

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Interna

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Rebeca García Caballero

DIRECTOR

Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas
Diego Cristóbal Real de Asúa Cruzat

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología

Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas



TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO (RD 99/2011)

Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Interna.

Doctoranda: Rebeca García Caballero

Directores: Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas

Diego Cristóbal Real de Asúa Cruzat

Madrid

© Rebeca García Caballero, 2021

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A **Álvaro**, sin el cual todo esto habría sido directamente imposible, desde la recogida de datos, pasando por los artículos escritos y releídos, y llegando a los paseos a 35 grados que se transforman en páginas.

A **Leire**, por ser esa personita perfecta que hace que sea tan difícil dejar la alfombra para ponerse a escribir.

A **Benja**, el padre de todo, el del campo es del que se lo trabaja, el de las ideas, (y buenas!), el de la hiperactividad, para el que todo es posible, y hace que entonces para ti también pueda serlo, por ser mi 2/3.

A **Diego**, por esas revisiones perfectas y exhaustivas sin el cual esto sería una chapuza.

A **mi padre**, por las miles de lecturas y estadísticas desinteresadas y con paciencia.

A toda **mi familia**, por todo, incluido el leerse cada uno de los artículos con cariño e ilusión, aunque no entiendan nada.

A **Mery**, por ser una media naranja en la distancia, compartiendo residencia, tesis, másters y ¡hasta bebés gemelas!

A **mis amigos**, médicos y no, por mantenerme en la realidad en la que no todo es medicina, por esas “¿qué tal vas con la tesis?” que hacen que, al llegar a casa, vuelva a ponerme a escribir.

A la **familia linternista**, por hacer que la residencia sea un segundo erasmus infinito, por todo lo enseñado y compartido, por los colacaos, las marcelas, las noches, los días, las tardes pasando datos, los buscas siempre disponibles, los minilinternistas, el tambor y tantas cosas.

A **mis maestros** (J.A. Vargas, Virgilio, Benja, Goyo, Carlos, Dani, Leonor, Batlle, Villacorta...) sin los cuales no sería la médica que soy o quiero llegar a ser.

Al **despachito molón**, por hacer que las transiciones, las pandemias y las monográficas sean siempre tan divertidas.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACVA: Accidente cerebrovascular agudo

AP: Atención Primaria

ATB: Antibiótico

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CDR: Clinical dementia rating

CEAS: Comité de ética asistencial

DE: Desviación estándar

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

GRD: Grupos relacionados por el diagnóstico

H: Horas

IC: Intervalo de confianza

ICC: Insuficiencia cardíaca

IQ: Intervención quirúrgica

LET: Limitación del esfuerzo terapéutico.

N: Tamaño muestral

NPE: Nutrición parenteral

M: Media

MA: Medidas agresivas.

MIR: Médico interno residente.

OR: Odds ratio

PDx: Pruebas diagnósticas

QT: Quimioterapia

RCP: Reanimación cardiopulmonar

RT: Radioterapia

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

TEP: Tromboembolismo pulmonar

TS: Transfusión de hemoderivados

TRS: Terapia renal sustitutiva

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UDVIMI: Estudio de atención en sus últimos días de vida a los pacientes en los servicios de Medicina Interna.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

X²: Chi cuadrado

ÍNDICE

RESUMEN	14
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN	22
Concepto de Limitación del esfuerzo terapéutico	22
Términos relacionados con la LET ^{2,5}	24
¿Qué no es una LET?.....	28
Marco legislativo	30
Cómo se lleva a cabo la LET ²	31
Los pacientes y la LET.....	34
Los profesionales y la LET.....	35
Justificación del estudio.....	35
HIPÓTESIS	37
OBJETIVOS	38
Objetivo principal	38
Objetivos secundarios.....	38
MATERIAL Y MÉTODOS	39
Diseño de estudio.....	39
Estudio 1. “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”	39
Estudio 2. “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna”	46
Estudio 3. “¿Sabes los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”	52

Consideraciones éticas.....	56
RESULTADOS.....	58
ESTUDIO 1: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”	58
ESTUDIO 2: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna”	65
ESTUDIO 3: “¿Sabes los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”	70
DISCUSIÓN	80
ESTUDIO 1: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”	80
ESTUDIO 2: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna”	85
ESTUDIO 3: “¿Sabes los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”	88
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFÍA	93

ÍNDICE de FIGURAS

FIGURA 1. CRITERIOS PARA INICIAR UNA SEDACIÓN PALIATIVA	25
FIGURA 2. Toma de decisiones LET.	33

FIGURA 3. Clinical Dementia Rating.....	41
FIGURA 4. Índice de Charlson	42
FIGURA 5. Índice de Charlson modificado por la edad.....	48
FIGURA 6. Pauta de LET y RCP del total de pacientes fallecidos	62
FIGURA 7. Modalidades de órdenes de LET pautadas	64
FIGURA 8. Pacientes aportados por cada uno de los centros del estudio.....	65
FIGURA 9. Tipos de patologías en las que los internistas abordan la atención al final de la vida.	79

ÍNDICE de TABLAS

TABLA 1. Características basales de los pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Interna objeto de estudio.....	59
TABLA 2. Causas de ingreso y de fallecimiento de los pacientes incluidos en el estudio.....	61
TABLA 3. Modalidades de órdenes de LET pautadas.....	63
TABLA 4. Características basales de los pacientes fallecidos	66
TABLA 5. Causas de ingreso y fallecimiento de los pacientes incluidos	67

TABLA 6. Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico pautadas.....	68
TABLA 7. Asociaciones entre medidas de limitación del esfuerzo terapéutico y características de los pacientes.	69
TABLA 7a.....	69
TABLA 7b.....	70
TABLA 7c.....	70
TABLA 8. Características basales de los internistas encuestados y de su entorno de trabajo.	71
TABLA 9. Combinaciones de respuestas ofrecidas sobre aquellas acciones que conforman la LET.....	74
TABLA 10. Combinaciones de respuestas ofrecidas acerca de las acciones que suponen “medidas agresivas”.....	75
TABLA 11. Valoración de la atención y la formación en la atención al final de la vida.....	77
TABLA 12. Toma de decisiones al final de la vida.	78

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna	101
--	-----

ANEXO 2: Carta al director. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.....	107
ANEXO 3: Póster ¿Puede influir la “rezonificación” en la atención de los pacientes que fallecen en Medicina Interna? Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel.....	109
ANEXO 4: Póster. ¿Indicamos las órdenes de no reanimación y de limitación de esfuerzo terapéutico? Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel.....	110
ANEXO 5: Póster. Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico más frecuentes en los pacientes que fallecen en Medicina Interna.....	111
ANEXO 6: Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina interna.....	112
ANEXO 7: Póster. Withholding and withdrawing treatment, a multicentre study in patients admitted in Internal Medicine wards in the Community of Madrid.....	118
ANEXO 8: ¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico...?	119
ANEXO 9: Encuesta sobre limitación del esfuerzo terapéutico a internistas de la SEMI.....	124

RESUMEN

Introducción. Con los avances tecnológicos del siglo XX, surge la idea de que no todo lo técnicamente posible es éticamente justificable, naciendo así el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Existe una gran confusión terminológica por parte de la propia comunidad médica, lo que hace que no se maneje correctamente en muchas ocasiones el concepto ni las situaciones del final de vida de los pacientes. Sin embargo, con los últimos hechos recientes, como la aprobación de la Ley de Eutanasia, o la pandemia de la COVID19, se ha hecho más notoria la necesidad de conocer estos conceptos en profundidad. Para llevar a cabo la LET es necesario seguir un proceso riguroso en el cual un paso importante es conocer los deseos del paciente. Estas medidas, estudiadas ampliamente en múltiples ámbitos de la medicina (como son los Cuidados Intensivos o la Geriátrica), y poco en el entorno de la Medicina Interna, se ha visto que se llevan a cabo en pacientes pluripatológicos y añosos. También se ha visto que conllevan una importante carga de estrés moral en los profesionales que las aplican. Se plantea como hipótesis principal el hecho de que la LET es muy frecuente en Medicina Interna y que, sin embargo, los internistas no la conocen de forma adecuada, lo que puede llevar a que su manejo no sea el correcto.

Objetivos. Se plantea como objetivo principal describir cómo es la LET en la Medicina Interna de España. Y como objetivos secundarios, describir la

frecuencia y los tipos de LET, la población diana, si los internistas conocen el concepto y valorar las dificultades que se presentan al aplicar la LET.

Material y métodos. Se diseña un primer estudio observacional retrospectivo en el Hospital Fundación Alcorcón, donde se recogen las características y tipos de LET de todos los pacientes fallecidos en Medicina Interna durante 6 meses. Posteriormente se diseña un segundo estudio, ampliando los datos del primero, para darle validez externa a los resultados encontrados, y por tanto de diseño similar, pero en otros tres hospitales más de la Comunidad de Madrid (La Princesa, Quironsalud Pozuelo e Infanta Cristina de Parla). Por último, se elabora una encuesta de opinión, diseñada ad hoc, y distribuida de manera online por la plataforma informática de la SEMI, con 4 envíos en total. En esta encuesta, se hacen preguntas de carácter general, y otras dirigidas a conocer qué saben los internistas de la LET y cómo la manejan, qué formación tienen al respecto y cómo desearían mejorarla.

Resultados. En el primer estudio, se analizaron 211 fallecidos, con una edad media de 84 años, 49% provenía de residencia, 50% fueron considerados enfermos terminales, 35% con demencia severa y 45% con comorbilidad leve-moderada. Las principales causas de ingreso y de éxito fueron las infecciones y las enfermedades cardiovasculares. 86,3% tenía alguna orden de LET, siendo las más pautadas la “orden de no RCP” (73%) y la no realización de “maniobras agresivas” (38%). 50% falleció con una sedación paliativa pautada.

En el segundo estudio, se analizaron 382 pacientes, de características

similares a los del estudio 1, aunque con mayor porcentaje de pacientes que provenían de domicilio, 43% con demencia moderada-grave y 95,5% comorbilidad al menos moderada. 84% tenía alguna medida de LET pautada siendo de nuevo las más frecuentes el no iniciar maniobras de RCP y el no aplicar “medidas invasivas”. Además, se vio que la presencia de demencia moderada o grave aumentaba un 73% la “orden de no RCP”.

En el tercer estudio, se analizan 276 encuestas, con edad media de 42 años, 80% adjuntos. El 23,8% (65 [IC95% 18,6-29,0]) señaló las tres opciones correctas de la definición de LET. El 73,3% entendía que la RCP era una medida agresiva. 48,4% de los profesionales tomaba la decisión de instaurar una sedación paliativa de manera conjunta, mientras que 30,8% lo decidían ellos solos. 43% carecía de formación en cuidados paliativos, no obstante, 73,3% consideraba su conocimiento bueno o muy bueno. Sin embargo, al 62,3% le generaba ansiedad y 81,3% reconocía haber tenido conflictos en el manejo de estas situaciones. La planificación anticipada se hacía sobre todo en pacientes oncológicos seguidos de los que padecían insuficiencia cardíaca o EPOC terminal.

Conclusiones. La LET es muy frecuente en los pacientes que fallecen en Medicina Interna de España. Las más frecuentes son fórmulas generales como la “orden de no RCP” y la no realización de “medidas agresivas”. La LET se lleva a cabo en pacientes de edad avanzada, con importante comorbilidad y una alta incidencia de demencia y enfermedad terminal. La mayoría de los internistas no conoce bien la LET y, aunque reconocen tener una escasa

formación, consideran que la atención que prestan en estos pacientes es buena. No obstante, reconocen conflictos en su aplicación. Existe un déficit en la formación de los internistas tanto en bioética como en cuidados paliativos, por lo que sería recomendable mejorarla, tanto en aspectos técnicos, como éticos y en habilidades de comunicación, para identificar y tratar mejor a los pacientes, algo que se ha vuelto de especial importancia en el actual contexto legislativo y de pandemia.

Palabras clave: *Bioética. Limitación del esfuerzo terapéutico. Medicina Interna.*

ABSTRACT

Introduction. With the technological advances of the 20th century, the idea arises that not everything that is technically possible is ethically justifiable, thus giving rise to the concept of withholding and withdrawing treatment (WH-WD). There is a great deal of confusion on the terminology within the medical community, which means that the concept of WH-WD treatment and end-of-life situations of patients are not handled correctly on many occasions. However, considering recent events, such as the approval of the Euthanasia Law, or the COVID19 pandemic, the need to know these concepts in depth has become more evident. To carry out WH-WD treatment it is necessary to follow a rigorous process in which an important step is to know the patient's will. These actions, widely studied in multiple fields of medicine (such as Intensive Care or Geriatrics), and less so in the environment of Internal Medicine, have been seen to be carried out in multi-pathological and elderly patients. It has also been seen that they carry a significant load of moral stress on the professionals who apply them. The main hypothesis is the fact that WH-WD treatment is very frequent in Internal Medicine and that, however, internists do not know it adequately, which may lead to its management being incorrect.

Objectives. The main objective is to describe what WH-WD treatment is like in Internal Medicine in Spain. And as secondary objectives, describe the frequency and types of WH-WD treatment, the target population, if the internists

know the concept and assess the difficulties that arise when applying WH-WD measures.

Methods. A first retrospective observational study is designed at the Hospital Universitario Fundación Alcorcón, to collect the characteristics and types of WH-WD measures of all deceased patients in Internal Medicine throughout six months. Subsequently, a second study is designed to expand the data of the first study so as to give external validity to the results. It is therefore of similar design, but carried out in three other hospitals in the Community of Madrid (La Princesa, Quironsalud Pozuelo and Infanta Cristina de Parla). Finally, an opinion survey is prepared, designed ad hoc, and distributed online in four installments by the SEMI computer platform. This survey addressed questions of a general nature as well as questions aimed at knowing what internists know about WH-WD treatment and how they handle it, what training they have in this regard and how they would like to improve it.

Results. In the first study, 211 deaths were analyzed, with a mean age of 84 years, 49% from nursing homes, 50% considered terminally ill, 35% with severe dementia and 45% with mild-moderate comorbidity. The main causes of admission and death were infections and cardiovascular diseases. 86,3% had some WH-WD order, the most common being the "DNR order" (73%) and no "aggressive treatment measures" (38%). 50% died with a prescribed palliative sedation.

In the second study, 382 patients were analyzed, with characteristics similar to those in study one, although with a higher percentage of patients who came from their own home, 43% with moderate-severe dementia and 95.5% at least moderate comorbidity. 84% had some measure of WH-WD treatment prescribed, again the most frequent being DNR and not applying "aggressive measures". Furthermore, the presence of moderate or severe dementia was found to increase the order of DNR by 73%.

In the third study, 276 surveys are analyzed, with a mean age of 42 years, 80% attendants. 23,8% (65 [95% CI 18,6-29,0]) indicated the three correct options of the definition of WH-WD measures. 73,3% understood that DNR was an aggressive measure. 48,4% of the professionals made the decision to establish palliative sedation jointly, while 30,8% decided it on their own. 43% lacked training in palliative care, however, 73,3% considered their knowledge good or very good. Nevertheless, 62,3% generated anxiety and 81,3% acknowledged having had conflicts in handling these situations. Advanced planning was done mostly in cancer patients followed by those with heart failure or end-stage COPD.

Conclusion. WH-WD treatment is very common in patients who die in Internal Medicine in Spain. The most common are general formulas such as the "DNR order" and the non-application of "aggressive measures." WH-WD treatment is carried out in elderly patients, with significant comorbidity and a high incidence of dementia and terminal illness. Most internists do not know WH-WD measures well and, although they admit that they have little training, they consider that the

care they provide in these patients is good. However, they recognize conflicts in its application. There is a deficit in the training of internists both in bioethics and palliative care, so it would be advisable to improve this training, both in technical and ethical aspects, and in communication skills, to better identify and treat patients, something that has become of particular importance in the context of legislation recently passed and the pandemic situation.

Keywords., *bioethics. Withholding and withdrawing measures. Internal Medicine*

INTRODUCCIÓN

Concepto de Limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) surge a lo largo del siglo XX, tras la explosión de la tecnificación de la medicina y de los importantes avances científicos aplicados a la biomedicina, que hacen que se pueda prolongar artificialmente una vida prácticamente de manera infinita. Ahí comienzan a surgir los dilemas éticos y aparece la limitación del esfuerzo terapéutico, al identificar ciertos pacientes en los que dichas medidas técnicas, aunque son físicamente posibles, producen un daño mayor que beneficio. Aparece entonces la idea de que no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable¹.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar) que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida². Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costes-cargas y beneficios para el enfermo. Son medidas que, llegados a un cierto punto, lo único que consiguen es prolongar la vida biológica del paciente, sin aportarle ningún beneficio en cuanto a recuperación funcional o calidad de vida se refiere. Si se mantuviesen dichas medidas, se estaría entonces cayendo en una obstinación terapéutica, vulnerando por tanto el principio de no maleficencia. Con la LET se pretende evitar el sufrimiento innecesario en pacientes en la fase final de su vida³.

El término LET ha sido ampliamente cuestionado. Algunos autores proponen otros términos, como “adecuación de las intervenciones clínicas”, “adecuación de las medidas terapéuticas”^{4,5}, “limitación del tratamiento de soporte vital”, “adecuación del esfuerzo terapéutico”, “adecuación de tratamientos de soporte vital”. Este debate sigue abierto y sin resolución. Sin embargo, el término más generalizado es LET, y hay razones para ello. En primer lugar, porque realmente sí que se limitan medidas (diagnósticas o de tratamiento), y además porque todo tratamiento debe ser “adecuado”, no sólo al final de la vida. Siempre debe existir una adecuación ponderada de las intervenciones terapéuticas, independientemente de que algunas se limiten.

Se distinguen dos tipos de LET. El primero es el no iniciar una medida (*withholding treatment*) que en otros pacientes o contextos podría estar indicada. El segundo es el de retirar una medida cuando está ya instaurada (*withdrawing treatment*)^{6,7}. Si bien ambas formas éticamente son iguales, parecen tener un carácter moral distinto⁸, la valoración psicológica del profesional y del entorno del enfermo difiere a la hora de realizar una u otra⁹.

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 escasos.¹⁰ 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 evitar

prolongar la vida biológica de los pacientes sin proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida mínima a los pacientes. A diferencia de la eutanasia, es la enfermedad quien produce la muerte del enfermo, y no la actuación médica. No produce la muerte, pero no la impide.

El problema al que se enfrentan los profesionales sanitarios, es que no existe una escala matemática para saber si una medida se ha convertido en fútil o no. Se debe hacer una evaluación ponderada de los datos clínicos, evaluando los criterios de indicación y el pronóstico. Se deben, además, utilizar estrategias de comunicación y de optimización del proceso de información con el paciente y la familia de manera que entiendan y puedan asumir la situación de terminalidad en la que se encuentran. Sin embargo, la LET está ampliamente recogida en el Código de la Organización Médica Colegial y en la legislación sanitaria, por lo que es una obligación del médico aplicarla.

Términos relacionados con la LET ^{2,5}

Uno de los problemas que surgen a la hora de manejar el final de la vida por parte de los profesionales sanitarios, proviene de la confusión terminológica que existe. Una base importante para mejorar el manejo de estos pacientes, sería que todos los profesionales sanitarios “hablen el mismo idioma” y por tanto utilicen correctamente los términos que definen cada una de las situaciones que se dan al final de la vida, para así poder evitar confusiones y conflictos éticos tanto dentro del propio ámbito sanitario como con los pacientes, dado que son situaciones que ya de por sí, conllevan una elevada

carga emocional, tanto en los profesionales como en los pacientes y sus allegados.

- Sedación paliativa. Se instaura para paliar los síntomas refractarios a todo tipo de tratamiento activo. Consiste en administrar fármacos para aliviar un sufrimiento físico o psicológico inalcanzable con otras medidas. Supone una disminución “suficientemente profunda e irreversible del nivel de conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”. Se considera una buena práctica clínica, un deber deontológico y una obligación legal, según las legislaciones autonómicas¹¹.

FIGURA 1. CRITERIOS PARA INICIAR UNA SEDACIÓN PALIATIVA ¹³

CRITERIOS SEDACIÓN PALIATIVA	
Situación Clínica	Enfermedad incurable avanzada con previsión de muerte próxima
Indicación Correcta	Identificación síntoma refractario
Objetivo	Alivio del sufrimiento y disminución proporcionada del nivel de conciencia
Administración	Uso adecuado de fármacos
Consentimiento Informado	Toma de decisiones compartida (planificación anticipada)
Registro	Historia Clínica por parte del profesional sanitario, el paciente no tiene que firmar documento.
Familia Implicada	Importante conseguir el consenso con los familiares.

- Medida extraordinaria. Una medida puede ser identificada como extraordinaria por ser escasa, cara, invasiva o con un riesgo de complicaciones elevado.
- Medida desproporcionada. Es aquella en la que el beneficio es menor que el riesgo, en un paciente determinado en un momento concreto.
- Futilidad terapéutica. Se trata de aquellos tratamientos que fracasarían desde el inicio al no poder alcanzar ya el objetivo planteado con el paciente, medida desaconsejada por haberse convertido en clínicamente ineficaz. Son ineficaces dado que no van a conseguir mejorar los síntomas o el pronóstico del paciente o porque van a producir daños personales, familiares, económicos o sociales. Para decidir sobre la futilidad de una medida, es necesario conocer las preferencias del paciente, los datos clínicos, el diagnóstico situacional con el pronóstico basado en la evidencia científica, la calidad de vida (física, psicológica, emocional y familiar), y la distribución de los recursos.
- Eutanasia. Etimológicamente, significa “buena muerte”. Actuaciones de profesionales sanitarios que producen la muerte de manera directa, a petición expresa, reiterada e informada del paciente capaz, en un contexto de sufrimiento por una enfermedad incurable, aun habiendo tenido acceso a unos cuidados paliativos de calidad. Por lo tanto, la eutanasia, por definición, siempre deberá ser activa, voluntaria y directa.
- Obstinación profesional. Puede ser tanto terapéutica como diagnóstica. Sería lo contrario de la LET. El intentar alargar la vida de un paciente mediante medios extraordinarios o desproporcionados, prolongando su

sufrimiento sin que se consiga un beneficio razonable. Anteriormente se utilizaban también los términos “encarnizamiento terapéutico” o “ensañamiento terapéutico”, y más antiguamente el de distanasia.

- Distanasia. Término que se utilizaba anteriormente para designar la obstinación terapéutica.
- Suicidio Asistido. Se trata de producir la muerte del paciente, a petición expresa, reiterada e informada de paciente, pero cuando la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios necesarios para que sea él mismo quien se produzca la muerte, buscando el alivio del sufrimiento.
- Rechazo al tratamiento. En este caso, la limitación la decide el paciente, recayendo sobre éste el peso principal de la decisión, como principal protagonista.
- Cuidados paliativos. Se trata de la atención de enfermos en fase avanzada y terminal para tratar los síntomas que presenten, y que han sido refractarios ya al tratamiento curativo optimizado ¹³.
- Orden de no reanimación cardiopulmonar (RCP). Se trata de una prescripción por parte de los profesionales sanitarios, para no iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar en el caso de que el paciente sufra una parada cardiorrespiratoria, ya que no existen posibilidades razonables de recobrar las funciones neurológicas.

○ Diferencias entre morir y parada cardiaca:

- La muerte es un proceso natural y esperado, precedido previamente por un deterioro progresivo de la situación del paciente pese a la optimización de un tratamiento médico apropiado, con una causa subyacente irreversible y, donde las maniobras de reanimación, por tanto, no tienen probabilidad de éxito.
- La parada cardiaca, sin embargo, es un suceso que ocurre, se trata de una emergencia médica, como acontecimiento súbito sobre una estabilidad relativa previa, el tratamiento médico apropiado acontece a posteriori con el objetivo plausible de mejorar la causa subyacente y donde las maniobras de reanimación tienen una probabilidad realista de éxito.

En la realidad, la mayoría de las muertes que se producen en el ámbito hospitalario, lo hacen derivadas de un proceso de limitación del esfuerzo terapéutico, empezando por la orden de no reanimar. Por eso es fundamental que dichas decisiones se tomen de forma deliberada entre todos los profesionales sanitarios responsables de llevar a cabo el procedimiento.

¿Qué no es una LET?

Como hemos dicho, existe bastante desconocimiento y confusión entre la comunidad médica, así como en la población en general, acerca de lo que es la LET. Uno de los errores comunes es confundirlo con otros procedimientos.

- Eutanasia. En este caso, es la actuación médica la que produce la muerte del enfermo, siendo éste su objetivo principal. En el caso de la LET, la muerte no es el objetivo principal, el paciente fallece a causa de su enfermedad, y su objetivo es aliviar un sufrimiento³. En España, ha sido aprobada el 17 de diciembre de 2020 la primera ley de regulación de la eutanasia, permitiendo su realización a los profesionales para los pacientes que cumplan unos rigurosos criterios de indicación.
- Suicidio asistido. De igual manera que en la eutanasia, son las actuaciones médicas las que producen la muerte, en este caso, ejecutadas por el propio paciente.
- Sedación paliativa. En este caso, el objetivo principal es aliviar unos síntomas refractarios al resto de tratamientos sintomáticos. El objetivo de nuevo no es la muerte, aunque se prevé cercana. Puede estar encuadrada dentro de los cuidados paliativos.
- Triaje. Los procesos de triaje se encargan de valorar y clasificar a los pacientes para determinar la prioridad de su atención y la localización más apropiada para su tratamiento. El triaje consiste en garantizar que cada paciente, en función de los recursos disponibles, reciba el tratamiento correcto en el menor tiempo posible. Generalmente el concepto se aplica a los cuidados de urgencia y emergencia (grandes catástrofes, escasez de camas de UCI, etcétera), pero el triaje también se realiza en situaciones como los trasplantes y otras situaciones en las que recursos son escasos. Se trata de la obligación de ordenar a los

pacientes para recibir unas medidas de tratamiento o diagnóstico limitadas por una ausencia de recursos^{12,13}.

En la situación vivida en 2020 durante la pandemia de la COVID19 causada por el coronavirus SARS CoV2, se ha seguido haciendo LET en los pacientes en los que estaba indicado médicamente. En esta situación, además, ha habido que llevar a cabo decisiones de triaje, impuestas por la ausencia de recursos disponibles. La indicación no es médica o científica, sino económica o política.

- No reanimación cardiopulmonar. Es una de las medidas LET que se pueden tomar, pero no es la única. Existen otras muchas medidas intermedias en las que también hay que plantearse su idoneidad en ciertos momentos.

Marco legislativo

A fecha de la redacción de esta tesis, no existía ninguna ley a nivel nacional en España que regulase la atención de los pacientes al final de la vida. No aparecen mencionados en la Ley general de Sanidad de 1986¹⁴. En la Ley 41/2002, sobre la autonomía del paciente, se mencionan las instrucciones previas, pero seguía sin regularse el proceso de muerte y de cuidados paliativos¹⁵. Sí que tiene un capítulo específico para su regulación en el Código deontológico médico de la Organización Médica Colegial, actualizado en 2018, en el artículo 38. En éste se recoge la obligación de realizar una adecuación de las intervenciones al final de la vida, realizar una LET para evitar la obstinación

terapéutica y aplicar una sedación paliativa cuando ésta esté indicada¹⁶. El 17 de diciembre de 2020 se aprueba en el Congreso de los Diputados la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia para regular la eutanasia y el suicidio asistido¹⁷.

Sí que existía previamente una regulación a nivel autonómico en muchas de las comunidades autónomas, no todas, por lo que se puede decir que la calidad de la asistencia en el final de la vida dependía del territorio donde se atendiese al paciente.

En la Comunidad de Madrid, la ley 4/2017 de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir¹⁸ recoge el derecho a la información, a la toma de decisiones, a las instrucciones previas, a unos cuidados paliativos integrales que incluyen la sedación paliativa y la LET, y el deber de los profesionales de garantizarlos y aplicarlos.

Cómo se lleva a cabo la LET ²

La toma de decisiones se basa en elementos objetivos de la historia clínica como son los signos, síntomas y resultados de pruebas diagnósticas (científicos), pero también en elementos subjetivos (valores implicados, aspectos sociales, contexto, aspectos legales y económicos, etcétera). De esos elementos, deriva un algoritmo mental entre la probabilidad de enfermedad, de complicaciones y de curación, ya que todos los procedimientos tienen riesgos/beneficios, y en las características individuales del enfermo¹⁹.

Por eso, la toma de decisiones ha de ser un proceso meditado, contrastado y revisado en continuidad en función de la evolución, y sobre todo, individualizado²⁰. Desde los años '70 y sobre todo en los '90, aparecen múltiples guías metodológicas para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones, intentando incorporar todos los factores para la deliberación^{21,22,23}.

1. Evaluación del caso. En primer lugar, se deben estudiar los deseos del paciente. Si el paciente no es competente para la toma de esta decisión, serán sus tutores o allegados quienes expresen lo que serían sus deseos. Se deben analizar los datos clínicos disponibles (anamnesis, exploración, pruebas complementarias, etc). Se debe calcular un pronóstico del paciente, cuya situación es grave, irreversible o terminal, tras un diagnóstico lo más concreto posible. Se debe evaluar la calidad de vida del paciente previo al diagnóstico actual, así como la esperable tras superarse el episodio actual en el caso de que así fuese. Y, por último, se debe calibrar una distribución justa de los recursos.
2. Toma de decisión. Ha de ser participativa entre el paciente, sus allegados (en el caso de que el paciente lo requiera), el equipo médico y de enfermería que esté encargado del paciente. El objetivo de esta deliberación es determinar si el paciente es candidato a una LET y cómo se delimitaría ésta, qué medidas se llevarían a cabo y cuáles no. Una vez tomada la decisión, ha de comunicarse al paciente (o familiares) y dejarse reflejada en la historia, para que el resto de personal que atiende al paciente y puede tener que intervenir en su tratamiento sea conocedor de la decisión tomada.

3. Puesta en marcha. Habrá que retirar aquellas medidas que una vez tomada la decisión, se hayan convertido en inútiles. No habrán de iniciarse aquellas medidas consideradas en conjunto como fútiles. Por otro lado, habrá que tratar lo que y hasta donde se haya decidido con el paciente. Mientras tanto, deberán llevarse a cabo las medidas paliativas necesarias con respecto a los cuidados y el tratamiento sintomático que precise en cada momento.

FIGURA 2. Toma de decisiones LET

TOMA DECISIONES LET	
Identificación de posibilidad de LET	Determinar Futilidad (Punto inflexión)
	Identificación precoz situación final vida (trayectorias de enfermedad)
	Evaluación integral del paciente (preferencias paciente, datos clínicos, diagnóstico situacional, calidad vida...)
Deliberación por parte del equipo	Decisión interprofesional, se busca el mayor consenso no unanimidad.
	Peso relevante en la decisión los profesionales responsables del paciente
Comunicación conjunta a la Familia	Inclusión durante todo el proceso. Acompañamiento proceso duelo
	No responsabilizar a la familia
	Ante desacuerdo consulta CEAS
Registro Historia Clínica	Registrar medidas de LET en registro específico y anotaciones médicas y de enfermería.
	Medida conocida por parte de todos los profesionales a su cargo
Aplicación de Medidas	Programar y reforzar cuidados
	Abordaje paliativo
	Control del dolor y del sufrimiento (uso de escalas)

Los pacientes y la LET

Los pacientes en los que se plantea la LET tienen un 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 aplica²⁰.

La LET ha sido ampliamente estudiada en distintos entornos. La mayor parte de los estudios se han realizado en Cuidados Intensivos (tanto en adultos^{24,25} como en Pediatría^{26,27} o Neonatología²⁸), pero también hay trabajos con pacientes en programas de Cuidados Paliativos^{29,30} en Geriatría³¹ u Oncología³². 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 sanitaria³³. Hasta una cuarta parte de la mortalidad de los hospitales ocurre en estos servicios³⁴. 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 graves⁴². Es precisamente en estos pacientes en quienes se plantea con frecuencia la discusión en torno a las decisiones de LET.

Para considerar a un paciente candidato a medidas de LET se han desarrollado diferentes escalas que incluyen factores como la calidad de vida, la comorbilidad, el riesgo y el pronóstico vital^{35,36,37,38}.

Los profesionales y la LET

Los desacuerdos a la hora de determinar qué se entiende por desproporción (o futilidad) y las potenciales tensiones interpersonales que rodean a las deliberaciones sobre la LET provocan numerosos conflictos morales^{39,40,41} y ocasionan con frecuencia estrés moral en los profesionales^{42,43,44}. Por todo ello, en muchas ocasiones, creemos que se acaban usando frases o perífrasis ambiguas que restan cierta carga mental al profesional. Es necesario conocer los factores subyacentes a esta variabilidad y ambigüedad. En otros países europeos, la falta de formación en ética clínica ha sido identificada como uno de los problemas de base, lo que conduce al desconocimiento de los conceptos (incluido el de LET), y el escaso interés por este campo^{45,46}.

Justificación del estudio

Como se ha expuesto, la LET se aplica con frecuencia en servicios como Cuidados Intensivos o Geriátrica, en pacientes con determinadas características, y muchas veces produce discomfort en los profesionales que la aplican.

Las plantas de hospitalización de Medicina Interna asumen a la mayoría de pacientes ingresados, muchos de ellos en la fase final de la vida y con mal pronóstico vital, las características que pueden llevar a tomar decisiones de LET. Sin embargo, hasta ahora no se ha estudiado cómo se realiza la LET en Medicina Interna, si es frecuente, a qué tipo de pacientes se realiza y cómo afecta a los internistas.

Este trabajo nace de la necesidad de estudiar el proceso de la LET en Medicina Interna, para comprobar su frecuencia, cómo se lleva a cabo, en qué población y qué implicación tiene en los internistas.

HIPÓTESIS

La hipótesis principal es que la LET es una medida muy frecuente en el ámbito de la Medicina Interna y que, sin embargo, los internistas no la conocen de forma adecuada, lo que puede llevar a que su manejo no sea correcto.

Muchos de los pacientes atendidos en Medicina Interna se encuentran en situación de fragilidad y/o terminalidad, lo que hace que ciertos tratamientos o procedimientos se conviertan en fútiles para ellos. Por ello, es de esperar que la LET sea una medida utilizada con frecuencia en este servicio. Sin embargo, existe la sospecha de que la formación de los profesionales de este servicio, en materia de cuidados paliativos y bioética no es suficiente para llevar a cabo un manejo óptimo de estos pacientes, lo que incluye las decisiones de LET.

Se ha analizado esta hipótesis a lo largo de tres estudios de características diferentes. En dos de ellos, a través de un estudio de campo en plantas de hospitalización de Medicina Interna, para ver si las decisiones de LET son tan frecuentes como se sospecha, en quién se toman y cómo se aplica la LET. En el tercer estudio, se han analizado qué conocimientos tienen los internistas acerca de la LET y qué dificultades tienen al aplicarla.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Describir cómo es la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en la Medicina Interna de España.

Objetivos secundarios

1. Evaluar la frecuencia y los tipos de LET en la hospitalización de Medicina Interna en España.
2. Identificar cuál es la población diana en la que se están empleando las medidas de LET.
3. Evaluar si los internistas conocen el concepto de LET y si están formados al respecto.
4. Valorar qué dificultades presentan al aplicar la LET.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Se trata de tres estudios diferentes en cuanto a la población y el método utilizado.

El primero es un estudio observacional descriptivo, realizado en un único hospital con un periodo de recogida de datos de seis meses. Los resultados se estiman reproducibles, por lo que se diseñó el segundo estudio, para darle validez externa a los resultados de éste, y por tanto el método es similar (observacional, descriptivo, durante seis meses), pero en este caso, se recogieron datos de cuatro hospitales de diferentes características de la Comunidad de Madrid (hospital público/privado, nuevo/clásico). Los resultados obtenidos, nos llevaron a realizar una encuesta de opinión, dirigida a los internistas españoles, dando pie al tercer estudio.

Estudio 1. “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”

- Diseño del estudio. Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado durante un periodo de seis meses entre los años 2011 y 2012 en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Alcorcón (Madrid), España. Se escogieron los mismos meses de cada año para evitar variabilidad estacional en los motivos de ingreso de los pacientes.

- Diseño del instrumento. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de los pacientes incluidos en el estudio. Dicha recogida se llevó a cabo por tres observadores, internistas, incluidos en la plantilla del servicio analizado, con un entrenamiento común 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 tres observadores, comentando los casos para homogeneizarlos y resolver las posibles dudas de cada uno.

- Población de estudio. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Interna entre los meses definidos para el estudio. No se utilizaron criterios de exclusión.

- Determinaciones y variables:

- ▲ Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas:

- Edad (en años).
- Género.
- Origen del paciente (si proviene de una institución o residencia o de su domicilio).

- ▲ Se recogieron también antecedentes y características del ingreso del paciente:

- Presencia de deterioro cognitivo (definido según los estadios del Clinical Dementia Rating⁴⁷ –CDR-).

FIGURA 3. Clinical Dementia Rating

Clinical dementia rating (CDR): 0, 0.5, 1, 2, 3

Impairment	None (0)	Questionable (0.5)	Mild (1)	Moderate (2)	Severe (3)
Memory	No memory loss or slight inconstant forgetfulness	Consistent slight forgetfulness; partial recollection of events	Moderate memory loss; more marked for recent events; defect interferes with everyday activities	Severe memory loss; only highly learned material retained; new material rapidly lost	Severe memory loss; only fragments remain
Orientation	Fully oriented	Fully oriented or slight difficulty with time relationships	Moderate difficulty with time relationships; oriented for place at examination; may have geographic disorientation elsewhere	Severe difficulty with time relationships; usually disoriented in time, often to place	Oriented to person only
Judgment and problem	Solves everyday problems and handles business and financial affairs well; judgment good in relation to past performance	Slight impairment to solving problems, similarities, differences	Moderate difficulty in handling problems, similarities, differences; social judgment usually maintained	Severely impaired in handling problems, similarities, differences; social judgment usually impaired	Unable to make judgments or solve problems
Community affairs	Independent function at usual level in job, shopping, volunteer and social groups	Slight impairment in these activities	Unable to function independently at these activities though may still be engaged in some; appears normal to casual inspection	No pretense of independent function outside of home; appears well enough to be taken to functions outside of family home	No pretense of independent function outside of home; appears too ill to be taken to functions outside a family home
Home and hobbies	Life at home, hobbies, intellectual interests well maintained	Life at home, hobbies, intellectual interests slightly impaired	Mild but definite impairment of function at home; more difficult chores abandoned; more complicated hobbies and interests abandoned	Only simple chores preserved; very restricted interests, poorly maintained	No significant function in home
Personal care	Fully capable of self care	Fully capable of self care	Needs prompting	Requires assistance in dressing, hygiene keeping of personal effects	Requires much help with personal care; frequent incontinence

Score only as decline from previous usual level due to cognitive loss, not impaired due to other factors.

Reproduced with permission from: Morris JC. The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43:2412. Copyright © 1993 Lippincott Williams & Wilkins.

- Comorbilidades asociadas (según el índice de Charlson⁴⁸).

FIGURA 4. Índice de Charlson⁴⁹

Índice de comorbilidad de Charlson.		Puntuación
Enfermedades <u>comórbidas</u>		asignada
Cardiopatía Isquémica		1
Insuficiencia	cardíaca	
congestiva		1
Enfermedad	vascular	
periférica		1
Enfermedad cerebrovascular		1
Demencia		1
Enfermedad	pulmonar	
crónica		1
Enfermedad reumática		1
Úlcera péptica		1
Enfermedad hepática leve		1
Hipertensión Arterial		1
Diabetes Mellitus		2
Hemiplejía o paraplejía		2
Enfermedad renal		2
Tumores malignos		2
Enfermedad	hepática	
moderada o grave		3
Tumor sólido <u>metastásico</u>		6
SIDA		6

- Presencia de enfermedad terminal al ingreso (definida según los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos⁵⁰ - SECPAL-).
- Situación de terminalidad: según los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos para pacientes no oncológicos⁵⁹, que la definen como:
 - Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.

- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida limitado.
- Causa del ingreso:
 - Infección respiratoria.
 - Infección tracto urinario.
 - Otras infecciones.
 - Insuficiencia cardíaca (ICC).
 - Accidente cerebrovascular (ACVA).
 - Cardiopatía isquémica.
 - Tromboembolismo pulmonar (TEP).
 - Insuficiencia renal.
 - Cáncer.
 - Patología hepatobiliar.
 - Desconocida.

- Otras.
- Causa de éxitus:
 - Infección respiratoria.
 - Infección tracto urinario.
 - Otras infecciones.
 - ICC.
 - ACVA.
 - Cardiopatía isquémica.
 - TEP.
 - Cáncer.
 - Desconocida.
 - Otras.
- Si se inició una sedación terminal.
- Duración de la misma (en horas).
- Tiempo de estancia hospitalaria (en días).
- Peso del alta: coste específico en función de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), como medida de la complejidad del paciente.

▲ En relación con la LET y de acuerdo con la bibliografía al respecto^{51,52,53,54}, se recopilaron las siguientes medidas de LET:

- Orden de no RCP.
- No candidato a ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos(UCI).
- No candidato a terapia renal sustitutiva (TRS).
- 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 (QT) o radioterapia (RT).
- No uso de antibióticos.
- No subsidiario de “medidas agresivas”. Se incluyó este término 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 aquellas 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.

- Análisis estadístico.

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

Estudio 2. “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna”

- Diseño del estudio. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico de cuatro hospitales de la Comunidad de Madrid, que prestan asistencia a poblaciones urbanas y rurales. Se definió un periodo de estudio de seis meses.

- Diseño del instrumento. Se revisaron las historias clínicas electrónicas o en papel, según la institución, de los pacientes incluidos en el estudio. Dicha recogida se llevó a cabo por un observador en cada centro, con entrenamiento previo para homogeneizar la recogida. La base de datos se hizo, en este caso, por una persona diferente a las de la recogida, implicada en la recogida del estudio 1 para aunar ambos estudios.

- Población de estudio. Se incluyeron todos aquellos pacientes que durante el periodo definido como estudio fallecieron en su ingreso. No hubo criterios de exclusión.

○ Determinaciones y variables. Al tratarse del mismo estudio que el primero, pero con una población mayor y en centros diferentes, la idea era ampliar la base de datos ya obtenida en el primer centro con los otros 3, por lo que se recogieron prácticamente las mismas variables, con alguna mejora deducida del estudio 1.

▲ Desde el punto de vista sociodemográfico:

- Edad (en años).
- Género.
- Origen del paciente (institución/residencia o domicilio).

▲ Como antecedentes y características del ingreso del paciente:

- Presencia de deterioro cognitivo (definido según los estadios del CDR⁵⁶).
- Comorbilidades asociadas. Con el primer estudio se vio que el índice de Charlson sobreestimaba ciertas patologías no tan frecuentes en la población del estudio, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por lo que se decidió utilizar el índice de Charlson ajustado a la edad. Se dividió entre ausencia de comorbilidad [1-2 puntos], comorbilidad leve [3-4 puntos], moderada [5-6 puntos], grave [> 7 puntos])⁵⁵.

FIGURA 5. Índice de Charlson modificado por la edad⁵⁶

PATHOLOGY	SCORE
Coronary disease	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Connective tissue disease	1
Peptic ulcer	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Moderate-severe renal disease	2
Diabetes with damage to target organs	2
Any tumor, leukemia, lymphoma	2
Moderate-severe liver disease	3
Solid metastasic tumor	6
AIDS	6

In addition, for each decade > 50 years 1 extra point is added.

Source: Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45(6):613-619.

- Presencia de enfermedad terminal al ingreso (definida según los criterios de la SECPAL⁵⁹).
- Situación de terminalidad (según los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos para pacientes no oncológicos⁵⁹).
- Causa del ingreso:
 - Infección respiratoria.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Infección tracto urinario.
 - Otras infecciones.

- ACVA.
- Insuficiencia renal.
- Patología hepatobiliar.
- Cardiopatía isquémica.
- Tromboembolia pulmonar.
- Otros.
- Causa de éxitus:
 - Infección respiratoria.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Cáncer.
 - Infección tracto urinario.
 - ACVA.
 - Otras infecciones.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Tromboembolia pulmonar.
 - Otros.
- Si se inició una sedación terminal.
- Duración de la misma (en horas).
- Tiempo de estancia hospitalaria (en días).

- Peso del alta: coste específico en función del GRD, como medida de complejidad del paciente.

▲ Y en relación con la LET:

- Orden de no RCP.
- No candidato a ingreso en UCI.
- No candidato a terapia renal sustitutiva.
- No transfusión de hemoderivados.
- 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.
- No candidato a ventilación o intubación. Epígrafe añadido respecto al estudio 1.
- No subsidiario de “medidas agresivas”.
- También se recogió en este estudio el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la orden de LET (horas).

De nuevo, sólo se registraron aquellas órdenes que aparecían explícitas en las notas médicas evolutivas.

- Análisis estadístico.

Los datos fueron analizados mediante SPSS, versión 17.0 (IBM Corp., Armonk, NY).

Se calcularon los intervalos de confianza al 95% de la variable principal (pauta de LET). Las variables cualitativas se describieron mediante tablas de frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas con la media y desviación estándar.

Al disponer de una muestra mayor, se intentaron calcular asociaciones entre variables. Se analizaron las asociaciones entre las órdenes de LET, abstención de RCP y sedación paliativa con:

- Grado de demencia.
- Institucionalización.
- Índice de Charlson.
- Sexo.
- Edad.

A efectos del análisis, el índice de Charlson se categorizó utilizando como punto de corte la mediana (8 puntos). Asimismo, el grado de demencia se agrupó en 2 categorías: ausente/leve (grados 0-1 de la escala CDR) y demencia moderada/grave (grados 2-3).

Se calcularon las odds ratio (OR), sus intervalos de confianza y el nivel de significación, utilizando para el contraste de hipótesis el test de la Chi cuadrado.

Estudio 3. “¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”

- Diseño del estudio. Se trata de un estudio observacional transversal a través de una encuesta voluntaria y anónima, dirigida a médicos internistas españoles. Para distribuirla se utilizó una plataforma informática de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), que garantizaba que una misma persona no podía responder dos veces a la encuesta, y que todos los participantes eran internistas. Se hicieron cuatro envíos de la encuesta vía correo electrónico: el primero en octubre de 2017 y posteriormente se realizaron mensajes recordatorios a los 15 días, al mes y a los dos meses del envío inicial. El periodo de respuesta finalizó 30 días después del último envío (11 de enero de 2018).

- Diseño del instrumento. El cuestionario de 28 preguntas se elaboró *ad hoc* para el estudio. Para construirlo se contó con un panel de profesionales que incluía internistas, especialistas en metodología de la investigación, en bioética y en atención al final de la vida. Se realizó un estudio piloto a diez internistas que sirvió para ajustar la comprensión de las preguntas, así como su longitud.

- Población de estudio. La encuesta se pensó para todos los inscritos en la SEMI, a través de su plataforma online. Pero no todos los inscritos tienen activadas las notificaciones online, y no todos los que la recibieron, la contestaron. Por lo que se hizo un envío masivo a todos los que permitían la recepción de estos correos electrónicos, y se recogieron todas las

encuestas respondidas durante el periodo comprendido entre el 13 de octubre de 2017 y el 11 de enero de 2018.

○ Determinaciones y variables. La variable principal se construyó con la pregunta “¿Qué entiende por limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente?”. Se trataba de una pregunta con seis opciones, de respuesta múltiple, de las cuales tres constituían la definición de LET (no iniciar una medida, retirar una medida y, como ejemplo de LET, la orden de No RCP). Se transformó en una variable cualitativa con dos categorías: una en la que el encuestado elegía las tres respuestas correctas y la otra en la que se elegían opciones correctas con algunas incorrectas.

▲ Como variables independientes se incluyeron parámetros demográficos, de perfil profesional e institucional:

- Edad (años).
- Sexo.
- Ser médico interno residente (MIR) o adjunto.
- Tiempo de práctica profesional (años).
- Ámbito de trabajo:
 - Público/ privado.
 - Hospitalización / consulta / urgencias.
 - Tamaño del centro.
 - Equipo de cuidados paliativos en el centro.

- Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) en el centro.
 - Carga asistencial (en consulta y hospitalización).
 - Formación específica de cuidados paliativos y deseos de formación.
 - Opinión respecto a cómo es el trato y la formación en cuidados paliativos en Medicina Interna.
- ▲ Para valorar los conocimientos de los encuestados se plantearon las preguntas:
- ¿Qué entiende por limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente? Definida como la variable principal, con respuesta múltiple posible.
 - ¿Qué entiende cuando en la historia clínica de un paciente aparece un epígrafe del tipo “paciente no candidato a medidas agresivas”?, con respuesta múltiple posible.
- ▲ Para conocer cómo se lleva a cabo la LET, se propusieron varios escenarios con diferentes respuestas posibles:
- Durante las guardias de planta de hospitalización, ¿le ha sucedido que un paciente que hasta el momento no conocía, se inestabilice y tenga que decidir usted si ingresa en la UCI porque el plan de sus médicos habituales no contemplaba esa posibilidad?
 - Durante las guardias de planta de hospitalización, ¿le ha sucedido que un paciente que hasta el momento no conocía, se

inestabilice, con síntomas refractarios y tener que iniciar una sedación paliativa?

- Cuando tiene que iniciar una perfusión de sedación, ¿en qué contexto lo hace?
- ¿Cómo toma la decisión de iniciar una sedación paliativa?
- ¿Ha abordado, con un paciente en situación de gravedad y mala calidad de vida, pero estable y con funciones cognitivas conservadas, qué atención médica querría recibir si se inestabilizase?
- ¿En qué contexto lo ha hecho?
- ¿Le genera ansiedad o discomfort afrontar con un paciente el manejo del final de su vida?
- Si le genera ansiedad, ¿Cómo cree que podría solucionarlo?
- ¿Ha recurrido alguna vez al documento de voluntades anticipadas de algún paciente?
- ¿Le han surgido conflictos a la hora de realizar la limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente?
- ¿Ha derivado algún caso al Comité de Ética Asistencial de su centro?

- Análisis estadístico.

Los datos fueron analizados mediante SPSS, versión 17.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Para la variable principal se calculó la proporción de respuestas correctas y los intervalos de confianza al 95%. Las variables cualitativas se describieron mediante tablas de frecuencia y las cuantitativas con la media y desviación estándar.

▲ Se analizó la asociación entre la variable principal y:

- El sexo.
- La categoría profesional (adjunto o MIR).
- La presencia de equipo de cuidados paliativos en el centro.
- La formación del encuestado en cuidados paliativos.
- El deseo de formarse adicionalmente en dicho ámbito.

▲ Se calcularon los OR, sus intervalos de confianza y el nivel de significación, utilizando para el contraste de hipótesis el test de la chi cuadrado. Para la asociación con la edad se utilizó el test de la U de Mann-Whitney. Todos los tests se consideraron bilaterales, y el nivel de significación estadística se estableció en un error alfa de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas.

Se respetaron las normas de la Declaración de Helsinki⁵⁷ y se mantuvo la confidencialidad de los datos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos

(Ley Orgánica 5/92 de 29 de Octubre sobre la regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, boletín oficial del estado (BOE) 30 de Octubre de 1992 modificada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la 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 clínica⁵⁸). Los datos de los pacientes fueron tratados con la máxima confidencialidad, conforme a la legislación española vigente.

En el tercer estudio, además, sólo se podía completar la encuesta si era de manera voluntaria, y la empresa gestora de los datos se encargaba de garantizar el anonimato de las respuestas.

RESULTADOS

ESTUDIO 1: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”

Durante el periodo de análisis, ingresaron 2007 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 84 ± 9 años, y 121 (57%) eran mujeres. El peso medio de los pacientes fallecidos según la codificación de los GRD fue de 3,4 puntos $\pm 2,2$. La mitad de los pacientes fallecidos (103; 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. Características basales de los pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Interna objeto de estudio

Categoría	N(%) – M±DE
Edad (años)	84,9 ± 8,9
Estancia (días)	12,2 ± 14,7
Peso del proceso	3,4 ± 2,2
Éxitus	211 (10,5)*
Ingreso urgente	210 (99,5)
Residencia	103 (48,8)
Domicilio	83 (39,3)
<u>Demencia</u> (**)	
No	70 (33,2)
Leve	15 (7,1)
Moderada	25 (11,8)
Severa	73 (34,6)
Desconocido	28 (13,3)
<u>Comorbilidad</u> (#)	
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 \pm Desviación Estándar.

() Porcentaje del total de pacientes incluidos en el estudio. Para el resto de variables, se analizan únicamente los éxitos.*

*(**) Según los criterios de CDR.*

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

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 éxitos más frecuentes fueron también las infecciones (107 pacientes; 50,7%) y la enfermedad cardiovascular (77 pacientes; 36,5%).

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 (ICC)	39 (18,5)	ICC	38 (18)
Accidente cerebrovascular (ACVA)	20 (9,5)	ACVA	21 (10)
Cardiopatía isquémica	6 (2,8)	Cardiopatía isquémica	11 (5,2)
Tromboembolismo pulmonar (TEP)	2 (0,95)	TEP	7 (3,3)
Insuficiencia renal	1 (0,47)	Cáncer	10 (4,7)
Patología 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. 99 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%; IC95%: 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).

FIGURA 6. Pauta de LET y RCP del total de pacientes fallecidos

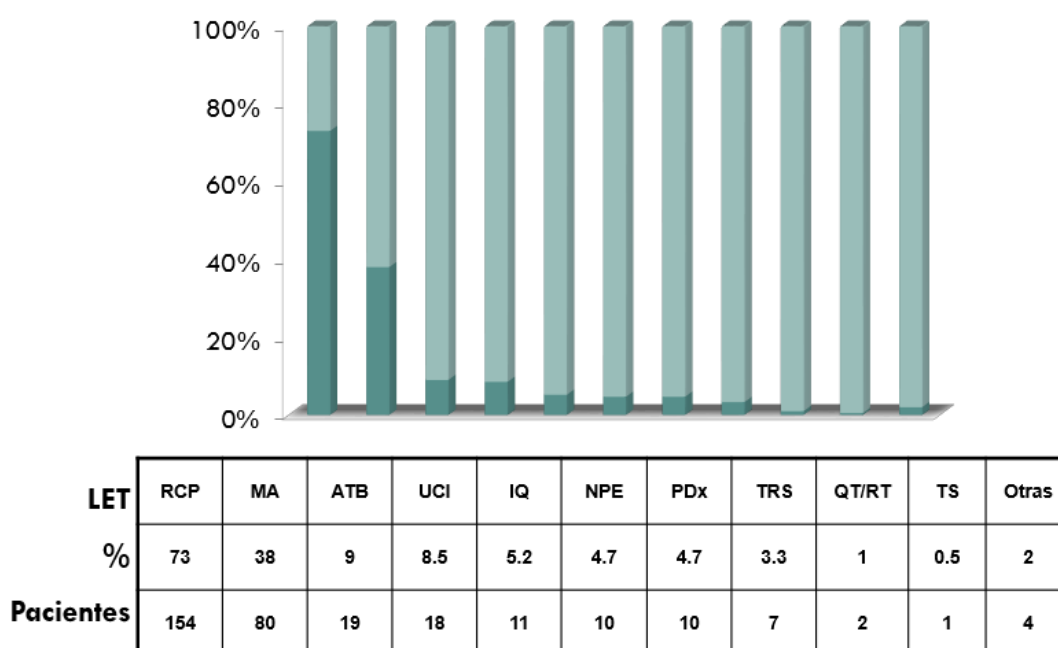


TABLA 3. Modalidades de órdenes de LET pautadas

LET	N* (%)	IC 95 %
No RCP	154 (73,0)	66,7-79,2
No medidas agresivas	80 (38,0)	31,1-44,7
No antibioterapia	19 (9,0)	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)	0,1-3,4
No transfusión de hemoderivados	1 (0,5)	0,01-2,6
Otras	4 (2,0)	0,5-4,8

* *Un mismo paciente puede tener varias órdenes de LET prescritas.*

FIGURA 7. Modalidades de órdenes de LET pautadas



RCP: Reanimación Cardiopulmonar; MA: Medidas agresivas; ATB: Antibiótico; UCI: Unidad Cuidados Intensivos; IQ: Intervención Quirúrgica; NPE: Nutrición Parenteral; PDx: Pruebas diagnósticas; TRS: Terapia renal sustitutivas; QT/RT; Quimioterapia/Radioterapia; TS: Tranfusiones.

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 éxitus. 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 paliativa, con una duración de $34,4 \pm 41,7$ horas (h).

ESTUDIO 2: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de Medicina Interna”

Se analizaron 382 pacientes, cuya edad media fue de 85 ± 10 años; 204 (53,4%) fueron mujeres. La mayoría (222, 58,1%) procedía de domicilio. La estancia media del ingreso fue de 11 ± 13 días. El 43,2% tenía demencia moderada-grave, el 95,5% comorbilidad al menos moderada y el 51,1% presentaba criterios de terminalidad. Hubo 39 (10,3%) muertes inesperadas, entendidas como aquellas en las que no existían comentarios indicativos de fallecimiento inminente en las notas médicas y de enfermería durante los días previos.

FIGURA 8. Pacientes aportados por cada uno de los centros del estudio

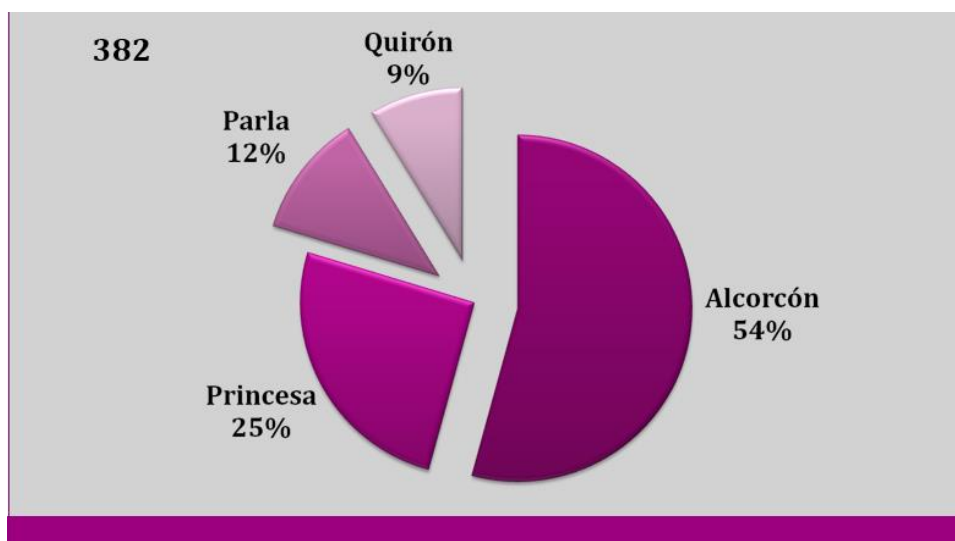


TABLA 4. Características basales de los pacientes fallecidos

Categoría	N(%) – M±DE
Edad (años)	85 ± 10
Sexo (mujeres)	204 (53)
Estancia del ingreso (días)	11 ± 13
<u>Lugar de residencia</u>	
Institucionalizado	136 (36)
Domicilio	222 (58)
No especificado	24 (6)
<u>Demencia^a</u>	
No	147 (38)
Leve	35 (9)
Moderada	56 (15)
Grave	109 (29)
Desconocido	36 (9)
<u>Comorbilidad^b</u>	
Ausente	2 (1)
Leve	15 (4)
Moderada	101 (27)
Grave	251 (68)
Paciente terminal	193 (51)
Muerte inesperada	39 (10)
Sedación pautada	178 (48)
Duración de la sedación (h)	38 ± 45

Tiempo desde el ingreso hasta la orden de "No RCP" (h)	85 ± 222
Tiempo desde el ingreso hasta la LET (h)	78 ± 181
Tiempo desde la LET hasta que se pauta la sedación (h)	112 ± 225

Los resultados se expresan como n=(%) o como media ± desviación estándar. N=382.

^a Según los criterios de CDR.

^b Según el índice de Charlson ajustado por edad.

Las causas de ingreso y de fallecimiento que se recogieron fueron las siguientes:

TABLA 5. Causas de ingreso y fallecimiento de los pacientes incluidos

Causas de ingreso	n (%)	Causas de fallecimiento	n (%)
Infección respiratoria	126 (33,0)	Infección respiratoria	132 (34,5)
Insuficiencia cardíaca	63 (16,5)	Insuficiencia cardíaca	58 (15,2)
Infección tracto urinario	39 (10,2)	Cáncer	34 (8,9)
Otras infecciones	29 (7,6)	Infección tracto urinario	29 (7,6)
ACVA	27 (7,1)	ACVA	27 (7,1)
Insuficiencia renal	12 (3,1)	Otras infecciones	23 (6,0)
Patología hepatobiliar	11 (2,9)	Cardiopatía isquémica	16 (4,2)
Cardiopatía isquémica	7 (1,8)	Tromboembolia pulmonar	9 (2,4)
Tromboembolia pulmonar	2 (0,50)	Otros	53 (13,8)
Otros	66 (17,3)		

En 318 pacientes (83,7%; IC 95%: 79,3-87,1) se estableció alguna medida de LET, en 254 (66,5%) 2 medidas diferentes y en 116 (30,4%) al menos 3 tipos de medidas de LET. Destacaron por su prevalencia las órdenes de LET sobre RCP, medidas invasivas, ingreso en UCI, nutrición parenteral, antibioterapia, pruebas diagnósticas y tratamiento quirúrgico.

TABLA 6. Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico pautadas

Órdenes	N (%)^a	IC 95 %
No RCP	292 (76,4)	72,1-80,8
No medidas agresivas	113 (16,45)	13,8-19,4
No ingreso en UCI	102 (14,85)	12,3-17,7
No nutrición parenteral	60 (8,73)	6,7-11,1
No antibioterapia	40 (5,82)	4,2-7,8
No realización de pruebas diagnósticas	35 (5,09)	3,6-7,0
No tratamiento quirúrgico	34 (4,95)	3,5-6,8
No terapia renal sustitutiva	17 (2,47)	1,4-3,9
No transfusión de hemoderivados	11 (1,60)	0,80-2,8
No quimio o radioterapia	10 (1,46)	0,70-2,7
No ventilación/intubación	5 (0,73)	0,23-1,7
Otras	1 (0,15)	0,00-0,8

^a *Un paciente puede tener varias órdenes prescritas.*

El tiempo medio desde el ingreso hasta la toma de decisiones de LET fue de 78 ± 18 horas tras el ingreso (en el caso de “no RCP” de 85 ± 222 h). Se pautó sedación terminal en 178 pacientes (47,6%), con una duración media hasta el fallecimiento de 38 ± 45 horas.

Se midió la asociación de la medida de LET, la decisión de “no RCP” y la aplicación de sedación paliativa, con el grado de demencia, la institucionalización, el índice de Charlson, el sexo y la edad de los pacientes. Sólo se observó asociación estadísticamente significativa entre la orden de “no RCP” y la presencia de demencia moderada o grave (OR 1,73; IC 95%: 1,03-2,91; $X^2 = 4,33$; $p = 0,03$).

TABLA 7. Asociaciones entre medidas de limitación del esfuerzo terapéutico y características de los pacientes

TABLA 7a

Asociaciones	OR	IC 95%	X²	P
Entre ORDEN DE LET y				
Grado de demencia ^a	0,97	0,55-1,72	0,008	0,93
Institucionalización	0,77	0,43-1,36	0,79	0,37
Índice de Charlson ^b	1,18	0,66-2,09	0,33	0,56
Sexo	1,00	0,58-1,74	0,001	0,97
Edad	U de Mann-Whitney			0,97

TABLA 7b

Asociaciones	OR	IC 95%	X ²	P
Entre ORDEN DE NO RCP y				
Grado de demencia ^a	1,73	1,03-2,91	4,33	0,03
Institucionalización	0,96	0,57-1,60	0,02	0,88
Índice de Charlson ^b	0,90	0,55-1,47	0,17	0,68
Sexo	1,16	0,72-1,88	0,40	0,52
Edad	U de Mann-Whitney			0,29

TABLA 7c

Asociaciones	OR	IC 95%	X ²	P
Entre SEDACIÓN PALIATIVA y				
Grado de demencia ^a	1,29	0,83-1,99	1,35	0,24
Institucionalización	1,39	0,90-2,14	2,23	0,13
Índice de Charlson ^b	0,92	0,60-1,41	0,13	0,71
Sexo	1,37	0,91-2,06	2,32	0,12
Edad	U de Mann-Whitney			0,08

^aSe divide en dos grupos para realizar el análisis: ausencia o demencia leve y moderada/grave.

^bÍndice de Charlson ajustado a la edad categorizado según la mediana de nuestra muestra (8 puntos).

ESTUDIO 3: “¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”

En España, en enero 2018, había inscritos en el Sistema Nacional de Salud estiman unos 5027 internistas⁵⁹. De los casi 9000 internistas asociados a la SEMI, recibieron la encuesta 5880 personas, 276 de las cuales la

completaron (4,7%) tras los cuatro envíos. Se excluyeron únicamente 3 encuestas cuyos datos fueron enviados vacíos de contenido (99% de las encuestas recibidas, 4,6% de la población inicial).

La edad media de los encuestados fue de 42 ± 12 años, con distribución similar por sexos. El 80,2% (219) fueron adjuntos, el 52,7% llevaba trabajando 11 ó más años, la mayoría lo hacía en un centro público (79,1%) y repartía su actividad asistencial entre planta de hospitalización (76,3%) y consultas externas (68,1%). El 64.5% (176) trabajaba en un centro donde había un equipo de cuidados paliativos y el 28,9% (79) había derivado alguna vez un caso al CEAS.

TABLA 8. Características basales de los internistas encuestados y de su entorno de trabajo

Variable	N = 273 *
<u>Edad</u> (años)	42 ± 12
<u>Sexo</u> (mujeres)	136 (50)
<u>Categoría</u>	
Adjunto	219 (80,2)
Residente	54 (19,8)
1º año	11 (4)
2º año	8 (2,9)
3º año	9 (3,3)
4º año	10 (3,7)
5º año	16 (5,9)

<u>Tiempo trabajado **</u>	
0-5 años	104 (38,1)
6-10 años	25 (9,2)
11-20 años	64 (23,4)
> 20 años	80 (29,3)
<u>Centro de trabajo</u>	
Público	216 (79,1)
Público de gestión privada	37 (13,6)
Privado laico	22 (8,1)
Privado religioso	5 (1,8)
<u>Tamaño el centro</u>	
< 200 camas	74 (27,1)
201-500 camas	101 (37)
501-1000 camas	59 (21,6)
> 1000 camas	35 (12,8)
No sabe/no contesta	4 (1,5)
<u>Área de trabajo</u>	
Hospitalización	238 (87,2)
Consulta	186 (68,1)
Interconsultas/apoyo a otras unidades	147 (53,8)
Urgencias	82 (30)
Centro de media/larga estancia	10 (3,7)
Hospitalización a domicilio	9 (3,3)

<u>Pacientes al día en hospitalización</u>	
< 5 pacientes	17 (6,2)
6-10 pacientes	161 (59,0)
>10 pacientes	76 (27,8)
No realiza actividad de hospitalización	18 (6,6)
No sabe/no contesta	1 (0,4)
<u>Pacientes semanales en consulta</u>	
< 10 pacientes	57 (20,9)
11-20 pacientes	100 (36,6)
21-30 pacientes	26 (9,5)
> 30 pacientes	37 (13,6)
No realiza actividad de consulta	53 (19,4)
<u>Equipo de cuidados paliativos en el centro</u>	
	176 (64,5)
<u>Formación específica en cuidados paliativos</u>	
Pregrado	25 (9,2)
Postgrado	101 (37,0)
Máster	30 (11,0)
Ninguna	117 (42,9)

**Los resultados se expresan como n (%) o como media \pm Desviación Estándar.*

*** No se especificó desde cuándo se consideraba tiempo trabajado, y hay adjuntos que no contaron la residencia como tiempo trabajado y otros que sí.*

En relación con las acciones que conforman la LET, el 85,0% (232) identificaron la LET con no iniciar un tratamiento activo, el 65,9% (180) con la retirada de tratamientos activos, el 53,1% (145) con no realizar RCP, el 21,2%

(58) con la sedación paliativa y el 0,4% (1) con la eutanasia. Ninguno consideró que la LET conllevara el abandono del paciente. A continuación, se resumen las combinaciones de respuestas. El 23,8% (65 [IC95% 18,6-29,0]) señaló las tres opciones correctas de la definición de LET, frente al 76,2% (208 [IC95% 71,0 – 81,4]) que eligió sólo una o dos de las opciones correctas. No hubo nadie que respondiese todas erróneas. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre responder correctamente a esta pregunta y las características de los encuestados: sexo, edad, ser adjunto o residente, equipo de cuidados paliativos en el centro, grado de formación en cuidados paliativos y si le gustaría formarse en ese ámbito.

TABLA 9. Combinaciones de respuestas ofrecidas sobre aquellas acciones que conforman la LET

OPCIONES	ELEGIDAS													N (%)	
Retirar tratamiento	×							×	×	×	×	×	×	×	180 (85.9)
No iniciar tratamiento	×	×	×	×	×				×	×	×	×			232 (85.0)
Eutanasia										×					1 (0.4)
No RCP	×		×	×		×				×	×		×	×	145 (53.1)
Sedación paliativa				×	×					×	×	×		×	58 (21.2)
Abandono del paciente															0
Frecuencia (porcentaje)	64 (23.8)	58 (21.2)	19 (7.0)	8 (2.9)	2 (0.7)	6 (2.2)	28 (10.3)	38 (13.2)	1 (0.4)	40 (14.7)	4 (1.5)	4 (1.5)	3 (1.1)		
N (%) [IC 95%]	64 (23.8) [18.6-29.0]		209 (76.2) [71.0 – 81.4]												
	CORRECTAS		PARCIALMENTE CORRECTAS												

N=273

En relación a las acciones que podrían considerarse como "medidas agresivas", el 73,3% (200) entendía que la RCP se enmarcaba en este grupo. Otras medidas consideradas agresivas fueron: ingreso en UCI (77,3%), tratamientos invasivos (72,9%) y técnicas invasivas (73,6%). La tabla 10 muestra las combinaciones de respuestas. Se consideran técnicas o tratamientos invasivos, aquellos procedimientos en los que, por definición, el cuerpo del paciente es "invadido" o "penetrado".

TABLA 10. Combinaciones de respuestas ofrecidas acerca de las acciones que suponen "medidas agresivas"

OPCIONES	ELECCIONES																								N (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
NO RCP								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						200 (73.3)
NO UCI		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x								211 (77.3)
NO TRATAMIENTOS INVASIVOS*				x	x							x	x	x	x				x		x	x	x		199 (72.9)
NO TÉCNICAS INVASIVAS*					x	x	x						x	x		x	x	x	x			x	x	x	201 (73.6)
NO ANALÍTICAS/ RADIOGRAFÍAS																x									4 (1.5)
DEPENDE DEL PACIENTE Y MOMENTO	x		x					x		x		x			x				x				x		36 (13.2)
N	22	4	1	1	15	2	1	6	2	8	3	9	142	4	4	16	1	3	2	15	1	5	5	1	
%	8.1	1.5	0.4	0.4	5.5	0.7	0.4	2.2	0.7	2.9	1.1	3.3	52.0	1.5	1.5	5.9	0.4	1.1	0.7	5.5	0.4	1.8	1.8	0.4	

La mayoría de encuestados había tenido que decidir durante algún turno de guardia si un paciente, que no estaba bajo su cuidado previo, era candidato a ingresar en una UCI (260, 95,2%) o, a comenzar una perfusión de sedación

paliativa (243, 89,0%). En relación con la sedación, el 48,4% (132) de los profesionales tomaba la decisión de instaurarla de manera conjunta con el equipo médico (adjuntos y residentes) y de enfermería, mientras que el 30,8% (84) lo decidían ellos solos, 57,5% (157) consultándolo primero con el paciente si estaba consciente y 31,5% (86) primero con la familia.

El 43% (117) carecía de formación en cuidados paliativos y los que habían recibido formación lo hicieron, sobre todo, después de finalizar sus estudios universitarios. No obstante, el 68,5% (187) consideraba que el conocimiento de los internistas en este ámbito era bueno o muy bueno y el 73,3% (200) que su nivel de conocimiento sobre la atención y planificación de cuidados al final de la vida era bueno o muy bueno. En la mayoría de los casos, las conversaciones sobre planificación de la atención tenían lugar durante un ingreso (87,2%) y el 73,3% (200) consideraba que la atención ofrecida al final de la vida a los pacientes ingresados en Medicina Interna era buena o muy buena. Sin embargo, al 62,3% (170) le generaba ansiedad o incomodidad afrontar la planificación de cuidados al final de la vida con el paciente y el 81,3% (222) reconocía haber tenido algún conflicto con sus decisiones de LET, bien con el propio paciente (9,9%), con sus familiares (71,1%) o con otros compañeros (33,7%). El 98,9% (270) opinaba que estas dificultades podrían mitigarse aumentando la formación específica en cuidados paliativos, con actualizaciones de la formación o sesiones multidisciplinarias.

TABLA 11. Valoración de la atención y la formación en la atención al final de la vida

Variable	Graduación			
¿Cómo considera que es la atención al final de la vida en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna?	Muy buena 18 (6,6)	Buena 182 (66,7)	Mala 68 (24,9)	Muy mala 5 (1,8)
¿Cómo valora el conocimiento de los internistas en cuanto al manejo del final de la vida?	Muy bueno 12 (4,4)	Bueno 175 (64,1)	Malo 84 (30,8)	Muy malo 2 (0,7)
¿Cómo valora su conocimiento en cuanto al manejo del final de la vida?	Muy bueno 29 (10,6)	Bueno 200 (73,3)	Malo 43 (15,8)	Muy malo 1 (0,4)
¿Le genera ansiedad o discomfort afrontar con un paciente el manejo del final de su vida?	Mucho 18 (6,6)	Bastante 152 (55,7)	Poco 82 (30,0)	Nada 21 (7,7)
¿Ha recurrido alguna vez al documento de voluntades anticipadas de algún paciente?	Frecuente mente 8 (2,9)	Algunas veces 83 (30,4)	Casi nunca 97 (35,5)	Nunca 85 (31,1)

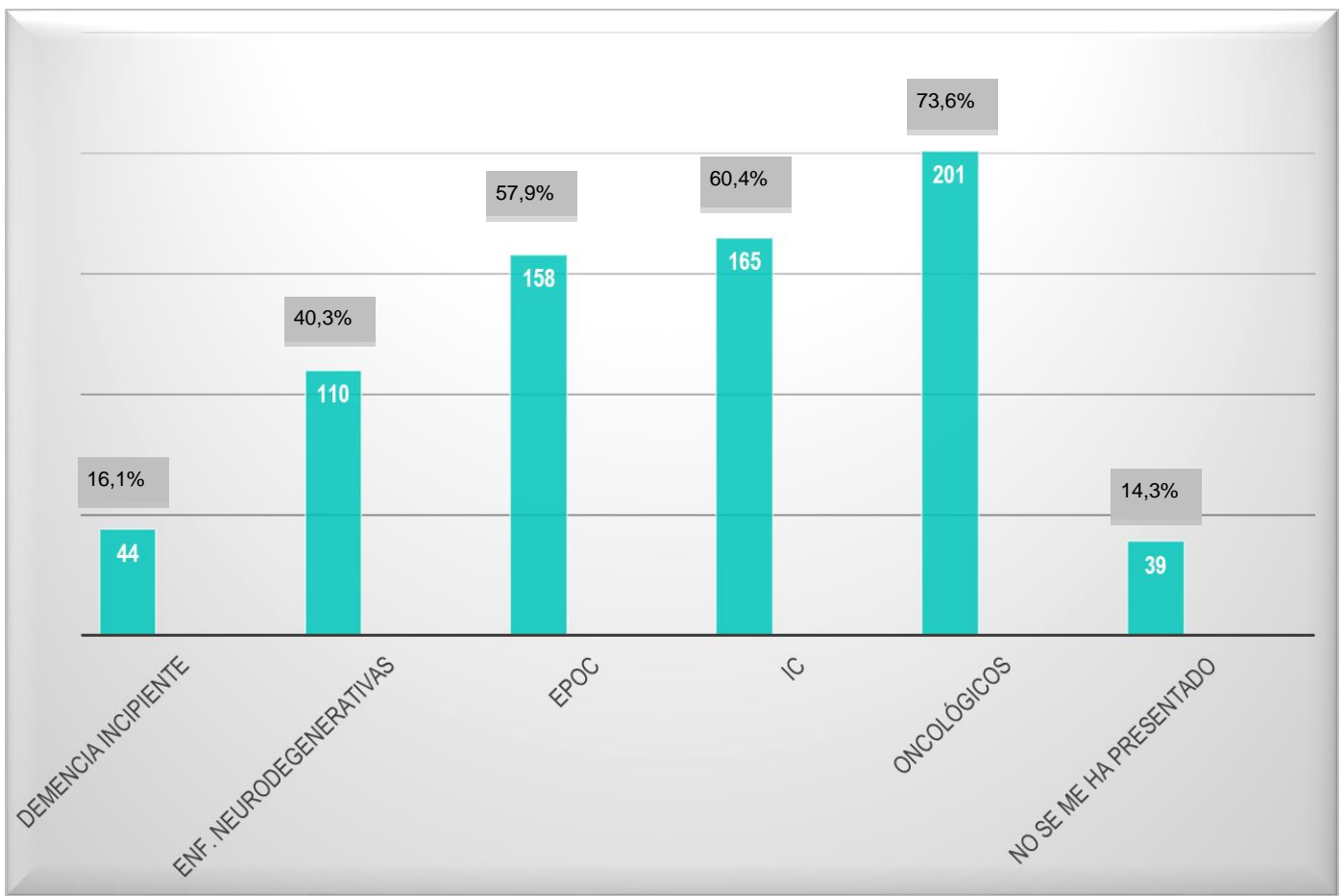
TABLA 12. Toma de decisiones al final de la vida

Pregunta	N =273 (%)
<u>Decisión LET durante una guardia</u>	
Con mucha frecuencia	119 (43,6)
Alguna vez	141 (51,6)
Siempre estaba registrado previamente	2 (0,7)
No hago guardias	11 (4,0)
<u>Decisión sedación paliativa durante una guardia</u>	
Con mucha frecuencia	69 (25,3)
Alguna vez	174 (63,7)
Nunca	5 (1,8)
Intento postergar la decisión para que lo hagan sus médicos habituales	13 (4,8)
No hago guardias	12 (4,4)
<u>Decisión de inicio de sedación con el equipo</u>	
El médico solo	84 (30,8)
Con el equipo médico (adjuntos + residentes)	48 (17,6)
Con el equipo médico y de enfermería	132 (48,4)
En sesión multidisciplinar	9 (3,3)
<u>Decisión de inicio sedación con el paciente</u>	
Con el paciente primero, si está consciente	157 (57,5)
Con la familia primero, luego el paciente	86 (31,5)
Sólo con la familia, evito al paciente	29 (10,6)
Con el equipo sanitario, sin paciente ni familia	1 (0,4)
<u>Planificación anticipada de los cuidados al final de la vida ^a</u>	
Demencia incipiente	44 (16,1)
Enfermedades neurodegenerativas	110 (40,3)
EPOC terminal	158 (57,9)
Insuficiencia cardíaca terminal	165 (60,4)
Nunca se me ha presentado la ocasión	39 (14,3)
Lo debe hacer su médico de atención primaria	0 (0)

Las patologías en las que los internistas abordaban con más frecuencia esta planificación de cuidados fueron las enfermedades oncológicas terminales (201; 73,6%), la insuficiencia cardíaca (165; 6,4%) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (158; 57,9%). En la mayoría de los casos, las

conversaciones sobre planificación de la atención tenían lugar durante un ingreso (238; 87,2%), pero sólo el 2,9% (8) recurrían frecuentemente al documento de voluntades anticipadas del paciente.

FIGURA 9. Tipos de patologías en las que los internistas abordan la atención al final de la vida



EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IC: ICC: Insuficiencia cardíaca.

DISCUSIÓN

ESTUDIO 1: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna”

La limitación más frecuentemente prescrita fue la “orden de no RCP” (casi 3 cuartas partes), y la segunda el 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 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, pese a 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 limitación^{60,61,62}. 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 empeoramiento del paciente, se corre el riesgo de llevar a cabo medidas que en ese paciente puedan suponer un “encarnizamiento” terapéutico o

diagnóstico.

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 el hospital analizado, 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 UCI⁶³, muestran heterogeneidad en las decisiones. Dependen del centro, del equipo médico o de la población analizada al prescribir una orden de LET^{64,65,66,67,68,69}. Entre los pocos trabajos realizados en España sobre LET también con pacientes de Medicina Interna está el de Solís-García del Pozo et al.⁸¹. Analizaban 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 el estudio 1 se indicó 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 realizaban “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%). Estas diferencias, se explican en primer lugar, porque en su centro de estudio, los pacientes oncológicos ingresaban a cargo de Medicina Interna, mientras que, en el centro del estudio presentado, lo hacen a cargo del servicio de Oncología. Además, estas diferencias de resultados en cuanto la pauta de LET y órdenes de no RCP, pueden explicarse por la heterogeneidad y confusión aún mayor que había en 2011 en cuanto a la LET.

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 fallecieron tenían firmadas órdenes de LET, existía todavía un amplio margen de mejora. Sólo 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 guardia⁷⁴. 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, patologías 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 una de 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 el 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.

ESTUDIO 2: “Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna”

Este estudio muestra que más del 80% de los pacientes fallecidos en áreas de hospitalización de Medicina Interna recibieron alguna medida de LET. En general, fueron sujetos de edad avanzada, con comorbilidad elevada, deterioro cognitivo y enfermedad terminal. En ocasiones esta decisión se refleja en la historia clínica de forma poco concreta, con expresiones como “no realizar medidas agresivas”.

En nuestro entorno hay pocos trabajos que aborden la LET en servicios de Medicina Interna. El estudio de Solís et al. se centró en las órdenes de “no RCP” en un hospital comarcal. Las características basales de la población fueron similares a las del presente estudio, salvo por una mayor proporción de pacientes oncológicos. Sin embargo, la documentación de órdenes de “no RCP” fue inferior a la de este estudio (66% frente al 76%, respectivamente⁸¹). Por otra parte, recientemente se comunicaron los datos de 1.457 pacientes incluidos en el estudio “atención en sus últimos días de vida a los pacientes en los servicios de Medicina Interna” (UDVIMI⁷⁰). Los resultados han sido análogos a los del estudio 2, aunque existen algunas diferencias, como un porcentaje menor de los éxitos esperables (62% frente a 90%), un tiempo mayor desde el ingreso hasta la sedación (5 frente a 1,5 días) y menor hasta el éxitus (7 frente a 11 días). Estas diferencias probablemente se expliquen, además de por el diferente tamaño muestral, por el tiempo de duración de la

inclusión. En el trabajo UDVIMI se incluyeron los 10 primeros pacientes fallecidos en servicios de Medicina Interna de cada centro a partir del 1 de diciembre de 2015, momento de mayor carga asistencial del periodo invernal, mientras que en el presente estudio, la inclusión se hizo durante un periodo de 6 meses⁷¹.

De acuerdo con la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, más de la mitad de los pacientes del presente estudio cumplía criterios de enfermedad terminal al ingreso. Sin embargo, el tiempo transcurrido hasta la LET y la “orden de no RCP” fue elevado (78 y 85 h, respectivamente). La mayor parte de los enfermos terminales que ingresan en Medicina Interna lo hacen por enfermedades no oncológicas, lo que puede llevar a demorar la identificación del proceso como terminal^{72,73}. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento paliativo en estos pacientes puede explicarse por la dificultad que supone consensuar los cuidados al final de la vida con los pacientes y sus familiares, por la falta de formación en habilidades de comunicación y en cuidados paliativos (es esencial identificar al paciente terminal no oncológico), por la sobrecarga de trabajo y por la fragmentación de la continuidad asistencial⁷⁴.

Aunque este estudio se centra en el ámbito hospitalario, es importante la actuación de la Atención Primaria (AP) en estos pacientes. En ocasiones, tanto los pacientes como los familiares prefieren el medio hospitalario para los últimos días de su vida, mientras que otros prefieren morir en casa⁷⁵. Por ello, se requiere una mayor coordinación entre AP y especializada, y promover los cuidados paliativos domiciliarios⁷⁶. En el presente trabajo la presencia de demencia en grado al menos moderado aumentó un 73% la probabilidad de

que se pautase la “orden de no RCP”. A diferencia de este estudio, otros han mostrado una asociación de la decisión de LET con la procedencia del paciente (residencia o domicilio⁷⁷) y la edad⁷⁸. Otros aspectos relevantes, no analizados en estudio que aquí se presenta, son el grado sociocultural⁷⁹ y la persona que acuerda la decisión sobre la LET, sea el paciente o la familia⁸⁰.

En cuanto a las limitaciones del estudio se debe comentar que se trata de una ampliación del estudio previo⁸¹, por lo que las fechas de recogida de datos son distintas para cada uno de los centros. Se han mantenido los mismos meses en todos los años para evitar la posible variabilidad estacional. Otra limitación es la inclusión sólo de pacientes fallecidos. Posiblemente los pacientes con enfermedad terminal a los que se da de alta tengan también medidas de LET y sus características clínicas sean diferentes. Otras limitaciones son sesgos inherentes al carácter retrospectivo del estudio. No obstante, en relación con la posible falta de uniformidad en la identificación de las distintas variables recogidas, como las medidas de LET, el equipo investigador se reunió varias veces para clarificar su definición. También debe señalarse que no se pudo obtener información fidedigna sobre cuál fue el motivo concreto sobre el que se basó el clínico para adoptar medidas de LET. Por último, no se recogieron las combinaciones farmacológicas administradas en la sedación por no disponer de las hojas de tratamiento de los pacientes fallecidos en la mayoría de los centros.

ESTUDIO 3: “¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?”

Aunque las decisiones de LET forman parte de la práctica cotidiana de los internistas españoles, en la presente encuesta sólo uno de cada cuatro identificó apropiadamente los supuestos que conforman la LET: no iniciar una medida desproporcionada (la más identificada), retirarla y la orden de No RCP como su principal ejemplo. Si bien la gran mayoría de internistas calificaron como buena o muy buena la atención prestada a los pacientes al final de sus vidas, hasta cuatro de cada cinco reconocieron conflictos en torno a decisiones de LET. Más aún, dos de cada tres afrontaban estos procesos con ansiedad o incomodidad. Además, no sólo había discrepancia con los familiares de los pacientes, sino que en uno de cada tres conflictos sobre la LET había desacuerdo en el seno del equipo médico.

Estos resultados del trabajo sugieren una divergencia entre las respuestas impersonales (preguntas generales) y las individuales de los profesionales sanitarios (preguntas personales). El filósofo pragmatista americano John Dewey señaló que el proceso de reflexión moral “comienza con el reconocimiento de la situación problemática”⁸² y sospechamos que parte de la disparidad observada radica en que existe cierto grado de ceguera axiológica: ausencia de percepción de los problemas morales relacionados con la LET por desconocimiento de cuales son dichos problemas morales⁵⁵. Además, es más fácil contestar de manera positiva a preguntas impersonales, tales como las relativas a la atención general a los pacientes, mientras que las preguntas de carácter individual exigen mayor ejercicio de sinceridad. En referencia a estas últimas, casi dos de cada tres reconoce que las decisiones

de LET les generaban ansiedad o incomodidad. Estas cifras son superponibles a las encontradas en estudios similares realizados con médicos generalistas en otros países europeos^{83,84}, lo que realza la magnitud del problema.

En el estudio 2 previo, observamos cómo una de las medidas de LET más frecuente es la fórmula de “no susceptible de medidas agresivas”, un término poco concreto: en función del momento, de la situación clínica, del paciente y del médico, una misma medida puede ser o no considerada agresiva. Viendo el estrés que genera esta toma de decisiones y que en muchas ocasiones se hace en discrepancia con otros actores implicados, quizás el uso de estas muletillas (“medidas agresivas”), hace que, al no utilizar términos concretos, se acabe delegando la decisión a otro momento u otra persona, por ejemplo, al equipo de guardia. Por otro lado, en ocasiones se deja plasmado en la historia clínica dicha frase sin haber consensuado con el paciente qué considera él una medida agresiva o desproporcionada en su situación actual. En este sentido, hay estudios que sugieren que las decisiones tomadas por familiares y médicos no se corresponden con frecuencia con la elección que habría tomado el propio paciente⁸⁵, que es con quien se debe acordar en primer lugar la LET. Para determinar lo agresivo de una medida concreta es preciso saber cuáles son los valores y objetivos del paciente.

Si bien no es el objetivo de este estudio, el hecho de que sólo un 3% de los internistas recurran con frecuencia al documento de voluntades anticipadas, es muy llamativo. Es un dato más de la falta de confianza que hay en el manejo del final de la vida en este servicio. Pero, por otro lado, deja patente su difícil acceso, como ya se ha visto en otros estudios⁹⁰, incluso de alguna tesis doctoral. Existe un importante desconocimiento en la población en general

acerca de lo que son las voluntades anticipadas. Pero, además, existe un gran desconocimiento, por parte de los profesionales, sobre cómo y cuándo hay que acceder a ellas.

Como apuntaban los encuestados, aumentar la formación en cuidados paliativos podría hacer que la coetilla “medidas agresivas” sea menos habitual, que disminuya la angustia que genera en los profesionales las decisiones de LET y que se pueda manejar mejor la elevada conflictividad que acarrea.

Si bien una limitación del estudio es la ausencia de un método iterativo de génesis y la ausencia de validación de la encuesta, la carencia de encuestas validadas que se ajustasen a lo que se quería indagar limitó la utilización de modelos previos, por lo que fue preciso diseñar y crear una encuesta específica. En segundo lugar, la difusión del instrumento a través de la SEMI limita la participación a un porcentaje del total de internistas españoles. Por último, el método de encuesta puede facilitar sesgos de autorreferencia y dificultar la autocrítica. Sin embargo, dada la variedad de representación etaria y de centros de trabajo en nuestra muestra, sospechamos que el impacto de este sesgo es pequeño.

En cambio, podemos señalar como fortalezas del estudio la fotografía realizada acerca de este problema en la actualidad del internista, así como la identificación de necesidades formativas específicas en los internistas.

CONCLUSIONES

Respondiendo al objetivo principal planteado, describir cómo es la limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Interna, podemos afirmar que:

1. La limitación del esfuerzo terapéutico es una estrategia muy frecuente en los pacientes que fallecen en los servicios de Medicina Interna de España.
2. Las órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico más frecuentes utilizan fórmulas generales y/o imprecisas.
3. Las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico más habituales son la “orden de no RCP” y la no realización de “medidas agresivas”.
4. Las órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico se realizan en pacientes de edad avanzada, con importante comorbilidad y una alta incidencia de demencia y de enfermedad terminal.
5. La mayoría de los internistas no conoce bien qué es la limitación del esfuerzo terapéutico, ya que tres de cada cuatro no identifica apropiadamente los supuestos que la conforman.
6. A pesar de que los internistas reconocen tener una escasa formación en la materia, consideran que la atención que prestan a los pacientes en el final de la vida es buena.
7. La mayoría de internistas reconoce conflictos con los pacientes, con

sus allegados y con compañeros de trabajo al aplicar la limitación del esfuerzo terapéutico.

8. Existe un déficit en la formación de los internistas tanto en bioética como en cuidados paliativos.
9. Sería recomendable mejorar la formación de los internistas en el manejo de los pacientes en el final de la vida, tanto en aspectos técnicos, como éticos y en habilidades de comunicación. De esta manera, los médicos internistas podrán identificar mejor a los pacientes candidatos a limitar los esfuerzos terapéuticos y aplicar adecuadamente las medidas de limitación, algo que cobra especial importancia en el actual contexto legislativo y en la excepcional situación de pandemia que vivimos.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Betancourt Betancourt Gilberto de Jesús. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Ago [citado 2020 Oct 23] ; 14(2): 407-422. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es.
- ² Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Clin Esp. 2012;212:134-40.
- ³ Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real-de Asúa D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53:750-61
- ⁴ Warren TR, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: MacMillan;1995.
- ⁵ 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.
- ⁶ Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitation of therapeutic effort: A question for professionals or for patients as well? An Sist Sanit Navar. 2007;30:129-35.
- ⁷ Martino Alba R, Monleón Luque M. Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado. Med Pal. 2009;16:5.
- ⁸ Wilkinson DJC, Savulescu J. A costly separation between withdrawing and withholding treatment in intensive care. Bioethics. 2014;28:127-37.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Informe SESPAS 2014. Crisis económica y salud. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:1-146.
- ¹¹ Guía de Sedación Paliativa. Madrid: Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2012. Disponible en https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf
- ¹² Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Recomendaciones de triaje durante la epidemia de coronavirus causante de COVID-19 para decisiones

sobre el inicio de maniobras de reanimación cardiopulmonar y de medidas de soporte vital avanzado. Alcorcón (Madrid). Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Marzo 2020.

¹³ Herreros B, Gella P, Real de Asua D. J Med Ethics 2020;0:1–4. doi:10.1136/medethics-2020-106352

¹⁴ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, n.o 102; 29/04/1986: 10499

¹⁵ 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.

¹⁶ Comisión central Deontología. Código Deontología Médica. España: OMC; 2018 p.24

¹⁷ Leal Fernández I. Dictamen de la comisión y escritos de mantenimiento de enmiendas para su defensa ante el pleno. España: Congreso de los diputados. 17/12/2020.

¹⁸ Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. BOE. n.o 149; 09/03/2017: 7178

¹⁹ Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". JAMA. 1998 Oct 21;280(15):1336-8.

²⁰ Graber ML. Educational strategies to reduce diagnostic error: can you teach this stuff? Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009;14 Suppl 1:63-9.

²¹ Edmund D. Pellegrino, MD, John Carroll Professor of Medicine and Medical Ethics, Georgetown University, Washington, DC, 1978.

²² Thomasma DC, Marshall PA. Clinical Medical Ethics: Cases and Readings. NewYork: University. Press of America; 1995: 11–12.

²³ Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23

²⁴ 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.

²⁵ Lee R.Y., Brumback L.C., Sathitratanchewin S. et al. Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment With ICU Admission Among Patients Hospitalized Near the End of Life. JAMA. 2020 Feb 16 [Epub ahead of print]

²⁶ Vernaz S, Casanova L, Blanc F, Lebel S, Ughetto F, Paut O. To maintain or to withdraw life support?

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² Lim RB. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis.* 2016;10:455-67.

³³ 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.

³⁴ 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.

³⁵ Newschaffer CJ, Bush TL, Penberthy LT. Comorbidity measurement in elderly female breast cancer patients with administrative and medical records data. *J Clin Epidemiol.* 1997;50:725-33.

³⁶ Park SH, Lee HS. Assessing predictive validity of pressure Ulcer risk scales- A systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health.* 2016;45:122-33.

³⁷ Trujillo-Cariño AL, Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E. Utilidad del índice pronóstico paliativo (PPI) en pacientes con cáncer. *GAMO.* 2013;12:234-9.

³⁸ Cuadras Lacasa F, Alcaraz Benavides M, Llord Mateu M, Madriles Basagañas MS, Martín Ramírez C, Mesalles Sin M, et al. Índice de Karnofsky

para medir la calidad de vida. *Rev Enferm.* 1998;21:18-20.

³⁹ Brody H. Futility: definition and goals. *Perspect Biol Med.* 2018;60:328-30.

⁴⁰ Brett AS, McCullough LB. Getting past words: futility and the professional ethics of life-sustaining treatment. *Perspect Biol Med.* 2018;60:319-27.

⁴¹ Paris JJ, Hawkins A. Futility is a failed concept in medical decision-making: its use should be abandoned. *Am J Bioeth.* 2015;15:50-2.

⁴² Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue and the crescendo effect. *J Clin Ethics.* 2009;20:330-42.

⁴³ Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am J Bioeth.* 2016;16:2-9.

⁴⁴ Blanco Portillo A, García-Caballero R, Real de Asúa D, Herreros B. Which are the most prevalent ethical conflicts for Spanish internists? *Rev Clin Esp.* 2020 Jul 7:S0014-2565(20)30150-8.

⁴⁵ Hurst SA, Reiter-Teil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, Danis M. Physicians' access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal.* 2007;15:321-35.

⁴⁶ Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *J Med Ethics.* 2005;31:7-14.

⁴⁷ Morris John C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology.* 1993;43:2412-4.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Chacón Betancourt E, Osoria Mengana L, Rodríguez Martorell D, Arjona Rodríguez I, Leal Balón E, Cabrera Rojas I. Índice de CHARLSON como predictor de supervivencia tras un síndrome coronario agudo.. *Rev. cuba. cardiol. cir. cardiovasc.* [Internet]. 2017 [citado 2020 Oct 23];23(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/690>

⁵⁰ 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-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>

⁵¹ 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.

⁵² Epstein RM, Korones DN, Quill TE. Withholding information from patients - When less is more. *N Engl J Med.* 2010;362:380-1.

⁵³ 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.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol.* 1994;47:1245-51.

⁵⁶ Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol.* 1992; 45(6):613-619.

⁵⁷ 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/>.

⁵⁸ 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.* no274;15/11/2002: 22188.10.

⁵⁹ Barber Pérez P., López-Valcárcel González B. Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. 12/2018. P.61;152. [citado 17/12/2020]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

⁶⁰ 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.

⁶¹ Timothy EQ. A physician's position on physician-assisted suicide. *Bull N Y Acad Med.* 1997;74:114-8.

⁶² Sanz-Ortiz J. Can we manage the dying process? Advance directives. *Med Clin (Barc).* 2006;126:620-3.

⁶³ 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.

⁶⁴ Faber-Langendoen K, Bartels DM. Process of forgoing lifesustaining treatment in a university hospital: An empirical study. *Crit Care Med.* 1992;20:570-7.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ 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:S75-83.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ Díez-Manglano J., Isasi de Isasmendi Pérez S., Rubio Gómez M. et al. Cuidados en los últimos días de vida en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2019 Apr;219(3):107-115.

⁷¹ Díez-Manglano J. La pluripatología, un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp.* 2017;217:207.

⁷² Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impacto de los cuidados paliativos y perfil clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206:178-81.

⁷³ Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 2010;36:765-7.

⁷⁴ Pérez Rueda M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas de pacientes y profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Toxicología y Legislación sanitaria, Universidad Complutense de Madrid; 2015.

⁷⁵ Gervás J. Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad. *Gac Med Bilbao*. 2011;108:3-6.

⁷⁶ Garrido Sanjuán JA. El internista y las competencias en el área de bioética. *Sociedad Galega de Medicina Interna (SOGAMI)*. La Medicina Interna como modelo de práctica clínica. A Coruña. 2008:231-45.

⁷⁷ Parsons C, McCorry N, Murphy K, Byrne S, O'Sullivan D, O'Mahony D, et al. Assessment of factors that influence physician decision making regarding medication use in patients with dementia at the end of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29:281-90.

⁷⁸ Gillick MR, Mendes ML. Medical care in old age: What do nurses in long-term care consider appropriate? *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1322-5.

⁷⁹ Lu CY, Johantgen M. Factors associated with treatment restriction orders and hospice in older nursing home residents. *J Clin Nurs*. 2011;20:377-87.

⁸⁰ Torian LV, Davidson EJ, Fillit HM, Fulop G, Sell LL. Decisions for and against resuscitation in an acute geriatric medicine unit serving the frail elderly. *Arch Intern Med*. 1992;152:561-5.

⁸¹ García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Rev Calid Asist*. 2016;31:70-5.

⁸² McDermott, J. (Ed.). (1981). *The Philosophy of John Dewey Two Volumes in One: 1 The Structure of Experience, 2 The Lived Experience*. Chicago, IL: The University of Chicago Press:pp. 691-2.

⁸³ Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, Garret-Mayer E, Danis M. Ethical difficulties in clinical practice: experience of European doctors. *J Med Ethics*. 2007;33:51-7.

⁸⁴ Rodríguez Segura M.D, Moreno Vicente M, García Campo M.M. Encuesta a los profesionales sanitarios sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Enfermería integral*. 02. Sept 2013

⁸⁵ Muñoz Camargo J.C., Martín Tercero M.P., Nuñez Lopez M.P., et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2012;23(3):104-114.

ANEXOS

ANEXO 1: Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna

Rev Calid Asist. 2016;31(2):70-75



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de
Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



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)
<i>Demencia</i> ^b	
No	70 (33,2)
Leve	15 (7,1)
Moderada	25 (11,8)
Severa	73 (34,6)
Desconocido	28 (13,3)
<i>Comorbilidad</i> ^c	
Ausente	35 (16)
Leve-moderada	94 (44,5)
Moderada-severa	48 (22,8)
Severa	34 (16,5)
<i>Paciente terminal</i>	105 (49,8)
<i>Muerte inesperada</i>	17 (8,1)
<i>Sedación pautada</i>	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 sobrentenderlas 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, Pacho 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? *An 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.
- Cortès-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/UIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-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.

ANEXO 2: Carta al director. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna

Model
CALI-580; No. of Pages 2

ARTICLE IN PRESS

Rev Calid Asist. 2016;xxx(xx):xxx-xxx



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de
Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTA AL DIRECTOR

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna

Withholding and withdrawing treatment in patients admitted in an internal medicine ward

Sra. Directora:

Hemos leído con interés el excelente artículo publicado recientemente en su revista por García Caballero et al.¹, en el que analizan cuáles son las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) realizadas en los pacientes fallecidos en un servicio de medicina interna (MI). Como señalan los autores, los pacientes ingresados en estos servicios son en muchos casos pacientes ancianos, con mala calidad de vida y/o con padecimientos graves, en los que forma parte de una buena práctica clínica plantearse decisiones de LET². Aunque, como ellos afirman, hay pocos estudios que analicen específicamente las decisiones de LET en estos pacientes, sí podemos encontrar alguna información respecto a las mismas en otros estudios que analizan de una forma más general las circunstancias de la muerte en pacientes con enfermedad crónica avanzada.

En el año 2003, Formiga et al.³ publicaron un estudio en el que analizaban los pacientes fallecidos por insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o demencia en fase terminal, en el servicio de MI de un hospital de agudos durante un período de 2 años. En su trabajo analizaban, entre otras variables, la existencia de órdenes de no reanimación cardio-pulmonar (no-RCP), la existencia de otras decisiones de LET, entre las que incluían: no ingreso en unidades de críticos, no realización de determinadas exploraciones complementarias o no inicio de tratamiento antibiótico ante infecciones. Evaluaban también, por separado, si se retiraba o no la medicación del paciente para su enfermedad de base, que puede considerarse una decisión de LET. En dicho estudio las órdenes de no-RCP aparecían solo recogidas en el 37% de los pacientes, otras decisiones de LET en el 18% y la retirada de la medicación habitual del paciente en el 57% de los casos. Unos años después este mismo grupo publicó un estudio en el que analizaban las circunstancias de la muerte en pacientes fallecidos por IC

(64%) o demencia (36%) avanzada⁴, en 2 hospitales de agudos, obteniendo una notable mejoría de los resultados con respecto al estudio previo. En este estudio las órdenes de no-RCP aparecían explicitadas en el 89% de los pacientes, otras órdenes de LET en el 64%, y se hacía retirada de tratamientos no dirigidos a control de síntomas en el 64% de los pacientes.

Recientemente publicamos un trabajo⁵ en el que analizábamos cómo eran los últimos días de vida en los pacientes fallecidos en el servicio de MI de nuestro hospital, en los que la muerte era un acontecimiento esperable. Se definía la muerte esperable como aquella en la que el médico responsable del paciente comentaba en la historia clínica el mal pronóstico del paciente y la posibilidad de fallecimiento. En dicho estudio se valoraban, entre otros aspectos, la existencia o no de órdenes de no-RCP y si se hacía algún tipo de retirada de tratamiento, por ejemplo, suspensión de tratamiento antibiótico ante infecciones o retirada de la medicación habitual para la enfermedad de base del paciente. En nuestro estudio las órdenes de no-RCP aparecían en el 78.4% de los pacientes y solo en el 28,4% de pacientes se retiró algún tratamiento.

A pesar de que estudios como los mencionados previamente aportan información de ayuda respecto a las decisiones de LET, coincidimos con los autores en la necesidad de hacer estudios diseñados específicamente para analizar las distintas decisiones de LET en los pacientes ingresados en los servicios de MI.

Otro aspecto que nos gustaría comentar y que a nuestro juicio puede ser una limitación de trabajos de este tipo, es que no se haya recogido información relativa al momento en que se toma la decisión de LET. Casi la mitad de los pacientes de este estudio eran enfermos terminales en el momento del ingreso, según la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Si estas decisiones de LET se toman muy tardíamente y muy próximas al fallecimiento del paciente, pierden gran parte de su valor, porque aun cuando estén presentes, no garantizan la no obstinación diagnóstico-terapéutica en estos pacientes.

Por último, señalar que coincidimos plenamente con los autores en que se deben desechar expresiones como «no realización de medidas agresivas» ya que la consideración de una determinada maniobra diagnóstica o terapéutica como agresiva va a depender muchas veces de la persona que tome la decisión. Por tanto, es importante clarificar y explicitar por parte del equipo responsable del paciente qué medidas concretas decidimos limitar.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.006>

1134-282X/© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Ameneiros-Lago E, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Rev Calid Asist. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.006>

Bibliografía

1. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Rev Calid Asist.* 2016;31:70–5.
2. Los cuidados al final de la vida. Documento de recomendaciones. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela 2012 [consultado 7 Jun 2016] Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912.link.pdf.
3. 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;121:195–7.
4. Formiga F, Olmedo C, López Soto A, Pujol R. Dying in hospital of terminal heart failure or severe dementia: The circumstances associated with death and the opinions of caregivers. *Palliat Med.* 2007;21:35–40.
5. Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuan JA. Mortalidad esperable en Medicina Interna: ¿cómo son los últimos días de vida en los pacientes en los que la muerte es previsible? *Med Paliat.* 2015 (en prensa) [consultado 7 Jun 2016] <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.10.002>.

E. Ameneiros-Lago^{a,*}, C. Carballada-Rico^b
y J.A. Garrido-Sanjuán^a

^a Servicio de Medicina Interna, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

^b Unidad de Hospitalización a Domicilio, Comité de Ética Asistencial, Xerencia Integrada de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia.ameneiros.lago@sergas.es
(E. Ameneiros-Lago).

ANEXO 3: Póster ¿Puede influir la “rezonificación” en la atención de los pacientes que fallecen en medicina interna? Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel

XXXIV Congreso Nacional de la SEMI-XXIX Congreso de la SADEMI

V

¿PUEDE INFLUIR LA “REZONIFICACIÓN” EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN MEDICINA INTERNA? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

R. García Caballero⁽¹⁾, M. Barrera Ruíz⁽¹⁾, R. Alonso Navarro⁽¹⁾, B. Herreros Ruíz Valdepeñas⁽¹⁾, J. Castilla Castellano⁽¹⁾, L. Téllez González⁽¹⁾, O. Martín Segarra⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS

Analizar si el cambio de zona (“rezonificación”) en un hospital de tercer nivel influye en las características de los pacientes fallecidos en Medicina Interna y en la atención médica que reciben en el final de la vida.

MATERIAL Y MÉTODO

En abril de 2012 al Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se le asigna otro Área Asistencial al inaugurarse un nuevo hospital, que se encarga del área rural, donde están la mayoría de las residencias. Para averiguar la influencia de la “rezonificación” en el tipo de paciente que fallece y en su atención, se realiza un estudio retrospectivo de todos los éxitos en Medicina Interna durante 3 meses antes (mayo-julio de 2011) y 3 meses después (mayo-julio de 2012). Se registra: sexo, edad, residencia, estancia media, causa de muerte, deterioro cognitivo (“deterioro de la función intelectual adquirida y persistente”; usando el Clinical Dementia Rating), la Escala de Comorbilidad de Charlson, peso de cada paciente (extraído de codificación) y presencia de enfermedad terminal (“avanzada, progresiva, incurable y con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico”). Se valora la atención recibida registrando: órdenes de no reanimación cardiopulmonar (RCP), órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), sedación y duración de ésta.

RESULTADOS

2007 pacientes ingresados en Medicina Interna, 1236 (62%) en 2011. Fallecen 211 (11%), 151 en 2011 (72%). Tras la “rezonificación” disminuyen los ingresos el 38% y la mortalidad el 60%. Con el cambio de zona los pacientes institucionalizados pasan del 63% en 2011 al 38%, los terminales del 47% al 57%, las muertes inesperadas del 8% al 7%, los pacientes sin demencia del 33% al 50% (con demencia severa son similares: 40% vs 39%) y el Índice de Charlson de 3,19 a 3,85. Aumentan los ingresos por infección respiratoria (IR) (33% vs 40%), insuficiencia cardiaca (IC) (18% vs 20%) e infecciones urinarias (12% vs 13%); disminuyen los ingresos por ictus (11% vs 7%) y el resto de causas. Aumentan las IR como causa de éxitos (33% vs 45%) e IC (16% vs 23%), disminuyendo el resto de causas. Las órdenes de no RCP pasan del 76% al 67%, las indicaciones de LET del 83% al 93%. Se realizan 3 autopsias (2011), en pacientes considerados como “muerte inesperada”, aunque en los 3 se especificaron órdenes de LET y pautó sedación. La sedación en los pacientes fallecidos pasa de realizarse en el 52% al 45%, aumentando las horas de sedación hasta el éxitus de 29h a 50h.

DISCUSIÓN

Con el cambio de zona y la desaparición del Área rural disminuyen los ingresos en Medicina Interna casi el 40%, y la mortalidad el 60%. Nos planteamos si también cambia el tipo de paciente fallecido. Hay menos pacientes de residencia y menos con deterioro cognitivo. Ambos parecen estar relacionados: los pacientes institucionalizados suelen tener deterioro cognitivo, lo que aumenta la morbi-mortalidad. Sorprendentemente, esto no se traduce en el Índice de Charlson, ya que aumenta con la “rezonificación”. Además de haber más pacientes terminales. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre la importancia que tiene el deterioro cognitivo (y la institucionalización) en el Índice de Charlson. Este índice puede subestimar demencia y enfermedades cardiovasculares, entidades de suma importancia en los éxitos en Medicina Interna: la demencia supone 1 punto, frente a 6 del SIDA. Tras el cambio de zona fallecen menos pacientes con órdenes de no RCP firmadas, más con órdenes de LET, y se pautan menos sedaciones, aunque duran más. Este cambio en la forma de proceder puede relacionarse también con el cambio en el tipo de paciente atendido.

CONCLUSIONES

Los pacientes fallecidos en el HUFA tras la “rezonificación” tienen menos deterioro cognitivo, proceden menos de residencia, tienen más comorbilidad y hay más enfermos terminales. Fallecen menos con órdenes de no RCP firmadas, más con órdenes de LET, y se pautan menos sedaciones, aunque éstas duran más.

ANEXO 4: Póster. ¿Indicamos las órdenes de no reanimación y de limitación de esfuerzo terapéutico? Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel

¿Indicamos las órdenes de no reanimación y de limitación de esfuerzo terapéutico? Estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel

M. Barrera Ruiz(1), R. Alonso Navarro(1), R. García Caballero(1), B. Herreros Ruiz(1), V. Castilla Castellano(1), C. Villamor Jimenez(1), O. Martín Segarra(1) .(1)Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid)

OBJETIVO: Análisis de la indicación previa de limitación de esfuerzo terapéutico (LET) y/o no reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes fallecidos en el servicio de M. Interna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo del 100% de los pacientes fallecidos entre mayo y julio de 2011 y 2012, comprobando el registro de LET y/o no RCP en su historia clínica. Otros datos: sexo, edad, peso, institucionalización, procedencia del ingreso, estancia media y causa de éxitus, deterioro cognitivo, escala de comorbilidad de Charlson, y la presencia de enfermedad terminal.

RESULTADOS: 2007 pacientes ingresados en medicina interna durante ese periodo, de los que fallecieron 211 pacientes (el 10,5%), 151 en 2011. Características de los paciente fallecidos: Más mujeres (57,3% vs 42,7%), edad media de 84,85 años y el peso medio por paciente de 3,4. La mayor parte había ingresado desde urgencias (99,5%), y la estancia media de los fallecidos es de 12,18 días. El 50% de los pacientes fallecidos procede de residencia, el 40% de domicilio y en el 10% se desconoce la procedencia. Más de la mitad de los fallecidos presentan demencia al ingreso (53%), la mayor parte de ellos demencia severa (64,6%), seguido de demencia moderada (22,1%) y demencia leve el 13,2%; en el 13,3% no estaba registrado si presentaba demencia. El 44,5% de los pacientes fallecidos presenta una comorbilidad leve-moderada según la escala de Charlson (2-3 puntos), el 22,8% 4-5 puntos, el 16,5% >5 y el 16% 0-1 puntos. El 49% de los fallecidos presentaba una enfermedad terminal. Respecto a las causas del fallecimiento, en el 53% la causa era infecciosa (infección respiratoria y después infección urinaria). La segunda causa de muerte fue la patología cardiovascular (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica o ictus), el 30,8%. De las 211 muertes, 17 fueron inesperadas (8%). En cuanto a las órdenes de LET y de no RCP, los datos fueron: En 182 de los 211 fallecidos (86,3%) se había registrado alguna orden de limitación del esfuerzo terapéutico. De los 151 que fallecieron en 2011, se había firmado alguna orden de LET en 125 (83,4%), y en 2012 esto se indicó en 56 de los 60 pacientes fallecidos (93,3%). En 154 de los 211 fallecidos (72,9%) había órdenes de no reanimación cardiopulmonar (RCP), 114 en 2011 (el 75,5%) y 40 en 2012 (el 66,7%). En 3 pacientes se iniciaron maniobras de RCP; de ellos ninguno tenía orden de no RCP, y uno era un paciente terminal.

DISCUSIÓN: Los pacientes fallecidos tienen una edad avanzada (casi 85 años) y elevada comorbilidad, destacando además un elevado número de pacientes con demencia (64,6% severa), un peso medio por paciente elevado (3,4), así como un índice de Charlson también alto. Casi la mitad tenía una enfermedad terminal. Dichas características, llevan a que un elevado número de ellos estuviera institucionalizado en residencia. Con pacientes de estas características, conviene tener claro el plan terapéutico, fundamentalmente si se realizará el máximo esfuerzo terapéutico o si se va a llevar a cabo algún tipo de limitación. Concretamente no reanimar en caso de parda. La gran mayoría (86.3%) de los pacientes fallecidos tiene alguna orden de LET firmada, más aún en 2012 que en 2011, y en el 73% se habían especificado la orden de no RCP. Este tipo de indicaciones ayuda enormemente a manejar a pacientes con tanta complejidad, con mala calidad de vida y mal pronóstico. Y redundan en su propio beneficio, y en el de la familia, la enfermería, o el equipo de guardia.

CONCLUSIONES: La gran mayoría (86.3%) de los pacientes fallecidos tenía alguna orden de LET firmada, y en el 73% se habían especificado la orden de no RCP. Este tipo de indicaciones son de gran utilidad en el manejo de pacientes complejos, y de mal pronóstico. Un adecuado manejo redundan en el beneficio del paciente, su familia, y el equipo sanitario.

ANEXO 5: Póster. Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico más frecuentes en los pacientes que fallecen en medicina interna

XXXIV Congreso Nacional de la SEMI-XXIX Congreso de la SADEMI

V

ÓRDENES DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES QUE FALLECEN EN MEDICINA INTERNA.

R. Alonso Navarro⁽¹⁾, R. García Caballero⁽¹⁾, M. Barrera Ruiz⁽¹⁾, B. Herreros Ruiz-Valdepeñas⁽¹⁾, J. Castilla Castellano⁽¹⁾, M. Monforte Gómez⁽¹⁾, C. Villamor Jiménez⁽¹⁾, B. Sánchez Sauce⁽¹⁾

⁽¹⁾Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid)

OBJETIVOS

Describir las órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) indicadas en la historia clínica (HC) de los pacientes fallecidos en medicina interna (MI).

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida de las órdenes de LET de la historia clínica de todos los pacientes fallecidos durante su ingreso en el servicio de MI en el hospital Universitario Fundación Alcorcón en un periodo de 6 meses: 3 meses (Mayo-Julio) de 2011 y 3 meses (Mayo-Julio) de 2012. Las órdenes de LET debían estar escritas con claridad en la HC. Se define como LET "no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida". Tras revisar la bibliografía se escogieron las órdenes más habituales: No reanimación cardiopulmonar (RCP), paciente no subsidiario de medidas agresivas, no uso de antibióticos, paciente no candidato a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), no realización de una cirugía, paciente no subsidiario de nutrición parenteral, no realización de determinada/s pruebas diagnósticas, paciente no candidato a terapia renal sustitutiva (TRS), no uso de quimio o radioterapia y no transfusión sanguínea. Se especificó un apartado con "otras órdenes de LET", especificándolas.

RESULTADOS

2007 pacientes ingresados en MI durante ese periodo, de los que fallecieron 211 pacientes. De ellos 182 (86,3%) tenían firmada una orden de LET, 99 (46,9%) tenían firmadas 2 LET y 31 (14,7%) 3 órdenes. LETs registradas por frecuencia: No RCP 72,9%, no subsidiario de medidas agresivas 38%, no uso de antibióticos 9%, no candidato a UCI 8,5%, no realización de cirugía 5,2%, no subsidiario de nutrición parenteral 4,7%, no realización de pruebas diagnósticas 4,7%, no candidato a TRS 3,3%, no uso de quimio o radioterapia 1%, no transfusión sanguínea 0,5% y otras 2%. De los pacientes en los que no está firmada la orden no RCP y tienen firmada otra orden de LET (13,7%), en el 84% de ellos la orden firmada es "no susceptible de medidas agresivas". Los 19 pacientes en los que estaba firmada la retirada/no empleo de antibiótico tenían además firmada orden de no RCP y/o de no aplicar medidas agresivas.

DISCUSIÓN

La orden de LET más frecuentemente registrada en los pacientes que fallecen en medicina interna es la no RCP (73%), seguida del rechazo de "medidas agresivas" (38%). Dentro de los que tienen firmada una orden de LET, es muy poco habitual que no tengan firmada al menos una de éstas (tan sólo el 5%). En pacientes con mal pronóstico y/o mala calidad de vida (susceptibles de realizar LET), posiblemente la medida más importante a tomar es si el paciente debe ser reanimado en caso de parada, como refleja el estudio. Respecto al rechazo de "medidas agresivas", es una orden más general, y puede incluir la RCP, así como otro tipo de LETs por considerarse "agresivas" (TRS, ingreso en UCI). Sin embargo, aquí surge la duda de si por ejemplo el uso de antibióticos es una "medida agresiva" o no. Estos datos indican la importancia que tiene en MI decidir sobre el plan terapéutico individual de cada paciente al final de la vida. Es clave aclarar qué pacientes son de máximo esfuerzo terapéutico y cuáles no, y dentro de estos, qué tipo de medidas se limitan. Reflejar esto en la HC indica que el equipo médico ha reflexionado sobre el paciente, y ha tomado una decisión sobre qué es lo mejor para él. Si es posible, estas decisiones deben tomarse de acuerdo con el paciente y/o sus allegados. Reflejar con claridad esto es muy positivo: Es mejor para la enfermería y el equipo de guardia (que sabrá cómo actuar, por ejemplo, en caso de parada), y todo ello redundará en un manejo más adecuado de estos pacientes al final de su vida.

CONCLUSIONES

Las órdenes de LET más frecuentemente indicadas en la población estudiada son la orden de no RCP y que el paciente no es subsidiario de "medidas agresivas". Tras ellas se sitúan otras medidas muy concretas, pero mucho menos frecuentemente indicadas.

ANEXO 6: Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna

Rev Clin Esp. 2018;218(1):1-6



Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna[☆]



R. García Caballero^{a,b,c,*}, B. Herreros^{a,b,c}, D. Real de Asúa^{a,c,d}, S. Gámez^e,
G. Vega^f y L. García Olmos^g

^a Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Interna, Madrid, España

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

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

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^e Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

^f Hospital Universitario Quironsalud, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^g Unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Sureste, Madrid, España

Recibido el 26 de junio de 2017; aceptado el 3 de octubre de 2017

Disponible en Internet el 11 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Limitación del
esfuerzo terapéutico;
Órdenes de no
reanimación
cardiopulmonar;
Toma de decisiones;
Medicina interna

Resumen

Introducción: Existe escasa información sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en pacientes ingresados en unidades de hospitalización de medicina interna.

Objetivos: Describir las pautas de LET indicadas en los servicios de medicina interna y las características de los pacientes que las reciben.

Pacientes y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid. Se recogieron datos demográficos, de comorbilidad y las órdenes de LET pautadas en todos los pacientes fallecidos en un periodo de 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 382 pacientes cuya edad media fue de 85 ± 10 años; 204 eran mujeres (53,4%) y 222 (58,1%) procedían de su domicilio. El 51,1% eran enfermos terminales, el 43,2% tenían demencia moderada/grave y el 95,5% presentaban comorbilidad al menos moderada. En 318 pacientes (83,7%) se realizó algún tipo de LET, siendo las más frecuentes las órdenes de «no reanimación cardiopulmonar» (292 enfermos, 76,4%; IC 95%: 72,1-80,8), «no usar medidas agresivas» (113 pacientes, 16,4%; IC 95%: 13,7-19,4) y «no ingresar en unidad de cuidados intensivos» (102 casos, 14,8%; IC 95%: 12,3-17,7).

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

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.001>

0014-2565/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Limitation of therapeutic effort;
No cardiopulmonary resuscitation;
Decision making;
Internal medicine

Conclusiones: La LET es muy frecuente en los pacientes que fallecen en medicina interna. Las pautas más utilizadas son «no reanimación cardiopulmonar» y la expresión poco concreta de «no usar medidas agresivas». Los pacientes son de edad avanzada, con importante comorbilidad, enfermedad terminal y demencia avanzada.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Limitation of therapeutic effort in patients hospitalised in departments of internal medicine

Abstract

Introduction: There is little information on the limitation of therapeutic effort (LTE) in patients admitted to hospital internal medicine units.

Objectives: To describe the indicated LTE regimens in the departments of internal medicine and the characteristics of the patients who undergo them.

Patients and methods: An observational, descriptive retrospective study was conducted on 4 hospitals of the Community of Madrid. The study collected demographic and comorbidity data and the LTE orders prescribed for all patients who died during a period of 6 months.

Results: The study included 382 patients with a mean age of 85 ± 10 years; 204 were women (53.4%) and 222 (58.1%) came from their homes. Some 51.1% of the patients were terminal, 43.2% had moderate to severe dementia, and 95.5% presented at least moderate comorbidity. Some type of LTE was performed in 318 patients (83.7%); the most common orders were "No cardiopulmonary resuscitation" (292 patients, 76.4%; 95% CI 72.1-80.8), "Do not use aggressive measures" (113 patients, 16.4%; 95% CI 13.7-19.4) and "Do not transfer to an intensive care unit" (102 cases, 14.8%, 95% CI 12.3-17.7). Some type of LTE was performed in 318 patients (83.7%); the most common orders were "No cardiopulmonary resuscitation" (292 patients, 76.4%; 95% CI 72.1-80.8), "Do not use aggressive measures" (113 patients, 16.4%; 95% CI 13.7-19.4) and "Do not transfer to an intensive care unit" (102 cases, 14.8%, 95% CI 12.3-17.7).

Conclusions: LTE is common among patients who die in Internal Medicine. The most widely used regimens were "No CPR" and the unspecific statement "Do not use aggressive measures". The patients were elderly and had significant comorbidity, terminal illness and advanced dementia. © 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

Introducción

Se han utilizado numerosas expresiones para referirse a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), pero ninguna explica con exactitud el concepto. Una definición ampliamente aceptada es «no aplicar medidas desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea (fundamentalmente curar, mejorar o aliviar) a pacientes con mal pronóstico vital y mala calidad de vida»^{1,2}. Se entiende por medida desproporcionada aquella con un balance inadecuado entre costes-cargas y beneficios para el enfermo. Con la LET se pretende evitar el sufrimiento innecesario en pacientes en la fase final de la vida¹. Para considerar a un paciente candidato a medidas de LET se han desarrollado diferentes escalas que incluyen factores como la calidad de vida, la comorbilidad, el riesgo y el pronóstico vital³⁻⁶. La LET se ha evaluado principalmente en otros servicios asistenciales como cuidados intensivos⁷, paliativos⁸, oncología⁹, geriatría¹⁰ y pediatría¹¹.

Los servicios de medicina interna atienden un porcentaje muy importante de pacientes hospitalizados, muchos

de ellos en el período final de su vida¹². Sin embargo, apenas existe información consistente sobre las medidas de LET que se aplican a estos pacientes^{13,14}, cuyas características demográficas y clínicas difieren considerablemente de las de los pacientes ingresados en otros servicios. En este estudio se describen las pautas indicadas de LET en servicios de medicina interna y las características clínicas y demográficas de los pacientes que las reciben. Es la continuación y ampliación de un proyecto previo (*Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna*), donde analizamos la LET en un único hospital¹⁵.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico de 4 hospitales de la Comunidad de Madrid, que prestan asistencia a poblaciones urbanas y rurales. Se incluyeron todos aquellos pacientes fallecidos durante su ingreso. No hubo criterios de exclusión. El periodo de estudio fue de 6 meses. El estudio se realizó

de acuerdo con los criterios de buena práctica clínica y la Declaración de Helsinki^{16,17}.

Se obtuvieron de las historias clínicas las siguientes variables: edad, género, tiempo de estancia hospitalaria, procedencia del paciente (institución/residencia vs domicilio), deterioro cognitivo (según la escala *Clinical Dementia Rating*)¹⁸, comorbilidad (índice de Charlson ajustado a la edad: ausencia de comorbilidad [1-2 puntos], comorbilidad leve [3-4 puntos], moderada [5-6 puntos], grave [> 7 puntos]¹⁹), criterios de terminalidad al ingreso (según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos²⁰), motivo de ingreso y de fallecimiento. Las medidas de LET analizadas fueron: orden de no reanimación cardiopulmonar (RCP), ingreso en la unidad de cuidados intensivos, uso de terapia renal sustitutiva, transfusión de hemoderivados, realización de alguna prueba diagnóstica, intervenciones quirúrgicas, nutrición parenteral, quimioterapia o radioterapia, ventilación mecánica o intubación, y la no realización de «medidas agresivas». Solo se registraron aquellas órdenes que aparecían explícitas en las notas médicas evolutivas. También se recogió el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la orden de LET, así como las medidas de sedación paliativa¹ y su duración.

Los datos fueron analizados mediante SPSS, versión 17.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Se calcularon los intervalos de confianza al 95% de la variable principal (pauta de LET). Las variables cualitativas se describieron mediante tablas de frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Se analizaron las asociaciones entre las órdenes de LET, abstención de RCP y sedación paliativa con las siguientes variables: grado de demencia, institucionalización, índice de Charlson, sexo y edad. A efectos del análisis, el índice de Charlson se categorizó utilizando como punto de corte la mediana (8 puntos). Asimismo, el grado de demencia se agrupó en 2 categorías: ausente/leve (grados 0-1 de la escala *Clinical Dementia Rating*) y demencia moderada/grave (grados 2-3). Se calcularon las *odds ratio* (OR), sus intervalos de confianza y el nivel de significación utilizando para el contraste de hipótesis el test de la Chi cuadrado.

Resultados

Se analizaron 382 pacientes, cuya edad media fue de 85 ± 10 años; 204 (53,4%) fueron mujeres (tabla 1). La mayoría (222, 58,1%) procedían del domicilio. La estancia media del ingreso fue de 11 ± 13 días. El 43,2% tenía demencia moderada-grave, el 95,5% comorbilidad al menos moderada y el 51,1% presentaba criterios de terminalidad. Hubo 39 (10,3%) muertes inesperadas, entendidas como aquellas en las que no existían comentarios indicativos de fallecimiento inminente en las notas médicas y de enfermería durante los días previos. Otras características generales demográficas y clínicas de la muestra se describen en la tabla 1. Las causas de ingreso y de fallecimiento se indican en la tabla 2.

En 318 pacientes (83,7%; IC 95%: 79,3-87,1) se estableció alguna medida de LET, en 254 (66,5%) 2 y en 116 (30,4%) al menos 3. Destacaron por su prevalencia las órdenes de LET sobre RCP, medidas invasivas, ingreso en UCI, nutrición parenteral, antibioterapia, pruebas diagnósticas y tratamiento quirúrgico (tabla 3). El tiempo medio

Tabla 1 Características basales de los 382 pacientes fallecidos

Categoría	
<i>Edad, años</i>	85 \pm 10
<i>Sexo, mujeres</i>	204 (53)
<i>Estancia del ingreso, días</i>	11 \pm 13
<i>Lugar de residencia</i>	
Institucionalizado	136 (36)
Domicilio	222 (58)
No especificado	24 (6)
<i>Demencia^a</i>	
No	147 (38)
Leve	35 (9)
Moderada	56 (15)
Grave	109 (29)
Desconocido	36 (9)
<i>Comorbilidad^b</i>	
Ausente	2 (1)
Leve	15 (4)
Moderada	101 (27)
Grave	251 (68)
<i>Paciente terminal</i>	193 (51)
<i>Muerte inesperada</i>	39 (10)
<i>Sedación pautada</i>	178 (48)
<i>Duración de la sedación, horas</i>	38 \pm 45
<i>Tiempo desde el ingreso hasta la orden de «no RCP», horas</i>	85 \pm 222
<i>Tiempo desde el ingreso hasta la LET, horas</i>	78 \pm 181
<i>Tiempo desde la LET hasta que se pauta la sedación, horas</i>	112 \pm 225

Los resultados se expresan como n (%) o como media \pm desviación estándar.

LET: limitación del esfuerzo terapéutico; RCP: reanimación cardiopulmonar.

^a Según los criterios de *Clinical Dementia Rating*.

^b Según el índice de Charlson ajustado por edad.

desde el ingreso hasta la toma de decisiones de LET fue de 78 ± 18 horas tras el ingreso (en el caso de «no RCP» de 85 ± 222 h). Se pautó sedación terminal en 178 pacientes (47,6%), con una duración media hasta el fallecimiento de 38 ± 45 horas.

La tabla 4 recoge la asociación de la medida de LET, la decisión de «no RCP» y la aplicación de sedación paliativa, con el grado de demencia, la institucionalización, el índice de Charlson, el sexo y la edad de los pacientes. Solo se observó asociación estadísticamente significativa entre la orden de «no RCP» y la presencia de demencia moderada o grave (OR 1,73; IC 95%: 1,03-2,91; $X^2 = 4,33$; $p = 0,03$).

Discusión

Este estudio muestra que más del 80% de los pacientes fallecidos en áreas de hospitalización de medicina interna recibieron alguna medida de LET. En general, fueron sujetos de edad avanzada, con comorbilidad elevada, deterioro cognitivo y enfermedad terminal. En ocasiones esta decisión

Tabla 2 Causas de ingreso y fallecimiento de los pacientes incluidos

Causas de ingreso	N (%)	Causas de fallecimiento	n (%)
Infección respiratoria	126 (33,0)	Infección respiratoria	132 (34,5)
Insuficiencia cardíaca	63 (16,5)	Insuficiencia cardíaca	58 (15,2)
Infección tracto urinario	39 (10,2)	Cáncer	34 (8,9)
Otras infecciones	29 (7,6)	Infección tracto urinario	29 (7,6)
Accidente cerebrovascular agudo	27 (7,1)	Accidente cerebrovascular agudo	27 (7,1)
Insuficiencia renal	12 (3,1)	Otras infecciones	23 (6,0)
Enfermedad hepatobiliar	11 (2,9)	Cardiopatía isquémica	16 (4,2)
Cardiopatía isquémica	7 (1,8)	Tromboembolia pulmonar	9 (2,4)
Tromboembolia pulmonar	2 (0,50)	Otros	53 (13,8)
Otros	66 (17,3)		

Tabla 3 Órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico pautadas

Órdenes	N (%) ^a	IC 95%
No RCP	292 (76,4)	72,1-80,8
No medidas agresivas	113 (16,45)	13,8-19,4
No ingreso en UCI	102 (14,85)	12,3-17,7
No nutrición parenteral	60 (8,73)	6,7-11,1
No antibioterapia	40 (5,82)	4,2-7,8
No realización de pruebas diagnósticas	35 (5,09)	3,6-7,0
No tratamiento quirúrgico	34 (4,95)	3,5-6,8
No terapia renal sustitutiva	17 (2,47)	1,4-3,9
No transfusión de hemoderivados	11 (1,60)	0,80-2,8
No quimio o radioterapia	10 (1,46)	0,70-2,7
No ventilación/intubación	5 (0,73)	0,23-1,7
Otras	1 (0,15)	0,00-0,8

RCP: reanimación cardiopulmonar; UCI: unidad de cuidados intensivos.

^a Un paciente puede tener varias órdenes prescritas.

se refleja en la historia clínica de forma poco concreta, con expresiones como «no realizar medidas agresivas».

En nuestro entorno hay pocos trabajos que aborden la LET en servicios de medicina interna. El estudio de Solís et al. se centró en las órdenes de «no RCP» en un hospital comarcal¹⁴. Las características basales de la población fueron similares a las del presente estudio, salvo por una mayor proporción de pacientes oncológicos. Sin embargo, la documentación de órdenes de «no RCP» fue inferior a la de este estudio (66% frente al 76%, respectivamente)¹⁴. Por otra parte, recientemente se comunicaron los datos de 1.457 pacientes incluidos en el estudio Atención en sus Últimos Días de Vida a los pacientes en los servicios de Medicina Interna (UDVIMI), aún pendientes de publicación²¹. Los resultados han sido análogos a los de este estudio, aunque existen algunas diferencias, como un porcentaje menor de los exitus esperables (62% frente a 90%), un tiempo mayor desde el ingreso hasta la sedación (5 frente a 1,5 días) y menor hasta el exitus (7 frente a 11 días). Estas diferencias probablemente se expliquen, además de por el diferente tamaño muestral, por el tiempo de duración de la inclusión. En el

trabajo UDVIMI se incluyeron los 10 primeros pacientes fallecidos en servicios de medicina interna de cada centro a partir del 1 de diciembre de 2015, momento de mayor carga asistencial del periodo invernal, mientras que en el presente estudio la inclusión se hizo durante un periodo de 6 meses²².

De acuerdo con la definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, más de la mitad de los pacientes del presente estudio cumplía criterios de enfermedad terminal al ingreso. Sin embargo, el tiempo transcurrido hasta la LET y la orden de «no RCP» fue elevado (78 y 85 h, respectivamente). La mayor parte de los enfermos terminales que ingresan en medicina interna lo hacen por enfermedades no oncológicas, lo que puede llevar a demorar la identificación del proceso como terminal^{23,24}. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento paliativo en estos pacientes puede explicarse por la dificultad que supone consensuar los cuidados al final de la vida con los pacientes y sus familiares, por la falta de formación en habilidades de comunicación y en cuidados paliativos (es esencial identificar al paciente terminal no oncológico), por la sobrecarga de trabajo y por la fragmentación de la continuidad asistencial²⁵. Aunque este estudio se centra en el ámbito hospitalario, es importante la actuación de la atención primaria en estos pacientes. En ocasiones, tanto los pacientes como los familiares prefieren el medio hospitalario para los últimos días de su vida, mientras que otros prefieren morir en casa²⁶. Por ello, se requiere una mayor coordinación entre AP y especializada, y promover los cuidados paliativos domiciliarios²⁷.

En el presente trabajo la presencia de demencia en grado al menos moderado aumentó un 73% la probabilidad de que se pautase la orden de «no RCP». A diferencia de este estudio, otros han mostrado una asociación de la decisión de LET con la procedencia del paciente (residencia o domicilio)²⁸ y la edad²⁹. Otros aspectos relevantes, no analizados en nuestro estudio, son el grado sociocultural³⁰ y la persona que acuerda la decisión sobre la LET, sea el paciente o la familia³¹.

En cuanto a las limitaciones del estudio se debe comentar que se trata de una ampliación de un estudio previo¹⁵, por lo que las fechas de recogida de datos son distintas para cada uno de los centros. Se han mantenido los mismos meses en todos los años para evitar la posible variabilidad estacional. Otra limitación es la inclusión solo de pacientes fallecidos. Posiblemente los pacientes con enfermedad terminal a los que se da de alta tengan también medidas de LET y sus

Tabla 4 Asociaciones entre medidas de limitación del esfuerzo terapéutico y características de los pacientes

Asociaciones	OR	IC 95%	X ²	p
<i>Entre orden de LET y:</i>				
Grado de demencia ^a	0,97	0,55-1,72	0,008	0,93
Institucionalización	0,77	0,43-1,36	0,79	0,37
Índice de Charlson ^b	1,18	0,66-2,09	0,33	0,56
Sexo	1,00	0,58-1,74	0,001	0,97
Edad	U de Mann-Whitney			0,97
Asociaciones	OR	IC 95%	X ²	p
<i>Entre orden de no RCP y:</i>				
Grado de demencia ^a	1,73	1,03-2,91	4,33	0,03
Institucionalización	0,96	0,57-1,60	0,02	0,88
Índice de Charlson ^b	0,90	0,55-1,47	0,17	0,68
Sexo	1,16	0,72-1,88	0,40	0,52
Edad	U de Mann-Whitney			0,29
Asociaciones	OR	IC 95%	X ²	p
<i>Entre sedación paliativa y:</i>				
Grado de demencia ^a	1,29	0,83-1,99	1,35	0,24
Institucionalización	1,39	0,90-2,14	2,23	0,13
Índice de Charlson ^b	0,92	0,60-1,41	0,13	0,71
Sexo	1,37	0,91-2,06	2,32	0,12
Edad	U de Mann-Whitney			0,08

IC: intervalo de confianza; LET: limitación del esfuerzo terapéutico; OR: *odds ratio*; RCP: reanimación cardiopulmonar.

^a Ausencia o demencia leve y moderada/grave.

^b Índice de Charlson ajustado a la edad categorizado según la mediana de la muestra (8 puntos).

características clínicas sean diferentes. Otras limitaciones son sesgos inherentes al carácter retrospectivo del estudio. No obstante, en relación con la posible falta de uniformidad en la identificación de las distintas variables recogidas, como las medidas de LET, el equipo investigador se reunió varias veces para clarificar su definición. También debe señalarse que no se pudo obtener información fidedigna sobre cuál fue el motivo concreto sobre el que se basó el clínico para adoptar medidas de LET. Por último, no se recogieron las combinaciones farmacológicas administradas en la sedación

por no disponer de las hojas de tratamiento de los pacientes fallecidos en la mayoría de los centros.

En conclusión, se puede afirmar que la prescripción de medidas de LET es muy frecuente en los pacientes que fallecen en servicios de medicina interna, siendo las más prevalentes la orden de «no RCP» y la expresión poco concreta de «no usar medidas agresivas». Es necesario mejorar la formación en cuidados paliativos, en bioética y en habilidades de comunicación en el final de la vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Rodrigo Alonso y María Manuela Barrera por su ayuda en la recogida de los datos en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Bibliografía

- Herreros B, Moreno-Milán B, Pachó-Jiménez E, Real-de Asúa D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:750-61.
- Martino Alba R, Monleón Luque M. Limitar el esfuerzo terapéutico: un término poco apropiado. *Med Pal*. 2009;16:9-10.
- Newschaffer CJ, Bush TL, Penberthy LT. Comorbidity measurement in elderly female breast cancer patients with administrative and medical records data. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:725-33.
- Park SH, Lee HS. Assessing predictive validity of pressure Ulcer risk scales-A systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2016;45:122-33.
- Trujillo-Cariño AL, Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E. Utilidad del índice pronóstico paliativo (PPI) en pacientes con cáncer. *GAMO*. 2013;12:234-9.
- Cuadras Lacasa F, Alcaraz Benavides M, Lloret Mateu M, Madrides Basagañas MS, Martín Ramírez C, Mesalles Sin M, et al. Índice de Karnofsky para medir la calidad de vida. *Rev Enferm*. 1998;21:18-20.
- 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.
- Faull C, Rowe Haynes C, Oliver D. Issues for palliative medicine doctors surrounding the withdrawal of non-invasive ventilation at the request of a patient with motor neurone disease: A scoping study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4:43-9.
- Lim RB. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis*. 2016;10:455-67.
- Arcand M. End-of-life issues in advanced dementia: Part 1: Goals of care, decision-making process, and family education. *Can Fam Physician*. 2015;61:330-4.
- 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.
- Castillo Rueda A, de Portugal Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2004;21:31-8.
- Novillo A, Ladenheim R, Galante M, Isola IM, Musi ME, Naguel V, et al. Limitation of life-sustaining treatment. A prospective study in a clinical ward. *Medicina (B Aires)*. 2008;68:437-41.

14. 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.
15. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. *Rev Calid Asist.* 2016;31:70-5.
16. 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 19 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
17. 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.º274:
22. Díez-Manglano J. La pluripatología, un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp.* 2017;217:207.
23. Bernabeu-Wittel M, García-Morillo S, González-Becerra C, Ollero M, Fernández A, Cuello-Contreras JA. Impacto de los cuidados paliativos y perfil clínico del paciente con enfermedad terminal en un área de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206:178-81.
24. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 2010;36:765-7.
25. Pérez Rueda M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas de pacientes y profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Toxicología y Legislación sanitaria, Universidad Complutense de Madrid; 2015.

ANEXO 7: Póster. Withholding and withdrawing treatment, a multicentre study in patients admitted in Internal Medicine wards in the Community of Madrid

Withholding and withdrawing treatment, a multicentre study in patients admitted in Internal Medicine wards in the Community of Madrid

Rebeca García Caballero, Diego Real de Asúa, Sergio Gámez, Gala Vega, Emanuele Valenti, Benjamín Herreros Ruíz-Valdepeñas. (Instituto de Bioética Francisco Vallés).

INTRODUCTION: There is little data on withholding and withdrawing treatment (WH/WD) in the Internal Medicine ward. After an initial study, we decided to increase the external validity of our results. **OBJECTIVES:** To describe what are the WH/WD orders in this context and in which patients they are performed. **PATIENTS AND METHODS:** We designed a multicenter retrospective descriptive observational study in four hospitals in the Community of Madrid. We included all patients who died in the Internal Medicine ward during 6 months of 2011-2012 and 2012-2013 in each center, without exclusion criteria. **RESULTS:** A total of 382 deaths were analyzed. The mean age was 85 ± 10 years. 204 women (53.4%). 222 (58.1%) came from their home. 165 (43.2%) had a moderate / severe degree of dementia and 352 (95.5%) had at least a moderate degree of comorbidity. The most frequent causes of admission and death were infections and cardiovascular pathology. For 318 (83.7%) were prescribed at least one type of WH/WD. The most frequently prescribed orders were do-not-resuscitate in 292 cases (76.4%, 95% CI: 72.05-80.82), not to perform "aggressive treatment measures" in 113 patients (16.45, 95% CI 13.75 -19,43) and not admission in ICU in 102 cases (14.85%, 95% CI 12.27 to 17.72). **CONCLUSIONS:** WH/WD are widely used measures, the most frequent one being those unspecified such as do-not-resuscitate or not using aggressive treatment measures. The population in which those are employed is elderly and with significant comorbidity and dementia.

ANEXO 8: ¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?

+Model
RCE-1818; No. of Pages 5

ARTICLE IN PRESS

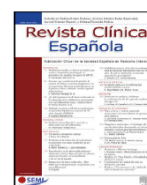
Rev Clin Esp. 2020;xxx(xx):xxx-xxx



ELSEVIER

Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL BREVE

¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?*

R. García Caballero^{a,b,c,*}, D. Real de Asúa^{a,c,d}, L. García Olmos^e y B. Herreros^{a,c,f}

^a Grupo de Trabajo de Bioética, Sociedad Española de Medicina Interna

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes (Madrid), España

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

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^e Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Sureste, Madrid, España

^f Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España

Recibido el 16 de octubre de 2019; aceptado el 21 de enero de 2020

PALABRAS CLAVE

Limitación del
esfuerzo terapéutico;
Cuidados paliativos;
Bioética;
Final de la vida

Resumen

Objetivos: Averiguar si los internistas saben qué es la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y si la formación en cuidados paliativos condiciona dicho conocimiento.

Métodos: Encuesta a los internistas españoles sobre el conocimiento de la LET y la formación en cuidados paliativos.

Resultados: Se recibieron 273 encuestas; edad media de los que respondieron 42 ± 12 años; el 80,2% eran adjuntos. El 23,8% identificó la definición completa de la LET; las opciones más escogidas fueron «no iniciar un tratamiento activo» (85,0%) y «retirar un tratamiento activo» (65,9%). El 43% carece de formación en cuidados paliativos, el 73,3% considera que su nivel de conocimiento es bueno o muy bueno, al 62,3% le genera ansiedad afrontar la planificación de cuidados al final de la vida con el paciente y el 81,3% ha tenido algún conflicto con sus decisiones de la LET.

Conclusiones: Solo 1 de cada 4 internistas conoce bien la definición de la LET, sin asociación con el grado de formación en cuidados paliativos.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

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

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.005>

0014-2565/© 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: García Caballero R, et al. ¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico? Rev Clin Esp. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.005>

ANEXO 9: Encuesta sobre limitación del esfuerzo terapéutico a internistas de la SEMI

1. Sexo:
 - a. Mujer.
 - b. Varón.
2. Edad: (Introducir número en años)
3. Soy...
 - a. Residente.
 - b. Adjunto.
4. Si es Residente, ¿De qué año?
 - a. 1er año.
 - b. 2º año.
 - c. 3er año.
 - d. 4º año.
 - e. 5º año.
5. Tiempo trabajado desde que acabó la residencia:
 - a. 0-5 años.
 - b. 6-10 años.
 - c. 11-20 años.
 - d. > 20 años.

6. Trabaja en un centro: (Respuesta múltiple posible)

- a. Público.
- b. Privado religioso.
- c. Privado laico.
- d. Público de gestión privada.

7. Se encarga de: (respuesta múltiple válida)

- a. Planta de hospitalización.
- b. Consulta.
- c. Interconsultas/apoyo a otras unidades.
- d. Hospitalización a domicilio.
- e. Centro de media/larga estancia.
- f. Urgencias.

8. Tamaño del centro en el que trabaja:

- a. < 200 camas.
- b. 201-500 camas.
- c. 501-1000 camas.
- d. > 1000 camas.

9. ¿Qué media de pacientes tiene a su cargo al día en hospitalización?

- a. < 5 pacientes.
- b. 6-10 pacientes

- c. >10 pacientes.
- d. No trabajo en Hospitalización.

10. ¿Qué media de pacientes ve en una semana en la consulta?

- a. < 10 pacientes.
- b. 11-20 pacientes.
- c. 21-30 pacientes.
- d. > 30 pacientes.
- e. No llevo consulta.

11. En su centro de trabajo ¿existe un equipo específico de cuidados paliativos?

- a. Sí.
- b. No.

12. ¿Qué formación específica tiene en cuanto a cuidados paliativos?

- a. Grado.
- b. Cursos en postgrado.
- c. Máster.
- d. Ninguna.

13. ¿Le gustaría formarse en cuidados paliativos?

- a. Sí.
- b. No.
- c. No lo sé.

14. ¿Cómo considera que es la atención al final de la vida en los pacientes hospitalizados en Medicina Interna?

- a. Muy buena.
- b. Buena.
- c. Mala.
- d. Muy mala.

15. ¿Cómo valora el conocimiento de los internistas en cuanto al manejo del final de la vida?

- a. Muy bueno.
- b. Bueno.
- c. Malo.
- d. Muy malo.

16. ¿Y el suyo propio?

- a. Muy bueno.
- b. Bueno.
- c. Malo.
- d. Muy malo.

17. ¿Qué entiende por limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente? (Respuesta múltiple válida)

- a. Retirar el tratamiento activo.
- b. No iniciar un tratamiento activo.

- c. Eutanasia.
- d. Orden de no reanimación.
- e. Sedación paliativa.
- f. Abandono del paciente.

18. ¿Qué entiende cuando en la historia clínica de un paciente aparece un epígrafe del tipo “paciente no candidato a medidas agresivas”? (respuesta múltiple válida)

- a. Que es un paciente al que no se le van a realizar maniobras de RCP.
- b. Que el paciente no es candidato a ingresar en la UCI.
- c. Que no le vamos a realizar tratamientos agresivos: QT, RT, drogas vasoactivas, transfusiones, etc.
- d. Que no se van realizar técnicas invasivas: endoscopias, cateterismo, terapia renal sustitutiva, etc.
- e. Que no se le van a solicitar más analíticas ni radiografías.
- f. No lo sé, tendría que decidirlo en función del momento y del paciente.

19. Durante las guardias de planta de Hospitalización, ¿le ha sucedido que un paciente que hasta el momento no conocía, se inestabilice y tenga que decidir usted si ingresa en la UCI porque el plan de sus médicos habituales no contemplaba esa posibilidad?

- a. Sí, con mucha frecuencia.
- b. Sí, alguna vez.
- c. No, siempre estaba registrada esa opción previamente y qué hacer al respecto.
- d. No hago guardias.

20. Durante las guardias de planta de Hospitalización, ¿le ha sucedido que un paciente que hasta el momento no conocía, se inestabilice, con síntomas refractarios y tener que iniciar una sedación paliativa?

- a. Sí, con mucha frecuencia.
- b. Sí, alguna vez.
- c. No, nunca.
- d. Intento que no, prefiero que sean sus médicos habituales quienes tomen esa decisión.
- e. No hago guardias.

21. Cuando tiene que iniciar una perfusión de sedación, ¿en qué contexto lo hace?

- a. Yo solo.
- b. Con el equipo médico: adjuntos y residentes.
- c. Con el equipo médico y de enfermería.
- d. En sesión clínica multidisciplinar.

22. ¿Cómo toma la decisión de iniciar una sedación paliativa?

- a. Primero con el paciente si está consciente.
- b. Primero con la familia, y luego se habla con el paciente.
- c. Intento no hablarlo con el paciente, sólo con la familia.
- d. Con el equipo sanitario, sin consultar con el paciente ni la familia.

23. ¿Ha abordado, con un paciente en situación de gravedad y mala calidad de vida, pero estable y con funciones cognitivas conservadas, qué atención médica querría recibir si se inestabilizase? (respuesta múltiple válida).

- a. Sí, en pacientes con demencia incipiente.
- b. Sí, en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.
- c. Sí, en pacientes EPOC terminal.
- d. Sí, en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal.
- e. Sí, en pacientes oncológicos terminales.
- f. No, nunca se me ha presentado la ocasión.
- g. No, creo que es algo que debe abordar su médico de atención primaria.

24. ¿En qué contexto lo ha hecho? (Respuesta múltiple válida)

- a. En consulta
- b. En hospitalización
- c. En las guardias
- d. No tenemos tiempo para abordar estos temas con tranquilidad.

25. ¿Le genera ansiedad o disconfort afrontar con un paciente el manejo del final de su vida?

- a. Mucho.
- b. Un poco.
- c. Rara vez.
- d. Nada.

26. Si le genera ansiedad, ¿Cómo cree que podría solucionarlo? (respuesta múltiple válida)

- a. Aumentando la formación específica en cuidados paliativos.
- b. Con actualizaciones anuales de esa formación.
- c. Teniendo sesiones multidisciplinarias al respecto.
- d. Siendo el Médico de Atención Primaria quien aborde la situación.

27. ¿Ha recurrido alguna vez al documento de voluntades anticipadas de algún paciente?

- a. Frecuentemente.
- b. Algunas veces.
- c. Rara vez.
- d. Nunca.

28. ¿Le han surgido conflictos a la hora de realizar la limitación del esfuerzo terapéutico en un paciente? (respuesta múltiple válida)

- a. Con el propio paciente.
- b. Con los familiares.
- c. Con otros compañeros.
- d. No me han surgido.

29. ¿Ha derivado algún caso al Comité de Ética Asistencial de su centro?

- a. Sí.
- b. Alguna vez.
- c. No.
- d. En mi hospital no hay.