

1

Limitación del esfuerzo terapéutico

Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas*
Diego Real de Asúa**
Eloy Pacho Jiménez***

*Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo de la SEMI. Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés-Universidad Europea. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

**Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo de la SEMI. Servicio de Medicina Interna. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid

***Grupo de Trabajo de Bioética y Profesionalismo de la SEMI. Servicio de Medicina Interna. Ibermutuamur. Madrid

1.1. Introducción

El concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) está vinculado a la siguiente cuestión: “¿Todo lo técnicamente posible en medicina es éticamente aceptable?”. A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se han conquistado múltiples hitos tecnológicos que permiten prolongar la vida de manera artificial hasta límites insospechados. Algunos de estos hitos fueron el masaje cardíaco externo (Kouwenhoven y Jude, 1961), la diálisis (Scribner, 1962), la desfibrilación (Zoll y Lown, 1962), el trasplante renal (Alexandre, 1963), el trasplante cardíaco (Barnard, 1967) o la ventilación mecánica prolongada (Engstrom, 1974). Estas técnicas han contribuido a salvar un número creciente de vidas y a prolongar la esperanza de vida de la población general. Sin embargo, esto no ha sido inocuo y se ha acompañado de nuevos problemas.

El crecimiento exponencial de las tecnologías de soporte vital avanzado en medicina ocasiona fundamentalmente dos tipos de conflictos: los relacionados con el daño colateral que puede producir su uso y los derivados de los costes que produce su generalización. La LET se plantea cuando el daño que puede causar la técnica médica en el final de la vida (en pacientes gravemente enfermos) puede superar al beneficio que ofrece. Casos como el de Karen Ann Quinlan en 1976 (donde los padres de la paciente, en estado vegetativo persistente, solicitaban la suspensión de la ventilación artificial en contra de la opinión médica) o el de Nancy Cruzan en 1983 (se demandaba la retirada de la alimentación por sonda nasogástrica en una paciente en una situación irreversible), ayudaron a abrir el debate sobre los límites de la medicina.

Casos más recientes, como el de Terri Schiavo en 2004 (también se debatía la retirada de alimentación artificial), ponen de manifiesto que dicha discusión está lejos de haberse cerrado. En estas situaciones existe una pregunta clave: ¿hasta cuándo (y cómo) tratar a pacientes graves y con mal pronóstico vital?

Respecto al problema económico, es importante señalar que la mayor parte del gasto sanitario se destina a los cuidados en los dos últimos años de vida, años en los que se aplican terapias y tecnologías avanzadas e invasivas. Las consideraciones económicas tienen dos vertientes principales: la primera hace referencia a la posible sostenibilidad de unos gastos sanitarios tan altos y progresivamente crecientes (¿es posible mantener el actual gasto sanitario?), y la segunda está relacionada con las prioridades de dicho gasto (¿en qué se quiere y debe invertir el presupuesto destinado a sanidad?).

1.2. Importancia del problema

LET en unidades de cuidados intensivos

Se estima que entre el 55-70% de las muertes ocurridas en unidades de cuidados intensivos (UCI) vienen precedidas de decisiones de LET. Las órdenes de LET más habituales en cuidados intensivos son la orden de no reanimación cardiopulmonar (y no reanimar aunque no exista orden prescrita) y a la suspensión de medidas de soporte vital avanzado (como la diálisis, las aminas

vasopresoras, el uso de fracciones elevadas de oxígeno suplementario o la ventilación mecánica invasiva), aunque también hay referencias sobre la limitación de antibióticos y de nutrición artificial. Se dispone también de estudios en UCI en pediatría y neonatología, donde la LET es especialmente compleja al tratarse de niños o de recién nacidos. Los tipos de LET más habituales nuevamente son la limitación de la ventilación mecánica, de fármacos vasoactivos y la no reanimación cardiopulmonar.

LET en plantas de hospitalización

No existen muchos trabajos sobre LET en pacientes hospitalizados, sea en medicina interna o en otras unidades. En el contexto de la hospitalización convencional la limitación puede realizarse sobre diversas técnicas o terapias, pero lo más habitual es que las limitaciones se realicen sobre el ingreso en UCI, la reanimación cardiopulmonar, la transfusión de hemoderivados, la administración de antibióticos, la hemodiálisis, la realización de pruebas diagnósticas, los tratamientos oncológicos activos, la realización de cirugía o la nutrición parenteral.

Si se toma el ejemplo de los antibióticos, un estudio ha evaluado prospectivamente la retirada del tratamiento antibiótico durante la hospitalización. Se limitó a 8,9% de los ingresados, con una media de edad de 84 años. El 86% presentaba demencia, el 73% incapacidad para tomar decisiones y el 30% una neoplasia. El motivo más habitual que llevó a la retirada del antibiótico fue el mal pronóstico vital con percepción de muerte cercana y/o falta de respuesta al tratamiento. Otro estudio manifiesta cómo cuanto peor es la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes, mayor es la limitación de los antibióticos, llegando al 72% en pacientes en estado vegetativo persistente. Además de la hospitalización convencional, otro ámbito en el que se puede realizar LET es en la población institucionalizada. No se han realizado trabajos en España al respecto. En Holanda no se inició tratamiento antibiótico en el 27% de los pacientes de instituciones geriátricas.

La familia ante la LET

Casi todos los estudios muestran cómo lo habitual es llegar a acuerdos con las familias sobre las decisiones de LET. Los estudios en pediatría manifiestan de qué manera la familia cobra gran importancia en la toma de decisiones y generalmente los familiares también llegan a acuerdos con los médicos. Otro aspecto importante revelado es que la decisión y actitud del médico tiene gran importancia para cambiar la actitud de las familias, hecho evidenciado en el contexto norteamericano y en el español. No hay que olvidar que las familias con frecuencia desconocen los aspectos técnicos sobre los que hay que decidir, y el papel del médico informando es fundamental. Un estudio a familiares de 115 pacientes mayores de 75 años reveló que la mayor parte de ellos (85%), estaba de acuerdo con realizar “técnicas invasivas”, sin encontrar diferencia entre los pacien-

tes con y sin demencia. Sin embargo, al preguntar sobre LET en técnicas concretas, los familiares eran partidarios de limitar la reanimación cardiopulmonar, las punciones diagnósticas, la colocación de sonda nasogástrica y el tratamiento antibiótico en el 40-50% de los casos. Por tanto, es fundamental explicar a las familias la decisión concreta que se quiere tomar, con sus posibles beneficios y perjuicios para el paciente, para que puedan tomar las decisiones informadas.

1.3. Concepto y definiciones

Limitación de los esfuerzos terapéuticos

En inglés, *withholding and withdrawing life-sustaining treatment, limitation of therapeutic effort*; sinónimos: adecuación de medidas terapéuticas, limitación del soporte vital.

La LET consiste en no aplicar *medidas desproporcionadas* en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida, de acuerdo con la finalidad terapéutica que se plantea (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar). Se entiende por *medida desproporcionada* aquella con un balance inadecuado entre costes-cargas y beneficios para el enfermo. Una medida desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y le produciría un daño o carga “proporcionalmente” superior.

El término LET no es del todo apropiado, porque la “limitación” también abarca procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos. En ocasiones se ha asociado también al concepto de LET la no aplicación de “medidas extraordinarias”, pero este aspecto es poco concreto y resulta ambiguo.

!! RECUERDA. La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en utilizar los criterios médicamente indicados para reducir el campo de lo técnicamente posible, respetando la voluntad del paciente y/o de su familia.

Obstinación profesional

En inglés, *therapeutic obstinacy, unreasonable obstinacy, dysthanasia*; sinónimos: distanasia, ensañamiento terapéutico, encarnizamiento terapéutico. La obstinación profesional es el intento de prolongar la vida en un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida mediante medios (diagnósticos o terapéuticos) desproporcionados para el objetivo perseguido (curar, mejorar o aliviar). Por tanto, la obstinación profesional llevaría a la prolongación exagerada y con medios artificiales del sufrimiento, la agonía o del proceso de muerte del paciente. En cierta medida es la imagen opuesta a la LET.

Se puede encontrar en dos situaciones: aquellas en que se pretende un *máximo esfuerzo terapéutico* (por las características clínicas, sociales o personales del paciente se intenta utilizar todo el potencial diagnóstico o terapéutico, por entenderse que existe una probabilidad razonable de alcanzar con ello un beneficio clínico); y aquellas donde se persigue la LET (por el proceso patológico o la situación clínica se restringen determinados procedimientos que pueden resultar más dañinos que beneficiosos). En esta segunda situación es en la que se debe estar vigilante de no ser "obstinados profesionalmente".

Futilidad

En inglés, *medical futility*; sinónimos: tratamiento inútil, tratamiento inapropiado.

En el contexto del final de la vida, un tratamiento se puede considerar *fútil*, y su aplicación a un paciente desaconsejada, cuando es clínicamente ineficaz (al no mejorar el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes) o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado. En sentido estricto, el término futilidad debe reservarse para los tratamientos incapaces de producir los efectos fisiológicos deseados y que, por tanto, no pueden proporcionar un beneficio a un paciente concreto. Un tratamiento *fútil* fracasaría con seguridad en alcanzar un beneficio para el enfermo. No se debe hablar de futilidad para tratamientos que son eficaces, pero que pueden resultar inapropiados en un enfermo terminal, porque su posible beneficio resulta inverosímil o demasiado pequeño como para justificar su uso. Por otro lado, un tratamiento inútil es aquel que, correctamente aplicado y con indicación precisa (con un posible efecto beneficioso), no obtiene el resultado esperado.

1.4. Formas de LET

Principalmente existen dos formas distintas de realizar una LET: no iniciar una medida (*withholding*) o retirar una medida previamente instaurada (*withdrawing*). Se entiende por *retirada* la suspensión de un tratamiento médico activo con la intención explícita de no sustituirlo por una medida equivalente, porque se considera que dicho tratamiento no es beneficioso globalmente para el paciente. Por ejemplo, retirar el tratamiento antibiótico en un paciente con demencia en estado terminal o no transfundir sangre en un paciente en estado de agonía con anemia. Se entiende por *no inicio* la decisión de no establecer una medida que, si bien sería beneficiosa para otro paciente, se considera desproporcionada para el paciente que se está tratando. Las órdenes de no reanimación (ONR, del inglés DNR –*do not resuscitate*–) o no realizar pruebas diagnósticas agresivas son ejemplos de esta última categoría.

Desde un punto de vista ético, en general se tiende a ver las dos posibilidades como moralmente equivalentes, aunque psicológicamente resulta más difícil retirar una medida que decidir no instaurarla. En la **Tabla 1.1** se exponen algunas posibles diferencias entre la *retirada* y el *no inicio* de una medida basadas en el trabajo de Wilkinson y Savulescu. Dichos autores intentan argumentar una menor "gravedad moral" en el *no inicio* (sería "peor moralmente" *retirar*), aunque finalmente concluyen que estos argumentos no son suficientes para demostrar la no equivalencia moral entre retirar y no iniciar.

Diferencias
Es más aceptable la retirada, porque se podría tener mayor seguridad clínica acerca del efecto (o de la futilidad) de la medida, y, por tanto, mayor certeza moral al tomar una decisión ^(*)
El paciente que ya está recibiendo un tratamiento tendría cierto derecho <i>prima facie</i> a que no se le retire para ser administrado a otro enfermo, incluso si el potencial beneficio teórico fuese mayor en el segundo caso ^(*)
La obligación de cuidado con los pacientes que ya tienen tratamiento sería mayor que con los pacientes "potencialmente tratables" ^(*)
Miedo a que si se autoriza la retirada del tratamiento basada únicamente en la escasez de recursos, otros criterios "no éticos" puedan ser utilizados también como elementos de decisión (p. ej., la raza o el nivel socioeconómico) ^(*)
En el <i>no inicio</i> generalmente no es necesario el consentimiento (los criterios son esencialmente médicos); la retirada exige consentimiento informado y una toma de decisiones compartida, aunque esta esté basada en los mismos supuestos clínicos que el <i>no inicio</i> ^(*)
Miedo a que si se realizan decisiones de retirada en función de la escasez de recursos, las decisiones puedan tener consecuencias legales para los médicos responsables ^(*)
El enfermo realmente no es el mismo. La equivalencia es un mero ejercicio intelectual: el paciente que se enfrenta a una retirada del tratamiento no es clínicamente equiparable a aquel en quien se plantea no iniciar la medida ^(**)
Aspectos psicológicos: una vez iniciada la medida, no sólo cambian las características clínicas del paciente, también pueden cambiar la perspectiva y las expectativas del propio paciente, de los allegados y hasta de los sanitarios ^(**)
^(*) Wilkinson D, Savulescu J. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. <i>Bioethics</i> 2014; 28: 127-137.
^(**) Añadido por los autores del capítulo.

Tabla 1.1. Posibles diferencias entre la retirada y el no inicio de una medida en la LET

!! RECUERDA. Las dos formas principales de LET son la retirada de una medida y el no inicio de la misma. Psicológicamente resulta más difícil retirar una medida que decidir no instaurarla.

A nivel práctico, hay que señalar que el "ejercicio intelectual" de equiparar la *retirada* con el *no inicio* ha ayudado a evitar la obstinación profesional, porque en ocasiones ha resultado muy difícil retirar una medida ya iniciada, y para ello ha sido preciso reflexionar sobre las características del paciente (p. ej., *ese paciente en concreto*

no se beneficia globalmente de la hemodiálisis) y, por tanto, no se debería iniciar y si actualmente está en hemodiálisis, debe retirarse. Por último, es importante destacar que, equivalentes o no, los criterios para una decisión de *retirada* o de *no inicio* sí son los mismos. A continuación se exponen dichos criterios para la LET, sea en su forma de *retirada* o de *no inicio*.

1.5. Criterios para la LET

Una de las principales dificultades para establecer criterios para la LET es que los factores a considerar no son exclusivamente clínicos. Si en clínica es difícil alcanzar la certeza, en ética clínica, donde se añaden conflictos entre valores, resulta aún más complejo. Por este motivo, se debe entender que los criterios para realizar una LET intentan aportar argumentos para tomar una decisión prudente, pero no eliminan por completo la incertidumbre. Es por ello que la primera idea a reseñar es que los criterios que se usan han de ser racionales. Se ha de poder razonar y argumentar con ellos. No se puede depender del juicio que marque cada clínico a su discreción. La propuesta se realiza para tomar una decisión de LET argumentada sigue los siguientes tres pasos: evaluar el caso con detenimiento, decidir tras ello si realmente es un enfermo candidato a LET (o si es de máximo esfuerzo terapéutico) y, finalmente, si es candidato a LET, proceder a realizarla (**Tabla 1.2**).

Primer paso: evaluación del caso
<ul style="list-style-type: none"> · Preferencias del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Individualizar - Preferencias de los allegados · Pronóstico (gravedad): <ul style="list-style-type: none"> - Preguntas: ¿se tiene un diagnóstico preciso? ¿está optimizada la terapia? - Cálculo del pronóstico en ese paciente · Calidad de vida (previa y futura) · Distribución de recursos (inversión racional)
Segundo paso: tomar la decisión
<ul style="list-style-type: none"> · Deliberación participativa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente de LET vs paciente de máximo esfuerzo 2. Si es paciente de LET, aclarar el fin de la intervención · Comunicar la decisión y registro en la historia clínica
Tercer paso: actuación
<ul style="list-style-type: none"> · Medidas negativas: no iniciar/retirar: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios) - Procedimientos inútiles y fútiles · Medidas positivas: <ul style="list-style-type: none"> - Tratar las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias) - Medidas paliativas

Tabla 1.2. Criterios y pasos para decidir la LET

Evaluación del caso

Preferencias del paciente

Cuando se plantea una decisión de LET lo primero que se debe hacer es conocer la opinión y preferencias del paciente. Existe una tendencia a subestimar la capacidad de éste para decidir. Se considera que los pacientes no son competentes con mayor frecuencia de lo que realmente son y las decisiones son tomadas en estos casos por allegados o por el propio médico. Si el paciente no puede manifestar directamente sus preferencias, es importante averiguar si ha realizado voluntades anticipadas o instrucciones previas. Si no las tiene, se debería intentar respetar su proyecto de vida y valores. Para ello es crucial la información que pueden aportar los allegados. El proceso de averiguación de las preferencias de los pacientes supone un esfuerzo que no debe escatimarse, individualizándose siempre las medidas. Cuando el paciente está incapacitado judicialmente o si no es competente para una decisión concreta, deben ser los tutores correspondientes los que decidan. Si no los hay, son los allegados más cercanos quienes deben contribuir en el proceso de toma de decisiones. Finalmente, si tampoco se encuentran allegados para ayudar en la decisión, el equipo médico debe actuar buscando el mejor interés para el paciente, realizando un balance de los beneficios/cargas de cada una de las medidas que se vayan a tomar.

Pronóstico (gravedad)

La LET se debe plantear en pacientes cuya situación clínica sea grave, irreversible o terminal. El cálculo del pronóstico es la parte más oscura de la medicina. Para poder llevarlo a cabo es fundamental partir de un diagnóstico lo más preciso posible. Debe quedar lo más claro posible si el caso a debate hace referencia a una enfermedad curable o no, si es irreversible o si es terminal. Cuanto más preciso sea el diagnóstico, se dispondrá posteriormente de una mayor seguridad para establecer un pronóstico. Tras ello han de estimarse las posibilidades de éxito con las terapias disponibles en ese paciente y si se han agotado los medios terapéuticos al alcance. En el pronóstico se debe tener en cuenta la probabilidad de curación y la esperanza de vida calculada para el estadio evolutivo de la enfermedad en ese paciente.

Calidad de vida (previa y futura)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción subjetiva de la vida propia en las facetas física, psíquica y social. En medicina se evalúa este criterio a través de encuestas y cuestionarios. Sin embargo, en pacientes en situación clínica grave, irreversible o terminal, no es fácil realizar esta evaluación. La calidad de vida en estos pacientes se estima con frecuencia externamente y para ello es preciso usar escalas o índices validados, no la mera apreciación subjetiva de los clínicos. El criterio *calidad de vida* ha sido visto por los médicos como un

factor fundamental para la toma de decisiones de LET, tanto la calidad de vida previa (considerada en el 92% de las decisiones de LET), como la futura o predecible (83%). El deterioro cognitivo es un factor que empeora considerablemente la calidad de vida. En un trabajo sobre los factores que determinaban la LET en los enfermos con un diagnóstico de neoplasia, la edad y, sobre todo, el deterioro cognitivo fueron determinantes: a ninguno de los enfermos con deterioro cognitivo se le realizó confirmación anatomopatológica del diagnóstico ni se estableció tratamiento quimioterapéutico activo.

Distribución de recursos (inversión racional)

Como norma general, la distribución de recursos es un criterio de segundo orden. En procedimientos muy costosos o escasos (ingreso en UCI, trasplantes, fármacos de poca disponibilidad...), se ha de procurar que el reparto de los recursos se rija por el criterio de justicia distributiva. Es decir, deben destinarse los recursos a aquellos que los podrían aprovechar mejor. Pero este debate no es realmente el de la LET, sino el del *triaje* o *priorización*. El norteamericano Daniel Callahan, experto en bioética, introdujo el concepto *natural life span* (ciclo vital natural), que equivaldría al lapso de tiempo que permite que una persona desarrolle su proyecto de vida. Una vez cumplido este *natural life span* (hacia los 80 años), Callahan defiende que no es prudente utilizar medidas extraordinarias, sino que los recursos más costosos deben utilizarse en los más enfermos más jóvenes. Esta afirmación no va unida al abandono de la población mayor, sino orientada a realizar una inversión racional de los recursos. En la cultura mediterránea existe una menor tendencia a utilizar la edad como criterio determinante para el *triaje*. Pero no debe olvidarse que la edad limita algunos recursos extraordinariamente escasos y costosos, en los que es preciso establecer unos criterios de distribución del mismo, como es el caso de los trasplantes.

!! RECUERDA. El *etarismo* o *edaísmo* consiste en la discriminación o perjuicio de una persona por motivos de edad.

Tomar la decisión

Deliberación participativa

En el proceso deliberativo se deben introducir todas las variables del primer paso, para posteriormente ser analizadas entre todos los actores implicados. Al deliberar sobre el caso debe considerarse al enfermo en su conjunto para decidir si las medidas son desproporcionadas en ese enfermo. Es preciso considerar su biología, pero también su biografía, valores y el entorno. Es conveniente tomar una decisión de LET de manera colegiada con todos los implicados, desde el paciente y sus allegados hasta los profesionales sanitarios (médicos y/o personal de enfermería habitual). Esto contribuye a no descargar toda la responsabilidad en

el médico, o en la familia, y garantiza que las decisiones se tomen con el mayor número de argumentos. En un estudio español, en el 70% de los casos se consultó con la familia la decisión de LET, alcanzándose un mayor o menor grado de acuerdo en el 60% de los casos. La formación de los profesionales en habilidades de comunicación y el establecimiento de estrategias comunicativas resulta de gran ayuda en esta fase.

!! RECUERDA. El proceso deliberativo no persigue demostrar la razón de una línea concreta de pensamiento, sino plantear todos los posibles cursos de acción para poder elegir el óptimo entre ellos.

Comunicar la decisión y registro en la historia clínica

La decisión fundamental que busca la deliberación sobre el caso es determinar si el paciente es subsidiario de máximo esfuerzo terapéutico o si se debe realizar LET. En caso de realizar LET, es esencial concretar qué patologías van a ser tratadas y cuáles no, o si únicamente se van a paliar síntomas. Es posible que se decida no ingresar a un enfermo en la UCI, pero que simultáneamente se le trate una neumonía. Pero también es posible que se retiren incluso los antibióticos y únicamente se mantengan las medidas de confort sintomático. La decisión tomada debe registrarse en la historia clínica con el máximo detalle posible, para que el equipo de guardia y el resto de los profesionales del centro puedan ver con claridad qué se persigue con ese paciente en concreto.

!! RECUERDA. Es esencial, tanto desde el punto de vista clínico como legal, que la decisión de LET quede reflejada en la historia clínica, de la forma lo más detallada y concreta posible.

Actuación

Medidas negativas: no iniciar/retirar

Una vez tomada la decisión de LET, no deben realizarse los procedimientos considerados desproporcionados, inútiles y fútiles para el objetivo terapéutico trazado. En caso de haberse iniciado alguna de dichas medidas, se debe proceder a su retirada.

Medidas positivas

- Tratamiento de las patologías que se han decidido tratar (medidas intermedias). Deben mantenerse o instaurarse las medidas orientadas al objetivo terapéutico que, tras la deliberación del caso, se han considerado oportunas. No obstante, puede resultar difícil tomar la decisión sobre el establecimiento de *medidas intermedias* que generalmente implican un tratamiento activo. Algunos aspectos que conviene aclarar sobre las *medidas intermedias* son el tratamiento de las infecciones, la transfusión de hemoderivados, el

tipo de nutrición e hidratación y la realización de determinadas medidas diagnósticas. Este paso puede ser el más complejo y, si es necesario, debe realizarse una estratificación de las medidas.

- Medidas paliativas. Establecer una LET no supone una negativa al tratamiento ni por supuesto se abandona al paciente. Deben mantenerse los cuidados y el tratamiento sintomático que sea preciso en función de los objetivos trazados con el paciente.

1.6. Conclusiones

La práctica de la LET es cada vez más frecuente en todo tipo de pacientes, desde los críticos a los ingresados en regímenes de hospitalización convencional o en centros sociosanitarios. La LET exige la colaboración de todas las partes implicadas para una mejor resolución de los múltiples conflictos que puede plantear.

Las decisiones éticas, y las decisiones clínicas asociadas, deben realizarse de manera individualizada, contando con la valoración del propio paciente. Deben tenerse en cuenta todos los factores implicados, pero a su vez debe considerarse al enfermo en su conjunto. En el caso de la LET, contar con criterios claros sobre los que discutir racionalmente ayuda a que se consideren los factores más importantes del caso. De forma resumida, estos factores son las preferencias del paciente, su pronóstico, la calidad de vida (previa y futura) y, en casos excepcionales, la distribución de recursos. Estos factores se deben evaluar en una deliberación participativa que permita aclarar el objetivo de la intervención con el enfermo. Tras la deliberación, se debe comunicar la decisión y se debe registrar en la historia clínica. Finalmente, si se ha tomado una decisión de LET, deben limitarse los procedimientos desproporcionados, inútiles y fútiles, y deben tratarse aquellas patologías que se han decidido tratar, sin olvidar el establecimiento de las medidas paliativas necesarias.

Bibliografía

- Abizanda R. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva. *Med Intensiva* 1994; 18: 100-105.
- Barbero J. Limitation of therapeutic effort. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 586-594.
- Callahan D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society*. New York. Simon and Schuster, 1987: 65-81.
- Esteban A. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med* 2001; 27: 1744-1749.
- Gracia D. Salir de la vida. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid. Triacastela, 2004.
- Herreros B, Palacios G, Pachó E. Limitation of the therapeutic effort. *Rev Clin Esp* 2012; 212: 134-140.
- Muñoz JD, González-Barón M. Aspectos éticos de la fase terminal III. Preservación de la dignidad. El respeto de la debilidad. En: *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Gonzalez-Barón M (ed.) Madrid. Ed Panamericana, 1995: 1248-1250.
- Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, et al. Diagnostic neoplasms in internal medicine ward: determining characteristics and factors to define the diagnostic-therapeutic efforts. *Rev Clin Esp* 2010; 210: 592-593.
- Sánchez MA. Enfermos críticos. En: *Ética, bioética y globalidad*. Madrid. Editorial CEP, 2006.
- Sanz-Ortiz J. Can we manage the dying process? Advance directives. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 620-623.
- Simón P, Barrio IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 583-597.
- Simón P, Barrio IM, Alarcos FJ, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23: 271-285.
- Swetz K, Crowley ME, Hook CC, et al. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc* 2007; 82: 686-691.
- Valero Zanuy MA, et al. Should the therapeutic effort in artificial nutrition be limited? *Rev Clin Esp* 2003; 203: 582-588.
- Velasco M, et al. Opinión de los familiares sobre el uso de procedimientos invasivos en ancianos con distintos grados de demencia o incapacidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40:138-144.
- Vincent JL. Communication in the ICU. *Intens Care Med* 1997; 23:1093-1098.
- Wilkinson D, Savulescu JA. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics* 2014; 28: 127-137.
- Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med* 2005; 31: 927-933.