que al evaluar la limitación del esfuerzo terapéutico en UCI desde la perspectiva de enfermería, se evidencia la falta de participación de estos profesionales en la toma de decisiones debido al déficit de conocimiento, lo que demuestra la necesidad de una formación continua del profesional de enfermería con actualizaciones relacionado a las limitaciones del esfuerzo terapéutico, favoreciendo la calidad brindada en la asistencia al paciente al ser la base central el cuidado para contribuir en el bienestar emocional y espiritual del ser cuidado.

Es menester reconocer que en Cuba según Bárzaga, Estrada, Sánchez y Berdú (2019) la limitación del esfuerzo terapéutico es un tema de gran debate, los profesionales del estudio conocían del tema, sin embargo, algunos de los participantes no estaban de acuerdo en la aplicación de estas medidas terapéuticas; siendo necesario respetar los aspectos culturales, religiosos, morales y éticos de los profesionales de la salud involucrados en el entorno del paciente. Por otro lado, Montero, Busto, Hernández, Gutiérrez y Benítez (2021) afirman que no existe un marco legal para el uso de adecuación del esfuerzo terapéutico ya que no la reconoce como una alternativa y esto atribuye a la dificultad de toma de decisiones

Para Vallejo et al. (2020) valorar el conocimiento y la práctica de la LET en la asistencia sanitaria es necesario debido al conflicto bioético que este tema genera en los profesionales y la dicotomía conceptual existente en el mismo, esto evidencia la necesidad de mejorar la comunicación y toma de decisiones en equipo, incluyendo los deseos del paciente y la familia, siendo estos quienes desde la perspectiva bioética consideren su propia calidad de vida.

En cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, en las unidades de cuidados intensivos Vera (2019) afirma que existen una dicotomía entre iniciar o suspender la reanimación cardiopulmonar (RCP), la hemodiálisis, entre otras actividades; siendo de suma importancia la valoración sistemática del paciente por el equipo de salud multidisciplinario. Asimismo, Montenegro y Maldonado (2021) refieren que se ha incrementado la aplicación legal de la adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos, siendo Holanda y Bélgica ejemplo de ello. Sin embargo, en algunos países de América como Estados Unidos presentan desacuerdos, siendo el Comité de Ética Asistencial de Salud (CEAS) el encargado de guiar el proceso para una adecuada toma de decisiones.

Es justo reconocer que en el Ecuador queda demostrado que la práctica y abordaje de la LET es confusa al intervenir diversos factores sociales, culturales, así como religiosos. En algunos países la LET está respaldada por la ética y bioética convirtiéndola en una práctica legal y permitiendo su aplicación (Montenegro y Maldonado, 2021). Se hace necesario la percepción del personal de salud para enfrentar la forma de exposición de la limitación del esfuerzo terapéutico, más aún en este país que está constitucionalmente aprobado según el acuerdo Ministerial 4862, donde existen algunas entidades que son parte del Comité de ética asistencial para la salud (CEAS) encargadas de analizar los casos donde existan dudas sobre las medidas terapéuticas (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La literatura revisada con anterioridad motivó el planteamiento de la siguiente reflexión de investigación: ¿Será la limitación del esfuerzo terapéutico una decisión difícil de tomar por el personal de salud?

En base al objeto de estudio esta investigación trata de la percepción de la limitación del esfuerzo terapéutico en el personal de salud, ante lo expuesto se determina el planteamiento de las siguientes preguntas que nortean la investigación:

1. ¿Cómo percibe el personal de salud la limitación del esfuerzo terapéutico en el cuidado que se le brinda a los pacientes en unidades de cuidados intensivos?

2. ¿Cómo repercute la limitación del esfuerzo terapéutico en la salud de los pacientes de cuidados intensivos?
3. ¿Qué aspectos sobresalen de la perspectiva crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico?

Objetivos de la investigación:

1. Describir la limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.
2. Analizar las repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos.
3. Analizar los aspectos que sobresalen de la perspectiva crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico.

Las consideraciones descritas justifican que el estudio permitirá contribuir en la atención médica tecnificada que se les brinda a los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos, descuidando el cuidado humanizado que conduce a una muerte indigna; siendo la familia considerada como parte activa de las decisiones. Cabe señalar que, la formación del profesional de la salud sobre la limitación de esfuerzo terapéutico, se hace necesario; así como la incorporación en su quehacer del día a día, un pensamiento crítico, reflexivo que beneficiarán al pacientes y familiares.

En este sentido, Yáñez y Vargas (2018) afirman que, el valor práctico permitirá conocer la problemática de otorgar medidas prolongadas al paciente en estado crítico no beneficia al mismo, sino que el sufrimiento de este se alarga; convirtiéndose las limitaciones del esfuerzo terapéutico en un componente esencial para el cuidado integral que se le brinda a estos enfermos hacia el final de la vida humana, cabe señalar que el uso de la tecnología provoca un déficit del cuidado humanizado.

Este trabajo se encuentra enmarcado en un tema prioritario del campo de la salud pública al estar relacionado con el Plan de Creación de Oportunidades (2021-2025) el mismo está orientado a garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad (Secretaría Nacional de Planificación, 2021). De ahí que el presente estudio se pronuncie por la calidad de

la atención brindada a estos pacientes de manera integral, teniendo en consideración el derecho a vivir en un ambiente seguro lleno de oportunidades, respetando sus valores y creencias, siendo esencial la percepción del profesional de la salud en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico en la UCI.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Caballero, Real, García & Herreros (2020) realizaron un estudio titulado “¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico? en España. La investigación tuvo como objetivo determinar si los internistas conocen sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y si este saber es alterado por la formación en cuidados paliativos; la metodología usada fue observacional y transversal mediante la aplicación de encuestas a 273 profesionales. Se obtuvo como resultado que el 73% considero su nivel de conocimiento bueno o muy bueno, el 62,3% expresó presentar ansiedad al abordar los cuidados al final de la vida de los pacientes, así como también el 81,3% aseguró haber tenido algún conflicto con las decisiones relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico. En conclusión 1 de cada 4 internistas conocían con certeza el término limitación del esfuerzo terapéutico.

Del mismo modo, Altuña (2021) en una revisión narrativa como trabajo de grado en España sobre la “Limitación del Esfuerzo terapéutico LET en UCI en pacientes COVID-19”, su principal objetivo fue analizar la evidencia respecto al proceso de limitación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos en la UCI en pacientes COVID-19, la metodología fue mediante búsqueda bibliográfica de artículos de los años 2015-2021 relacionada con el tema, seleccionando 23 artículos con temas enfocados en el objeto de estudio. En conclusión, de que la situación de la pandemia por COVID-19 desencadenó otra manera de ver el proceso de morir en los pacientes de las UCI, por esta razón recomiendan que se deberían incluir los cuidados paliativos en esta área para poder ofrecer una atención digna al ser cuidado.

Toyas et al. (2018) en su investigación “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes con bacteriemia” en España, con el objetivo de explicar las particularidades epidemiológicas y clínicas en los usuarios con limitación del esfuerzo terapéutico que presentaron un episodio de bacteriemia, la metodología usada fue observacional, descriptivo y prospectivo con una muestra de 227 pacientes en el cual se realizó una comparación entre el grupo con LET y los que no recibieron las misma. En conclusión, la limitación del esfuerzo terapéutico es usada con mayor frecuencia en usuarios con una infección agravante, con elevada comorbilidad, dependientes y de edad avanzada.

En países Latinoamericanos se han elaborado estudios relacionados sobre la práctica y conocimiento de LET, como menciona Morales, Alvarado y Zuleta (2016) en su investigación “Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos: conocimiento y actitudes bioéticas del profesional médico”, con el objetivo de conocer la experiencia de médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos pediátricos ante decisiones ético clínicas en Chile, donde se usó un estudio descriptivo, con una muestra de 186 personas. La recepción de datos se basó mediante una encuesta en una plataforma digital, la recopilación de información fue de forma anónima asignando un código a cada unidad para evitar la duplicación de datos. Se concluye que, aunque existe comité ético se desconoce las funciones del mismo, pese a la aplicación de LET la falta de capacitación hace que existan dilemas éticos entre profesionales.

En Cuba, Bázquez, Estrada, Sánchez, Berdú, (2019) en el artículo “Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico” cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento de los médicos en un hospital universitario sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, se encuestaron 124 profesionales. La metodología usada fue de tipo cualitativa, evaluativa, obtuvieron como resultado el 77% conocía sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, el 24, 2 expresó inconformidad con su aplicación. En conclusión, lograron determinar que existen limitaciones sustanciales en la aplicación de la LET.

Considerando a Koziol, Mauvezin, Notejane y Bernadá (2017) en su investigación desarrollada en la unidad de cuidados paliativos pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell en Uruguay nombrado “Directivas de adecuación del esfuerzo terapéutico en niños...” cuyo objetivo fue explicar las características de los infantes atendidos por esta unidad con directivas de adecuación del esfuerzo terapéutico (DAET) y el grado de respeto de estas en niños que murieron. Fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, desarrollada en enero 2009 y diciembre 2015 donde la información fue tomada de la historia clínica y la ficha personal, como resultado obtuvieron que el 11,8% tenían DAET, así como también evidenciaron un cumplimiento de las DAET en un 97,4% en los niños que fallecieron. En conclusión, la toma de decisiones se estableció en conjunto con los familiares.

Por otro lado, Castaño, Peña y Rivera (2021) en su trabajo de investigación observatorio de la salud pública “Adecuación del Esfuerzo Terapéutico al Final de la Vida”, como objetivo se basaron en consolidar información relacionada con el tema y el acercamiento legal que existe en Colombia, el trabajo se efectuó con base de literatura científica de revisión de artículos,

documentos en la OMS y lineamientos vigentes en el país. Como conclusión la adecuación del esfuerzo terapéutico para algunos autores imparte negatividad de realizarlo y para otros es adecuado enmarcar la aplicación del ajuste del tratamiento teniendo presente el personal de salud la parte ética y la autonomía como principio bioético. Hoy en día no es una necesidad la adecuación de la LET tan solo del profesional sino también de los pacientes y sus familiares ya que no existe un marco legal que dé respuesta al cuidado integral al final de la vida.

2.1.2. Antecedente Nacional

En Ecuador en el estudio realizado por Montenegro y Maldonado (2021) en el artículo “Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir”, en la ciudad de Quito, con el objetivo de resumir, diferenciar y comparar criterios, así como el estudio bioético relacionado con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, utilizaron una revisión teórica descriptiva con una indagación bibliografía en diferentes bases de datos, tomando una muestra de 70 artículos. En conclusión, la adecuación de la LET está respaldada por la ética y bioética siendo legalizado y practicado en algunos países.

2.2. Fundamento teórico

2.2.1. Teoría final tranquilo de la vida de Ruland y Moore.

La presente investigación se ve asociada con el referente epistemológico de la teoría en enfermería del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, mismas que mencionan que la calidad de vida es precisada y evaluada como la expresión de la satisfacción a través de la valoración de la mejoría de los síntomas y complacencia con las relaciones que se establecen con otras personas. La integración de las prioridades de los usuarios en la toma de decisiones de los profesionales de la salud se considera adecuada e imprescindible para lograr avances y desenlaces adecuados. La estructura de la teoría está basada en la relación paciente - familia, donde los pacientes reciben cuidados de los profesionales de la salud, dicho proceso se puntualiza en intervenciones enfermeras orientadas a promover: el bienestar, la falta de dolor, dignidad y respeto; a su vez sentir la cercanía de sus familiares y cuidadores (Raile, 2015).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Limitación del esfuerzo terapéutico.

Artal (2019) manifiesta que la limitación del esfuerzo terapéutico es una decisión que toma el personal de salud de manera consensuada, en el cual se retira o no se instaura un procedimiento de soporte vital cuando el paciente cuenta con un diagnóstico limitado que no aportará un beneficio significativo para él, debido que dependiendo del tipo de patología y la situación clínica en la que este se encuentre no pueda controlarse, y así, evitaría una extensión de vida carente.

Asimismo, Córdoba et al. (2018) mencionan que la LET se puede definir como la toma de decisión de no iniciar o a su vez de suspender alguna terapia, intervención o tratamiento de un paciente en relación con su diagnóstico, dadas las condiciones que presenta con su enfermedad ya que por más que se den medidas de soporte vital se van a considerar improductivas o desproporcionadas, de manera que no cambiaría la conducta ni el curso de la condición en la que esté se encuentre.

Según Vera (2021) la limitación del esfuerzo terapéutico considera tres actos: el suprimir, suspender o retirar; el no iniciar algo nuevo y disminuir el tratamiento. También menciona tres tipos de LET: limitación de instauración, separar los recursos terapéuticos y el acortamiento del proceso de morir. Los criterios para decidir la adecuación del esfuerzo terapéutico son: la evaluación del caso que consiste en determinar las preferencias del paciente y respetar sus valores; la toma de decisión que estará determinada en conjunto por parte de los profesionales de salud, la familia y el paciente; por último, la actuación, que analizará las acciones que serán aplicadas.

La limitación del esfuerzo terapéutico no debe considerarse como el cese de los cuidados, así como tampoco se debe visualizar como la limitación del tratamiento a la sintomatología del paciente, la adecuación del esfuerzo terapéutico incluye decidir el no ingresar a la unidad de cuidados intensivos al usuario en pacientes no recuperables (Casas, 2017).

2.3.2. Ortotanasia.

Es suspender por parte del profesional los actos o tratamientos tecnológicos que extienden la vida de un paciente que no presentan mejoría, con la finalidad de evitar sufrimientos y poder ofrecerle una muerte digna al ser cuidado abarcando específicamente los cuidados paliativos (Cota, Cordeiro, Feitosa y Procopio, 2021). Su objetivo primordial es aliviar el sufrimiento, otorgando confort al usuario sin causar la muerte, con la aplicación de cuidados tanto al paciente como a sus familiares en el proceso de morir, el cual está basado en la razón, igualdad y la justicia (Vera,2019).

Se considera como la buena muerte, en el sentido de fallecimiento de la persona en el momento apropiado, lo que se relaciona como actuación correcta ante la muerte por parte de los profesionales de salud involucrados en pacientes con enfermedades terminales, teniendo este contexto aplicabilidad en el área de cuidados paliativos (Amico, Benedictis, Coiran y Castro, 2020).

2.3.3. Eutanasia.

Se define como todo acto que causa la muerte inmediata o tardía, recayendo la responsabilidad de esta decisión en el personal de salud y sus cuidadores, el paciente debe cumplir tres aspectos: padecer una patología en fase terminal, consentimiento del paciente y desde la perspectiva médica y jurídica el usuario debe ser declarado válido para dicha acción (Hanna, 2021).

Asimismo, es la acción u omisión que apresura el proceso en una persona que se encuentre en condiciones irremediables de muerte, teniendo como principio bioético la autonomía del paciente sin presentar alguna intención de sufrimiento y dolor por parte de los profesionales de salud (Cabrera y Hernández, 2021).

2.3.4. Obstinación o Encarnizamiento Terapéutico.

Consiste en la aplicación de medidas extraordinarias hacia el paciente sin posibilidad de recuperación en un intento de alargar la vida, reduciendo la calidad de la misma y posiblemente incrementando el sufrimiento es llamada también distanasia, considerándola como lo opuesto de limitación del esfuerzo terapéutico (Vera, 2019).

El encarnizamiento terapéutico es una práctica médica que se basa en administrar medidas extraordinarias y desproporcionadas de soporte vitales a los pacientes que se encuentra en condiciones de muerte, debido que por su cuadro clínico no favorece de manera alguna a los pacientes, alargando el proceso final de la vida la vida innecesariamente, provocando en ellos mayores daños físicos por los procedimientos, emocionales, económicos (Maldonado y Mera, 2022).

2.3.5. Cuidado humanizado.

El cuidado humanizado es el que requiere que el personal de salud se vea enmarcado con responsabilidad íntegra al ser cuidado para poder aumentar la percepción psicológica, moral, espiritual de los pacientes ya sea que se encuentren en condiciones estables o inestables y de esta manera mejorar la calidad de vida y brindar una atención digna en cada asistencia del cuidado (Vialart, 2019)

2.3.6. Calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con salud se basa en la percepción del individuo sobre su propia salud y de sus capacidades en el entorno que vive, tomando en cuenta la autopercepción y el criterio del profesional de salud, incluyendo aspectos de bienestar, independencia y satisfacción de la vida, para ser usado como medidas de los cambios de salud que viven los pacientes cuando sufre alguna patología o a su vez se someten algún tratamiento (Cáceres, Parra y Pico, 2018).

2.3.7. Final de la vida.

Según Duque, Tovar, Luna y Rodríguez (2019) la muerte se refiere a un fenómeno que puede presentarse en cualquier momento de la vida, ya sea en días, meses o años tomando en cuenta la condición del diagnóstico de la enfermedad en la que se encuentre el paciente, teniendo como resultado la muerte. Los profesionales de salud deben considerar esta etapa y afianzar la relación entre el profesional y el paciente, debido que esta situación requiere de un cuidado de calidad.

2.4. Marco legal

En esta investigación al tomar una decisión sobre elegir la limitación de esfuerzo terapéutico y brindar una muerte digna al ser cuidado en las UCI, el profesional de salud debe

brindar una asistencia de calidad hasta su último momento tomando consideraciones éticas. Teniendo en cuenta la Ley de Derechos y Amparo del Paciente (2006) de la Constitución de la República del Ecuador se debe considerar artículos que destacan que la vida tiene una jurisprudencia inalienables del ser humano, dando cumplimiento en el art. 5 donde se reconoce el derecho de la información del diagnóstico del paciente pese a que pronóstico o tratamiento sea exhaustivo, se debe brindar la información correspondiente a él si está en condiciones de entender razonablemente o a su vez a los familiares para de esta manera poder tomar una adecuada decisión.

Para Tejedor (2020) se debe considerar el proceso de la muerte como un derecho humano dando un cuidado digno en aquellas personas en las que presentan condiciones inestables de vida, considerando la decisión tomada por parte del paciente o de los familiares sobre la limitación de su tratamiento o la retirada del mismo, dando como consecuencia el fallecimiento del ser cuidado sin incumplir la ley. Se debe brindar una atención que ayude a fomentar de forma afectiva y espiritual al acompañado en la situación, teniendo como respaldo la autonomía del paciente.

Igualmente, en el art. 6 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador (2008) refiere el derecho de decisión donde el paciente o familiares son los responsables de aceptar si se debe realizar la limitación terapéutica o a su vez continuar con el tratamiento teniendo, en cuenta los profesionales de salud que deben informar las consecuencias que conllevan ambas circunstancias; considerando las instituciones de salud ya sea del servicio público o privado que van a tener acceso a la información del paciente deberán mantener la confidencialidad a través del consentimiento informado como refiere en el art. 362 de la Constitución de la República del Ecuador.

Tomando en consideración lo antes mencionado, no existe una ley estatal concreta sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, por lo que es posible implementar esta adecuación dentro de los derechos de las personas durante el curso de su muerte y los deberes de los profesionales de salud en este tipo de situaciones en la Ley Orgánica de Salud Ecuatoriana con el fin de que no exista confusión entre LET, eutanasia o suicidio asistido; siempre teniendo la voluntad de la persona, preservando y fortaleciendo sus principios éticos.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

Fue una investigación de enfoque cualitativo, según Bedregal, Besoain, Reinoso y Zubarew (2017) este tipo de enfoque ayuda a los profesionales de salud analizar de manera interna las creencias, valores, opiniones y vivencias al momento de actuar respecto con la atención brindada al ser cuidado; en una investigación cualitativa, la ética nos ayuda entender al participante mediante un diálogo para así poder comprender los resultados asegurando siempre la confidencialidad de la información brindada.

En este sentido, Hernández, Fernández y Batista (2014) mencionan que la investigación cualitativa permite contribuir de manera original una visión integral y completa hacia los fenómenos, mediante datos que nos permitan interpretar las experiencias vividas y a su vez, poder contextualizar de manera profunda en un ambiente o entorno.

3.1.1. Diseño de la investigación.

El método de estudio que se utilizó en la presente investigación fue descriptivo con una aproximación fenomenológica, se usó el lenguaje EMIC-ETIC. El estudio descriptivo busca precisar cualidades, propiedades de fenómenos, situaciones, contextos y sucesos que sean sometidos a un análisis, teniendo como objetivo recopilar información de forma independiente o conjunta de las variables más no relacionarlas entre sí (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

La investigación fenomenológica permite entender un fragmento de la vida de los integrantes de la investigación, así como su entorno. La interpretación del lenguaje EMIC refiere a la percepción relevante del investigado, mientras que un lenguaje ETIC describe de manera externa la percepción del investigador, es por ello que la recolección de datos se realizó a través del doble enfoque EMIC - ETIC (Corana y Maldonado, 2018). La aproximación fenomenológica describe la percepción de los participantes, no percibe sentimientos, ni sensaciones, sino que revela elementos del mundo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

3.2. Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de teórica. Participaron 9 profesionales de instituciones de salud del segundo y tercer nivel de atención que laboran en las unidades de cuidados intensivos. El muestreo no probabilístico por conveniencia permite al investigador seleccionar los casos que a criterio propio considere con mejor accesibilidad y proximidad (Otzen y Manterola, 2017). La saturación teórica, es una metodología que permite en la práctica entender el momento en el que el investigador ha realizado una búsqueda total del fenómeno a estudiarse capaz de satisfacer una comprensión absoluta indicando que se saturó (Ortega, 2020).

En los criterios de inclusión se tomaron en cuenta los profesionales de salud que laboran en la unidad de cuidados intensivos y en criterios de exclusión los profesionales de la salud que no desean participar en el estudio.

Criterios de rigor

Prado, Souza, Monticelli, Cometto y Gómez (2013) refieren que la aplicación de criterios de rigor científico al momento de aplicarlos en el objeto de estudio se debe considerar el comportamiento dinámico, así mismo la interrelación de criterios para sustentar credibilidad de calidad y rigor en la investigación cualitativa en salud. Por lo cual propone cuatro criterios:

- La adecuación epistemológica, que hace referencia a que la búsqueda a investigar debe quedar manifestada en diferentes niveles como al momento de definir la pregunta, en la coherencia de desarrollar la investigación y en relación con lo propuesto teóricos en lo general con el objeto de estudio manifestados por el investigador (Prado et al., 2013).
- La relevancia: hace mención a la justificación y resultados de la investigación que conlleva a una mejor comprensión del fenómeno de estudio, de igual manera a la práctica de los participantes a quienes va dirigida la investigación (Prado et al., 2013).
- Validez: los resultados no estarán basados en estadísticas, más bien en una adecuación e interpretación. La respuesta no es aleatoria, sino que es resultado de la relación del diseño de la investigación y los datos obtenidos en los resultados de esta debe ser adaptable, abierta y bidireccional (Prado et al., 2013).

- Reflexividad: las características de la investigación cualitativa de salud necesitan que el investigador sea consciente de la influencia que ejercen su formación de origen, ideas de partida y su aspecto de abordar el fenómeno de estudio, para que sea considerado tanto los destinatarios a investigar a su vez el investigador sobre el transcurso y resultado de la investigación considerando el componente de interpretación en todo tipo de investigación humana (Prado et al., 2013).

Consideraciones Éticas

Según Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo (2012) mencionan que las relaciones, la relevancia y los resultados obtenidos de los individuos que participan en el estudio son respuestas de los criterios éticos de la investigación mediante la deliberación del investigador, dicha deliberación debe estar presente en todo el transcurso del estudio.

La presente investigación engloba 2 principios básicos de la bioética: beneficencia y autonomía, lo primordial para la beneficencia es el bienestar del paciente donde los profesionales de salud deben comprometerse en hacer todo lo posible por un enfermo y aliviar su sufrimiento. Así como la autonomía defiende un valor moral como el respeto, mismo que se manifiesta al cumplir las decisiones del paciente independiente de la situación en el que esté se encuentre (Betancourt, 2014).

A través de estos principios los investigadores analizaron la toma de decisiones que en ocasiones generan conflictos de tipo ético, debido que los profesionales de salud son los responsables de la decisión clínica sobre el final de la vida y el ser cuidado o con el entorno que lo abarca como es la familia o personas significativas cuando el paciente no puede decidir, por esto es indispensable un aporte profesional ante las medidas en relación con la LET además de velar la autonomía, en relación el criterio ético de la beneficencia direccionado al paciente podemos mencionar que al limitar a un paciente de algún soporte vital, es responsabilidad del profesional de la salud continuar con el cuidado y el acompañamiento del mismo hasta su proceso de muerte.

La aplicación del consentimiento informado es de primordial importancia para mantener la confidencialidad de los participantes del estudio, mismos que deben estar de acuerdo y entender sus derechos y responsabilidades al ser parte de la investigación. El objetivo del consentimiento informado es que los participantes del estudio tengan interés en aportar sus

experiencias relacionadas con la variable de la investigación sin perjudicar su moral ya que concuerda con sus principios y valores (Noreña et al., 2012).

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

En la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica, dado que los investigadores tienen cercanía a las unidades hospitalarias donde se realizó el estudio, intercambiando con estos profesionales de la salud sus vivencias relacionadas a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Canales (2012) define la técnica como el medio que establece la relación entre el objeto de estudio y el investigador, sin embargo, el instrumento es aquel mecanismo que se utiliza para recolectar y registrar la información; cuya finalidad es alcanzar los objetivos propuestos en el estudio.

La entrevista semiestructurada permite obtener información para dar a conocer relatos de los participantes, a través el cual el investigador crea una guía práctica que conlleva a una situación precisa, única con ciertos significados que pueden concebirse en ese entorno de relación recíproca (Troncoso y Amaya, 2017). Asimismo, Hernández, Fernández y Batista (2014) afirman que la entrevista semiestructurada permite al entrevistador incorporar una guía adicional con interrogaciones para la obtención de la información de manera clara, precisa y concisa.

Como instrumento se utilizó la guía de entrevista. Según Hernández, Fernández y Batista (2014) esta guía actúa como un registro de constataciones capaz de fomentar la preparación de planes de acciones teniendo en cuenta los objetivos, así como los datos más significativos, siguiendo una estructura organizada clara de un tema especial; teniendo en cuenta el propósito sobre el objeto de estudio.

3.4. Técnicas de análisis de datos

Se realizó lectura y relectura de los testimonios de los participantes de modo simultáneo, previamente se procedió a ordenar los discursos considerando el programa Microsoft Office Word, versión 2016. Para el análisis de las descripciones obtenidas se tuvo en cuenta el método fenomenológico para llegar a conclusiones que favorezcan la información obtenida en la investigación teniendo en cuenta el método de Colaizzi (1978).

Una vez organizado los datos se procedió a la extracción de los relatos más significativos a través de un lenguaje EMIC comprendiendo e interpretando, utilizando el resaltador con diversos colores para identificar los códigos producto del análisis del investigador o ETIC, las cuales se obtuvieron doce códigos primarios siguiendo el método de Corona y Maldonado (2018). De manera significativa se interpretaron las declaraciones de los participantes, estableciendo la convergencia y divergencia, reagrupando las semejanzas y diferencias, generando las unidades de análisis temáticas, se emergieron las categorías y subcategorías; que ayudaron a clarificar los resultados (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

Cabe destacar, que se determinó disponer del software de análisis cualitativo ATLAS.ti versión 2022, para facilitar el trabajo de análisis, procesamiento y organización de la información obtenida; a través de los testimonios de los participantes para la descripción objetiva del contenido de la fuente de datos; se extrajo las unidades de análisis y se dispuso de la totalidad de los 12 códigos recopilados primeramente en el procesamiento de los resultados manual y comprobado con la aplicación de la herramienta cualitativa como apoyo del proceso; asimismo, se contrastó las 6 categorías y 7 subcategorías para avalar la validez y confiabilidad de la información; estableciéndose una relación entre el tejido manual y el software, siendo el investigador un ente esencial con pensamiento crítico, reflexivo para transformar y desarrollar el etho disciplinar.

4. RESULTADOS

Tras realizar minuciosamente la lectura por códigos colorimétricos, permitió identificar las unidades de significados, categorías y subcategorías; las siguientes clasificaciones temáticas o categorías que representan la interpretación sobre la percepción de los profesionales de la salud en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes críticos; emergieron las siguientes categorías empíricas:

1) Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos; la cual se desprenden 2 subcategorías: sentimientos encontrados, medidas aplicadas ante la limitación del esfuerzo terapéutico.

2) Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos; se reconocieron 2 subcategorías: el efecto del uso de recursos terapéuticos en el paciente crítico y duración del tratamiento médico.

3) Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico; se identificaron 2 subcategorías: elementos que limitan la aplicación del esfuerzo terapéutico y elementos que fortalecen la aplicación del esfuerzo terapéutico.

4) La conexión con Dios.

5) Falencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

6) Humanización del cuidado; se determinó una subcategoría: el buen morir.

Nota: este acápite tendrá como máximo 5000 palabras o 10 páginas. En el caso de la maestría académica con trayectoria investigativa se puede extender hasta 15 páginas.

5. DISCUSIÓN

A partir de la culminación del análisis de datos de la investigación fenomenológica concede gran relevancia a las vivencias que expresan los participantes, describen sus actividades permitiendo percibir lo que se muestra. Frente a los testimonios se realizó una relectura reflexiva de los textos ordenando los mismos, recortándolos, conservando el contenido del lenguaje Emic, reagrupando las categorías temáticas, teniendo en cuenta las similitudes y diferencias relacionado con el objeto de estudio; asimismo, se declararon minuciosamente subcategorías, posterior de haber identificado las principales características que expresan los participantes. Las categorías y subcategorías reconocidas fueron:

1. Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos

La presente categoría responde al primer objetivo describir la limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Según Bárzaga, Estrada, Sánchez y Berdú (2019) afirman en su investigación que existe un limitado número de profesionales médicos con un conocimiento apropiado en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico. Ante estas realidades, se evidencia la necesidad de formación y capacitación del profesional de la salud, según las necesidades identificadas,

siendo esto una responsabilidad del Estado ejercer la rectoría del sistema de educación superior atribuidos a temas de salud (Consejo de Educación Superior del Ecuador, 2017).

La necesidad de una formación académica en el profesional de la salud en lo referente a la LET se hace necesaria siendo un reto profesional al enfrentar una realidad caracterizada por transformaciones en el que influye el ser humano; siendo los criterios utilizados en la LET un dilema para la toma de decisiones; cabe señalar que el personal de la salud ante estas nuevas realidades debe reconquistar la humanización del cuidado en las unidades de cuidados intensivos, donde el paciente agónico está vivo ya sea sedado o consciente, merecedor de ser respetado y valorado su dignidad humana. Se develan los siguientes testimonios:

“No tengo claridad en cuanto a estas medidas terapéuticas, me confunde el término distanasia, eutanasia y limitación a la hora de la toma de esta decisión solo me rijo a la indicación médica” (E7).

“Yo creo que es una medida acertada, pero considero que no existen capacitaciones sobre el tema, por parte de la institución y esto repercute en el momento de instaurar la limitación por desconocimiento de muchos profesionales” (E9).

“Habría que considerar a la familia lo cual abarcaría tanto su parte religiosa, cultural y la económica además el pronóstico vital del paciente su dependencia y el apoyo familiar que va a tener o no, después de valorar esto se decidiría si se lo limita o no al paciente” (E4).

Sentimientos encontrados esta subcategoría son representativos los siguientes textos:

“Siempre va a ser frustrante ver morir a un paciente” (E5).

“Al principio cuando empecé a trabajar en UCI, a mí emocionalmente me afectaba, entonces con el pasar el tiempo uno aprende más que todo a aceptar la muerte, uno aprende que hay cosas que ya no se pueden hacer más” (E3).

“En este caso sería la parte humana porque cuando tú ya recibes la noticia que tienes que limitar a un paciente, te afecta independiente del tiempo que trabajes en la institución, porque sabemos que va a morir, emocionalmente si me afecta” (E6).

La LET en las UCI se ven más comprometidas en el personal de enfermería al ser los que permanecen constantemente con el cuidado del paciente, se ven comprometidos

afectivamente durante el proceso, donde abarcan sentimientos de nostalgia, lejanía que conllevan a la frustración y pone en peligro la salud mental y física del personal, siendo los enfermeros/as quienes ejecutan estas medidas terapéuticas que pueden beneficiar o no al ser cuidado (Pastor, 2022).

Medidas aplicadas ante la limitación del esfuerzo terapéutico esta subcategoría es representativa los siguientes textos:

Los profesionales de la salud reconocen cambios profundos que los acerca a su vida laboral:

“No se debe suspender la medicación, no se debe a pagar nada, no se debe retirar ningún medicamento, sino ya evitar añadir otros procedimientos, pues no es humano” (E5)

“La aplicación de estas medidas no han sido muy frecuentes, pero por lo general se da por indicación médica luego en una valoración en conjunto de todos los profesionales valorar el pronóstico que va a tener el paciente y se aplica ciertas medidas” (E4)

“En muchas ocasiones somos obligados a implementar medidas terapéuticas ante una posible curación, pero en realidad no estoy de acuerdo pues no se debe prolongar el sufrimiento en estos pacientes que muchas veces la muerte ineludible siendo totalmente deshumanizado prolongar esta agonía que no solo afecta al paciente y a la familia sino a nosotros como personal de salud” (E9).

Se deja traslucir, que la implementación de medidas relacionadas con la LET por el profesional de la salud específicamente el de enfermería al estar sensibilizado con el paciente por formar parte de su quehacer diario al brindar cuidado aplicando estas medidas; es inútil al no aportar beneficio para el paciente (Martínez, 2021). En este sentido de idea, Rubio y Ventura (2020) afirman que, no se debe instaurar tratamiento específico sin tener en cuenta cuál será el desenlace; la familia es protagonista de las medidas asistenciales que se le brinda al paciente crítico. Cabe expresar que no siempre se tiene en cuenta la decisión de los familiares siendo esta una gran limitación.

Por otra parte la limitación en el tratamiento de soporte vital (LTSV) en pacientes de la unidad de cuidados intensivos se da con más frecuencia en diferentes países, se entiende esta medida como la toma de decisiones de no ingresar a un paciente a la UCI, claro está con la

respectiva valoración del personal de salud como es el intensivista, en conjunto con otros profesionales como son enfermería, terapeutas respiratorios, y especialistas según el tipo de patología que presenten el paciente, dejando en claro a los familiares cuál sería la calidad de vida estimada del enfermo, gravedad de su enfermedad y la futilidad de los tratamientos y procedimientos, que justifiquen esta medida (Escudero et al., 2022).

2. Repercusión de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos

Según Pérez et al. (2018) la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico repercute de forma negativa, la decisión para instaurar esta medida, no se da por parte del paciente, sino por los familiares, y a su vez por el profesional de la salud, que es quien toma la iniciativa; cabe señalar que el paciente delega en ser querido la decisión sobre la LET, siendo esto una toma de decisión confortable para este. Como se evidencia en los siguientes relatos:

“Repercute de una forma negativa, como vamos a limitar entonces, no vamos hacer ningún esfuerzo, va a disminuir su porcentaje de supervivencia”. (E4)

“No se debe prolongar el sufrimiento de los pacientes en estado crítico, considerando el proceso de dolor que sienten los familiares, por lo que considero que la limitación de esfuerzo repercute de manera positiva ya que está de moda en los últimos años”. (E5)

“Uno aprende aceptar la muerte y entender cuando un paciente tiene posibilidades de salir de su estado crítico, pero cuando no tiene ningún criterio de sobrevivir, se debe tomar medidas de limitaciones brindando cuidados de calidad hasta el final de su vida” (E3).

subcategoría: efecto del uso de recursos terapéuticos en el paciente crítico

Como menciona González et al. (2021) los profesionales de salud de las unidades de cuidados intensivos afrontaron una práctica muy desafiante durante la pandemia Covid-19, en debieron limitar pacientes con esta enfermedad por su condiciones graves y a su vez, para tener un soporte organizado de no malgastar recursos como insumos médicos (equipos de protección) y personal sanitario; sin dejar de brindar cuidados y apoyo emocional al paciente y familiar; considerando el cuidado humanístico para superar las barreras dadas por la pandemia. Como se detallan a continuación:

“Al no limitar un paciente que sabes que por más que se tomen medidas terapéuticas va a fallecer, debemos considerar que el consumo de recursos como son insumos, medicamentos, van hacer innecesario debido a que podrá ser utilizado con otros pacientes que sí tienen posibilidades de vivir” (E7).

“También alivianar esa carga económica que representaría para el familiar mantener pacientes que básicamente no tienen ninguna salida” (E9).

“Puede sonar feo, o considerarse inhumano, pero al gastar recursos en un paciente que no tenga literalmente cura, estamos malgastando esfuerzo del personal, consumo de medicamento e insumos innecesario, cuando todo eso puede utilizarse en una persona que tenga todavía posibilidades de sobrevivir” (E3).

Subcategoría: **duración del tratamiento médico**

Para el tratamiento que se le aplica al paciente con este tipo de limitación, el estado general de este se tiene en cuenta, así como el tratamiento de soporte vital dependerá de la edad del paciente a la hora de tomar este tipo de decisión, por un fracaso al aplicar el mismo (Ruiz,2018).

“No extender un sufrimiento, ya que, por más tratamiento que aplicaeremos, no habrá una recuperación del paciente” (E3).

“El tratamiento no se retirará, pero no se debe tomar medidas de soporte vital como intubación o a su vez reanimación cardiopulmonar, al preferir ciertos familiares que mueran naturalmente” (E9).

“Los familiares y el médico son los responsables de tomar la decisión de instaurar o no un tratamiento, pero esto depende de qué tan crítico esté el paciente, ya que en ocasiones duran días con la limitación, nunca se sabe con exactitud en qué tiempo va a fallecer” (E6).

3. Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico

Los profesionales de la salud en especial el médico, al momento de tomar la decisión de limitar a un paciente; no tienen en cuenta al personal de enfermería, existiendo

confrontamiento entre ambos profesionales al ser el enfermero el que permanece el mayor tiempo junto al paciente (Díaz, 2019).

“De manera personal, si afecta, más que todo emocionalmente porque, al ver un paciente que está en un área crítica, me pongo en el lugar de ellos y pienso que sí podría ser un familiar y uno siendo el familiar va querer hacer lo imposible para que salga de su estatus crítico de salud, entonces a mí en lo personal si me afecta en gran parte cuando se limita, en cierta parte los esfuerzos terapéuticos de algún paciente de aquí de la unidad” (E2).

“ Mi percepción es no causar más daño de lo que el paciente ya está sufriendo.” (E5).

“Si la limitación es algo duro, porque igual uno es un ser humano y sabe que limitando todas las medias terapéuticas a un paciente va a fallecer en menos tiempo, pero también, es beneficioso para los familiares porque van a dejar de sufrir en todos los sentidos psicológicamente, económicamente entonces hay que ver los dos puntos” (E6).

“Podría decirle que, si hemodinámicamente está demasiado comprometido el paciente con la enfermedad, el tratamiento que se está aplicando puede alargar la vida por poco tiempo o no va a llegar a ningún lado yo creo que es una medida acertada” (E9).

subcategoría: **elementos que limitan la aplicación del esfuerzo terapéutico**

Pastor (2022) menciona que en el transcurso de la toma de decisiones existe un conjunto de elementos que dificultan la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico, limitaciones que pueden ser de tipo: ético, interprofesional y emocional; el primero se interpone la moral de una persona, mientras que el segundo plantea las divergentes perspectivas en la asistencia que tiene el equipo multidisciplinario de salud y el último hace referencia a la cercanía del profesional frente a la muerte del paciente en estado crítico afectando emocionalmente.

“La adecuación del esfuerzo terapéutico es una medida que, bueno, es un poco subjetiva acá en el Ecuador, ya que las leyes no están claras con lo que se debe hacer o lo que se puede hacer.” (E9).

“El personal de salud en las terapias intensivas va a tener miedo, ya que puede venir una demanda por lo que no todos los hospitales están legalizados en aplicar estas medidas terapéuticas en los pacientes críticos” (E1).

“En este tema hay mucha tela que cortar, ¿sabes por qué?... se han abierto muchos foros y muchos debates acerca del tema, sobre todo desde el punto de vista legal porque de ahí parte todo, entonces una vez que se logre fundamentar bien una base legal del tema de limitación de esfuerzo terapéutico que está basado incluso con comité de éticas que deben tener los hospitales desconozco a ciencia cierta si este hospital cuente con un comité de ética, yo creo que no” (E7).

“Como te digo, no hay un marco legal, no hay una algo que se fundamente ósea es un poco abstracta la ley en este país, entonces son cosas que no como es abstracto, no tienes algo que te pueda defender al momento de aplicar la LET” (E7).

Se deja traslucir que la limitación de la LET ha sido un dilema ético para los profesionales de la salud y especialmente para el de enfermería al ser los encargados de brindar cuidado directo de una manera empática siendo esto un problema difícil de enfrentar frente a los cuidados brindados teniendo en cuenta sus dimensiones en el que el acompañamiento al paciente y familiar nos convierte en guardianes y la voz de estos.

subcategoría: elementos que fortalecen la aplicación del esfuerzo terapéutico

La comunicación enfermera/o y familia es un elemento fundamental, la articulación entre ambos, hacen que el familiar acuda al apoyo del enfermero, buscando respuestas para despejar sus inquietudes, angustia que le aqueja; sin embargo, no están autorizados a dar respuesta; cabe mencionar; que a pesar el médico el profesional que indica la LET son menos buscados (Quero, 2020).

“El papel de enfermería abarca mucho ya que somos quienes brindamos los cuidados directo al paciente, pero a si mismo damos apoyo emocional a los familiares considerando que es muy duro para ellos perder un ser querido” (E8).

“Uno de los aspectos principalmente es aliviar el sufrimiento porque hacemos que el paciente ya deje de sufrir no lo mantenemos ahí con su enfermedad, prácticamente el paciente viene por un dolor y si no le damos hasta el último instante una calidad o muerte digna estamos también trabajando con su propio dolor” (E6).

“A nivel económico va a ser tal vez una decisión acertada, porque no es que tenemos el lujo de gastar muchas cosas en este país ahora que nos falta más cosas de lo que nos faltaban

antes, es una buena decisión siempre y cuando sea tomado de una manera profesional, éticamente” (E7).

4. La conexión con Dios

Cuando la limitación del esfuerzo terapéutico es aplicada en los pacientes, los profesionales de salud deben brindar cuidados específicos considerando la voluntad, tradición y creencias religiosas y espirituales, de los familiares y el mismo paciente, que pueda generar un ámbito de dicha y agrado, respetando siempre sus deseos para que pueda tener un buen morir (Zarcos, 2020).

“Dios ha permitido que ya este paciente no tenga remedio, que ya no se pueda hacer más entonces para qué seguir extendiendo el sufrimiento, entonces según yo si estoy de acuerdo que se aplique la LET y lo digo sin tener cargo de conciencia o remordimiento ya que Dios está esperando por el” (E3).

“Hay personas que por más que uno quiera salvar, por más que uno quiera mejorar, por más que uno quiera, no somos los que decidimos, uno no es DIOS” (E3).

“Dios es la persona que decide quién se queda y quién no, pero también debemos considerar a familiares con creencias religiosas, que en ocasiones prefieren no tomar medidas de reanimación ni implementar hemoderivados debido a que su religión no lo permite” (E4).

Por lo anterior, los autores del presente estudio afirman que el respecto a la dignidad y derechos de las personas, así como sus valores promueven la justicia, la responsabilidad del ser ante Dios; siendo un gran desafío moral y religioso que conducen a la felicidad al ser Dios la fuente que dignificada la vida humana.

5. Falencia en la formación continua del profesional de la salud en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Existen limitaciones trascendentales sobre el nivel de conocimiento del personal médico sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, siendo contradictorio que, en el actual siglo XXI, este personal no esté a favor de la aplicación de la LET, de igual manera resulta interesante que el menor por ciento de estos profesionales tiene un conocimiento adecuado. Se hace necesario la necesidad de reforzar los conocimientos sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico en los profesionales de la salud principalmente el médico; siendo la formación

continua una salida que satisfaga la necesidad de este personal que aplican tratamientos fútiles que no son necesarios al ser un hecho la muerte y esto conlleva a la angustia, dolor, tristeza y familiar (Bárzaga, Estrada, Sánchez y Berdú, 2019).

“A nivel profesional existen vacíos del conocimiento para aplicar la LET y eso produce la duda de su aplicación” (E8)

“En lo personal este término si se me entrecruza con la eutanasia y la distanasia y a su vez y a la hora de iniciar este tratamiento que se debe retirar en tratamientos ya instaurados, en fin, que esto influye en la toma de decisiones a la hora de aplicar esta limitación al paciente que atendemos en la unidad de cuidados intensivos” (E4)

“La LET ha sido una inquietud para muchos, debido a que no tenemos claro lo que es, pero en lo profesional me ha ayudado a entender que se da para tener una muerte digna” (E8).

6. Humanización del cuidado

Como menciona Martínez (2021) todas las unidades de cuidados intensivos deben ser humanizadas favoreciendo así un ambiente donde la conspiración entre el personal de salud y el paciente ya su vez el familiar exista; creando un ambiente que favorezca los cuidados brindados a estos pacientes al final de la vida.

“Siempre he considerado que los familiares deben ingresar a despedirse del paciente antes de su fallecimiento, ya que así pueden sentirse mejor, y a la vez estamos brindando una UCI de puertas abiertas dejando un lado la deshumanización” (E2).

“Tomando en cuenta la humanización también de los cuidados, se debe dar medidas de confort hasta los últimos minutos de vida del paciente” (E9).

El buen morir en esta subcategoría son representativas las siguientes narraciones:

“Primero es que toda persona tiene derecho a una muerte digna” (E5)

“El sufrimiento es un experimentar que aparece en estos pacientes y familiares, hacer que el paciente deje de sufrir se logra cuando se limita la prolongación de ese tratamiento para una muerte digna y de calidad” (E8).

“El enfrentamiento a la muerte y el proceso de morir por el profesional de la salud se acompaña de emociones como es el miedo, dolor y temor de que el paciente muera indignamente” (E2).

Asimismo, Montenegro (2021) menciona que la adecuación del esfuerzo terapéutico tiene como finalidad que el paciente tenga una muerte sin sufrimiento, partiendo con cuidados especializados por parte del personal de enfermería de esta manera no alargando y acortando el tiempo de vida del ser cuidado, con el fin de honrar la vida del ser humano en compañía de sus familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

El estudio devela la percepción del profesional de la salud ante la limitación del esfuerzo terapéutico, existiendo un desconocimiento por este personal especialmente el médico; no se evidenció una formación continua en estos profesionales; siendo una responsabilidad de las instituciones de salud satisfacer estas necesidades. En el análisis de las entrevistas se mostró que el acompañamiento al paciente y al familiar es esencial acompañamiento familiar, brindar asistencia médica teniendo en cuenta la limitación, y fortalecimiento de la conexión con Dios.

Entre las categorías relevantes, se declaran con transparencia las siguientes:

Falencia en la formación continúa del profesional de la salud en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, los participantes consideraron que la formación en el profesional de la salud es fundamental debido a que un desconocimiento genera un mal tratamiento e inseguridad y deficiencia en la calidad de la atención.

Seguidamente la categoría: Humanización del cuidado, en esta los participantes indican que humanizar sensibiliza al ser que indica y brinda cuidado satisfaciendo a través de la valoración el alivio de los síntomas para un final tranquilo de la vida (Raile, 2015).

Recomendaciones

Se invita a desarrollar estrategias para la mejora del proceso curricular, favoreciendo una mayor comprensión de las definiciones relacionadas con esta temática, siendo necesario la

formación continua de los profesionales de la salud que laboren dentro y fuera de las unidades de cuidados intensivos dedicados a la atención del paciente que les proporcione herramientas para entender el proceso de la muerte con responsabilidad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altuna, M (2021). Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI en pacientes COVID-19. *Universidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698139/altuna_penacoba_mariatfg.pdf?sequence=1
- Amico, R., Benedictis, G., Coiran, H, y Castro, J. (2020). Conocimiento y percepción de la eutanasia en estudiantes y profesionales de medicina. *Medicina y ética*. Recuperado de <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/309/199>
- Artal, C. (2019). Opinión de profesionales sanitarios y de la sociedad actual sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Universidad de Zaragoza Repository*. Recuperado de: <https://zaguan.unizar.es/record/111508>
- Bárzaga, S., Estrada, C., Sánchez,H., y Berdú ,Y. (2019). Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Revista Médica Granma*, 23(1), 135-151. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191k.pdf>
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A y Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista Médica de Chile*. 45 (3). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300012&script=sci_arttext
- Caballero, R., Real, D., García, L & Herreros, B. (2020). Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Revista Clínica Española*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2254887421000345>
- Cabrera, C y Hernández, Y. (2021). La Eutanasia, ¿sinónimo de “dignidad de la vida humana”? Recuperado de <https://medicinallegal2021.sld.cu/index.php/medicinallega/2021/paper/view/191/83>
- Cáceres, F. Parra, L y Pico, O. (2018). Calidad de vida relacionada con salud en población general de Bucarama, Colombia. *Revista Salud Pública*. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/147-154/es>
- Canales, F. (2012). Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México: LIMUSA
- Casas, M. (2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Universidad Panamericana*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2395938X17300293>

- Castaño, C., Peña, D., Rivera, M. (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida. *Universidad CES*. Recuperado de: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5376/42689390_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. En R. Valle, & M. King. New York: *Oxford University Press*. Obtenido de <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
- Consejo de Educación Superior del Ecuador [CES], (2017). Reformas a la LOES. Recuperado de http://www.ces.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:ley-organica-de-educacion-superior&Itemid=137
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Ley Orgánica de Salud. Recuperado de <https://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>
- Córdoba, M., Guzmán, P., Arévalo, A., Corredor, Y & Eraso, I. (2018). Conocimientos, prácticas, actitudes y opiniones sobre limitación del esfuerzo terapéutico en niños del personal de salud del departamento de pediatría de un hospital universitario en Colombia. *Universidad médica*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000100032&lang=es
- Corona, J y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 37 (4): 1-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci_arttext&tlng=en
- Cota, N., Cordeiro, P., Feitosa, R y Procopio A. (2021). La ortatansia en la formación médica: tabúes y desvelos. *Revista Bioética*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/m38ypygjhYcTy7XwLSWJdVS/?format=pdf&lang=es>
- Díaz, J. (2020). La limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos, perspectiva enfermera. Revisión Bibliográfica (tesis de pregrado). Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27292/DiazDiaz_Jenifer_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Duque, A., Tovar, S., Luna, D y Rodríguez, J. (2019). Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Medicina Paliativa*. Recuperado de

https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/259/2/10_REV_Duque_MEDPAL26-2_esp.pdf

- 2 ESCUDERO, P., LEIZAOLA, O., CORDERO, M., COSSÍO, A., BALLESTEROS, D., RECENA, P.,...TIZÓN, A. (2022). ESTUDIO ADENI-UCI: ANÁLISIS DE LAS DECISIONES DE NO INGRESO EN UCI COMO MEDIDA DE LIMITACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL. *MEDICINA INTENSIVA* 46 (4) ,192-200. RECUPERADO DE [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/ABS/PII/S0210569120303429](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569120303429)

Expósito, M; Villareal, E; Palmet, M; Borja, J; Segura, I y Sánchez, F. (2019). La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. *Revista Cubana Enfermería*. 35(1). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2333/433>

González, M., Quintana, O., Martínez, M, Alcolea, M., Navarta, M., y Robledo, J.,... Otero, L. (2021).El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Intensiva*, 33(2). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239921001152>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Mexico,Mc Graw Hill education

Ley orgánica de salud (2006) Ley de derechos y amparo del paciente. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

Maldonado, F, y Mera, G. Futilidad y encarnizamiento terapéutico de en la unidad de cuidados intensivos. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26052/1/FCM-CPO-MERA%20GERMAN.pdf>

Martinez, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 35(3), 144-147. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_arttext

- Ministerio de Salud Pública. (2014). Normativa nacional en relación a comités de bioética en Ecuador. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/2.-CI-Comit-%C2%AEs-de-bio-%C2%AEtica.pdf>
- Montenegro, C y Maldonado, F (2021). Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Metro Ciencia*. Recuperado de <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/196>
- Montero, N., Busto, P., Hernández, C., Gutiérrez, J., y Benítez, M. (2021). Limitación del esfuerzo terapéutico "al final de la vida": una mirada desde la medicina cubana contemporánea. *Revista Cubana de Salud pública*. Recuperado de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1741/1721>
- Ortega, J. (2020) ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Asociación interciencia*. 45(6), 293-299. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/html/>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pastor, C. (2022) ¿Cuáles son los conflictos de la limitación del esfuerzo terapéutico y cómo afectan a las enfermeras? (tesis de grado). Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159185/Pastor_Mart%c3%ad_Celia.pdf?sequence=1&isAllowed=y .
- Prado, M., Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M y Gómez, P. (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Pereira, I., Koziol, S., Mauvezin, J., Notejane, M y Bernadá, Mercedes. (2017). Directivas de adecuación del esfuerzo terapéutico en niños. Experiencia de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (2009-2015). *Revista Médica del Uruguay*, 33(1), 46-71. Recuperado en 24 de marzo de 2022, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100046&lng=es&tlng=es
- Perez, M., Blanco, A., Navarro, G. y Velasco, M. (2018) ¿Qué opinan los pacientes mayores y sus familiares sobre la limitación del esfuerzo terapéutico? *Revista Clínica Española*

218

(8)

Recuperado

de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256518301875>

Quero, N. (2020). Manejo de la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes pediátricos y la familia en unidades de cuidados intensivos pediátricos. (tesis de grado). Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153324/Quero_Marin_Natalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rubio, O y Vnetura, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 81-93. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006&lng=es&tlng=pt.

Ruiz, A. (2018) ¿Cómo es la limitación del tratamiento de soporte vital para una enfermera de UCI? (tesis de grado). Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150439/Ruiz_Jimenez_Alejandro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Secretaria Nacional de Planificación (2021). Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025. Recuperado de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>

Tejedor, B. (2020). El significado de morir dignamente: revisión bibliográfica sobre la experiencia de pacientes paliativos y sus cuidadores. Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51961>

Toyas, C., Martínez, R., Díez, J., Ezpeleta, A., Laín, M y Aspiroz, C. (2018). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes con bacteremia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18300441?via%3Dihub>

Troncoso, C y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*. 65 (2): 329-332. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/60235>

Vallejo, L., Palacio, A., Marulanda, V., Restrepo, A., Yepes, L., Valencia, N., y Cruz, Marco. (2020). 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. Fundación Dialnet, 24(2), 177-187 doi: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.5>
- Vera, O. (2019). La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. *Revista Médica la Paz*. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200012&script=sci_arttext
- Yañez, M., y Vargas, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. *Persona y Bioética*. Recuperado de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/8516>
- Zarcos, J. (2020). Papel de la enfermera de cuidados intensivos en la limitación del esfuerzo terapéutico y consecuencias psicoemocionales. (tesis de grado). Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153340/Zarcos_Paredes_Juan_Carlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. ANEXOS

Anexo 1.

Guía de entrevista semiestructurada

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud

2. Introducción

Un cordial saludo gracias por estar presente, y por la voluntad de estar en esta sesión, la misma tiene como finalidad recolectar información acerca de la percepción del profesional de la salud acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico. Los datos proporcionados por Usted, serán mantenidos en reserva mediante el anonimato. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

- a) Nombres completos _____
- b) Edad _____ años cumplidos.
- c) Sexo F () M ()
- d) Estado Civil Soltera/o () Casada () Unión libre ()
- e) Formación académica Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()
- f) Institución y área en la que labora: _____
- Cargo: _____ Años de labor: _____

II. Datos específicos: Pregunta generadora del instrumento

1. ¿Cómo percibe el personal de salud la limitación del esfuerzo terapéutico en el cuidado que se le brinda a los pacientes en unidades de cuidados intensivos?

2. ¿Cómo repercute la limitación del esfuerzo terapéutico en la salud de los pacientes de cuidados intensivos?

3. ¿Qué aspectos sobresalen de la perspectiva crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico?

III. Cierre de la sesión

Se les agradece el tiempo brindado en este encuentro, recordándoles que la información brindada es confidencial.

Muchas gracias.

Anexo 2.**Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Al estar desarrollando el proyecto investigativo titulado: **Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud**, después de habersele explicado en qué consiste el procedimiento a realizar, autorizo a los investigadores de la Maestría Gestión del Cuidado con Mención en Unidades de emergencia y cuidados intensivos de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo para realizar la entrevista, misma que será grabada a través del sistema filmando y fotografiando, asegurándose que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines investigativos.

A continuación, debe firmar su aceptación:

Nombres y apellidos:

C.I:

Firma:

CI: del investigador:

Firma del investigador:

Anexo 3.

Tabla1.
Códigos colorimétricos

NUMERO CODIGO	DE	COLOR	SIGNIFICADO
C1		amarillo	percepción del personal de salud sobre el esfuerzo terapéutico en el área crítica
C2		Gris	papel del familiar
C3		turquesa	Autocuidado y cuidado para el ser cuidado y el cuidador
C4		fucsia	Duración del tratamiento médico
C5		Verde lima	La fe en Dios
C6		rojo	Medidas de aplicación ante la limitación del esfuerzo terapéutico
C7		Oro claro	Criterios a tener en cuenta en la limitación del esfuerzo terapéutico
C8		Azul claro	El efecto del uso de recursos terapéuticos
C9		Verde claro	Sentimientos encontrados del profesionales de salud
C10		Azul grisáceo claro	El buen morir
C11			Humanización del cuidado
C12		Verde	Poco conocimiento del profesional de enfermería en cuanto al a limitación del esfuerzo terapéutico

Fuente. Testimonios de los entrevistados

Anexo 4.

Tabla 2.

Categorías y subcategorías

CATEGORIA 1 limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.	CATEGORIA 2 Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos.	CATEGORIA 3 Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico.	CATEGORIA 4 La conexión con Dios	CATEGORIA 5 Falencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico	CATEGORIA 6 Humanización del cuidado
Sentimientos encontrados	El efecto del uso de recursos terapéuticos en el paciente crítico	Elementos que limitan la aplicación del esfuerzo terapéutico	La fe en Dios	Poco conocimiento del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico	El buen morir
Medidas aplicadas ante la limitación del esfuerzo terapéutico	Duración del tratamiento médico	Elementos que fortalecen la aplicación del esfuerzo terapéutico			El ser humano y el cuidado
Técnicas de aplicación ante la limitación del esfuerzo terapéutico	Criterios a tener en cuenta en la limitación del esfuerzo terapéutico	Percepción del personal de salud sobre el esfuerzo terapéutico en el área crítica			Morir con dignidad
Sentimientos encontrados del profesionales de salud	El efecto del uso de recursos terapéuticos	Papel del familiar			
	Tratamiento médico	Autocuidado y cuidado para el ser cuidado y el cuidador			

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 5.**GRÁFICOS DE RESULTADOS**

Figura 1. Frecuencia total de las palabras de los discursos. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

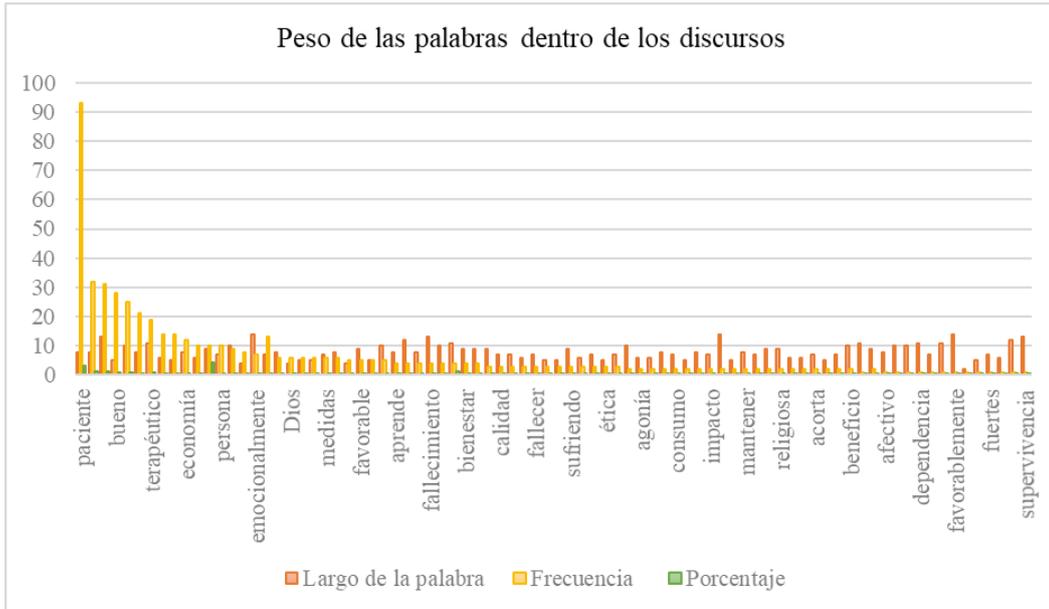


Figura 2. Peso de las palabras dentro de los discursos. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

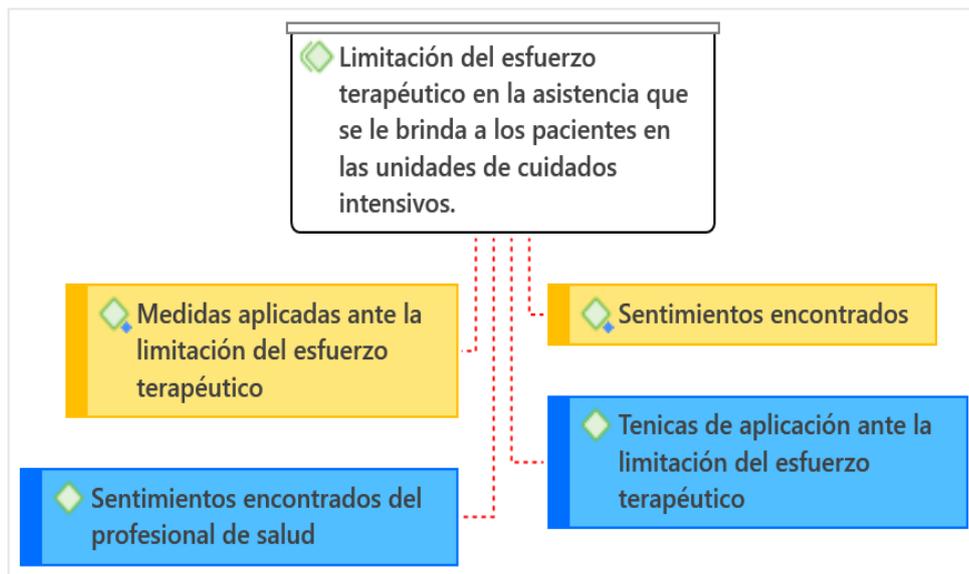


Figura 3. Categoría 1 Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

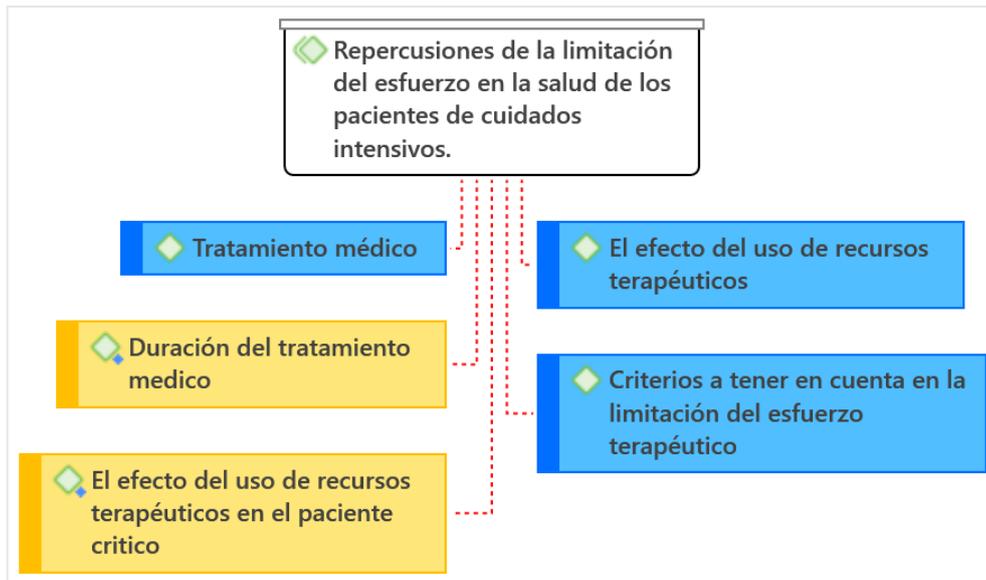


Figura 4. Categoría 2 Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

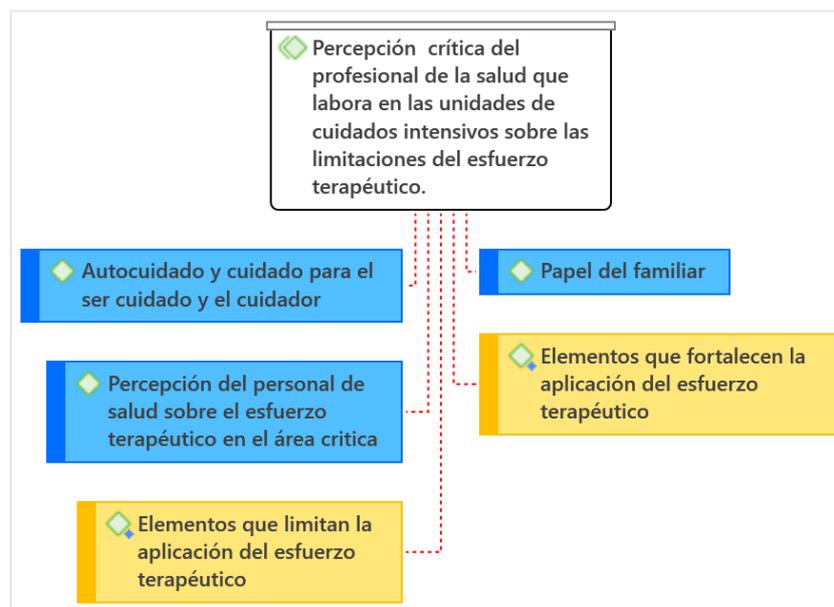


Figura 5. Categoría 3 Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

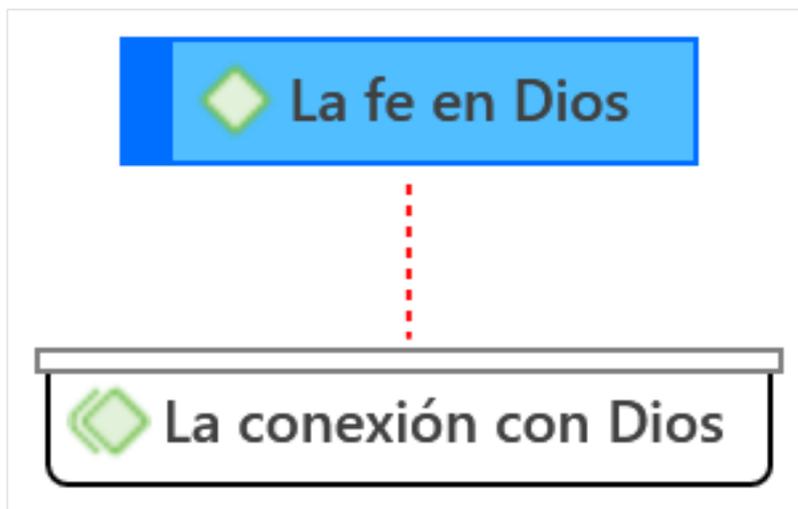


Figura 6. Categoría 4 La conexión con Dios. ATLAS.ti versión 2022. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

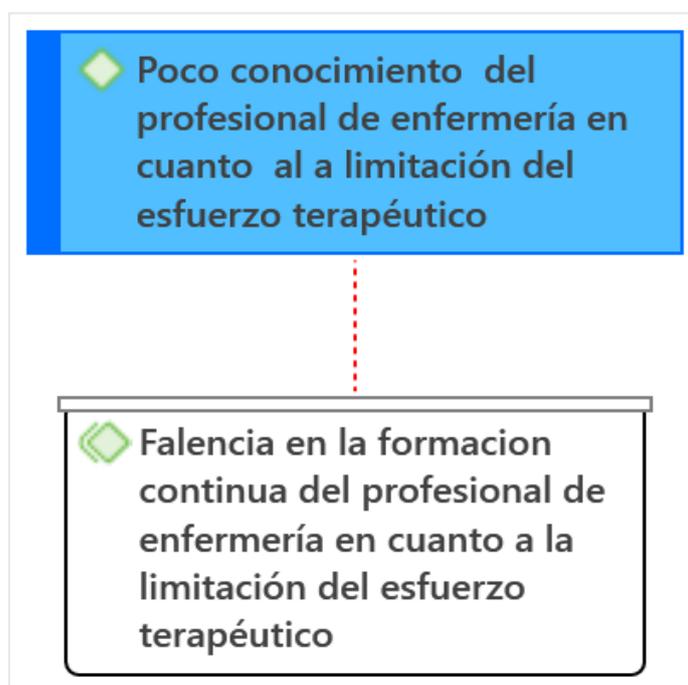


Figura 7. Categoría 5 Falencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico. Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

