
ORIGINAL

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna



R. García Caballero^{a,b,*}, B. Herreros^{a,c}, D. Real de Asúa^{b,c,d}, R. Alonso^a, M.M. Barrera^a y V. Castilla^a

^a Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

^c Grupo de Trabajo de Bioética Clínica y Profesionalismo de la Sociedad Española de Medicina Interna

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 7 de julio de 2015; aceptado el 12 de noviembre de 2015

Disponible en Internet el 6 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Limitación del esfuerzo terapéutico; Órdenes de no reanimación; Toma de decisiones

Resumen

Introducción: Muchos pacientes ingresados en Medicina Interna presentan mala calidad de vida y/o mal pronóstico vital, por lo que son potenciales candidatos a limitación del esfuerzo terapéutico (LET). El objetivo primario consiste en describir qué medidas de LET se realizan en los pacientes fallecidos en un servicio de Medicina Interna de un hospital de Madrid. El secundario, la descripción del tipo de paciente en el que se realiza LET.

Material y métodos: Estudio observacional durante 6 meses de 2011 y 2012. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos en Medicina Interna.

Resultados: Ingresaron 2.007 pacientes y fallecieron 211 (10,5%). Edad media 85 ± 9 años, el 57% (121) mujeres. Peso medio de los fallecidos 3,4. Ciento tres de los fallecidos (48,8%) provenía de residencia y 105 (49,8%) fueron considerados enfermos terminales. En 182 (86,3%; IC 95%: 81,4-91,1) se estableció durante el ingreso alguna orden de LET, en 99 (46,9%; IC 95%: 39,9-53,9) 2, y en 31 (14,7%; IC 95%: 9,6-19,7) 3 o más. Órdenes de LET más pautadas: «orden de no reanimación cardiopulmonar» (154; 73%), no realización de «maniobras agresivas» (80; 38%), rechazo de antibioterapia (19; 9%), no ingreso en UCI (18; 8,5%) y no realización de cirugía (11; 5,2%).

Conclusiones: La LET es una estrategia muy frecuente en los pacientes que fallecen en Medicina Interna. Las más frecuentes son la «orden de no reanimación cardiopulmonar» y la no realización de «medidas agresivas». Dichas órdenes se indican en pacientes de edad avanzada, con importante comorbilidad y alta incidencia de demencia y enfermedad terminal.

© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: rebecagarciacaballero@gmail.com (R. García Caballero).

KEYWORDS

Withholding and withdrawing treatment;
No resuscitation orders;
Decision making

Withholding and withdrawing treatment in patients admitted in an Internal Medicine ward**Abstract**

Introduction: Many of the patients admitted to a general medical ward have a compromised quality of life, or short life expectancy, so they are potential candidates for withhold/withdraw (WH/WD) treatment. The first objective was to describe which measures were WH/WD among patients who died during their admission in a general medical ward from a tertiary hospital in Madrid. Secondly, to define the clinical characteristics of this population.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study during 6 months from 2011 and 2012 of all the patients dead while their admission in the Internal Medicine Department.

Results: 2007 patients were admitted, 211 died (10.5%). 121 (57%) were female, with 85 ± 9 years of mean age. 103 (48.8%) came from a residential facility and 105 fulfilled terminality criteria (49.8%). One decision to WH/WD treatment was made in 182 patients (86.3%, CI 95%: 81.4-91.1), two in 99 cases (46.9%, CI 95%: 39.9-53.9) and 3 or more in 31 subjects (14.7%, CI 95%: 9.6-19.7). The most frequent decisions involved do-not-resuscitate orders (154, 73.0%), rejection of «aggressive treatment measures» (80, 38.0%), use of antibiotics (19, 9.0%), admission in ICU (18, 8.5%), and/or surgical treatment (11, 5.2%).

Conclusions: WH/WD treatment is very frequent among patients who died in a general medical ward. The most frequent involved do-not-resuscitate orders and rejection of «aggressive treatment measures». WH/WD decisions are adopted in an elderly population, with extensive comorbidity and an elevated prevalence of advanced dementia and/or terminal disease.

© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida¹. El término LET ha sido ampliamente cuestionado. Algunos autores proponen otros términos, como «adecuación de las intervenciones clínicas» o «adecuación de las medidas terapéuticas»^{2,3}. Sin embargo, el término más generalizado es LET, y hay razones para ello. En primer lugar porque realmente sí se limitan medidas (diagnósticas o de tratamiento), y además porque todo tratamiento debe ser «adecuado». Siempre debe existir una adecuación ponderada de las intervenciones terapéuticas, independientemente de que algunas se limiten. Se distinguen 2 tipos de LET: no iniciar una medida (*withholding treatment*) o retirarla cuando está instaurada (*withdrawing treatment*)^{4,5}. Si bien ambas formas parecen tener un carácter moral equiparable⁶, la valoración psicológica del profesional y del entorno del enfermo difiere a la hora de realizar una u otra⁷.

Una decisión de LET debe estar fundamentada en criterios rigurosos, basados en un profundo conocimiento de los detalles relevantes del caso. Entre los criterios más importantes para la toma de decisión se encuentran las preferencias del paciente (o de sus allegados, cuando no sea posible conocer las del paciente), el pronóstico o la gravedad del enfermo, la valoración de la calidad de vida previa y de la calidad de vida futura esperable (tras el episodio actual), y la distribución de aquellos recursos que sean escasos⁸. Si, tras estudiar el caso, se considera que una medida puede ofrecer al paciente más daño que un

beneficio real, la medida debería limitarse. Se trata de pacientes con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida, en los que hay que procurar ahorrar daños evitables. En caso de duda, la medida en cuestión debe ser ofrecida al paciente, siempre que los recursos lo permitan, y será el paciente quien decida si la medida se aplica⁹.

La LET ha sido ampliamente estudiada en distintos entornos. La mayor parte de los estudios se han realizado en cuidados intensivos (tanto en adultos¹⁰ como en pediatría¹¹ o neonatología¹²), pero también hay trabajos con pacientes en programas de cuidados paliativos¹³⁻¹⁵ o en geriatría¹⁶. Sin embargo, apenas existen estudios sobre LET en pacientes ingresados en planta de hospitalización médica convencional, como son los servicios de Medicina Interna. Servicios que, por otro lado, son los que más camas de hospitalización médica tienen en los hospitales de cualquier nivel de atención sanitaria¹⁷. Hasta una cuarta parte de la mortalidad de los hospitales ocurre en estos servicios¹⁸. Además, la edad media y el número de comorbilidades de los pacientes ingresados en Medicina Interna es mayor que en otras áreas médicas. En muchos casos son pacientes ancianos en la recta final de su vida, con mala calidad de vida y/o con padecimientos graves¹⁸. Es precisamente en estos pacientes en quienes se plantea con frecuencia la discusión en torno a las decisiones de LET. Dado que en la actualidad carecemos de datos fiables en esta creciente población de pacientes, planteamos un estudio cuyo objetivo primario fue describir qué medidas de LET se realizan en los pacientes fallecidos en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid. El objetivo secundario del estudio consistía en describir el tipo de paciente en el que se realiza dicha LET.

Pacientes y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado durante un periodo de 6 meses entre los años 2011 y 2012 en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Alcorcón (Madrid), España. Para el estudio se incluyeron todos los pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Interna entre los meses de mayo a julio de los años 2011 y 2012. Se escogieron los mismos meses de cada año para evitar variabilidad en los motivos de ingreso de los pacientes. No se utilizaron criterios de exclusión. El estudio se realizó de acuerdo a los criterios de buena práctica clínica y a la Declaración de Helsinki¹⁹. Los datos de los pacientes fueron tratados con la máxima confidencialidad, conforme a la legislación española vigente⁹.

Mediante revisión de las historias clínicas se recogieron las siguientes variables: edad (en años), género, tiempo de estancia hospitalaria (en días), peso del alta (coste específico en función del GRD o grupos relacionados por el diagnóstico, como medida de la complejidad del paciente), origen del paciente (institución/residencia o domicilio), presencia de deterioro cognitivo (definido según los estadios del *Clinical Dementia Rating*²⁰), comorbilidades asociadas (según el índice de Charlson²¹), presencia de enfermedad terminal al ingreso (definida según los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos)²² o situación de terminalidad (según los criterios de Sociedad Española de Cuidados Paliativos para pacientes no oncológicos)²², causa del ingreso y causa de exitus. También se recogió si se inició sedación terminal, y la duración de la misma (en horas).

En relación con la LET, de acuerdo con la bibliografía al respecto²³⁻²⁶, se recopilaron las siguientes medidas de LET: orden de no reanimación cardiopulmonar (RCP), no candidato a ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no candidato a terapia renal sustitutiva, no transfusión sanguínea, no realización de determinada/s prueba/s diagnóstica/s, no realización de cirugía, no subsidiario de nutrición parenteral, no uso de quimioterapia o radioterapia, no uso de antibióticos, y finalmente el término no subsidiario de «medidas agresivas». Se incluyó el término no subsidiario de «medidas agresivas» porque, pese a su poca concreción, se trataba de una expresión utilizada con frecuencia en el entorno hospitalario. Denominamos *LET generales* a aquellas que afectaban al manejo global del paciente (orden de no RCP, no ingreso en UCI y no subsidiario de «medidas agresivas»). *LET específicas*: las realizadas sobre una medida concreta (el resto). Para poder ser recogidas en el estudio, las órdenes de LET debían estar claramente explicitadas en las notas de evolución médica. Dicha recogida se llevó a cabo por 3 observadores, internistas, incluidos en la plantilla del servicio analizado, con entrenamiento previo. Aunque la recogida de datos se realizó de forma individual, la construcción de la base de datos se llevó a cabo en conjunto por los 3 observadores, comentando los casos para homogeneizarlos y resolver las posibles dudas.

Los datos estadísticos obtenidos se analizaron mediante el programa SPSS en su versión 17.0; (IBM, Armonk, EE. UU.). Las variables cualitativas se describían mediante tablas de frecuencia *n* (porcentaje) y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Se calcularon los intervalos de

Tabla 1 Características basales de los pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Interna

Categoría	N (%)—M ± DE
Edad (años)	84,9 ± 8,9
Estancia (días)	12,2 ± 14,7
Peso del proceso	3,4 ± 2,2
Exitus	211 (10,5) ^a
Ingreso urgente	210 (99,5)
Residencia	103 (48,8)
Domicilio	83 (39,3)
Demencia^b	
No	70 (33,2)
Leve	15 (7,1)
Moderada	25 (11,8)
Severa	73 (34,6)
Desconocido	28 (13,3)
Comorbilidad^c	
Ausente	35 (16)
Leve-moderada	94 (44,5)
Moderada-severa	48 (22,8)
Severa	34 (16,5)
Paciente terminal	105 (49,8)
Muerte inesperada	17 (8,1)
Sedación pautada	106 (50,2)

Los resultados se expresan como *n* (%) o como media ± desviación estándar.

^a Porcentaje del total de pacientes incluidos en el estudio. Para el resto de variables, se analizan únicamente los exitus.

^b Según los criterios del *Clinical Dementia Rating*.

^c Según el índice de Charlson: ausencia (0-1 punto), leve-moderada (2-3 puntos), moderada-severa (4-5 puntos), severa (> 5 puntos).

confianza al 95% (IC 95%) de los resultados de la variable principal con la ayuda del programa Epidat 3.1.

Resultados

Durante el periodo de análisis, ingresaron 2.007 pacientes en el servicio de Medicina Interna, de los cuales 211 fallecieron durante el ingreso (10,5%). La edad media de los pacientes fallecidos fue de 85 ± 9 años, y 121 (57%) eran mujeres. El peso medio de los pacientes fallecidos según la codificación de los procesos fue de 3,4 puntos ± 2,2. La mitad de los pacientes fallecidos (103; el 48,8%) provenía de residencia, 83 (39,3%) de domicilio, y en 25 (11,9%) no se especificó este dato en la historia clínica. El ingreso se realizó casi siempre desde el servicio de Urgencias (210 pacientes; 99,5%), y la estancia media del ingreso fue de 12 ± 15 días. Prácticamente la mitad de los pacientes (105; 49,8%) se consideró por los observadores como enfermo terminal al ingreso según la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (tabla 1).

Las principales causas de ingreso de los pacientes incluidos en el estudio fueron infecciones (112 pacientes; 53,1%) y enfermedad cardiovascular (67 pacientes; 32,0%). Las causas de exitus más frecuentes fueron también las infecciones (107 pacientes; 50,7%) y la enfermedad cardiovascular (77 pacientes; 36,5%) (tabla 2).

Tabla 2 Causas de ingreso y de fallecimiento de los pacientes incluidos en el estudio

Causas de ingreso	n (%)	Causas de fallecimiento	n (%)
Infección respiratoria	73 (34,6)	Infección respiratoria	77 (36,5)
Infección tracto urinario	26 (12,3)	Infección tracto urinario	19 (9)
Otras infecciones	13 (6,2)	Otras infecciones	11 (5,2)
Insuficiencia cardíaca congestiva	39 (18,5)	Insuficiencia cardíaca congestiva	38 (18)
Accidente cerebrovascular agudo	20 (9,5)	Accidente cerebrovascular agudo	21 (10)
Cardiopatía isquémica	6 (2,8)	Cardiopatía isquémica	11 (5,2)
Tromboembolismo pulmonar	2 (0,95)	Tromboembolismo pulmonar	7 (3,3)
Insuficiencia renal	1 (0,47)	Cáncer	10 (4,7)
Enfermedad hepatobiliar	6 (2,8)	Desconocida	1 (0,5)
Desconocida	1 (0,47)	Otras	15 (7,1)
Otras	24 (11,4)		

En 182 pacientes (86,3%; IC 95%: 81,4-91,1) se había establecido a lo largo del ingreso alguna orden de LET. Noventa y nueve pacientes (46,9%; IC 95%: 39,9-53,9) tenían firmadas 2 órdenes distintas, y 31 sujetos (14,7%; IC 95%: 9,6-19,7) tenían 3 o más órdenes de LET. Las órdenes de *LET generales* más pautadas fueron la «orden de no RCP» (73%; IC 95%: 66,7-79,2), la no realización de «maniobras agresivas» (38%; IC 95%: 31,1-44,7) y el no ingreso en UCI (8,5%; IC 95%: 4,5-12,5). La «orden de no RCP» estaba indicada en muchos de los casos en los que los pacientes tenían prescritas varias LET. Respecto a las *LET específicas*, las más empleadas fueron el rechazo a la antibioterapia (9%; IC 95%: 4,9-13,1) y la no realización de tratamiento quirúrgico (5,2%; IC 95%: 1,9-8,4). Las menos frecuentes fueron la no administración de tratamiento quimio- o radioterápico (1%; IC 95%: 0,1-3,4) y la no transfusión de hemoderivados (0,5%; IC 95%: 0,01-2,6) (tabla 3).

En 29 pacientes (15,9%; IC 95%: 10,3-21,5) no se especificó la «orden de no RCP», pero sin embargo sí se indicó algún tipo de LET previa al exitus. Los 19 pacientes (10,4%; IC 95%: 5,7-15,1) en los que estaba firmada la retirada/no

empleo de antibiótico, tenían firmada además la «orden de no RCP» y/o la de no aplicar «medidas agresivas».

De los 182 pacientes en los que se estableció alguna orden LET, en 3 (1,6%; IC 95%: 0,3-4,7) se iniciaron maniobras de RCP, sin éxito en los 3 casos. Ninguno tenía «orden de no RCP» y uno de ellos cumplía criterios de terminalidad al ingreso. A 106 pacientes (50,2%; IC 95%: 43,2-57,2) se les pautó sedación, con una duración de $34,4 \pm 41,7$ h.

Discusión

La limitación más frecuentemente prescrita fue la «orden de no RCP» (casi 3 cuartas partes), y la segunda no realizar «medidas agresivas». Los pacientes en los que se limitaba el esfuerzo terapéutico presentaban una edad media avanzada, elevada comorbilidad (reflejada por el índice de Charlson) y un alto porcentaje de demencia avanzada.

De acuerdo a los resultados obtenidos, parece que la LET es una práctica frecuente en los pacientes fallecidos en un servicio de Medicina Interna. En más de 8 de cada 10 pacientes se limitó alguna medida, casi la mitad tenían firmadas 2 órdenes de LET y algunos tenían 3 o más órdenes. Casi la mitad cumplía criterios de terminalidad al ingreso. Adicionalmente, una proporción elevada de ellos vivía institucionalizada en una residencia. En pacientes con dichas características clínicas es primordial establecer un plan de tratamiento a lo largo del ingreso. Dicho plan debe incluir las prioridades y los objetivos del paciente, y qué medidas se van a limitar. Por ejemplo si se procederá a reanimar en caso de parada cardiorrespiratoria.

La abstención de «medidas agresivas» define un concepto que puede resultar ambiguo, porque depende de quién lo interprete puede considerarlo equiparable a la abstención de medidas de soporte vital avanzado o del ingreso en UCI. Medidas como ingresar en una UCI o realizar RCP se considerarían casi unánimemente «medidas agresivas». Pero, ¿qué sucede con la transfusión de hemoderivados? ¿Y con las punciones arteriales y el uso de antibióticos de amplio espectro? Probablemente existan discrepancias en función de quién tome la decisión en cada momento. Por ello es preferible que sea el equipo responsable del enfermo el que describa con detalle qué medidas se ha acordado limitar en

Tabla 3 Modalidades de órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

LET	N ^a (%)	IC 95%
No RCP	154 (73)	66,7-79,2
No medidas agresivas	80 (38)	31,1-44,7
No antibioterapia	19 (9)	4,9-13,1
No UCI	18 (8,5)	4,5-12,5
No tratamiento quirúrgico	11 (5,2)	1,9-8,4
No nutrición parenteral	10 (4,7)	1,6-7,8
No realización de pruebas diagnósticas	10 (4,7)	1,6-7,8
No terapia renal sustitutiva	7 (3,3)	0,6-5,9
No quimio- o radioterapia	2 (1)	0,1-3,4
No transfusión de hemoderivados	1 (0,5)	0,01-2,6
Otras	4 (2)	0,5-4,8

No RCP: no reanimación cardiopulmonar; No UCI: no Unidad de Cuidados Intensivos.

^a Un mismo paciente puede tener varias órdenes de LET prescritas.

cada paciente. Así no se transmite la decisión al equipo de guardia o al especialista en Cuidados Intensivos, quienes, en caso de requerir atención y cuidados urgentes, conocen peor al paciente, su entorno y preferencias, y disponen de menos tiempo para analizar el caso. El hecho de que a 3 pacientes con alguna orden de LET firmada se les iniciasen maniobras de RCP, al no estar firmada la «orden de no RCP», probablemente refleje la escasa concreción del plan con el paciente en la historia clínica. Parece importante mejorar la educación de los profesionales en este terreno, para que las personas que toman las decisiones expliciten en la historia clínica las medidas a limitar, con una terminología además apropiada. Resulta necesario educar sobre qué es la LET y por qué es importante registrar en la historia clínica las diferentes medidas de LET acordadas, evitando sobreentenderlas con una expresión general. Esto ayudaría a perder el miedo de muchos profesionales a concretar la limitación²⁷⁻²⁹. En esta misma línea de clarificación, también ayudaría poner en algún apartado especial de la historia clínica las órdenes de LET, para que el personal de guardia, tanto de enfermería como médico, sea capaz de encontrarlo rápidamente. Si para encontrar la orden es preciso bucear en la historia clínica, en caso de parada se corre el riesgo de que se inicien las maniobras al no localizar la orden.

Tras la «orden de no RCP» y de no realizar «medidas agresivas», encontramos la restricción al uso de antibióticos, el no ingreso en UCI, no realizar tratamiento quirúrgico, no administrar nutrición parenteral y no iniciar terapia renal sustitutiva. Las menos habituales fueron no administrar tratamiento oncológico activo (hubo escasa incidencia de pacientes con neoplasias en la muestra, probablemente porque dichos pacientes en nuestro hospital ingresaban habitualmente en el servicio de Oncología) y no transfundir. Respecto a esto último, es posible que se deba a que la transfusión de hemoderivados es vista por muchos profesionales como una medida relativamente inofensiva e inocua. Pero también puede reflejar la dificultad para especificar órdenes de LET concretas.

Como se ha señalado, apenas hay estudios que analicen qué tipo de LET se realizan en los servicios de Medicina Interna. La mayoría de los estudios realizados, fundamentalmente en UCI¹⁰, muestran heterogeneidad en las decisiones. Dependen del centro, del equipo médico o de la población analizada al prescribir una orden de LET³⁰⁻³⁵. El único trabajo realizado en España sobre LET también con pacientes de Medicina Interna es el de Solís-García del Pozo et al.³⁴. Analizan las órdenes de LET y de no RCP de un hospital comarcal mediante un estudio retrospectivo, realizado en 2011, con una muestra de 106 pacientes. Su objetivo principal era analizar las órdenes de LET y de no RCP en los pacientes fallecidos, y ver si existían diferencias entre las características de los pacientes que tenían pautada algún tipo de orden, no encontrando diferencias. La muestra era similar en cuanto a edad media y distribución de sexos y tenían casi el mismo porcentaje de pacientes con demencia severa. Sin embargo, había más pacientes con neoplasias (35,3 vs. 4,7%). En nuestro estudio se indicaron LET a más pacientes (86,3 vs. 50,6%), a más pacientes no se les haría RCP (73 vs. 10,2%) y también eran más a los que no se les realizan «maniobras agresivas» (38 vs. 18,9%). Respecto a las

medidas específicas, encontraron más LET de cirugía y de retirada de medicación (9,4-14,5 vs. 5,2-9,1%, respectivamente), y prácticamente al mismo porcentaje de pacientes no se le transfundieron hemoderivados (0,9 vs. 0,5%). Las diferencias encontradas llevaron a plantear estudios multicéntricos que muestren un panorama más próximo a la realidad sobre la situación de la LET en las plantas de hospitalización convencional.

A pesar de que en nuestra muestra casi todos los pacientes que fallecen tenían firmadas órdenes de LET, existía todavía un amplio margen de mejora. Solo en 3 de 57 pacientes en quienes no estaba firmada la «orden de no RCP» se realizaron maniobras de reanimación. Esto indica que en la mayor parte de los sujetos realmente estaba claro que no eran pacientes subsidiarios de recibir maniobras de soporte vital avanzado. No obstante, se dejó a juicio del equipo de guardia decidir si en última instancia se reanimaba al paciente. Una decisión de LET, si está correctamente tomada, bien especificada en la historia clínica y puesta en conocimiento del equipo de enfermería, es de enorme ayuda para manejar a pacientes complejos, con mala calidad de vida y mal pronóstico. Redundan en su beneficio y en el de la familia, en el personal de enfermería y en el equipo de guardia²⁸. Resulta fundamental individualizar el plan terapéutico de cada paciente en el final de su vida. La claridad y transparencia en las decisiones, así como su especificación en la historia clínica, es reflejo de la reflexión que el equipo médico responsable ha realizado junto al paciente y su familia.

El presente estudio muestra las limitaciones propias de un estudio retrospectivo, como la posible pérdida de datos en la historia clínica. La comorbilidad de los pacientes podría estar infraestimada. Se utilizó el índice de Charlson, que adjudica un único punto a la demencia, ninguno a la hipertensión arterial y sin embargo 6 puntos al sida. Se encontraron por tanto infravaloradas las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo, dolencias muy prevalentes en los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna. Además, las historias clínicas fueron revisadas por un único observador. Una evaluación doble minimizaría posibles sesgos de criterio. Por último, señalar que al tratarse de un estudio unicéntrico, los resultados son difícilmente extrapolables a otros hospitales de la Comunidad de Madrid o de España, restándole por tanto validez externa. Sin embargo, esto supone sus fortalezas al otorgarle una mayor validez interna. La mayor de ellas podría ser la originalidad, al ser pocos los estudios que analizan la práctica de LET en una planta de hospitalización. La historia clínica del hospital, electrónica, permitió acceso a todos los comentarios del ingreso de los pacientes, minimizando así la pérdida de información. Y por último recordar que las variables se habían definido y estandarizado previamente a la recogida de datos.

Podemos concluir que la LET es una estrategia muy frecuente en los pacientes que fallecen en el servicio de Medicina Interna. Las medidas de LET más habituales son la indicación de la «orden de no RCP» y la no realización de «medidas agresivas». Las órdenes de LET se realizan en una población de pacientes de edad avanzada, con importante comorbilidad y con una alta incidencia de demencia y de enfermedad terminal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

El estudio forma parte del proyecto de tesis doctoral de Rebeca García Caballero.

Bibliografía

- Herreros B, Palacios G, Pachó E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:134–40.
- Warren TR, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan; 1995.
- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calid Asist*. 2008;23:271–85.
- Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitation of therapeutic effort: A question for professionals or for patients as well? *Am Sist Sanit Navar*. 2007;30:129–35.
- Martino Alba R, Monleón Luque M. Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado. *Med Pal*. 2009;16:5.
- Wilkinson DJC, Savulescu J. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. *Bioethics*. 2014;28:127–37.
- Bátiz J. Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida: de lo teórico a lo práctico en cuidados intensivos. En: de la Torre Díaz FJ (ed. lit.). *La limitación del esfuerzo terapéutico*. Madrid: Universidad de Comillas; 2006. p. 111–25.
- Cortés-Franch I, González López-Valcárcel B. Informe SESPAS 2014. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1: 1–146.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE*. n.º 274; 15/11/2002: 22188.
- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: A Spanish prospective multi-centre observational study. *Intens Care Med*. 2001;27:1744–9.
- Vernaz S, Casanova L, Blanc F, Lebel S, Ughetto F, Paut O. To maintain or to withdraw life support? Variations on the methods of ending life in a pediatric intensive care unit over a period of 6 years. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2014;33:400–4.
- Dageville C, Bétrémieux P, Gold F, Simeoni U. Working Group on Ethical Issues in Perinatology. The French Society of Neonatology's proposals for neonatal end-of-life decision-making. *Neonatology*. 2011;100:206–14.
- Pérez Rueda M, Herreros B, Guijarro C, Comeche B. Neoplasias diagnosticadas en planta de medicina interna: características y factores determinantes para limitar los esfuerzos diagnóstico-terapéuticos. *Rev Clin Esp*. 2010;210:592–3.
- Formiga F, Villader A, Mascaró J, Pujol R. Morir en el hospital por demencia en fase terminal: análisis de la toma de decisiones después de un programa educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:18–21.
- Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:95–7.
- Velasco M, Guijarro C, Barba R, García-Casasola G, Losa JE, Zapatero A. 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: 138–44.
- Castillo Rueda A, de Portugal Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *An Med Int*. 2004;21:31–8.
- Rayego Rodríguez J, Rodríguez-Vidigal FF, Mayoral Martín L, Álvarez-Oliva A, Najarro Díez F. Mortalidad hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel. *An Med Interna*. 2006;23:406–10.
- Asociación médica mundial. 64.ª Asamblea General. Declaración de Helsinki de la AAM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza. Brasil. Octubre 2013 [consultado 4 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
- Morris John C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43:2412–4.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
- Navarro Sanz, JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos. [Guía Médica]. Madrid: SECPAL [consultado 4 Abr 2015]. Disponible en: http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-YFACTORES-PRONOST*+XOICOS
- Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Cardiopulmonary resuscitation and do not resuscitate orders. *Rev Med Chil*. 2007;135:669–79.
- Epstein RM, Korones DN, Quill TE. Withholding information from patients –When less is more. *N Engl J Med*. 2010;362:380–1.
- Velasco M, Vegas A, Guijarro C, Espinosa A, González I, Martín H, et al. Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:297–300.
- Weir RF, Gostin L. Decisions to abate life-sustaining treatment for nonautonomous patients. Ethical standards and legal liability for physicians after Cruzan. *JAMA*. 1990;264:1846–53.
- Becerra M, Hurst SA, Junod Perron N, Cochet S, Elger BS. 'Do not attempt resuscitation' and 'cardiopulmonary resuscitation' in an inpatient setting: factors influencing physicians' decisions in Switzerland. *Gerontology*. 2011;57:414–21.
- Timothy EQ. A physician's position on physician-assisted suicide. *Bull N Y Acad Med*. 1997;74:114–8.
- Sanz-Ortiz J. Can we manage the dying process? *Advance directives*. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:620–3.
- Faber-Langendoen K, Bartels DM. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: An empirical study. *Crit Care Med*. 1992;20:570–7.
- Teno JM, Murphy D, Lynn J, Tosteson A, Desbiens N, Connors AF, et al. Prognosis-based futility guidelines: does anyone win? SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42:1202–7.
- Wenger NS, Lynn J, Oye RK, Liu H, Teno JM, Phillips RS, et al. Withholding versus withdrawing life-sustaining treatment: Patient factors and documentation associated with dialysis decisions. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:575–83.
- Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc*. 2007;82:686–91.
- Solís-García del Pozo J, Gómez-Pérez I. The application of do not resuscitate orders and withholding treatment in patients admitted to Internal Medicine in a first level hospital. *Rev Calid Asist*. 2013;28:50–5.
- Curtis JR, Park DR, Krone MR, Pearlman RA. Use of the medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders. *JAMA*. 1995;273:124–8.