



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

[www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu) - ISSN 1886-5887

## DOSSIER SOBRE BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA

**Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI**

**Limitation of life support. Palliative care and end of life in ICU**

**Limitació de suport vital. Cures pal·liatives i final de vida a l'UCI**

**OLGA RUBIO SANCHIZ, LARA VENTURA PASCUAL \***

\* Olga Rubio Sanchiz. Médico intensivista Servicio Medicina Intensiva Hospital Sant Joan de Déu. Althaia Xarxa Hospitalaria Universitaria de Manresa (España). Email: 32994ors@gmail.com.

\* Lara Ventura Pascual. Médico intensivista Servicio Medicina Intensiva Hospital Sant Joan de Déu. Althaia Xarxa Hospitalaria Universitaria de Manresa (España). Email: laravepa3@gmail.com.



Copyright (c) 2020 Olga Rubio Sanchiz, Lara Ventura Pascual

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

## Resumen

La misión de los cuidados intensivos es restaurar la situación basal de salud libre de discapacidad severa atendiendo al principio bioético de beneficencia, respetando la dignidad y voluntad del paciente de ser tratado lo que vendría a ser atender al principio bioético de autonomía, y realizando todo esto de una forma adecuada a la mejor evidencia actual, justa y sostenible atendiendo a los principios de no maleficencia y de justicia. Cuando no es posible es cuando los profesionales tienen la obligación ética de iniciar un diálogo de manera respetuosa y prudente con el paciente y/o la familia y el resto de profesionales implicados (atención primaria, enfermería, especialistas...etc.) de cara a llegar a un consenso sobre limitar los tratamientos de soporte vital y/o adecuar los cuidados y continuar el tratamiento con un plan terapéutico de cuidados dirigidos al confort, control de síntomas y a mejorar la calidad de vida (Plan de cuidados paliativos) para preservar la dignidad del paciente, evitar el sufrimiento y proporcionar un tratamiento compasivo de soporte y acompañamiento durante el proceso de muerte si se diera el mismo atendiendo al paciente y a la familia con el máximo cuidado y respeto en un marco de humanización de la salud. Atender de forma excelente el final de la vida significa dignificar a las personas que están pasando por ese proceso, aportar un valor extraordinario de humanidad y debe ser un objetivo prioritario actual en nuestro quehacer diario en las unidades de cuidados intensivos.

**Palabras clave:** Final de vida; limitación de tratamientos; cuidados paliativos; duelo.

## Abstract

The mission of intensive care is to restore the baseline health situation free of severe disability by following the bioethical principle of beneficence, respecting the dignity and willingness of the patient to be treated what would be to attend to the bioethical principle of autonomy, and doing all this in a manner appropriate to the best current, fair and sustainable evidence, taking into account the principles of non-maleficence and justice. When it is not possible, it is when professionals have the ethical obligation to initiate a dialogue in a respectful and prudent manner with the patient and / or the family and the rest of the professionals involved (primary care, nursing, specialists ... etc.) Face to reach a consensus on limiting life support treatments and / or adapt care and continue treatment with a therapeutic plan of care aimed at comfort, symptom control and improving the quality of life (Palliative Care Plan) to preserve the dignity of the patient, avoid suffering and provide a compassionate support and support during the death process if the same were given to the patient and the family with the utmost care and respect in a framework of humanization of health. Addressing the end of life in an excellent way means dignifying the people who are going through this process, providing an extraordinary value of humanity and must be a current priority in our daily work in the intensive care units.

**Keywords:** End of life; limitation of treatments; palliative care; grief.

## Resum

La finalitat de la vigilància intensiva és restaurar la situació basal de salut lliure de discapacitat severa atenent al principi bioètic de beneficència, respectant la dignitat i voluntat del pacient de ser tractat, cosa que vindria a ser atendre al principi bioètic d'autonomia, i realitzant tot això d'una forma adequada a la millor evidència actual, justa i sostenible, atesos els principis de no maleficència i de justícia. Quan tot això no és possible és quan els professionals tenen l'obligació ètica d'iniciar un diàleg de manera respectuosa i prudent amb el pacient i/o la família i amb la resta de professionals implicats (atenció primària, infermeria, especialistes...etc.) de cara a arribar a un consens sobre limitar els tractaments de suport vital i/o adequar les cures i continuar el tractament amb un pla terapèutic de cures dirigides al confort, el control de símptomes i a millorar la qualitat de vida (Pla de Cures Pal·liatives) per a preservar la dignitat del pacient, evitar el sofriment i proporcionar-li un tractament compassiu de suport i acompanyament durant el procés de mort, atenent el pacient i a la família amb la màxima cura i respecte en un marc d'humanització de la salut. Atendre de forma excel·lent el final de la vida significa dignificar les persones que estan passant per aquest procés, aportar un valor extraordinari d'humanitat i ha de ser un objectiu prioritari actual en el nostre quefer diari en les unitats de vigilància intensiva.

**Paraules clau:** Final de vida; limitació de tractaments; cures pal·liatives; dol.

## 1. Introducción

Los servicios de medicina intensiva son áreas específicas dotadas de tecnología y profesionales especializados que ponen los medios convenientes (humanos y técnicos) necesarios de forma adecuada para restablecer la salud de las personas dentro de los hospitales. Por tanto, la misión de los cuidados intensivos es devolver al paciente a una situación basal de salud libre de discapacidad severa atendiendo al principio bioético de beneficencia, respetando la dignidad y voluntad del paciente de ser tratado, lo que vendría a ser atender al principio bioético de autonomía, y realizando todo esto de una forma adecuada a la mejor evidencia actual, justa y sostenible, atendiendo a los principios de no maleficencia y de justicia.

Cuando no es posible la restauración de la salud del paciente (situación de irreversibilidad), o no es posible la supervivencia con calidad de vida mínima aceptable es cuando los profesionales tienen la obligación ética de iniciar un diálogo de manera respetuosa y prudente con el paciente y/o la familia y el resto de profesionales implicados (atención primaria, enfermería, especialistas...etc.) de cara a llegar a un consenso sobre limitar los tratamientos de soporte vital y/o adecuar los cuidados y continuar el tratamiento con un plan terapéutico de cuidados dirigidos al confort, control de síntomas y a mejorar la calidad de vida (plan de cuidados paliativos) para preservar la dignidad del paciente, evitar el sufrimiento y proporcionar un tratamiento compasivo de soporte y acompañamiento durante el proceso de muerte, si se diera el mismo, atendiendo al paciente y a la familia con el máximo cuidado y respeto en un marco de humanización de la salud.

Los cuidados intensivos y los cuidados paliativos no son por tanto disciplinas excluyentes, sino que son complementarias y cada vez deberían estar más presentes en nuestro quehacer diario en las unidades de cuidados intensivos (1).

## 2. Estado actual de la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital en UCI

A pesar de que las decisiones de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) son frecuentes en nuestras unidades de Críticos, y están éticamente aceptadas como una buena práctica clínica e inclusive un estándar de calidad, no existe un consenso claro definido que explicita como se deberían llevar a cabo estas decisiones a nivel individual, aunque la sociedad de cuidados intensivos ha publicado unas recomendaciones al respecto que están en vías de revisión actualmente (2).

Las decisiones están profundamente influenciadas por las predicciones clínicas sobre el pronóstico de los pacientes ya que los profesionales basan sus pronósticos según su propia experiencia o en estudios unicéntricos o multicéntricos de patologías específicas. También se decide según escalas de gravedad que utilizan múltiples variables y son de ayuda asociadas a otros sistemas de medición pronóstica, pero en general no existe una herramienta clara y única que ayude a la toma de decisiones, siendo más un conjunto de ellas las que ayudan a iniciar el planteamiento de LTSV.

Debido a todos estos factores, la predicción acerca de la supervivencia individual del paciente es problemática. Se ha verificado que el 70% de los pacientes que han sobrevivido a un ingreso en la UCI y sus familias confirman que volverían a ingresar en la UCI, aunque solo fuera para aumentar un mes la supervivencia (3).

A nivel profesional, la percepción de la muerte como fracaso médico y el aferrarse a mantener ciertas actitudes terapéuticas como mecanismo de escape para no afrontar lo inevitable, son dos actitudes que precisan ser modificadas.

Existen diferentes valoraciones entre pacientes, familias y clínicos que pueden diferir en lo que se podría considerar “buena muerte”. Por lo tanto, el pronóstico clínico es importante para los pacientes y para las familias, sobre todo cuando hay desacuerdos con los pronósticos ofrecidos para ellos, y deben ser debatidos.

En el mismo sentido los valores de los pacientes y la familia son importantes para el pronóstico en una decisión de final de vida, por eso se preconiza cada vez más la toma de decisiones compartida (4).

Actualmente es prioritario disminuir la variabilidad en la asistencia médica y llegar a consensos de los aspectos más relevantes y el estudio WELPICUS ya pone de manifiesto que existe consenso en ciertos aspectos como el consentimiento informado, el no inicio y la retirada de soportes vitales, requerimientos legales, terapias de UCI, reanimación cardiopulmonar, toma de decisiones compartidas, muerte cerebral, y cuidados paliativos (5).

La existencia de protocolos que sirvan de guía de actuación y que aclaren las obligaciones en estas situaciones es positiva pues facilita la toma de decisiones, disminuye la variabilidad, y favorecen a la vez la seguridad jurídica de los profesionales.

### 3. Toma de decisiones de LTSV

Normalmente los clínicos los primeros días de ingreso en UCI actúan bajo modelos de decisión que permiten realizar intervenciones en beneficio del paciente. Este modelo está sustentado por los principios éticos de beneficencia, y no maleficencia. Este modelo lo utilizan algunos clínicos y es particularmente utilizado en situaciones de emergencia donde el consentimiento informado se asume.

Pero se está incrementando cada vez más el principio de respeto a la autonomía y respeto del paciente, el derecho de autodeterminación y éste está dominando cada vez más la toma de decisiones en Estados Unidos y en otros países. Bajo este modelo los clínicos debaten sobre la naturaleza y el pronóstico de la enfermedad con el paciente sobre las decisiones próximas, determinando los valores de los pacientes, confirmando que entienden la información que se les da, debatiendo sobre los roles que prefieren en la toma de decisiones e intentando llegar a un consenso o pacto clínico compartido acerca de los cursos de tratamiento que son más consistentes con los valores de los pacientes.

Esta toma de decisiones compartida difiere del modelo de consentimiento informado, en la que los clínicos facilitan al paciente las alternativas y otra información con la que los pacientes pueden tomar decisiones por sí mismos.

Dado que el paciente de cuidados críticos no es competente en la mayoría de ocasiones para tomar decisiones, son los familiares o representantes de los pacientes y los profesionales responsables de su atención los que deciden por él desde la responsabilidad de proteger su bienestar según el criterio del “mejor interés” o “mayor beneficio”.

La recomendación actual es que la toma de decisiones sea compartida entre el equipo asistencial, el paciente y/o familia a través de un proceso de “deliberación, elegir entre las diferentes opciones posibles el curso de acción que se ajuste al mejor interés y voluntades del paciente. Desde este punto de vista, la responsabilidad del equipo asistencial será, en primer lugar, evaluar el pronóstico del paciente de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible y balance riesgo/beneficio de las diferentes opciones de tratamiento, curativo o paliativo, según su experiencia.

Hay que señalar la importancia de la participación de la enfermera responsable del paciente en la toma de decisiones, por su contribución a un mejor conocimiento de los “valores” del paciente y de las circunstancias y el contexto sociofamiliar (6).

Otro aspecto a tener en cuenta son las interacciones entre profesionales; la comunicación interdisciplinar se asocia con aumento de la satisfacción y es reconocida por los pacientes y familias como uno de los componentes principales de un buen final de vida. (7).

En algunos conflictivos a la hora de tomar decisiones, se puede consultar con el Comité de Ética Asistencial, que elaborará recomendaciones de ayuda para la toma de decisiones.

En definitiva, en la toma de decisiones no existe una “receta de cocina” como bien explicita el libro del *Hasting Center* sobre recomendaciones al final de la vida (8), pero sí que se debe aplicar un método deliberativo, a base de intentar contestar preguntas, nos haga reflexionar, y llegar a un consenso sobre lo que es más beneficiante para el paciente con la participación del paciente y/o su familia o representantes.

#### 4. Tipos de limitación de tratamientos de soporte vital

Clásicamente y de forma arbitraria los tipos de limitación de tratamientos de soporte vital se han dividido en cuatro grandes grupos: no ingresar un paciente en la UCI; no iniciar tratamientos; no aumentar tratamientos y la retirada de los mismos.

El tipo de LTSV más frecuente es el no inicio de tratamientos, siendo la no reanimación cardiopulmonar la más frecuente, seguida del no inicio de tratamientos principalmente los invasivos, siendo la menos frecuente la retirada de los mismos. La retirada se asocia, debido a la gravedad de las enfermedades en que se aplica, a una mortalidad asociada cercana al 96%-99%, mientras que en el no inicio es del 81% y el no aumento del 44 % (9). Pero hay nuevos factores que ayudan a tomar la decisión; el estudio EPIPUSE puso de manifiesto una frecuencia en nuestro país del 35% de LTSV con una mortalidad hospitalaria asociada del 93%, y constató que se instaura algún tipo de LTSV en un tercio de los pacientes que presentan complicaciones o eventos adversos con repercusión orgánica ocurridos a partir de la segunda semana de ingreso en UCI (10). A pesar de estar bien categorizados existe gran variabilidad en su aplicación como muestra una revisión sistemática donde existen grandes diferencias entre UCIs y entre países distintos, lo que pone de manifiesto las necesidades de formación ética y de investigación (11).

## 4.1 Nuevas formas de LTSV en UCI

Actualmente, más del 10% de los ingresos en UCI son de personas mayores de 80 años. Este hecho está conllevando un cambio en las decisiones de LTSV, ya que son más frecuentes en este tipo de pacientes (12,13). Al cambiar la tipología de pacientes, se han visto incrementada el tipo de LTSV en el momento ya del ingreso en la UCI (14). El paradigma mayoritario de la LTSV al ingreso en UCI son actualmente los pacientes geriátricos, crónicos complejos y oncológicos críticos. Este tipo de LTSV al ingreso es infrecuente (2-8%), pero se está incrementando, y lo más interesante es que casi una tercera parte de los pacientes sobreviven más de 30 días, por lo que éste tipo de limitación no confiere un pronóstico ominoso. Confiere el no inicio de ventilación mecánica, diálisis o RCP y no restringiendo tratamientos no invasivos, siendo la retirada de tratamientos muy infrecuente (15).

Otro tipo de LTSV es la retirada terapéutica por futilidad con retirada terapéutica tras comprobar falta de respuesta al tratamiento o progresión clínica con mal pronóstico, o la retirada terapéutica en situación de donación en asistolia controlada. Por ejemplo, pacientes oncológicos que precisan ventilación mecánica, donde tras predefinir unos objetivos terapéuticos al ingreso, se revalora al paciente unos días después para evaluar si el tratamiento es efectivo, tomándose decisiones de retirada en caso de irreversibilidad del proceso (16). Otros ejemplos son la LTSV en pacientes con fracaso multiorgánico en progresión y SOFA > 15, o los pacientes con daño cerebral grave con mal pronóstico vital (17).

## 5. Comunicación de decisiones de LTSV al paciente, familia y/o representantes e interdisciplinar

La relación clínica entre profesionales, paciente y familia, se fundamenta en el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente, a su dignidad como persona y a su libertad individual. Este es un “proceso” de toma de decisiones compartida entre los profesionales responsables de la asistencia y los pacientes o familiares, en un contexto de comunicación “efectiva y transparente”.

Es imprescindible que el profesional establezca una correcta relación de confianza con el paciente y la familia como parte principal para el correcto proceso de toma de decisiones al final de vida.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso a la información, a la confianza mutua y a la mínima seguridad que necesitan los pacientes y la familia para participar en el proceso de toma de decisiones y colaborar en todo el proceso de enfermedad (18).

En la entrevista familiar es importante la anamnesis sobre la forma de ser del enfermo, calidad de las relaciones familiares, reacciones en situaciones similares o pérdida de otros familiares, características del domicilio y nivel de soporte.

En toda unidad familiar debe identificarse el cuidador principal, que en caso de enfermedades crónicas suele ser el que soporta la sobrecarga de trabajo con índices de ansiedad y/o depresión.

Son una recomendación actual las “family conferences”, en las que se preconiza el encuentro con los pacientes y familiares desde el momento inicial y de forma periódica después, que facilita la toma de decisiones (19).

Pero no solo debe establecerse una correcta comunicación con el paciente y familia, sino que también con el resto de disciplinas. Esto se puso de manifiesto tras un estudio sobre comunicación interdisciplinar que demostró que realizar intervenciones de comunicación entre profesionales disminuyó los días de estancia en UCI para los pacientes que fallecían sin incrementar la mortalidad en la UCI (20).

## 6. Registro de las decisiones de LTSV en la historia clínica

La decisión de LTSV y el inicio de un plan de cuidados paliativos es el resultado de un proceso continuo de información, comunicación y deliberación entre los profesionales responsables de la asistencia y el paciente o familia. Dicho proceso debe quedar bien documentado en la historia clínica.

Una decisión bien documentada es garantía de que se han seguido, tanto desde el punto de vista técnico como ético, unos procedimientos correctos, lo cual constituye la mejor forma de protección desde el punto de vista legal.

Se debe documentar en la historia clínica:

- ◆ La información proporcionada al paciente/familia sobre diagnóstico, pronóstico, opciones de tratamiento y cuidados, así como los resultados esperables de la propia experiencia del equipo asistencial.



- ◆ Recomendable documentar que el paciente y/o familia comprenden la información recibida y la situación, que han podido reflexionar y aprecian las consecuencias derivadas de la decisión.
- ◆ El criterio o los criterios utilizados para tomar la decisión. Razonamiento y argumentación por la que se ha llegado a la limitación de tratamientos.
- ◆ La recomendación del equipo asistencial de limitar el tratamiento de soporte vital sobre la base del mejor interés del paciente, y si se ha realizado por consenso del equipo asistencial.
- ◆ Los deseos y las preferencias de los familiares. Si existe documento de voluntades anticipadas.
- ◆ El acuerdo alcanzado y los aspectos fundamentales del mismo.
- ◆ Las personas (paciente, familiares, representantes legales, profesionales implicados) intervinientes.
- ◆ El plan de cuidados paliativos consensuado se detallará en las respectivas órdenes médicas y de enfermería.
- ◆ Si se ha seguido el protocolo sobre fin de vida en caso de disponer del mismo.
- ◆ El informe del Comité de ética asistencial si existiera.

## 7. Cuidado de los profesionales

La experiencia cercana al sufrimiento y a la muerte supone una importante sobrecarga emocional. Además, en ese contexto son frecuentes los conflictos de valores en general, y éticos en particular, y los profesionales tienen que enfrentarse a esas situaciones, muchas veces, sin la adecuada formación en ética clínica y sin los necesarios conocimientos en “técnicas de deliberación” en ese tipo de conflictos, lo cual genera angustia y, a la larga, puede ocurrir lo que se conoce como “Síndrome del desgaste profesional” o “burnout”.

Estos síntomas repercuten negativamente en la asistencia sanitaria en términos de: insatisfacción personal en el trabajo, absentismo, disminución en la calidad de la actividad asistencial, aumento de errores, rechazo al trabajo e incluso abandono profesional.

Tienen un efecto modulador positivo el hecho de disponer de un ambiente de colaboración entre el equipo asistencial, la accesibilidad y receptividad de la institución o la formación específica en bioética clínica y en cuidados paliativos.

Los recursos para hacer frente a este síndrome del desgaste son variados y van desde la formación en ética y técnicas de deliberación, pasando por aspectos más estructural como son

crear un ambiente ético en el entorno laboral que favorezca la realización de debates interdisciplinarios, o recursos meramente organizativos del tipo establecer sesiones interdisciplinarias deliberativas, reuniones de “desahogo” después de fallecimientos especialmente traumáticos y fomentar una práctica clínica respetuosa con los diferentes miembros del equipo, de carácter colaborativo.

## 8. Plan de cuidados paliativos y final de vida en la UCI

El objetivo de la sedación y la analgesia es el alivio del sufrimiento, la agitación, la disnea y el dolor del paciente, pero nunca será el de acelerar su muerte.

Cuando se decide una limitación del tratamiento es muy importante realizar una evaluación cuidadosa del paciente atendiendo especialmente a síntomas de dolor, la presencia de disconfort físico y psíquico, el nivel de consciencia, la presencia de disnea, dificultad respiratoria y apnea.

Se debe establecer un plan de cuidados paliativos con los objetivos de disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida (21).

Los cuidados paliativos aportan una atención integral y una visión multidimensional del paciente.

Aceptando que el proceso de morir es una experiencia muy individual, el concepto de buena muerte puede ayudar a los equipos a definir objetivos terapéuticos. En el final de vida los objetivos serían: adecuado control de síntomas, evitar la prolongación inadecuada de la vida, dar al paciente el control de la situación, mejorar la sobrecarga de los familiares, facilitar las relaciones con los seres queridos y asegurar la continuidad de la atención.

## 9. Atención a la familia durante el ingreso y en el proceso de duelo

La atención a la familia es uno de los criterios de calidad de atención al final de la vida. Durante el ingreso es básico el apoyo de los profesionales del equipo asistencial. Las intervenciones basadas en el asertividad y la comunicación efectiva mejoran la satisfacción, comprensión y aceptación del fallecimiento por parte de las familias. Las familias valoran especialmente el compromiso, la compasión y la honestidad de los profesionales que les proporcionan los cuidados.

Un aspecto esencial es la atención individualizada de la familia con la incorporación del valor cultura y espiritualidad en todo el proceso de cuidados paliativos.

Es importante en el final de la vida detectar temas pendientes, tanto económicos como relacionales y debe hacer una anticipación de la muerte y del duelo. La elaboración de la pérdida es un proceso normal que requiere meses, se muestra con sentimientos, cambios en la conducta y síntomas físicos y concluye con el retorno de las capacidades funcionales y relacionales previas.

Sería de utilidad incorporar “el cuidado centrado en la familia”, y que son extensivos de los cuidados paliativos. El equipo asistencial debe establecer una relación de colaboración continua con la familia, donde la comunicación efectiva, la honestidad y el respeto mutuo fuesen herramientas fundamentales durante todo el proceso.

En aquellos pacientes con largo ingreso en la UCI, las familias pueden quedar desoladas al fallecer el paciente, por lo que podría ser útil el seguimiento posterior de las mismas en los primeros meses, para favorecer el proceso de duelo.

## Bibliografía

1. Truog R, Cist A, Brackett S, Burns J, Curley M, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2001; 29:2332-48.
2. Monzón J.L., Saralegui I., Abizanda R., Cabré L., Iribarren S., Martín M.C. et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med. Intensiva [revista en la Internet].* 2008 Abr [citado 2016 Feb 16]; 32(3): 121-133.
3. Danis M, Patrick DL, Southerland LI, Green ML. Patients' and families' preferences for medical intensive care. *JAMA* 1988; 260:797-802.
4. Luce J End-of-life Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital, San Francisco California. *Concise Clinical Review) Am J Respir Crit Care Med Vol 182.* Pp 6–11, 2010.
5. Luce J End-of-life Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital, San Francisco California. *Concise Clinical Review) Am J Respir Crit Care Med Vol 182.* Pp 6–11, 2010.
6. A. Falco. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva.* 2009; 20(3): 104-109.

7. Luce J End-of-life Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital, San Francisco California. Concise Clinical Review) Am J Respir Crit Care Med Vol 182. Pp 6–11, 2010.
8. Hastings Center. Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff Manor, NY; 1987.
9. Ferrand LATEREA Group: Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: A prospective survey. French LATEREA Group. Lancet 2001;357-14.
10. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. Hernández A... Med intensiva 2015; 39 (7):395-404.
11. Mark NM1, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. Intensive Care Med 2015 Sep; 41 (9): 1572-85.
12. Guidet B, Hodgson E, Feldman C, Paruk F, Lipman J, Koh Y, Vincent JL, Azoulay E, Sprung C 2014 The Durban World Congress Ethics round Table Conference report: II. Withholding or withdrawing of treatment in elderly patients admitted to the intensive Care Unit. J Crit Care 29:896-901.
13. Hamel MB, Davis RB, Teno JM et al 1999. Older age, aggressiveness of care, and survival for seriously ill, hospitalized adults. Support Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks if treatments. Ann Intern Med 131:721-728.
14. Godfrey et al. Treatment limitations at admission to intensive care units in Australia and New Zealand: prevalence, outcomes, and resource use. Crit Care Med. 2012; 40:2082-9.
15. Rubio O et al. Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: a multicenter prospective cohort study. J Intensive Care. 2018. Apr 13; 6:24. doi: 10.1186/s40560-018-0283-y. eCollection 2018.
16. Lecouyer L, Chevret S, Thiery G, Darmom M, Schlemmer B, Azoulay E. 2007. The ICU Trial a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. Crit Care Med 35:808-814.
17. Cabre et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making Intensive Care Med. 2005 Jul;31(7):927-33. Epub 2005 Apr 26.

18. Tejedor JC, López J, Herranz N, Nicolás P, García F, Pérez J y Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 78 (1): 190.e1---190.e14.
19. Luce J End-of-life Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital, San Francisco California. *Concise Clinical Review) Am J Respir Crit Care Med Vol 182*. Pp 6–11, 2010.
20. Lilly CM, DeMeo DL, Sona LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An Intensive communication intervention for the critical ill. *Am J Med* 2000; 109:469-4.
21. Craig D. Blinderman, M.D., and J. Andrew Billings, M.D. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *N Engl J Med* 2015; 373:2549-256.

**Fecha de recepción: 26 de junio de 2019**

**Fecha de aceptación: 28 de julio de 2019**