



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Aplicación de tratamientos médicos fútiles en las unidades de cuidados intensivos ¿Cómo se percibe?

Lucia Sagrera Ramírez

Grado de Enfermería

Año académico 2018-19

DNI de la alumna: 41586746D

Trabajo tutelado por Margalida Miró Bonet
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo: Futilidad médica, Unidad de cuidados intensivos, Familia, Médico-enfermera.

Resumen

Introducción. La futilidad médica se define como extensión de la vida biológica del paciente de manera innecesaria o fútil por medios de soporte vital.

Objetivos. Explorar la evidencia científica sobre los motivos, las percepciones de médicos y enfermeras y el impacto psicoemocional que tiene para los familiares la aplicación de los tratamientos médicos fútiles en unidades de cuidados intensivos.

Metodología. Se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, EBSCOhost, Lilacs y Medline (2009-2019) y se han seleccionado los artículos según los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados. De la búsqueda se han elegido 24 artículos que han sido leídos y analizados de manera individual en una tabla resumen en forma de anexo especificando: título, año, país de publicación, revista, tipo de estudio, objetivo, conclusiones y fuente de obtención.

Discusión. En este análisis de la bibliografía se exponen las ideas clave en relación con los motivos, percepciones de los médicos y enfermeras y el impacto psicoemocional que tiene para los familiares que se lleve a cabo la futilidad médica en las unidades de cuidados intensivos.

Conclusiones. La futilidad médica es un problema actual y no se está poniendo solución. Esta situación está provocando que las unidades de cuidados intensivos se encuentren colapsadas por pacientes que no precisarían de dicha atención ya que su situación no tiene recuperación posible.

Palabras clave: Futilidad médica, Unidad de cuidados intensivos, Familia, Médico-enfermera.

Abstract

Introduction. Medical futility is defined as an unnecessary or futile extension of the patient's biological life by means of life support.

Purpose. Explore scientific evidence on the motives, perceptions of doctors and nurses and the psychoemotional impact on family members of the application of futile medical treatments in intensive care units.

Method. The bibliographic search has been carried out in the Pubmed, Cochrane, EBSCOhost, Lilacs and Medline databases (2009-2019) and the articles have been selected according to the inclusion and exclusion criteria.

Findings. From the search 24 articles have been chosen that have been read and analyzed individually in a summary table in the form of annex specifying: title, year, country of publication, journal, type of study, objective, conclusions and source of achievement.

Discussion. In this analysis of the bibliography the key ideas regarding the motives are presented, perceptions of doctors and nurses and the psychoemotional impact on family members of medical futility in intensive care units.

Conclusions. Medical futility is a current problem and is not being solved. This situation is causing intensive care units to be collapsed by patients who would not need such care as their situation is not recovering.

Key words: Medical futility, intensive care unit, family, collaboration practice, nurse-physician

Índice

1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica	7
3.1. Criterios de inclusión	8
3.2. Criterios de exclusión	8
4. Resultados de la búsqueda bibliográfica	9
5. Discusión	10
5.1. Motivos por los que se aplican tratamientos médicos fútiles.....	10
5.2. Percepción de médicos y enfermeras.....	12
5.3. Impacto psicoemocional para los familiares.....	14
6. Conclusiones	15
7. Bibliografía	18
ANEXOS.....	21

1. Introducción

Definir el concepto de futilidad es complicado porque no hay una definición consensuada ya que es un concepto complejo, pero sí que sabemos que hay tres factores que se deben tener en cuenta: las cuestiones éticas (valoración del beneficio, decisión del paciente, consentimiento informado, juicio del médico, a destacar), implicaciones sociales (libertad del paciente, libre ejecución de la Medicina, distribución justa de los recursos, en mayor medida) y como es evidente los factores técnicos y de competencia del médico (métodos diagnósticos y tratamientos, duda en el pronóstico, probabilidad de éxito, entre otros). No se puede definir futilidad únicamente como inutilidad, sino que los tres puntos deben ser integrados de manera equilibrada. Podría definirse de manera provisional como: “procedimiento médico que no merece la pena instaurarse”(1).

Echando la vista atrás desde los inicios de la Medicina las actitudes éticas han jugado un papel crucial en la práctica médica, remontándonos en la época de la Grecia Clásica, los deberes del médico se dividían en tres grupos: deberes con sus pacientes, para la *polis* y con los compañeros de su profesión. Esto les guiaba en la obligación moral del médico de no actuar cuando la muerte o la incurabilidad de sus pacientes era evidente y además se suma el principio de ayudar o de no perjudicar al paciente, eran decretos de la *Physis*. Y según el juramento Hipocrático (juramento que llevan a cabo los graduados en medicina) afirma que: "Y me serviré, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar"(1,2).

Mirando en la actualidad, se observa que en cuanto se detecta una enfermedad se destinan muchísimos recursos económicos y humanos en diagnosticarla y tratarla, pero si esta enfermedad llega a un punto que no tiene curación y va agravándose el estado del paciente entramos en el punto de preguntarse si es preciso proseguir hacia adelante, adentrarnos así en la futilidad de estas intervenciones. La medicina cree posible dominarlo todo mediante la técnica avanzada y desarrollada ya que se han llevado a cabo muchos avances en la investigación clínica. Hay que reconocer pero que muchos recursos son limitados y en ocasiones inútiles ya que el hombre por muchos que nos esforcemos sigue siendo mortal(1).

El concepto de futilidad médica también se da a conocer como obstinación terapéutica, distanasia y de manera coloquial como "encarnizamiento terapéutico" en todas ellas se define como la extensión de la vida biológica del paciente de manera innecesaria o fútil por medios de soporte vital. Cabe destacar que la expresión de "encarnizamiento terapéutico" no es muy adecuada ya que parece que tiene una intención inmoral y no se corresponde en la mayoría de los casos con la intención que pueda tener el médico, por tanto, no se estima como adecuada(3).

Las consecuencias de llevar a cabo la futilidad médica son varias, entre ellas la provocación de sufrimiento y dolor de manera innecesaria a pacientes, pero también a familiares(3). Aparece una disconformidad entre los valores del médico frente a los intereses del paciente, ya que los pacientes parece que no pueden tener opinión de lo que realmente desean hacer ante esta situación y por esa razón se tiene que llegar al punto de precisar un apoyo legal para así protegerse de tratamientos que pueden aplicar los médicos(1,3). Conlleva también a pesar en la eutanasia activa antes de seguir sufriendo, además de una desconfianza en médicos y en la asistencia hospitalaria(3).

Desde que pase por las prácticas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) me di cuenta de que existía este problema, observe que los médicos no aceptan la muerte, lo ven como un fracaso y no comprenden que muchos pacientes estarían mejor en una unidad de cuidados paliativos tranquilos, sin sufrimiento y sin dolor, y no en una UCI alargando su sufrimiento, y con ello el sufrimiento de sus familiares. Además, observe que muchas enfermeras tienen experiencias traumáticas debido a que médicos las han obligado a realizar técnicas de manera sucesiva a un paciente que lo último que necesitaba era aumentar su dolor, ni alargar su vida para seguir sufriendo.

Me entristeció esta situación en general, por esta razón me pareció interesante llevar a cabo esta revisión de la bibliografía y así analizar los motivos, las percepciones y el impacto emocional de la aplicación de tratamiento médicos fútiles, enfocándolo en las unidades de cuidados intensivos. Además, en las asignaturas de la universidad nunca habíamos tratado este tema en específico y me sorprendió al detectarlo en mis prácticas.

2. Objetivos

Objetivo general: Explorar la evidencia científica sobre los motivos, las percepciones de médicos y enfermeras y el impacto psicoemocional que tiene para los familiares la aplicación de los tratamientos médicos fútiles en unidades de cuidados intensivos.

Objetivo específico 1: Identificar los motivos ante los cuales se aplican tratamientos médicos fútiles.

Objetivo específico 2: Describir las percepciones de médicos y enfermeras ante la aplicación de tratamientos médicos fútiles.

Objetivo específico 3: Analizar el impacto psicoemocional que tiene para los familiares la aplicación de tratamientos médicos fútiles.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Este trabajo de revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante una estrategia de búsqueda durante febrero-marzo de 2019. A continuación, se detalla por niveles la combinación de palabras clave y de booleanos.

Como primer nivel se utilizó la combinación de las palabras clave *Medical futility* (*Futilidad médica* en español) y *intensive care unit* (*Unidad de cuidados intensivos* en español) separadas por el booleano *AND*. Como segundo nivel se han seleccionado *Family* (*Familia* en español), *Nurse-physician* (*Médico-enfermera* en español) y *collaboration practice* (*Práctica colaborativa* en español), términos separados entre ellos por el booleano *OR*. En este sentido, la frase final de la búsqueda bibliográfica ha sido: *Medical futility AND intensive care unit AND (family OR collaboration practice OR nurse-physician)*.

Como límites elegimos: documentación publicada en los últimos 10 años (2009-2019), disponibilidad de texto completo de acceso libre y la escrita en inglés, portugués o español.

Para establecer la estrategia de búsqueda, primeramente, se consultó DeCs con intención de traducir las palabras clave a lenguaje documental, pero no se encontraron

descriptores que casaran con el tema que debía tratar la búsqueda bibliográfica. Por esa razón, se ha llevado a cabo una estrategia inversa con la intención de identificar qué palabras clave se utilizan con más frecuencia en literatura científica.

Los recursos electrónicos de selección en ciencias de la salud que pueden adecuarse más al tema elegido serían Pubmed, Lilacs y Medline como bases de datos bibliográficas, Cochrane como base de datos de revisión, EBSCOhost Research Databases como metabuscador y se eligen las bases de datos PsycINFO, Cinahl, Violence & Abuse Abstracts i Academic Search Ultimate. Los artículos que no se encuentran en las bases de datos directamente he podido acceder a ellos a través de Google Académico.

3.1. Criterios de inclusión

Recopilé todos los artículos que respondían de la manera más precisa a los objetivos específicos planteados anteriormente. De este modo, se han incluido aquellos documentos que:

- Analizan los motivos por qué se aplican tratamientos médicos fútiles en la unidad de cuidados intensivos.
- Examinan las percepciones que tienen los médicos y las enfermeras cuando se aplican los tratamientos médicos fútiles.
- Describen qué impacto psicoemocional tiene la aplicación de tratamientos médicos fútiles para los familiares.
- Material de acceso libre.

3.2. Criterios de exclusión

En esta revisión de la literatura científica, se han descartado todos aquellos artículos que:

- Qué no se acerquen al propósito de este trabajo.
- Qué no se centran en el ámbito de la unidad de cuidados intensivos.
- Analizan la práctica colaborativa sobre otras disciplinas profesionales (dentistas, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, optometristas).
- Aparecen escritos en un idioma distinto al inglés, portugués o español.

-Se trata de documentos de tipo tesis doctoral u otros trabajos académicos, capítulos de libros o manuales.

-Están enfocados en unidades de cuidados intensivos pediátricos.

-Que se encuentran fuera del rango de documentación de los últimos diez años.

-Que no se encuentran disponibles en texto completo de acceso libre.

4. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Tras introducir la frase de búsqueda bibliográfica en las bases de datos seleccionadas, se han encontrado los siguientes resultados:

	EBSCOhost	Pubmed	Cochrane	Lilacs	Medline
1r Nivel	103	66	0	11	205
2º Nivel	36	14	-	5	49

Se ha procedido a la lectura de título y resumen de los resultados obtenidos en el segundo nivel. En la primera fase se recopilaron una serie artículos que aparentemente cumplen los criterios de inclusión de este trabajo, por lo que se han leído al completo. Posteriormente a su lectura, se ha comprobado como la mayoría de ellos se alejaba de los objetivos específicos de este estudio o cumplía algún otro criterio de exclusión. También cabe destacar que se han suprimido artículos ya que coincidían en diferentes bases de datos. Se detalla a continuación:

	EBSCOhost	Pubmed	Lilacs	Medline	TOTAL
1r Nivel de selección	15	9	5	16	45
2º Nivel de selección	2	6	4	12	24

Así, los resultados que finalmente se han tenido en cuenta para realizar esta revisión bibliográfica han sido 24, los cuales están tenemos la información en una tabla resumen unida a los anexos donde se incluye: título, año, país de publicación, revista, tipo de estudio, objetivo, conclusiones y fuente de obtención.

Como análisis de la tabla resumen se observa que a pesar de utilizar el filtro de selección a partir de 2009 más de la mitad se encuentran entre 2014 y 2018, esto da que

pensar que el material de investigación es bastante reciente. La procedencia de los estudios son americanos, tanto del norte como del sud, y remarcando que únicamente 1 es español.

5. Discusión

5.1. Motivos por los que se aplican tratamientos médicos fútiles

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son lugares que tienen la función de revertir las disfunciones que puedan tener los pacientes, donde la intención siempre es la recuperación de órganos y sistemas, y que finalmente el paciente se vaya de alta(4–6). Si no se puede llevar a cabo este objetivo (la recuperación del paciente) significa que se ha llegado al punto de la obstinación terapéutica ya que se le están ofreciendo unos tratamientos que están siendo fútiles porque no hay mejora de situación. Actualmente hay alrededor de un 10 % de los pacientes que están recibiendo tratamientos médicos fútiles en dichas unidades (5–8).

Los motivos por lo que se llega al punto de la distanasia son varios. El primero que podemos destacar es el de la no aceptación de la muerte por parte de los médicos (9,10). Como hemos podido observar y según el juramento hipocrático los médicos deben evitar la muerte y si esto no es posible, no causar sufrimiento (1,2), pero al no aceptarla les lleva a la utilización tratamientos médicos fútiles que sí están evitando la muerte, pero al coste de causar sufrimiento a los pacientes. Además, al tener tantos recursos en el hospital y deseos de que nadie muera acaban abordando la distanasia. (6,10–13).

El segundo motivo por el cual se lleva a cabo la obstinación terapéutica es por falta de claridad en la comunicación entre médico-paciente o médico-familia, al no dar toda la información, o dar la información de manera confusa, lo que provoca es confusión en estos pacientes y familia, dando a entender cosas que realmente no son. Al entender mal, demandan medidas extraordinarias (cosas que no son posibles) que no son posibles debido a la situación del paciente, pero aun así, el médico al sentirse presionado lleva a cabo la distanasia(6,9,12,14,15).Si de un primer momento los médicos fueran claros y se sentasen a hablar con las familias o con propio paciente, se llegaría a un consenso entre todos y el paciente tendría un tratamiento apropiado. (5,10).

El tercer motivo de que se lleve a cabo la obstinación terapéutica es el déficit de comunicación entre médico-médico, cada uno actúa según su criterio y experiencia, sin llegar a un consenso entre ellos así pues dan información contradictoria y hacen cambios en los tratamientos provocando aún más confusión en los familiares y además esta situación conlleva a una despersonalización del paciente ya que no se tienen en cuenta sus deseos (6,12,14).

El cuarto motivo por el que se llevan a cabo tratamientos médicos fútiles es porque no se tiene en cuenta la opinión de los familiares y/o de los pacientes. Los médicos actúan de tal manera que el paciente no muera, pero no se paran a pensar que estos pacientes son personas humanas y que pueden estar sufriendo o cansados de luchar(6,9,10,16). Sería preciso que se involucraran a los familiares y/o pacientes en la toma de decisiones, incluso también sería positivo incluir a las enfermeras ya que ellas están a pie de cama y saben como están viviendo esta situación(6,15,17).

El quinto motivo sería porque el paciente se siente presionado por la familia a seguir viviendo, y por no defraudarles, pide que se le siga con el tratamiento(18).

Llevar a cabo la obstinación terapéutica conlleva ciertas repercusiones. Por una parte, el mal uso inadecuado de los recursos hospitalarios como es el despilfarro de materiales costosos ya que se echan a perder porque no tienen un beneficio al aplicarlo a estos pacientes, se ocupan camas en la UCI que otros pacientes si podrían sacar provecho y también hay un retraso en atención de otros pacientes que si se podrían favorecer de esta atención. (5,7,8,10,16,19). Por otra parte, otra consecuencia es la prolongación del momento de la muerte sin resultados positivos, aumentando de sufrimiento del paciente, y teniendo un impacto negativo en la calidad de vida de este (5,7,9,10,14,19).

Sería preciso un cambio para mejorar esta situación, ya que se ha llegado a un punto que la práctica clínica no es efectiva, no hay buenos resultados, y los pacientes están sufriendo mucho(10). Los médicos necesitan aprender a detectar cuando si y cuando no precisan la atención los pacientes en la UCI para así tener un mejor uso de los recursos y que no se derrochen (7). Deben aprender a aceptar la muerte, que no por dejar de dar tratamientos que realmente no le hacen bien a este paciente significa dejarlo morir,

simplemente es que lo estás dejando descansar de tanto sufrimiento en sus últimos días, para ello sería necesario que aprendieran a manejar estas situaciones(6,12).

Para ello, sería interesante e importante la imposición de protocolos para evitar que se lleven a cabo estas situaciones de distansia (13,20). Ayudarían también a la toma de decisiones así no se sentirán los médicos tan responsables al ser es algo más objetivo al tenerlo por escrito. En este se podría reflejar los siguientes pasos: primeramente, consenso entre médicos sobre el diagnóstico del paciente, seguidos de la comunicación franca con la familia y por último que se consensúe con la familia el LET y la comodidad del paciente (12).

5.2. Percepción de médicos y enfermeras

La percepción los médicos y de las enfermeras sobre la aplicación de tratamientos médicos fútiles es bien diferente. Por un parte, los médicos que como ya hemos explicado anteriormente, tienden a la obstinación terapéutica por varias razones, entre ellas, la aparición de técnicas y tratamientos nuevos, la interiorización de que nadie debe morir y también la tendencia al paternalismo porque creen saber que es lo mejor para sus pacientes, haciendo de esta manera que sus pacientes dejen de tener autonomía en la toma de decisiones y además sufran(4,9,10,14,21). Este paternalismo, conlleva a un déficit comunicativo, ya que al pensar por sus pacientes no tienen en cuenta su opinión, y en el caso de que el paciente se encuentre sedoanalgesiado o en coma y no se conozcan los deseos previos de este, quien opina es la familia. De esta manera tienden a no dar toda la información sobre la situación del paciente, esto provoca que la familia insista en que se lleven a cabo todos los recursos posibles por salvar la vida al enfermo por falta de información, provocando así que el médico prosiga con la obstinación terapéutica (9,12,14,21).

Al no aceptar la muerte como proceso natural insisten en intentar de manera repetida hallar la solución a la enfermedad del paciente, llegando a un bucle donde se ven que no hay mejora y es cuando aparece su miedo, que es preguntarse cuando hay que dejar de insistir, ellos sufren por tener que tomar esta decisión y esto provoca que se sienten mal(4,6,14,22).

Al decidir dejar de dar tratamiento a estos pacientes porque entienden que ya es inadecuado, la familia se niega ya que como de un principio no se le dio la información

clara no entienden por qué razón hay este cambio de opinión por parte de los médicos y entran en conflicto (11,12,23). En estos momentos es cuando se ve que hay falta de manejo ante estas situaciones y es un problema ya que los profesionales también sufren (11,12) y debe entrar en acción el comité de ética. El comité de ética es un gran pilar que ayuda a los médicos a resolver los conflictos éticos entre el equipo y la familia(21,24). La manera en que ayuda el comité a la situación es escuchando las dos partes y de manera imparcial decide que es lo mejor para el paciente según su situación. Si se da el caso que el comité se decanta por la parte de medicina y medicina se niega a dar un tratamiento porque considera que es inadecuado y creen que es mejor iniciar el límite de esfuerzo terapéutico (LET), la familia tiene 10 días para encontrar otro profesional que quiera proseguir con dicho tratamiento, si no el tratamiento se retirará. En el caso contrario, si el comité de ética se decanta por la parte de la familia y la familia quiere proseguir con el tratamiento, medicina deberá proseguir con el tratamiento(21,23–25).

Por otra parte, la enfermera tiene otra percepción totalmente diferente, la aplicación de estos tratamientos les provoca desmoralización, incertidumbre, impotencia, angustia, mala conciencia, frustración y sufrimiento por sus pacientes(9–12,21,26) ya que se encuentran ante: contradicciones en las pautas médicas porque los médicos no llegan a un acuerdo entre ellos(12), mala comunicación entre paciente/familia-médico que conlleva a falsas esperanzas y no les gusta tener que engañar a sus pacientes (6,14,26) y además no son escuchadas por los médicos, cuando son quien más información del paciente y la familia tiene ya que están a pie de cama y saben mejor que es lo desean (6,14,26). Todo esto acaba provocando que estas enfermeras lleguen al punto crítico donde incluso dejan su puesto de trabajo por no sentirse cómodas(16) ya que lo único que desean es que a sus pacientes se les retiren las medidas especiales, se les aplique el LET y así tengan una muerte digna(9,14,26,27). Ellas han llegado al punto de que han aceptado, en cierta manera, que no pueden hacer nada por sus pacientes porque no saben como luchar contra esta situación, ya que los médicos tienen el poder de decidir y ellas han llegado a un punto de agotamiento(4,6,10,11,14,16,26). Se deberían tener más en cuenta las opiniones de las enfermeras en cuanto a los pacientes así el trabajo en la UCI

sería más efectivo y se derrocharían menos recursos(17). En el momento que se decide el LET sienten un gran alivio por sus pacientes (16,26).

Si los médicos y las enfermeras estuvieran al mismo nivel en la toma de decisiones todo iría más fluido, ya que ellas por una parte aportarían la información subjetiva de los pacientes que los médicos precisan ya que son el puente que podría transmitir esta información, y los médicos, por la otra, sentirían un alivio en cuanto a la toma de decisiones porque sería una responsabilidad compartida entre los profesionales. Y si a eso le sumas que el equipo interdisciplinar trabaje conjuntamente provocará un gran cambio a nivel de comunicación con la familia, ya que esta será mucho más clara y sin información contradictoria. (9,21,26,27).

5.3. Impacto psicoemocional para los familiares.

El impacto psicoemocional en los familiares por la aplicación de tratamientos médicos fútiles se divide en una serie de situaciones. Sabemos que las unidades de cuidados intensivos son unidades de difícil acceso y como consecuencia los familiares pueden pasar poco tiempo con los pacientes y esto es complicado a nivel de manejo de la situación (6). Para las familias la situación de tener a un familiar en proceso de muerte ingresado en la UCI es difícil y si a eso le sumas que la sociedad occidental ve la muerte como un fracaso, crea impotencia a estos familiares (10,14). Los familiares pueden llegar al punto de presionar a los médicos para que intenten por todos los medios posibles salvar la vida a sus familiares aferrándose a cualquier mínima posibilidad de supervivencia, aunque eso conlleve aplicar tratamientos médicos fútiles (7,14,23) y les provoquen sufrimiento, solo por querer pasar más tiempo con ellos y prolongar lo inevitable(8,18,20).

Cabe destacar que muchas veces esta insistencia por parte de los familiares no es únicamente debido a la frustración de la situación, sino como ya hemos explicado anteriormente es culpa del déficit informativo y el miedo a la muerte por parte de los médicos y con ello dan a entender cosas que realmente no son, haciendo que las familias quieran rechazar el LET y las medias de confort. Además, estos familiares reciben mucha información distinta y contradictoria por parte de los destinos médicos que

llevan el caso de su familiar, y todo esto les lleva a la confusión y no toman las decisiones adecuadas (9,12,14,26).

Se puede destacar también que cuando estos familiares si tienen conciencia de la situación, pero no la aceptan (25) es cuando se dan las discrepancias ya que desean que siga viviendo su familiar, mientras que los profesionales médicos se niegan a proseguir con esta situación. Llegados a este punto es preciso que, y como hemos explicado anteriormente, se necesite de la ayuda del comité de ética para llegar a un acuerdo sobre la situación del paciente (21,23,24).

Para finalizar tenemos la situación del paternalismo por parte del profesional (21) creyendo saber que es lo mejor para el paciente haciendo que este quede totalmente despersonalizado (19). Esta situación se da cuando el médico no se implica en saber más sobre el paciente y la familia y sus deseos. Las familias luchan por ser escuchadas y cuando por fin lo consiguen se llega un consenso entre todos (6,16). Una buena comunicación entre la familia y los profesionales es esencial (9,21,26).

6. Conclusiones

La obstinación terapéutica es un problema actual y no se está poniendo solución, simplemente se está dejando que siga llevando a cabo. Esta situación está provocando que las unidades de cuidados intensivos se encuentren colapsadas por pacientes que no precisarían de dicha atención ya que su situación no tiene recuperación posible. Estas unidades tienen otra finalidad muy distinta a la que se está dando, y debido a esto, está dando un mal uso de los recursos hospitalarios haciendo así que haya un gran derrochándose material y tiempo de manera innecesaria.

Dividiremos los problemas que están provocando esta situación en subgrupos y hablaremos de cuál sería la solución:

1. El principal problema que encontramos son los médicos, ya que tienen una actitud heroica que les hace creer que pueden combatir todas las situaciones, pero la realidad es que deben hacer es empezar a aceptar que la muerte está presente en el día a día y que esta es parte del proceso de vida. En el momento que se aceptase esto, sería preciso que se iniciara el LET y que además estos pacientes pasaran de la UCI a una unidad de cuidados paliativos. En esta unidad pudieran pasar todo el tiempo posible con sus familiares, ya que no habría

restricciones horarias, y sería más fácil la despedida con estos. A eso sumarle que se le cubrirían las necesidades de manera integral suprimiendo de esta manera el sufrimiento.

2. El déficit comunicativo entre familia/paciente y médicos se da cuando los médicos no son claros dando la información u obvian ciertos aspectos provocando así una confusión, por esta razón, sería preciso que trabajaran en las habilidades comunicativas reforzando así la explicación de que es lo mejor para su familiar con razones éticas y médicas. Además de perder unos minutos en sentarse a explicar esta situación y que la comprendan, también deben procurar dar la misma información de manera escrita, concisa y clara.
3. También se le debe sumar el déficit comunicativo, pero esta vez entre médicos, que al no poner sus conocimientos y pensamientos en común arrastran a los pacientes y familiares a situaciones complejas provocando, por una parte, sufrimiento a los pacientes y confusión a los familiares, por la otra. Todo sería más fácil si entre ellos se pusieran de acuerdo, pero como he podido observar eso no es posible, de esta manera, la mejor solución sería iniciar un protocolo de actuación ante estas situaciones, obligándolos así a tenerlo que seguir y se acabarían las discrepancias.
4. Observamos también que en ningún momento se tiene en cuenta la opinión de los familiares y/o pacientes, haciendo pues que los pacientes tengan un impacto negativo en su calidad de vida. Si los médicos dedicaran dos minutos a sentarse con los familiares y/o pacientes a hablar con claridad de la situación y se dejara hablar a los familiares la práctica clínica sería mucho más efectiva.
5. El comité de ética un punto positivo, ya que los momentos en que la familia y los médicos no están de acuerdo sirven de mediadores. Los médicos se sienten obligados a aceptar la decisión que puedan tomar los familiares, pero eso no significa que estén de acuerdo y por esa razón existe este comité. Es un recurso muy importante, y debería reforzarse más ya que es poco conocido y realmente es de mucha ayuda para estas situaciones de conflicto.
6. Las enfermeras, en estos momentos, son los profesionales más angustiados ya que se ubican en medio de un gran revuelo entre médico-familia y no saben cómo mejorar esta situación si no las dejan opinar. Ellas serían de gran ayuda en

medio de esta situación ya que son quien más información tiene sobre el paciente al trabajar a pie de cama. Si se las tuvieran en cuenta en la toma de decisiones el trabajo en la UCI sería mucho más efectivo. Si además se empezara a trabajar de manera conjunta medicina y enfermería, sería mucho más fácil la comunicación con los familiares porque los familiares se sentirían más cómodos al hablar con enfermería porque es un profesional más cercano a los pacientes.

7. Hay situaciones complicadas y son varias, como son las discrepancias entre familia y paciente, donde la familia presiona al enfermo a que prosiga con un tratamiento cuando él realmente quiere el LET; entre paciente y médico, cuando el médico supone que es lo mejor para el enfermo; y la más habitual entre médico y familia por las muchas razones explicadas anteriormente. Todas estas situaciones podrían evitarse si el paciente dejase constancia de cuáles son sus deseos, y la mejor manera de plasmarlos y que quede constancia (y además se le haga caso) es a través del documento de voluntades anticipadas. Este documento es poco utilizado o conocido, pero sería preciso que todos cuantos somos en el mundo tuviéramos redactado este documento, ya que se evitarían muchas complicaciones.

En conclusión, todos los artículos hablan de los mismos puntos y tienen las mismas opiniones, pero ninguno de ellos habla de cómo cambiar esta situación, por tanto, sería preciso que pasáramos a la acción. Nosotras como enfermeras deberíamos luchar por dar a conocer nuestra opinión, ya que siempre se habla de un equipo interdisciplinar pero después nunca se nos escucha, y esto lo he podido vivir en mis prácticas clínicas. Por tanto, por una parte, estaría de acuerdo en que se obligara a seguir un protocolo donde indique el quehacer ante estas situaciones, y por otra parte, encuentro que debería ser obligatorio que todas las personas llegados a la mayoría de edad tuviéramos que hacer un documento de voluntades anticipadas así ni familia, ni medicina debería elegir por el paciente y se haría siempre lo que realmente deseara el paciente.

7. Bibliografía

1. Médico ELC. El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica. 1995;
2. Mendoza G. El concepto de futilidad en la práctica médica The concept of futility in the medical practice. 2008;21(1):26–35.
3. Sabrafen JS, Fabre FA. Obstinación terapéutica. 2005;
4. Pessini L. Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. Rev bioét [Internet]. 2016;24(1):54–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241106>
5. Kübler A, Siewiera J, Durek G, Kusza K, Piechota M, Szkulmowski Z. Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anestezjol Intens Ter.* 2014;46(4):215–20.
6. Carvalho KK De. Obstinação Terapêutica Como Questão Ética : Enfermeiras De Therapeutic Futility As an Ethical Issue : Intensive Care Unit Nurses. 2009;17(3).
7. Neville T, Ziman A, Wenger N. Blood Products Provided to Patients Receiving Futile Critical Care. *J Hosp Med.* 2017;12(9):739–42.
8. Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med.* 2010;38(10 SUPPL.).
9. Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Nuñez Lopez MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva.* 2012;23(3):104–14.
10. Taylor DR, Lightbody CJ. Futility and appropriateness: Challenging words, important concepts. *Postgrad Med J.* 2018;94(1110):238–43.
11. Λεπίδου Μ, Καδδά Ό, Αργυρίου Γ. Τα Ηθικά Διλήμματα ως Πηγή Άγχους στους Ιατρούς και στους Νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. 2012;(April).
12. Silva KCO, Quintana AM, Nietzsche EA. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. *Esc Anna Nery.* 2012;16(4):697–703.
13. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191(11):1318–30.

14. Access O, Marinho C, Oliveira J, Borges J, Fernandes F, Silva R. *Revista Cuidarte*. 2017;8(3):1809–26.
15. Martin B, Koesel N. Nurses' role in clarifying goals in the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2010;30(3):64–73.
16. Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' Experiences of Futile Care at Intensive Care Units: A Phenomenological Study. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):235–42.
17. Rostami S, Jafari H. Nurses' Perceptions of Futile Medical Care. *Mater Socio Medica*. 2016;28(2):151.
18. Sedig L. What's the Role of Autonomy in Patient- and Family-Centered Care When Patients and Family Members Don't Agree? *AMA J ethics*. 2016;18(1):12–7.
19. Huynh TN, Klerup EC, Raj PP, Geffen D, Wenger NS. THE OPPORTUNITY COST OF FUTILE TREATMENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT Measurements—Boarding time in the ED and waiting time on the transfer list. *Crit Care Med*. 2014;42(9):1977–82.
20. Jukić M. Medical futility treatment in intensive care units. *Acta Med Acad*. 2016;45(2):127–36.
21. Dahnke MD. The Need for an Effective Process to Resolve Conflicts Over Medical Futility: A Case Study and Analysis. *Clin Care Nurse*. 2016;36(6):13–24.
22. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Marmanidou K, Giannakou M, Gouva M, et al. The impact of healthcare professionals' personality and religious beliefs on the decisions to forego life sustaining treatments: An observational, multicentre, cross-sectional study in Greek intensive care units. *BMJ Open*. 2017;7(7).
23. Manuscript A. Europe PMC Funders Group Knowing when to stop : futility in the intensive care unit. 2012;24(2):160–5.
24. Beca JPI, Koppmann AA, Chávez PB, Delgado IB, Solar SP. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Rev Med Chil*. 2010;138(7):815–20.
25. Grinberg AR, Tripodoro VA. Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿hasta cuándo seguir y cuándo parar? *Med*. 2017;77(6):491–6.

26. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2018;25(7):867–79.
27. Menezes MB De. DYSTHANASIA : NURSING PROFESSIONALS ' PERCEPTION DISTANASIA : PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DISTANASIA : PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM Disponible en castellano / Disponível em lingua portuguesa ScíELO Brasil www.scielo.br/rlae. *Rev Latino-Americana*. 2009;17(4):443–8.

ANEXOS

Título	Autores	País de procedencia y año de publicación	Revista	Tipo de estudio	Objetivos	Conclusiones	Fuente de obtención
Nurses' Role in Clarifying Goals in the Intensive Care Unit.	Martin B, Koesel N.	Ámerica. 2010	Crit Care Nurse.	Transversal	Identificar las competencias comunicativas de enfermería ante los pacientes en una UCI.	Es preciso encontrar la comunicación que sea eficaz para un mejor cuidado del paciente.	EBSCOhost
Dysthanasia : nursing professionals ' perception.	Menezes MB De.	Brazil. 2009	Rev Latino-Americana.	Cuantitativo.	Analizar si enfermería es consciente de la existencia de la distanasia.	Las enfermeras entienden la distanasia y se oponen a ella, presentando elementos de ortotanasia como procedimiento adecuado para pacientes en estado terminal.	EBSCOhost
Blood Products Provided to Patients Receiving Futile Critical Care.	Neville T, Ziman A, Wenger N.	Los Angeles, California. 2017	J Hosp Med.	Descriptivo.	Identificar cuantas transfusiones sanguíneas se dan a pacientes con tratamientos médicos fútiles.	1 de cada 13 transfusiones en UCI son para pacientes con tratamiento médico fútil.	Medline

Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales.	Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Nuñez Lopez MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, et al.	Ciudad Real, España. 2012.	Enferm Intensiva.	Descriptivo.	Conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios respecto a las medidas extraordinarias de soporte vital.	El estudio nos revela que en la efectividad y utilidad de nuestra práctica asistencial se debería incluir la evaluación ética por parte de los profesionales con el paciente, al quedar patente que la mayoría de la muestra, está en contra del encarnizamiento terapéutico y a favor de una muerte digna.	Medline
Knowing when to stop : futility in the intensive care unit.	Manuscript A. Europe PMC Funders Group	Oxford. 2012.	Curr Opin Anaesthesiol	Descriptivo.	Conocer las cuestiones éticas y prácticas de los juicios de futilidad en UCI.	La decisión de retirar o suspender el tratamiento de cuidados intensivos están cargados complejo y valor; no ha sido posible generar criterios específicos para ellos.	Medline
Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensive	Beca JPI, Koppmann AA, Chávez PB,	Santiago de Chile. 2010	Rev Med Chil.	Analítico.	Analizar la utilización del comité ético.	El comité ético una alternativa válida para el asesoramiento ético y el apoyo a los médicos y a las familias de los	Lilacs

	Delgado IB, Solar SP.					pacientes. Su aplicación depende de las particularidades de cada institución sanitaria.	
The Need for an Effective Process to Resolve Conflicts Over Medical Futility: A Case Study and Analysis.	Dahnke MD.	California, América. 2016	Clin Care Nurse.	Analítico.	Necesidad de conocer cual sería el mejor proceso para la resolución de conflictos éticos ante la aplicación de tratamientos médicos.	Comité de ética es muy necesario, ya que es imparcial entre los dos bandos y de esta manera no hay disputa.	Pubmed
Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros.	Silva KCO, Quintana AM, Nietsche EA.	Porto, Portugal. 2012	Esc Anna Nery.	Investigación	Conocer la percepción de las enfermeras de UCI sobre la distansia.	Tiende a ocurrir la distansia, porque consideran que están limitadas profesionalmente y no tiene participación activa en la toma de decisiones.	Lilacs
Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja.	Pessini L.	Brazil. 2016	Rev bioét	Descriptivo.	Intentar abordar cuestiones éticas que se presentan en la UCI.	Es preciso aprender a llevar a cabo una medicina más humanizada.	Lilacs
The opportunity cost of futile treatment in the intensive care unit	Huynh TN, Kleerup EC,	Los Ángeles, California. 2014.	Crit Care Med.	Analítico	los retrasos en la atención cuando se proporciona un tratamiento inútil.	Los pacientes son incapaces de acceder a cuidados intensivos debido a que las camas	Pubmed

	Raj PP, Geffen D, Wenger NS.					de UCI están ocupadas por pacientes que no pueden beneficiarse de dicha atención.	
What's the Role of Autonomy in Patient- and Family-Centered Care When Patients and Family Members Don't Agree?	Sedig L.	Nueva York. 2016	AMA J ethics.	Descriptivo.	Analizar la situación del paciente que quiere activar el LET y la familia está en contra.	Necesidad del documento de voluntades anticipadas para que no se produzcan estos conflictos.	Medline
The delivery of futile care is harmful to other patients	Niederman MS, Berger JT.	EEUU. 2010.	Crit Care Med.	Descriptivo.	Examinar las formas en que la prestación de atención fútil en la UCI puede causar daño a los pacientes que no reciben el cuidado fútil.	La prestación de la atención inútil no es sólo una decisión individual del paciente, sino que deben considerarse en un contexto más amplio.	Medline
Ethical dilemmas as a source of stress among doctors and nurses in the intensive care	Λεπίδου Μ, Καδδά Ό, Αργυρίου Γ.	Atenas, Grecia. 2012	HELLENIC JOURNAL OF NURSING	Descriptivo.	Investigación de los dilemas éticos como una fuente de estrés para los médicos y enfermeras, y su relación con las situaciones de estrés de trabajo con experiencia en la UCI.	Tanto los médicos y enfermeras de UCI tienen dilemas éticos y legales y, a veces deben tomar decisiones que puedan ser contrarias a sus creencias personales o los puntos de vista de la familia del paciente.	Medline

Medical futility treatment in intensive care units.	Jukić M.	Croacia. 2016	Acta Med Acad.	Analítico.	Investigar casos de posible tratamiento futilidad médica en la unidad de cuidados intensivos	El análisis de los gráficos de los fallecidos de los pacientes en la UCI indicó que un cierto porcentaje de los pacientes no necesitan tratamiento en la UCI prolongada. En su lugar, se suponía que debían ser tratados en una unidad de cuidados paliativos.	Pubmed
Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva ¿hasta cuándo seguir y cuándo parar?	Grinberg AR, Tripodoro VA.	Buenos Aires, Argentina. 2017	Med.	Analítico	Discutir el tema de la futilidad en Terapia Intensiva y cómo encarar el problema tan poco abordado de la “obstinación familiar” ante situaciones potencialmente irrecuperables, pese a una adecuada información médica.	Para la mayoría de los casos, una buena y constante comunicación con la familia y un buen trabajo interdisciplinario entre los médicos de la UCI y los especialistas en cuidados paliativos podría ser la base sobre la que se comiencen a construir estrategias más efectivas en beneficio de los	Medline

						pacientes con enfermedades irrecuperables.	
Futility and appropriateness: Challenging words, important concepts.	Taylor DR, Lightbody CJ.	Wishaw, Reino Unido. 2018	Postgrad Med J.	Descriptivo.	Analizar que percepción tienen los profesionales y la familia ante los tratamientos médicos fútiles	Debe mejorarse la comunicación entre facultativos y familia.	Medline
Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will	Kübler A, Siewiera J, Durek G, Kusza K, Piechota M, Szkulmowski Z.	Wroclaw, Polonia 2014	Anestezjol Intens Ter.	Descriptivo	Definir las mejores prácticas clínicas para los pacientes de la UCI cuya terapia mantenimiento de las funciones de órganos se ha convertido en inútil.	Retirar de tratamiento que mantiene funciones de los órganos que no son beneficiosas para los pacientes, no significa que los pacientes no se proporcionan con cuidado; sólo el objetivo del tratamiento es diferente.	Pubmed
Obstinação Terapêutica Como Questão Ética : Enfermeiras De Therapeutic Futility As an Ethical Issue : Intensive Care Unit	Carvalho KK De.	Río Grande, Brazil. 2009	Rev Latino-am Enfermagem	exploratorio y descriptivo	Comprender como las enfermeras vienen enfrentando la implementación de medidas terapéuticas que reconocen como fútiles.	Necesidad e importancia de asumir el desafío ético de evaluar las medidas terapéuticas que deben ser utilizadas en el tratamiento de pacientes	Medline

						en proceso de morir y de muerte, garantizando que vivan las fases finales de sus vidas con calidad, considerando que, cuando la cura no es más posible, es necesario cuidar, respetando su integridad.	
Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros	Silva KCO, Quintana AM, Nietzsche EA.	Brazil, 2012	Esc Anna Nery.	cualitativa, exploratoria-descriptiva,	Observar si existe sufrimiento del equipo ante la toma de decisiones y la aplicación de los tratamientos médicos fútiles.	Los médicos y las enfermeras experimentan dificultades durante la toma de decisiones entre invertir o no en los enfermos terminales, como optar por la continuidad del tratamiento, o en su negativa, provoca una gran angustia, especialmente el médico, que tiene la última palabra en la toma de decisiones.	Lilacs

<p>The impact of healthcare professionals' personality and religious beliefs on the decisions to forego life sustaining treatments: An observational, multicentre, cross-sectional study in Greek intensive care units.</p>	<p>Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Marmanidou K, Giannakou M, Gouva M, et al.</p>	<p>Ioannina, Grecia 2017</p>	<p>BMJ Open.</p>	<p>observacional, multicéntrico, transversal</p>	<p>Para evaluar la opinión del personal de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el impacto de su personalidad y sus creencias religiosas en las decisiones de renunciar a tratamientos de soporte vital.</p>	<p>Se demuestra que el temor de un litigio es una barrera importante para informar adecuadamente a los familiares de un paciente y el personal de enfermería. Por otra parte, los aspectos de la personalidad y las creencias religiosas influyen en las actitudes del personal de la UCI cuando se toman decisiones de renunciar a tratamientos de soporte vital.</p>	<p>Pubmed</p>
<p>Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses..</p>	<p>Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B,</p>	<p>Madrid, España. 2018</p>	<p>Nurs Ethics</p>	<p>Cuantitativo.</p>	<p>Describir la experiencia de las enfermeras de cuidados intensivos que practican la LET.</p>	<p>Enfermeras consideraron que, a pesar de que se han visto afectados con la responsabilidad de la aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico, que estaban siendo dejados fuera del proceso de toma de</p>	<p>Medline</p>

	Palacios-Ceña D.					decisiones final con respecto a la misma.	
Nurses' Experiences of Futile Care at Intensive Care Units: A Phenomenological Study.	Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM.	Teherán, Irán. 2015	Glob J Health Sci.	Analítico	Definir el concepto de atención inútil en los puntos de vista de las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos.	Los resultados de este estudio pueden ayudar a los gerentes de enfermería adopten enfoques de apoyo para reducir la cantidad de atención inútil que podría, a su vez, resolver algunas de las complicaciones que enfrentan las enfermeras en estas salas tales como el agotamiento, los conflictos éticos, y se van.	Medline
Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units..	Bosslet GT, Pope TM, Rubinfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al.	América. 2015	Am J Respir Crit Care Med.	Transversal	Prevenir y manejar los conflictos entre médicos, pacientes y familiares.	El comité recomienda un mayor esfuerzo para enseñar a los médicos al final de su vida las habilidades de comunicación, incluidas las estrategias para lograr la toma de decisiones compartida,	Medline

Nurses' Perceptions of Futile Medical Care.	Rostami S, Jafari H.	Sari, Irán, 2016	Mater Socio Medica.	Analítico	Analizar e identificar las percepciones de las enfermeras de atención inútil,	Dado que las enfermeras desempeñan un papel de atención al paciente y la toma de decisiones final de la vida y pueden influir significativamente la percepción en los pacientes y sus familias.	Pubmed
---	-------------------------	---------------------	------------------------	-----------	---	---	--------