

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

José Luis Rosado Tuarez

Enfermero

Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

jlrosadot@pucesd.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6832-6566>

Mariela Ximena Pacheco Lombeida

Enfermera

Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

pjherrerass@pucesd.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5106-1538>

Maricelys Jimenez Barrera

Enfermera

Master en Atención Integral a la Mujer

Doctora en Ciencias en Enfermería

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

mjimenez@pucesd.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2584-7350>

Priscila Jaqueline Herrera Sánchez

Enfermera

Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

mxpachecol@pucesd.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-6537-3743>

Alisson Patricia Muñoz Guanga

Enfermera

Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

apmunozg@pucesd.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8250-7080>

Artículo recibido el 14 de septiembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 29 de julio de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. 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. **OBJETIVO.** Describir las experiencias del profesional de enfermería al limitar el esfuerzo terapéutico con los pacientes de unidades de cuidados críticos. **MÉTODOS.** El enfoque fue cualitativo, con diseño descriptivo y tipo de estudio fenomenológico; considerándose nueve participantes mediante muestreo no probabilístico y saturación de unidades de significado, donde el instrumento fue la entrevista semiestructurada y el análisis de los datos se realizó a través del método de Colaizzi. **RESULTADOS.** Seis categorías surgieron como resultado de la investigación: vivencias del profesional de enfermería durante el cuidado del paciente en unidades de cuidados críticos; elementos que se destacan en las vivencias del profesional de enfermería durante el cuidado del paciente en unidades de cuidados críticos; repercusiones de los aprendizajes autodidactas en el profesional de enfermería; cuidado integral humanizado; conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente crítico; y aumento del vínculo paciente-familia-enfermera. **CONCLUSIONES.** Se detalló un panorama impactante donde la comunicación deficiente y la falta de formación continua en el personal sanitario afectan la calidad de la atención en la UCI; sin embargo, se resaltó la importancia de la humanización del cuidado y la conexión espiritual, subrayando la urgencia de reformas en la formación y el apoyo institucional.

Palabras clave: cuidados; enfermera; humanización; paciente

ABSTRACT

INTRODUCTION. The effects of Therapeutic Effort Limitation policies have seriously affected the lives of the patient, family and healthcare professional, especially nurses, who provide care 24 hours a day. **OBJECTIVE.** To describe nurses' experiences with respect to Limiting Therapeutic Effort with patients in critical care units. **METHODS.** The approach was qualitative, with descriptive design and phenomenological type of study; nine participants were sampled through non-probabilistic sampling and data collected until saturation of meaning units; the instrument used was the semi-structured interview and the data analysis was performed through Colaizzi's method. **RESULTS.** Six categories emerged as a result of the research: experiences of the nursing professional during patient care in critical care units; elements that stand out in the experiences of the nursing professional during patient care in critical care units; repercussions of self-taught learning in the nursing professional; humanized comprehensive care; knowledge of nursing personnel on the management of the critical patient; and increased patient-family-nurse bonding. **CONCLUSIONS.** A surprising picture emerged showing how poor communication and lack of continuing education in healthcare staff affects the quality of ICU care. The importance of humanization of care and spiritual connection was highlighted, underlining the urgency for reforms in training and institutional support.

Keywords: care; nurse; humanization; patient

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.638-659

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI, se ha desarrollado una nueva visión de la muerte, considerando las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como centros de tratamiento donde la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) implica criterios médicos de medidas terapéuticas. Sin embargo, clínicamente se ha observado que estas prácticas carecen de mejoras para el paciente, lo cual representa un problema, ya que el personal de salud no coincide con la aplicación de esta limitación. A pesar de ello, no queda claro qué prácticas específicas se consideran carentes de sentido. La incorporación de las UCI o la aplicación de la LET no han alterado la percepción de la muerte como

sufrimiento desde tiempos remotos. ⁽¹⁾ Por lo antes mencionado, dichas unidades al enfrentarse a un dilema ético, enfatizan la urgente necesidad de una actualización continua para garantizar una atención centrada en el paciente y sus deseos.

En este sentido, 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.⁽²⁾

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, siendo 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.⁽¹⁾

Es crucial que el personal de salud tenga una percepción clara para abordar la exposición de la limitación del esfuerzo terapéutico, especialmente en Ecuador, donde está establecida constitucionalmente mediante el acuerdo Ministerial 4862. En este contexto, algunas entidades forman parte del Comité de Ética Asistencial para la Salud (CEAS), cuya responsabilidad es analizar los casos en los que surjan dudas sobre las medidas terapéuticas.⁽³⁻⁴⁾ En este contexto, la investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias del profesional de enfermería al limitar el esfuerzo terapéutico con los pacientes de Unidad de Cuidados críticos.

MATERIALES Y MÉTODO

Esta investigación tuvo enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico de tipo descriptivo, empleando el lenguaje EMIC-ETIC. Este enfoque permitió

precisar las cualidades y propiedades de fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, los cuales fueron sometidos a un análisis para la recopilación de información, considerando las variables de forma independiente, sin relacionarlas entre sí.⁽⁵⁻⁶⁾

Para incluir a los 9 profesionales de instituciones de salud del segundo y tercer nivel de atención que laboran en las UCI, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de unidades de significado. Se utilizaron seudónimos para garantizar el anonimato de los participantes y se aplicó un protocolo ético de consentimiento informado para proteger su identidad, asegurando así su libre elección de participación.

La información fue recopilada mediante entrevistas semiestructuradas con una duración de 45 minutos, llevadas a cabo a través de la plataforma Zoom y grabadas para su posterior análisis. Este tipo de entrevista se enfoca en obtener información detallada sobre los relatos de los participantes; el investigador diseña una guía que orienta la conversación hacia temas específicos, con el fin de explorar significados relevantes en el contexto de la relación entre entrevistador y entrevistado.⁽⁹⁾

En este estudio, se utilizó la guía de entrevista semiestructurada como instrumento para garantizar la confiabilidad y validez de los datos. El entrevistador prepara una serie de preguntas como parte de esta guía, que facilita la obtención de información clara, precisa y concisa, que permita responder a las preguntas planteadas lo que facilita su análisis y obtención de los resultados.⁽⁶⁻⁸⁾

Para el análisis de las descripciones de los testimonios, se utilizó el método fenomenológico de Colaizzi; mediante lectura y subsecuente relectura del material original, se transcribieron los datos utilizando el programa Microsoft Office Word, versión 2016. Se aplicaron códigos colorimétricos para la codificación abierta e inductiva permitiendo la identificación de las unidades significativas y su agrupamiento en convergencias y divergencias. ⁽⁹⁾

Los textos fraccionados se analizaron cuidando el lenguaje EMIC de los sujetos de estudio identificándose las categorías y subcategorías. Para la organización, análisis y clasificación de los datos se utilizó la herramienta ATLAS.ti versión 2022 combinada con la labor minuciosa y compleja de la elaboración manual, donde la aplicación de esta herramienta permitió descubrir el núcleo del significado de las unidades y reveló un sistema analítico de nodos para codificar e interpretar los mismos,

teniendo en cuenta el pensamiento crítico y reflexivo del investigador y los testimonios de los participantes. Se construyeron 6 categorías, evaluándose la confiabilidad y validez en el procesamiento de los resultados mediante la articulación del tejido manual y aplicación del software de análisis de datos cualitativos. ⁽¹⁰⁾

RESULTADOS

Respecto a las características de los profesionales que formaron parte del estudio, la mayoría son de género femenino (7) y masculino (2). En cuanto al grupo etario, 7 de los participantes tienen entre 28 y 32 años, y 2 tienen entre 35 y 38 años. Todos trabajan en unidades de cuidados intensivos y provienen de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En relación a la formación académica, 5 tienen licenciatura (tercer nivel) y 4 tienen maestría (cuarto nivel), como se indica:

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Nivel de formación	Área de trabajo	Sector
E1	Femenino	30	Maestría	UCI	Privado
E2	Masculino	29	Licenciatura	UCI	Público
E3	Femenino	28	Maestría	UCI	Público
E4	Femenino	30	Licenciatura	UCI	Privado
E5	Femenino	31	Licenciatura	UCI	Público
E6	Femenino	35	Licenciatura	UCI	Público
E7	Femenino	28	Maestría	UCI	Público
E8	Femenino	38	Maestría	UCI	Privado
E9	Masculino	32	Licenciatura	UCI	Público

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Se identificaron las unidades de significados, categorías y subcategorías mediante la lectura, análisis y organización de datos obtenidos de las

entrevistas; dando lugar a la siguiente codificación en categorización y subcategorización como se detalla a continuación:

Tabla 2. Codificación en categorización y subcategorización.

Categorías	Subcategorías
Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos	Sentimientos encontrados
	Medidas aplicadas ante la limitación del esfuerzo terapéutico
Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de pacientes de cuidados intensivos	El efecto del uso de recursos terapéuticos en el paciente crítico
	Duración del tratamiento médico
Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico	Elementos que limitan la aplicación del esfuerzo terapéutico
	Elementos que fortalecen la aplicación del esfuerzo terapéutico
La conexión con Dios	
Falencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico	
Humanización del cuidado	El buen morir

Fuente: Elaboración propia de los autores.

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

Esta categoría surge de las declaraciones de los interlocutores. La necesidad de una formación académica en el profesional de la salud en lo referente a la limitación del esfuerzo terapéutico (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. En la presente

categoría 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).

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) incluye suprimir, suspender o retirar tratamientos; no iniciar nuevos; y reducir el existente. Los tipos de LET son limitación de instauración, separación de recursos y acortamiento del proceso de morir. Los criterios de decisión consideran las preferencias del paciente y la colaboración entre profesionales de salud, familia y paciente. ⁽¹¹⁾ La carencia de capacitación en limitación del esfuerzo terapéutico no solo crea confusión, sino que puede comprometer la calidad de las decisiones críticas en cuidados intensivos. Es fundamental que los profesionales reciban una formación exhaustiva para enfrentar estos dilemas éticos con certeza y eficacia.

En relación a la primera subcategoría: Sentimientos encontrados; esta emerge de los relatos de los entrevistados sobre el complejo proceso emocional y ético que enfrentan los profesionales de la salud al aplicar limitaciones terapéuticas en la UCI, generando un conflicto entre la esperanza y la realidad; provocando así una carga emocional significativa que afecta la calidad de la atención brindada y toma de decisiones. Como se refleja en los relatos:

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

“En la UCI, enfrentamos la difícil tarea de equilibra la esperanza con la realidad de nuestras limitaciones,

aprendiendo a aceptar decisiones que respetan la dignidad del paciente y nuestra ética profesional” (E3).

En torno a la segunda subcategoría: Medidas aplicadas ante la limitación del esfuerzo terapéutico. Los profesionales de la salud reconocen cambios profundos que los acercan a su vida laboral, destacando la importancia de implementar medidas específicas para garantizar un equilibrio entre el cuidado y el bienestar del paciente en estado crítico, de acuerdo con las narrativas que se presentan a continuación:

“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 siento que 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, Dios es quien da y quita vida” (E9).

Desde la perspectiva de Cota et al. ⁽¹²⁾ la ortotanasia es una medida clave dentro de la limitación del esfuerzo terapéutico, ya que implica la suspensión de tratamientos tecnológicos que no ofrecen mejoría al paciente. Esta práctica busca

evitar sufrimientos adicionales y asegurar una muerte digna, lo que subraya la importancia de aplicar medidas específicas para equilibrar el cuidado y el bienestar del paciente en estado crítico. Para Vera.⁽¹³⁾ el objetivo primordial de esta acción 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.

Seguidamente, se presenta un análisis visual detallado de la categoría 1, a través del software ATLAS.ti. Esta figura ilustra la primera categoría con sus principales subcategorías y significados colorimétrico, relacionadas la limitación del esfuerzo terapéutico, reflejando de manera más clara las diversas dimensiones y matices de los datos recopiladas, facilitando así la comprensión y análisis, como se evidencia a continuación.

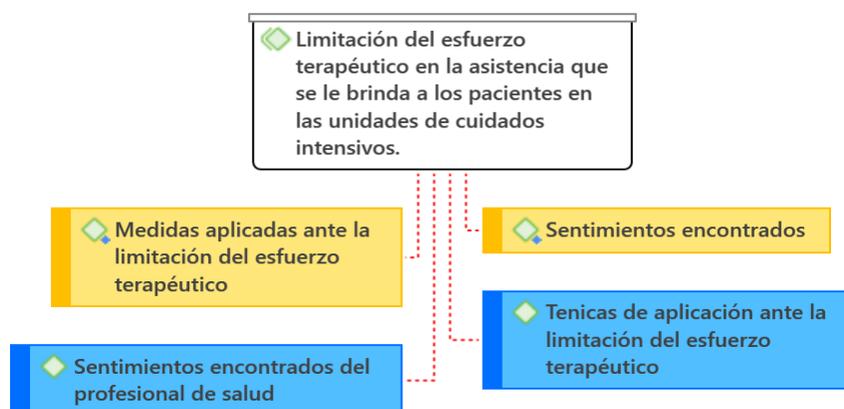


Figura 1. Categoría: Limitación del esfuerzo terapéutico en la asistencia que se le brinda a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

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

Esta categoría abordó sobre cómo la limitación del esfuerzo terapéutico impacta en la salud y el bienestar de los pacientes en estado críticos, revelando el conflicto entre prolongar la vida y la calidad de la misma. La delimitación de tratamientos y cuidados puede acarrear efectos adversos en las experiencias de estas personas, como se refleja en las siguientes afirmaciones:

“El tener mucho tiempo a un paciente crítico con tratamiento, ellos

sufren y se deterioran, aunque sólo podemos darle amor para que esta repercusión en ellos no sea dolorosa (...), y acompañado de la Fe, y su familiar es menos de verdad es menos ese dolor y al morir, esa muerte será de manera digna ...” (E4).

En este contexto, un hablante subraya el impacto significativo de la limitación del esfuerzo terapéutico: *“Es fuerte las consecuencias que viven*

algunos pacientes que se encuentran en cuidados críticos. Recuerdo a un paciente que dijo no quiero más medicina para que alargue este sufrimiento” (E6).

Subcategoría 1. Efecto del uso de recursos terapéuticos en el paciente crítico.

El uso prolongado de recursos terapéuticos en estas personas críticas presenta un dilema importante: equilibrar la prestación de cuidados humanizados con la necesidad de optimizar los recursos disponibles. Este desafío destaca la preocupación por la eficacia y la humanidad en el cuidado. Las siguientes afirmaciones ilustran este conflicto:

“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” (E 6).

“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).

Subcategoría. 2: Duración del tratamiento médico.

Se trasluce la complejidad inherente a la gestión del cuidado en el paciente en estado crítico, destacando la

tensión entre prolongar el tratamiento y respetar su dignidad. Las historias sugieren que extender el tratamiento a menudo no mejora la recuperación y puede aumentar el sufrimiento de la persona, como se evidencian en las declaraciones subsiguientes:

“No extender un sufrimiento, ya que, por más tratamiento que se aplique, 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).

Al comparar investigaciones sobre la (LET), Vallejo. ⁽¹⁴⁾ en su estudio afirma que, implica suspender o no iniciar tratamientos en pacientes que no obtendrán beneficios clínicos. A pesar de que el personal de salud en Latinoamérica demuestra conocimiento sobre LET, las discrepancias en su aplicación pueden conducir a la prolongación innecesaria de tratamientos en pacientes críticos. Esta inconsistencia puede tener graves repercusiones en la salud y el bienestar de estos pacientes, al prolongar el sufrimiento y deteriorar su calidad de vida.

Para una mejor comprensión de la interrelación de estas repercusiones, la figura 2 ilustra exhaustivamente la

organización y el análisis minucioso de los datos, facilitando una interpretación más precisa de los testimonios recogidos.

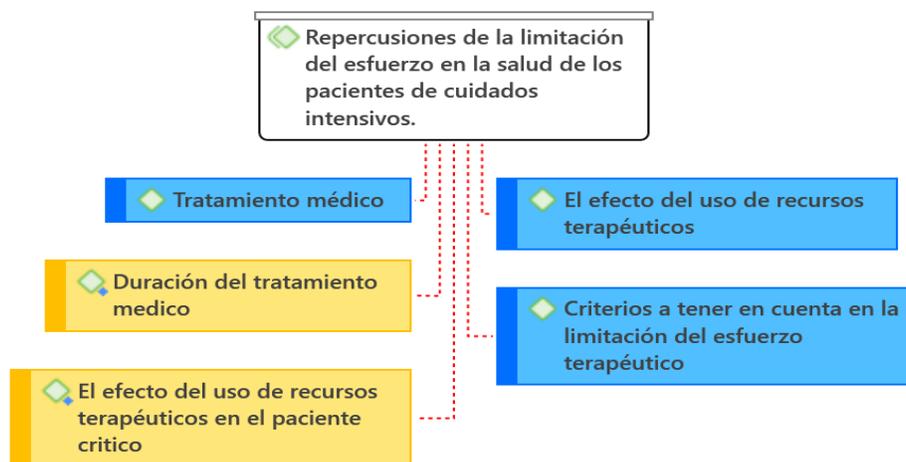


Figura 2. Categoría: Repercusiones de la limitación del esfuerzo en la salud de los pacientes de cuidados intensivos.

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

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

Esta categoría exploró la percepción de los profesionales de la salud sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en (UCI). Los testimonios destacaron la importancia de balancear el alivio del sufrimiento del paciente con las consecuencias emocionales y psicológicas tanto para los familiares como para el personal médico. Las relaciones siguientes hablan por sí mismos:

“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).

Relacionado con la subcategoría: Elementos que limitan la aplicación del

esfuerzo terapéutico son representativos los siguientes textos:

“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).

Dentro de los elementos que limitan la aplicación efectiva de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se encuentra la variedad de conceptos que rodea su implementación, esta diversidad de interpretaciones genera confusión entre los profesionales de la salud, dificultando la estandarización de prácticas y la toma de decisiones clínicas. La falta de una definición clara y uniforme afecta la coherencia en la aplicación, comprometiendo su eficacia en el cuidado de pacientes críticos. ⁽¹⁴⁾ En sentido, Navarro et al. ⁽¹⁵⁾ afirman que, aún existe desinformación y áreas de mejora entre los profesionales relacionado con la LET

Por otra parte, la subcategoría elementos que fortalecen la aplicación del esfuerzo terapéutico, los siguientes relatos expresan las siguientes interpretaciones:

“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).

Comprender las características diferenciales de la limitación del esfuerzo terapéutico fortalece la toma de decisiones, facilitando la selección de enfoques más adecuados y efectivos para cada situación clínica. ⁽¹⁶⁾ La verdadera fortaleza en la toma de decisiones sobre limitación del esfuerzo terapéutico radica en priorizar la calidad de vida del paciente y evitar la prolongación del sufrimiento innecesario. Un enfoque humano en este proceso asegura una atención más compasiva y respetuosa hacia las condiciones y deseos del paciente.

Se demuestra cómo ATLAS.ti ha sido una herramienta fundamental para estructurar y visualizar la complejidad de las experiencias de los profesionales de la salud en la UCI, permitiendo una interpretación holística y profunda de los datos cualitativos obtenidos.

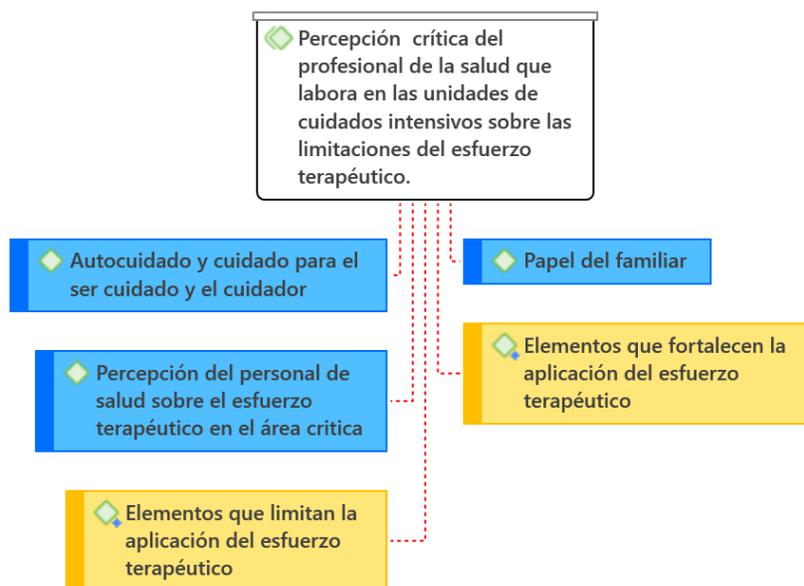


Figura 3. Categoría: *Percepción crítica del profesional de la salud que labora en las unidades de cuidados intensivos sobre las limitaciones del esfuerzo terapéutico.*

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

Categoría 4. La conexión con Dios.

Para los profesionales de la salud que laboran en las áreas críticas, la Fe desempeña un papel crucial en la toma de decisiones y en el manejo del sufrimiento. En el contexto, la conexión con Dios ofrece una perspectiva que facilita el equilibrio entre el deber profesional y la compasión humana. Los relatos a continuación reflejan cómo esta dimensión espiritual influye en sus percepciones y acciones.

“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).

De manera favorable se incluye la conexión con Dios, en este contexto Rojas y Oliva ⁽¹⁷⁾ señalan que, la limitación del esfuerzo terapéutico debe considerar las creencias religiosas y espirituales del paciente y su familia, para asegurar un entorno que respete sus

deseos y proporcione una muerte digna. Los enfermeros, son influenciados por sus propios valores y temores, enfrentan la difícil tarea de cumplir con las indicaciones médicas mientras mantienen un enfoque espiritual que les brinda fortaleza y facilita el trabajo en equipo, promoviendo así una comunicación y compromiso que respetan la conexión espiritual del paciente y apoyan una transición más serena y respetuosa.

De manera relevante, Pérez. ⁽¹⁸⁾ señala que, existe una perspectiva religiosa profundamente arraigada que sostiene que solo Dios tiene el poder de crear y dar vida, y que únicamente Él puede decidir el momento de su conclusión. Esta visión destaca la necesidad de respetar las creencias religiosas en el proceso de limitación del

esfuerzo terapéutico, enfatizando que la intervención humana debe estar en armonía con el entendimiento espiritual de la vida y la muerte. Este enfoque plantea un importante desafío moral y religioso, ya que la dignidad de la vida humana está intrínsecamente vinculada a la creencia de que Dios es la fuente que otorga y define el valor de la existencia.

La figura 4 muestra el análisis de los datos recopilados, destacando cómo la Fe en Dios influye en los profesionales de la salud. Proporcionando una guía moral y emocional. Los testimonios antes descritos reflejan que, al reconocer que no tienen control absoluto y que el destino final está en manos de Dios, los profesionales pueden manejar mejor el estrés y el dolor asociados con el cuidado de pacientes en estado crítico



Figura 4. Categoría: *La conexión con Dios.*

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

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

La formación continua de los profesionales de la salud en la limitación del esfuerzo terapéutico es crucial para garantizar decisiones informadas y éticas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, la evidencia

recopilada señala una preocupante carencia en esta área, lo que genera incertidumbre y conflictos en la práctica clínica. Los testimonios recogidos subrayan la falta de claridad y comprensión sobre esta problemática

identificada, lo que puede llevar a decisiones inconsistentes y emocionalmente gravosas tanto para los pacientes como para los profesionales.

En esta dirección, se encontraron las siguientes experiencias significativas:

“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).

La falta de formación continua en la limitación del esfuerzo terapéutico es una falencia crítica en la capacitación de los profesionales de la salud. Sin embargo, Monteiro ⁽¹⁹⁾ indica que, con la capacitación continua, los profesionales ganan confianza en sus decisiones y disminuyen las tensiones en el cuidado de

pacientes terminales. De manera similar, García et al. ⁽²⁰⁾ investigaron sobre el conocimiento de los internistas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y la influencia de la formación en el cuidado, encontraron que solo uno de cada cuatro internistas comprendía bien el término, y muchos experimentaban ansiedad y conflictos en la toma de decisiones al final de la vida de los pacientes.

Ante estas realidades, la escasa formación continua es una necesidad real y sentida identificada en el profesional que labora en estas áreas; no obstante, esto no solo afecta la calidad del cuidado brindado, sino que incrementa la carga emocional y moral de los profesionales. La confusión entre LET, eutanasia y distanasia refleja una necesidad urgente de educación clara y precisa sobre estas prácticas, para estar dotados de conocimientos sólidos y actualizados para tomar decisiones fundamentadas que respeten tanto la dignidad del paciente como los principios éticos de la atención proporcionada.

Para una comprensión de los resultados de esta categoría, la figura 5 detalla la falencia en formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, destacando el impacto del conocimiento insuficiente respecto al desafío.

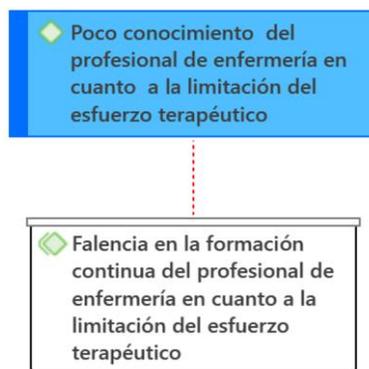


Figura 5. Categoría: Falcencia en la formación continua del profesional de enfermería en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

Categoría 6. Humanización del cuidado.

Esta dimensión resalta la esencia de la enfermería, donde el enfoque humanista transforma la experiencia del paciente y sus seres queridos en momentos de profunda conexión y compasión. Humanizar el cuidado es reconocer y respetar la dignidad de cada individuo, asegurando que, incluso en los momentos finales, se les brinde una atención que honre su vida y sus emociones. Los siguientes relatos son elocuentes por sí mismos:

“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).

Subcategoría: El buen morir. Cada persona tiene derecho a una muerte digna, un principio que guía la práctica del enfermero en la UCI y en cualquier entorno de cuidado. 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).

Existen brechas significativas en la procepción sobre el buen morir en los equipos de salud que enfrentan decisiones

sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. La humanización del cuidado debe ser fundamental en estas situaciones para asegurar una atención digna y respetuosa en los últimos momentos del paciente. ⁽²¹⁾ La integración de la humanización y el cuidado en las UCI subraya la importancia de ir más allá de la mera preservación de la vida, enfocándose en la dignidad y la calidad de vida del paciente y su familia. Esta perspectiva

científica resalta los retos que enfrenta el personal de enfermería al brindar cuidados humanizados y apoyar a las familias en contextos de limitación del esfuerzo terapéutico, garantizando tanto el confort del paciente como el apoyo integral a sus seres queridos.

Esta figura 6 resalta la humanizado del cuidado, promoviendo una atención más compasiva y respetuosa en las unidades de cuidados intensivos.



Figura 6. Categoría: Humanización del cuidado.

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue describir las experiencias de los profesionales de enfermería respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico con los pacientes en unidades de cuidados intensivos. Los resultados obtenidos fueron analizados con los hallazgos descritos en la literatura. Este análisis reveló que la implementación de medidas relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) por parte del personal de la salud, especialmente el personal de enfermería que brinda atención a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, se considera poco útil, ya que no proporciona beneficios significativos para el paciente. Por otro

lado, es importante no iniciar un tratamiento específico sin considerar cuál será su impacto final, dado que la familia juega un papel fundamental en las decisiones sobre la atención que recibe el paciente crítico. ^(22,23)

Estos aspectos revelan el impacto en la salud del paciente y la familia, así como la carga emocional significativa para el personal de enfermería. La falta de formación en ética clínica y la proximidad al sufrimiento generan angustia. La familia, aunque crucial en el tratamiento, enfrenta desafíos que pueden resultar en decisiones inconsistentes. ⁽²⁴⁾

Se trasluce que, con la LET presente en las UCI, el personal de

enfermería se ve especialmente afectado, ya que son ellos quienes permanecen constantemente al lado del paciente brindándole cuidados; siendo este un compromiso inquebrantable durante el proceso implica una conexión emocional que incluye sentimientos como la añoranza y el distanciamiento, lo que genera frustración y pone en riesgo tanto la salud mental como física de los profesionales. Son los profesionales de enfermería quienes llevan a cabo estas intervenciones terapéuticas, las cuales las tomas de decisiones pueden influir positiva o negativamente en el bienestar del paciente bajo su atención.⁽²⁵⁾

Asimismo, Amezcua-Insignares et al.⁽²⁶⁾ resaltan que una adecuada gestión de los esfuerzos terapéuticos es crucial para evitar procedimientos innecesarios que prolonguen el sufrimiento. Subrayan la necesidad de mejorar la preparación de los profesionales, el uso de escalas de pronóstico y el conocimiento sobre voluntades anticipadas, lo cual también se refleja en el presente estudio.

En este contexto López et al.⁽²⁷⁾ acuñan que existen brechas significativas en la formación en bioética y aspectos del buen morir en los equipos de salud que enfrentan la orden de limitar el esfuerzo terapéutico y no reanimar. Se recomienda capacitar al personal y desarrollar una guía de consenso para abordar estos desafíos éticos y mejorar la atención al final de la vida.

Por otro lado, los profesionales de la salud, especialmente los médicos, al momento de tomar la decisión de limitar a un paciente, no tienen en cuenta al personal de enfermería, existiendo

confrontamiento entre ambos trabajadores al ser el enfermero el que permanece el mayor tiempo junto al paciente.⁽²⁸⁾ Esta dinámica evidencia una falla crítica en la comunicación y colaboración interdisciplinaria, subrayando la necesidad imperiosa de un enfoque más integrado y participativo en la toma de decisiones clínicas. La exclusión del personal de enfermería no solo compromete la calidad del cuidado, sino que también ignora la valiosa información que estos profesionales pueden aportar sobre el estado y las necesidades del paciente, lo cual es esencial para una atención más humanizada.

En este orden de idea, se destaca que, en las últimas décadas, los avances en medicina crítica han mejorado la supervivencia, pero a menudo han descuidado la humanización, enfocándose únicamente en el manejo de enfermedades y dejando de lado al paciente y su familia. La incorporación de prácticas humanizadoras en las unidades de cuidados intensivos es esencial para garantizar una atención integral que aborde el bienestar emocional y psicológico del paciente, además de la supervivencia física.⁽²⁹⁾

En las últimas décadas, a pesar de los avances en medicina crítica que han mejorado la supervivencia, a menudo se ha descuidado la humanización del cuidado. La incorporación de prácticas humanizadoras en las unidades de cuidados intensivos es esencial para abordar tanto el bienestar emocional como físico del paciente. La autorreflexión sobre la muerte y la educación en ética, junto con la integración de la Limitación del

Esfuerzo Terapéutico (LET), permiten ofrecer una atención que respete los valores del paciente y alivie el sufrimiento, garantizando un cuidado digno y compasivo al final de la vida.⁽³⁰⁾

Cabe señalar que esta investigación subrayó cómo una problemática de salud puede impactar la atención brindada a los pacientes en UCI, destacando la importancia de proteger los derechos humanos y mantener la dignidad. Es crucial reformular normativas para garantizar un cuidado que combine calidad y calidez. Además, el compromiso de las enfermeras para asegurar respeto y justicia en la atención médica resulta fundamental.

Asimismo, se evidencia la necesidad de una transformación en la educación superior en enfermería y salud, enfocándose en la formación continua en temas relacionados con la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), con sólidas bases en ética y bioética. Este estudio tuvo limitaciones al enfocarse en un grupo específico de pacientes vulnerables, lo cual restringe la capacidad de evaluar el impacto en otras poblaciones y el rol del enfermero en el enfrentamiento de desafíos en contextos de atención crítica caracterizados por carencias y falta de conocimiento.

CONCLUSIONES

El estudio develó la percepción del profesional de la salud ante la limitación del esfuerzo terapéutico, existiendo un desconocimiento por este personal, donde no se evidenció una formación continua y siendo una responsabilidad de las instituciones de salud satisfacer estas necesidades. Además, la sobrecarga de trabajo es un elemento que influye en la

calidad de la atención a los pacientes ingresados, donde a su vez las entrevistas demostraron que, a pesar de dicho factor, el acompañamiento al paciente y al familiar es esencial y debe ser permanente, así como brindar asistencia médica teniendo en cuenta la limitación.

Entre las categorías relevantes se declaran con transparencia la falencia en la formación continua del profesional de la salud en cuanto a la limitación del esfuerzo terapéutico, donde los participantes consideraron que la formación en el profesional de la salud es fundamental debido a que el desconocimiento genera un mal tratamiento, inseguridad y deficiencia en la calidad de la atención. Seguidamente se encuentra la categoría de humanización del cuidado, en donde los participantes indican que humanizar sensibiliza al ser mientras brindan cuidados, satisfaciendo así el alivio de los síntomas que garanticen un final tranquilo de la vida del paciente.

Recomendaciones

Invitamos a las instituciones de salud y organismos educativos a implementar programas de formación continua sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, a optimizar la distribución de personal y recursos, y a promover la humanización tanto entre los profesionales de la salud como entre los líderes institucionales. También es esencial fomentar una comunicación transparente, investigar y aplicar las mejores prácticas en el ámbito de la atención en unidades críticas. Asimismo, desarrollar estrategias para mejorar el proceso curricular, proporcionando herramientas que faciliten la comprensión del proceso de limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de

cuidados intensivos, y extender el estudio a otros grupos vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vallejo L, Palacio A, Marulanda V, Restrepo A, Yepes L, Valencia N, et al. 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*. 2020; 24(2): 177-187. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.5>
- (2) Díaz J. [La limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos, perspectiva enfermera. Revisión Bibliográfica]. Tesis de pregrado. [2020]. Se localiza en: Universidad de Coruña, España. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27292/DiazDiaz_Jenifer_TFG_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- (3) Montenegro C, Maldonado F. Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir. *Metro Ciencia*. 2021. [citado el 9 de mayo de 2023]; (19): 68-76. <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/196>
- (4) Ministerio de Salud Pública. Normativa nacional en relación a comités de bioética en Ecuador. [Internet]. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2014. [citado el 10 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/2.-CI-Comit-%C2%AEs-de-bio-%C2%AEtica.pdf>
- (5) Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista Médica de Chile*. 2017. [citado el 9 de mayo de 2023]; 145(3). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300012&script=sci_artext
- (6) Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
- (7) Canales F. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. México: LIMUSA; 2012.
- (8) Troncoso C, Amaya A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017. [citado el 9 de mayo de 2023]; 65(2): 329-332. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/60235>
- (9) Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. En: Valle R, King M, editores. *New York: Oxford University Press*. 1978. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
- (10) Corona J, Maldonado J. Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Rev Cubana Investig Bioméd*. 2018. 37(4): 1-4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci_arttext&tlng=en

- (11) Vera, Carrasco O. LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA. Rev. Méd. La Paz. 2019. 25(2): 78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lng=es.
- (12) ALMEIDA, Naara Perdigão Cota de, et al. La ortotanasia en la formación médica: tabúes y desvelos. Rev Bioética, 2022, 29(4): 782-790. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/m38ypygjhYcTy7XwLSWJdVS/?format=pdf&lang=es>.
- (13) VERA CARRASCO O. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. Rev Méd La Paz. 2019;25(2):78-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582019000200012&script=sci_arttext
- (14) Vallejo LI, Palacio AM, Marulanda V, Restrepo A, Yepes LA, Valencia NL, et al. 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. Perspect Bioética. 2020;24(2):177-187. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222020000200177&lng=en.
- (15) Navarro-Jiménez G, Gómez-Fernández M, Rodríguez-Morales A, Pérez-Sánchez M, López-Fernández J, Martínez-Baños A. Evolución de la opinión de los familiares sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes ancianos. Medicina Interna de México. 2021. 37(1): 45-55. Disponible en: <https://www.medintmexico.org/articloe/abs/pii/S0187532720300079>.
- (16) Gómez-Pérez C, Sánchez-García AB, García-Capilla DJ. Perspectiva bioética de la adecuación del esfuerzo terapéutico en pacientes adultos terminales. Revisión sistemática. Enferm Glob. 2023;22(71):586-619. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000300019&lng=es.
- (17) Rojas M, Saña L, Oliva T. Cuidado de enfermería a pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico en unidad de cuidados intensivos. Ser Saber Hacer Enferm. 2020. 1(1): 24-32. Disponible en: <http://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/377>
- (18) Pérez-Mendoza GJ, Rangel-Méndez JA. Eutanasia y suicidio médicamente asistido. Rev Bioméd. 2023;34(3):269-271. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2023/bio233a.pdf>
- (19) Monteiro DT, Vilela LFA, Silveira AO, Lima MCS. Limitación terapéutica para niños: una revisión sistemática sobre el final de la vida. Rev Bioet. 2023;30:851-862. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SVmp hcnXYTRwhfJLBySxF8h/?format=pdf&lang=es>.

- (20) García-Caballero R, Real D, García L, Herreros B. ¿Sabes los internistas qué significa limitación del esfuerzo terapéutico? *Rev Clin Esp (Edición Inglés)*. 2021. 221(5): 274-278. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2254887421000345>.
- (21) Ávila AL, Riveros EER, Campillay MC. Orden de no reanimar y limitación del esfuerzo terapéutico: desafíos éticos en equipos sanitarios en Chile. *Salud Colectiva*. 2024;20:17. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4821>
- (22) Martínez R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit (Col Mex Med Crit)*. 2021. 35(3): 144-147. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_arttext
- (23) Rubio O, Ventura L. Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho*. 2020. (48): 81-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006&lng=es&tlng=pt.
- (24) .
- (25) Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family intensive care unit syndrome: an integrative review. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(5):361-8. Disponible en: https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2020/25050/Family_Intensive_Care_Unit_Syndrome__An.1.aspx
- (26) Escudero P, Leizaola O, Cordero M, Cossío A, Ballesteros D, Recena P, Tizón A. Estudio ADENI-UCI: Análisis de las decisiones de no ingreso en UCI como medida de limitación de los tratamientos de soporte vital. *Medicina Intensiva*. 2022. 46(4): 192-200. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569120303429>
- (27) Amezcua-Insignares CP, López-Morales S, González-Morales C, et al. Toma de decisiones para la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Persona Bioética*. 2023;27(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222023000102713&script=sci_arttext
- (28) López-Ávila A, Rivas-Riveros E, Campillay-Campillay M. Orden de no reanimar y limitación del esfuerzo terapéutico: desafíos éticos en equipos sanitarios en Chile. *Salud Colectiva*. 2024;20. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4821>
- (29) Bázaga S, Estrada C, Sánchez H, Berdú Y. Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Rev Méd Granma*. 2019. 23(1): 135-151. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191k.pdf>

⁽³⁰⁾ Gómez-González JF, Cortés-López V, Basante-Muñoz LY, Gaviria-Zuluaga K, Blanco-Betancur M, Sánchez-Duque JA. Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. Arch Med Fam Gen. 2021;18(1):5-9. Disponible en: <https://acortar.link/AnIBmM>

⁽³¹⁾ Sandoval SÁ, Fernández J, López E, et al. Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. Escola Anna Nery. 2020;24(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/t4SsC8Hfh7nSwKtDFjGVdbt/?lang=es>