

CARTAS AL DIRECTOR

En respuesta a la pregunta:
«¿Jugamos todos en el mismo equipo?»



In reply to the question: “Are we really playing together in the same team?”

Sr. Director:

Después de leer atentamente el trabajo de Lomero-Martínez et al.¹ publicado en su revista, solo me cabe felicitar a los autores por el mismo. No obstante, nos gustaría poder hacer alguna consideración al respecto.

En primer lugar, hace ya tiempo que en Medicina Intensiva venimos hablando de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), quizá más extendido el término de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), y ahora en la actualidad se tiende a adoptar el de adecuación del esfuerzo (ATSV)². Es posible que con la tecnificación de la medicina y las medidas que se pueden aplicar para el tratamiento de nuestros pacientes, los médicos y el resto del personal sanitario nos hemos hecho conscientes de la necesidad de adecuar las medidas que se llevan a cabo sobre cada paciente, con el fin de evitar la obstinación terapéutica y, cuando no se puede evitar la muerte, acompañar al paciente y garantizarle una muerte digna³.

Por otro lado, a raíz de sus resultados, los autores concluyen que los enfermeros se sienten excluidos tanto del desarrollo de protocolos como de los procesos de decisión en la LTSV. En este sentido, los abajo firmantes, trabajadores de una UCI polivalente de 12 boxes, convivimos durante tiempo con dicha dificultad. Con el fin de atajar el problema y buscando los mejores cuidados en nuestros pacientes, dentro de las estrategias de mejora se comenzó a realizar un pase clínico conjunto de médico-enfermera en horario de mañanas, en el que de manera colegiada se toman dichas decisiones y se facilita la transmisión de la información entre todos los profesionales.

En este punto es particularmente destacable la retirada de la ventilación mecánica (VM) como medida de LTSV, habiendo sido descrito en el pasado como el tratamiento más difícil de interrumpir para el equipo médico⁴. Del artículo se extrae que, entre las enfermeras, un 36,5% no estarían conformes con la retirada de la VM, mientras que el porcentaje desciende hasta el 12,9% entre los médicos. Hay estudios que afirman que hasta en el 54% de los casos esto se hace con la intención de adelantar la muerte y de no querer prolongar la vida⁴. Quizá el origen del conflicto ético que plantea la retirada de la VM sea considerarla de esta forma, mientras que en la mayoría de los casos la retirada se produce tras

un periodo de tratamiento y se realiza tras constatar que las medidas implantadas no son útiles, planteando en ese caso la condición de futilidad.

Por último, no es menos cierto que no en pocas ocasiones las decisiones de LTSV vienen derivadas de la futilidad de los tratamientos ya instaurados en nuestros pacientes o de las futuras terapias a iniciar⁵. En este punto, consideramos inexcusable que la valoración de la futilidad de estos, ya sea desde un punto de vista fisiopatológico, probabilístico o cualitativo, debe recaer sobre el personal médico. Nuestra observación la basamos principalmente en dos criterios muy claros. En primer lugar, la continuidad asistencial que el médico encargado del paciente realiza en condiciones normales y que en multitud de ocasiones (al menos en nuestro medio) por cuestiones de horarios laborales, las enfermeras no pueden realizar. En segundo lugar, y huyendo del menosprecio a la labor de cualquier profesional, consideramos que la responsabilidad en la actualización y el conocimiento de nuevas terapias o pruebas diagnósticas, que marcarán en muchas de las ocasiones las decisiones de futilidad, deben recaer en este caso en el personal formado para tal finalidad: en este contexto, el personal médico.

En resumen, nuestra experiencia de un pase clínico conjunto médico-enfermera ha ayudado a mejorar la toma de decisiones en situaciones de LTSV. La propuesta de futilidad médica en los tratamientos, la valoración y el seguimiento de la enfermera de dichas terapias, así como la transferencia de emociones, sentimientos y valoraciones que los familiares trasladan a pie de cama son puntales que no debemos obviar por la mejora de los cuidados a nuestros enfermos.

Conflicto de intereses

Todos los autores reconocen no presentar conflicto de intereses en la realización del presente trabajo.

Financiación

El presente manuscrito no ha recibido financiación alguna.

Bibliografía

- Lomero-Martínez MM, Jiménez-Herrera MF, Bodí-Saera MA, Llauredó-Serra M, Masnou-Burralló N, Oliver-Juan E, et al. Decisiones en los cuidados al final de la vida. ¿Jugamos en el mismo equipo? *Enferm Intensiva*. 2018;29:147–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.003>
- Estella A. Toma de decisiones en equipo en los cuidados al final de la vida. *Rev Clin Esp*. 2018;218:266–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.02.007>

3. Requena Meana P. ¡Doctor, no haga todo lo posible!. Albolote, Granada.; Editorial Comares; 2017.
4. Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet*. 1993;342:642–6.
5. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: The ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2008;34:271–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-007-0927-1>

Patricia Escudero-Acha (MD)*, Juan Carlos Rodríguez-Borregán (MD), Enrique Chicote-Álvarez (MD), María Ortiz-Lasa (MD), Andrés Fernando Jimenez-Alfonso (MD) y Alejandro González-Castro (PhD)

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: escudero.acha@gmail.com
(P. Escudero-Acha).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.10.003>
1130-2399/

© 2018 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comentario a «En respuesta a la pregunta: ¿Jugamos todos en el mismo equipo?»



Comment to «In reply to the question: Are we really playing together in the same team?»

Sra. Editora:

Tras leer la carta al director de Escudero-Acha et al. a la publicación de nuestro artículo, quisiéramos agradecer su contribución al debate tan interesante que representa el papel de enfermería y medicina en los cuidados al final de la vida en los servicios de medicina intensiva¹.

En primer lugar, quisiéramos felicitar al equipo por el pase conjunto entre médicos y enfermeras. Tal y como manifiestan en su carta, los turnos de trabajo no facilitan la toma de decisiones conjunta de ambas profesiones. Este hecho se refleja en un estudio multicéntrico realizado en 2014 por el Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), donde solo el 26,3% de las enfermeras participaban en la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en sesión clínica².

Este porcentaje difiere considerablemente del presentado en el estudio ETHICUS, que reveló que la percepción de los médicos sobre la participación de las enfermeras en la toma de decisiones en los cuidados al final de la vida variaba entre los países del norte (95,8%) respecto a los del sur de Europa (60,7%)³. Esta diferencia se hace patente de forma similar en nuestro estudio, cuando se pregunta a ambas profesiones sobre si las decisiones de LTSV se toman de manera conjunta en su centro: medicina considera que esto es así en un 92,6%, mientras que el porcentaje de enfermería disminuye hasta el 63,5%, dejando de manifiesto que la percepción de ambas profesiones es diferente en cuanto a la participación en la toma de decisiones. Lo que plantea dificultades añadidas, tal y como apuntan Oberle y Hughes, pues finalmente es el médico «el responsable de

tomar decisiones» y las enfermeras «deben vivir con esas decisiones»⁴.

Las enfermeras tienen un rol importante cuando se trata del cuidado del paciente, dado que pasan mucho tiempo al lado de este y de su familia, siendo en muchas ocasiones partícipes de discusiones sobre sus deseos al final de la vida. Su posición desempeña un papel fundamental e imprescindible de conexión entre el resto de profesionales sanitarios, el paciente y su entorno⁵. El no poder hacer a la enfermera partícipe de la toma de decisiones y ejercer su papel representando los valores y creencias del paciente puede desencadenar en muchas ocasiones distress moral o burnout⁶, haciendo la toma de decisiones aún más difícil si cabe⁷.

Diversos documentos de consenso internacional señalan que el rol de ambas profesiones, entre otros profesionales sanitarios, es imprescindible y único para garantizar unos cuidados de calidad en los cuidados al final de la vida^{7,8}.

Es por este motivo por lo que creemos que la educación de ambas profesiones respecto a los cuidados de la vida debe ser conjunta, en un foro donde se puedan debatir todas las posiciones de manera abierta y ambas profesiones puedan aprender conjuntamente, entendiendo y asumiendo las responsabilidades de cada una. Eso fue lo que impulsó a los autores a realizar este estudio multicéntrico, que esperamos que sea el primero de muchos, en los que quede patente la evolución de los equipos interprofesionales dentro de los servicios de medicina intensiva.

Bibliografía

1. Escudero-Acha P, Rodríguez-Borregán JC, Chicote-Álvarez E, Ortiz-Lasa M, Jimenez-Alfonso AF, González-Castro A. En respuesta a la pregunta: «¿Jugamos todos en el mismo equipo?». *Enferm Intensiva*. 2019;30:148–9.
2. Estella A, Martín MC, Hernández A, Rubio O, Monzón J, Cabré L, et al. Pacientes críticos al final de la vida: estudio multicéntrico en Unidades de Cuidados Intensivos españolas. *Med Intensiva*. 2016;40:448–56.
3. Benbenishty J, DeKeyser Ganz F, Lippert A, Bulow H-H, Wennberg E, Henderson B, et al. Nurse involvement in end-of-life decision making: The ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2006;32:129–32.