

Limitación del esfuerzo terapéutico

F.J. Cambra Lasaosa

Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Sant Joan de Déu. Colaborador Instituto Borja de Bioética.

El nacimiento de los cuidados intensivos, neonatales, pediátricos y de adultos entrada la segunda mitad del siglo pasado, propició la utilización sistemática de tratamientos capaces de mantener la vida de muchos pacientes, estimulando una dinámica de actuación en la que imperaba la obligación técnica de hacer todo lo posible. Posteriormente comenzó a analizarse el hecho de podían instaurarse tratamientos incapaces de mejorar el pronóstico, generando, ciñéndonos ya al ámbito pediátrico, sufrimiento sobre el niño enfermo y sus familias al alargar el proceso de morir. Esta forma de actuar denominada obstinación terapéutica, término preferible al de encarnizamiento terapéutico, pues presupone una crueldad injustificable, se ubica en un modelo de relación médico paciente claramente paternalista, en el que el facultativo es dueño absoluto de las decisiones.

Las recomendaciones sobre criterios de admisión en la UCIP se basan en la necesidad de monitorización activa, la reversibilidad del proceso y la imposibilidad de realizar el tratamiento necesario fuera de ellas, aunque estas directrices en ocasiones son difíciles de cumplir debido a diversas circunstancias que influyen claramente en el ingreso del paciente, fundamentalmente, presión ejercida por facultativos responsables del paciente y en mayor medida por presión familiar, llevando a ingresar a niños con patología de base irreversible o con gravísimos trastornos neurológicos.

En el ejercicio de la medicina intensiva pediátrica es necesario valorar cuidadosamente las posibilidades de curación de un niño, si ésta es posible, deben utilizarse todos los medios disponibles, cuando no lo es, debe evitarse mantener de forma prolongada el proceso de morir. Las alteraciones consecuentes a la enfermedad o las complicaciones aparecidas en el curso de la evolución, pueden determinar la inconveniencia del mantenimiento de medidas de soporte vital y plantearse la limitación del esfuerzo terapéutico.

Es fundamental también, analizar las posibilidades de supervivencia con gravísimas secuelas que puedan condicionar una afectación muy importante de la calidad de vida posterior.

En tales situaciones la posible evolución de un paciente debe condicionar la puesta en marcha de las diversas opciones terapéuticas siendo imprescindible valorar la conveniencia de un determinado tratamiento, discernir si está indicada su instauración o por el contrario se opta por la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), esta expresión se refiere a las decisiones que tienen como objetivo no iniciar o suprimir si ya han sido instauradas actuaciones de soporte vital en un enfermo. (En terminología inglesa withholding o withdrawal, respectivamente.) Como medidas de soporte vital se entiende cualquier intervención médica, procedimental o farmacológica, realizada en un paciente con el objeto de retrasar su proceso de morir, independientemente de que dicha intervención se efectúe en relación con la patología de base o con el proceso biológico causal. Entre este tipo de medidas se

incluyen la reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica, soporte cardiorrespiratorio extracorpóreo, la hemodiálisis, administración de hemoderivados, el uso de antibióticos y la nutrición e hidratación parenteral o enteral. Existen autores que propugnan sustituir la expresión LET por la de limitación del soporte vital y otros, que piensan que el concepto de limitación tiene connotaciones negativas ya que puede sugerir que existe un abandono del paciente, abogan por hablar de adecuación terapéutica. En mi opinión, la terminología es importante, aunque lo fundamental es conocer en profundidad el concepto, sin interpretaciones erróneas y actuar de la manera correcta.

CONCEPTO DE FUTILIDAD

Es interesante abordar el concepto de tratamiento fútil desde dos vertientes, si se define desde una vertiente técnica, se considera fútil aquel tratamiento que no va obtener el objetivo fisiológico deseado, puede deducirse que es inútil. Este concepto aparece en la literatura médica en 1980 en un artículo de Lo B. y Jonsen Ar. Desde este punto de vista, cuando se prevé que una intervención o tratamiento no va a ser eficaz o que los beneficios que reportaría son desproporcionados con relación a los riesgos, esfuerzos o costes previsibles, puede decirse que dicha intervención es rechazable, tanto médica como éticamente. En esta evaluación indudablemente tiene un peso fundamental el juicio del profesional. Se añade otra perspectiva, propuesta por Schneiderman, Jecker y Jonsen cuando en 1990 analizan la futilidad relacionando la proporcionalidad entre los beneficios a obtener y la carga impuesta al enfermo y a su familia. Desde los valores del paciente, representados la mayoría de ocasiones por los padres del niño, se ponderará si el tratamiento es asumible o rechazable, a causa del dolor físico o el sufrimiento humano que lo acompañan. La decisión en estas situaciones debe descansar en los propios implicados, es decir en los padres o tutores o en el niño si está capacitado para tomar decisiones.

En cuidados intensivos pediátricos es imprescindible reconocer que no todos los tratamientos que prolongan la vida biológica resultan humanamente beneficiosos para el paciente como persona y en la toma de decisiones deben valorarse aspectos relacionados con la calidad de vida de los niños enfermos.

CALIDAD DE VIDA. TOMA DE DECISIONES

Cuando se plantean situaciones en las que la valoración de la calidad de vida es primordial, como es el caso de la posibilidad de supervivencia de un niño con gravísimas secuelas, parece hacerse necesario definir una mínima calidad de vida, este hecho produce gran desazón tanto en el profesional sanitario como en los padres y es, después de un diálogo reposado entre ambas partes, incluyendo al niño, si es posible en función de su capacidad de decisión, como se pueden llegar a concretar formas de actuación.

Es imprescindible, en la valoración de situaciones conflictivas, como valorar la mínima calidad de vida admisible para poder adoptar la postura

más idónea. Debería situarse en el potencial de relación psicológico y humano, al menos debería existir una mínima capacidad por parte del niño, que permitiera establecer una relación afectiva e intelectual con los demás, ya que el bien del niño dependerá de sus posibilidades de relación con el entorno, con los demás seres humanos que le rodean.

Es de suma importancia subrayar el componente objetivo y el subjetivo que existe al definir la calidad de vida asumible por el niño y su familia, ya que puede llevar, de una forma aparentemente paradójica, a tomar decisiones totalmente diferentes, igualmente correctas desde el punto de vista moral, en caso de patologías similares, lo que puede resultar desconcertante para el personal sanitario que vive estas situaciones. La mínima capacidad de contacto comentada, puede ser totalmente insuficiente para muchas familias mientras que otras pueden aceptar esta situación e incluso situaciones más graves.

No debe obviarse la importancia fundamental del clima de amor que debe encontrar un niño en el seno de su familia, en cualquier situación pero mucho más si presenta limitaciones en su calidad de vida. Por otra parte, la asunción de según que tipos de secuelas y alteraciones, requeriría un apoyo de la sociedad a las familias que en muchas ocasiones no se da.

Actualmente, con más frecuencia que antes, las vías de diálogo entre la familia y los profesionales son de difícil instauración, pudiendo existir una falta de consenso en relación a lo que es un bien para el paciente. Estas situaciones, suponen un grado de sobrecarga emocional entre los profesionales implicados que pueden ver como sus opiniones son difíciles de llevar a cabo, debido a las preferencias de los padres o de los propios pacientes, generando lo que se ha denominado en la literatura médica, *distrés moral*.

Es fundamental valorar cuidadosamente que redunde en beneficio del paciente y qué no, admitiendo que el mantenimiento de la vida a ultranza puede no ser lo mejor para un niño enfermo y que siempre debería huirse de una aplicación inmisericorde de la técnica. El médico no puede concentrarse únicamente en las posibilidades técnicas de las que teóricamente puede beneficiarse el enfermo.

Pueden definirse dos tipos de actitud que cabe considerar incorrectos como extremos de un espectro de decisión, por un lado se pueden proponer actitudes vitalistas en las cuales prima una concepción puramente biológica de la vida sin tener en cuenta la calidad de ésta y ante las cuales podría ser más razonable el delimitar cuidadosamente las acciones terapéuticas y por el contrario, en una sociedad competitiva y perfeccionista como en la que nos hallamos inmersos, el defender en ocasiones posturas abstencionistas desde el punto de vista terapéutico, al temer precisamente la supervivencia de un hijo con discapacidades o al que tuvieran que dedicarle más tiempo y esfuerzos de los deseados.

En la idea de limitación del esfuerzo terapéutico, de una manera radical, reside el concepto de preservar el proceso de muerte de una medicina sofisticada que desarrolle todos los medios a su alcance para prolongar una vida biológica interpretada como valor absoluto. Resulta fundamental valorar lo indicado en cada momento de la evolución clínica, respetando la voluntad del paciente capaz y competente o la de sus padres en lugar de realizar siempre lo técnicamente posible.

TRATAMIENTO PROPORCIONADO-DESPROPORCIONADO

Tradicionalmente los tratamientos a realizar se han clasificado en extraordinarios u ordinarios, de esta forma, terapias como la ventilación mecánica, hemodiálisis, o soporte circulatorio, fácilmente se sitúan en el ámbito de lo extraordinario, mientras que otros tratamientos como las perfusiones endovenosas, los antibióticos o la nutrición se consideran como ordinarios. Es importante hoy día, situar el debate sobre un tratamiento en términos de proporcionado o desproporcionado, al hablar del tratamiento en estos términos, se coloca en una posición preponderante al paciente y las terapéuticas planteadas y si lo hacemos en términos de extraordinario u ordinario se enfatiza el tratamiento. Se trata de aquilatar en todo momento la proporcionalidad del tratamiento a realizar con el objetivo a conseguir, ya que en ocasiones puede considerarse desproporcionado el administrar a un paciente un tratamiento antibiótico o una nutrición por sonda y en cambio es más difícil considerarlos extraordinarios.

RETIRAR O NO INICIAR UN TRATAMIENTO. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Ha sido comentado con frecuencia que las decisiones de no iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital no tenían la misma consideración moral, desde ese punto de vista puede considerarse menos conflictivo tomar la decisión de no iniciar un tratamiento que retirarlo si ya se había instaurado. No debe mantenerse ningún tipo de distinción, ya que la finalidad de no iniciar o de retirar un tratamiento es la misma. Si desde el punto de vista moral se concluye que un determinado tratamiento no está indicado, es igual el hecho de retirarlo o de no iniciarlo, no obstante debe reconocerse que desde el punto de vista emocional si que existen diferencias, para las familias o los profesionales sanitarios puede ser más violento el hecho de retirar medidas terapéuticas que el de no iniciarlas, en ese sentido, es importante señalar que puede ser más fácil iniciar medidas terapéuticas con la duda de su utilidad posterior si se piensa que en el momento en el que se constate su inutilidad se pueden retirar, de esta manera se disminuye el dramatismo inherente a la decisión de si es correcto o no iniciar según que medidas terapéuticas.

Una de las cuestiones que más dificultades plantean está relacionada con la consideración de la nutrición y la hidratación como tratamiento o como cuidado básico, si se valora como un tratamiento podría suprimirse, por el contrario al considerarse como cuidados básicos serían mantenidos al retirar total o parcialmente otras medidas.

Cuando se plantea la supresión de la nutrición, ésta se administra mediante una sonda gástrica u otros accesos enterales como gastrostomía o yeyunostomía, y se utilizan preparados farmacéuticos nutricionales, para la hidratación también se necesitan unas soluciones indicadas para su administración enteral o endovenosa. Pueden equipararse de esta forma a cualquier otro tipo de tratamiento, al que, en consecuencia, podría renunciarse, tanto por parte de los padres o el propio paciente (si fuera capaz de decidir) como por parte de los profesionales sanitarios. Desde esta concepción de tratamiento, no parece adecuado mantener la hidratación y la nutrición en determinadas circunstancias, fundamentalmente cuando debe administrarse por vía parenteral o mediante sonda nasogástrica u otros dispositivos de acceso al tubo digestivo, si con ello solo se va a conseguir prolongar una situación irreversible. Existen, además, posibilidades terapéuticas para controlar las hipotéticas sensaciones de hambre o de sed a las que pudiera recurrirse para no justificar su supresión. Debe brindarse el apoyo emocional adecuado, si fuera necesario, tanto para los profesionales sanitarios como para los padres que se enfrentarán a una situación de supresión terapéutica de estas características.

Todas las cuestiones relacionadas con la retirada del tratamiento no deben confundirse con el concepto de eutanasia, ya que la errónea calificación de la eutanasia como pasiva y su asimilación al concepto de limitación terapéutica podría llevar a equívocos.

Los profesionales deben distinguir la racionalidad de una decisión difícil de las consecuencias emocionales que se deriven de ésta, ya que sobre las decisiones podría influir el grado de malestar emocional o angustia que pudieran generar y no verse con claridad la opción idónea. En el sentido de iniciar o mantener tratamientos debe apelarse a una medicina apoyada en la evidencia ya que en situaciones críticas, y más en el ámbito pediátrico, puede potenciarse la utilización de medidas, a veces con un gran coste, cuya efectividad está claramente en entredicho o sobre las que se tienen escasas pruebas sobre su supuesta utilidad.

OPORTUNIDAD DE LA DECISIÓN

Cuando se aborda la posibilidad de una limitación terapéutica es fundamental conocer realmente el momento en que debe decidirse. Habitualmente, se busca una certeza absoluta, imposible de alcanzar en el ejercicio de la medicina, ya que todas las decisiones deben tomarse en un marco de incertidumbre, no pudiendo emitir con exactitud un pronóstico de irreversibilidad, debiéndose aspirar a una certeza razonable. Es necesario basarse en el juicio clínico y en las experiencias previas, además de apoyar las decisiones, mediante la utilización de sistemas de valoración que ayudarán a definir grupos de pacientes en base a determinadas características, de esta forma se intenta objetivar el riesgo de los enfermos y se puede vislumbrar a partir de

que momento los esfuerzos terapéuticos van a ser baldíos. La propuesta de LET surgirá habitualmente desde el equipo asistencial, aunque en ocasiones será la familia o el propio paciente la que proponga esta actuación.

Es conveniente individualizar cada situación e invertir el tiempo necesario para clarificar la actuación, es deseable la coincidencia de opinión de todo el equipo asistencial, aunque la admisión y respeto ante una determinada decisión por parte de miembros del equipo, que personalmente optarían por otra opción es suficiente para garantizar su corrección. Debe consensuarse la decisión con la familia, que en ocasiones puede proponer la limitación terapéutica al comprender la situación, otras veces, aunque entiendan bien el problema, necesitan tiempo para poder asimilar la conducta a seguir. Se apoyará siempre a la familia, que puede sentirse desamparada y es fundamental evitar que se sientan como únicos responsables de la decisión de limitar el tratamiento de su hijo, explicando que se trata de una decisión que se toma entre todos, padres y profesionales sanitarios. Por el contrario, en otras ocasiones, puede existir una negativa a cualquier restricción terapéutica, en tal caso es aconsejable continuar con el tratamiento dando más tiempo a la familia para asumir la situación, ya que la percepción, por parte de los padres, de que se pretenden retirar tratamientos o no iniciar otros en contra de su voluntad puede hacer muy tensa la relación e imposibilitar el diálogo posterior, en tales casos deberá replantearse de manera periódica la cuestión ya que los padres pueden darse cuenta tras un tiempo de que la LET puede ser la mejor opción para su hijo.

Pueden influir en la aparición de conflictos y en su gravedad factores socioculturales ya que no es igual el enfoque dado a la relación médicos-padres según los diversos países y culturas. Es importante tener muy en cuenta este hecho en estos momentos en que las corrientes migratorias establecen sociedades pluriculturales, debiéndose ofrecer mayor receptividad y creatividad pedagógica.

El profesional sanitario no está obligado a aplicar tratamientos que considere inútiles en contra de su voluntad, pero en ocasiones puede ser muy complejo defender esta postura, es primordial el diálogo paciente que facilite la comprensión por parte de los padres de situaciones para los que pueden no estar emocionalmente preparados. En este sentido, existen patologías en las que es previsible una determinada evolución, una preparación previa con una información cuidadosa brindada por los profesionales responsables puede ayudar en el momento de analizar la adecuación de determinadas propuestas terapéuticas.

ESTRATEGIA DE LET

Cuando se decide una limitación del esfuerzo terapéutico puede ser difícil definir la estrategia a seguir una vez se ha decidido no aplicar terapias que puedan alargar la supervivencia de una forma inútil. Esta decisión se hará constar siempre en la historia clínica, describiendo el motivo y el consenso entre el equipo y la familia. No parece adecuado la firma de un consentimiento específico para la LET como en ocasiones se ha propuesto.

Puede considerarse como limitación del esfuerzo terapéutico el no realizar ingreso en cuidados intensivos, la limitación del inicio o aumento de determinadas medidas de soporte vital, incluida la reanimación cardiopulmonar (RCP), y la retirada o disminución de éstas una vez instauradas.

Primordialmente debe ofrecerse apoyo total a la familia, dando una información clara y adecuada, no olvidando nunca sus necesidades espirituales y al optar por la no utilización o supresión de ciertas medidas terapéuticas, debe quedar claro que este hecho no supone la limitación del cuidado del niño, ya que deben asegurarse todos los cuidados encaminados a obtener el máximo bienestar físico y psíquico del niño, utilizando las medicaciones necesarias para ello. Aclarar y subrayar estos aspectos será reconfortante para la familia.

Es importante elaborar un plan de actuación en el que se establezcan las posibles medidas a seguir, puede ser muy útil en ocasiones, el establecimiento de diversos escalones terapéuticos, por ejemplo administrar oxígeno o ventilación no invasiva pero no realizar intubación. Debe tenerse en cuenta que el paciente puede recuperarse del episodio crítico con el plan establecido y sobrevivir con las medidas instauradas.

Es primordial evitar todos los estímulos que puedan producir incomodidad al niño. El propio proceso de morir, se puede acompañar de alteraciones como la hipercapnia, uremia, o alteraciones del flujo sanguíneo cerebral que

pueden disminuir el nivel de conciencia y por tanto del sufrimiento. La retirada del soporte de las funciones respiratorias, hemodinámica... favorecerá esta situación.

En la unidad de cuidados intensivos y cuando el niño es muy dependiente de las medidas de soporte, como por ejemplo de fármacos vasoactivos, su supresión o disminución puede ocasionar con brevedad la muerte del paciente al producirse con rapidez hipotensión y paro cardiocirculatorio.

Otros tratamientos, como es el caso del soporte respiratorio pueden permitir la supresión o disminución de manera individualizada de la ventilación mecánica, de la oxigenoterapia o del tubo endotraqueal en función de las circunstancias que rodean al paciente. Según como se realice la evolución del niño puede ser diferente. La retirada del tubo endotraqueal puede tener como inconvenientes la aparición de obstrucción de la vía aérea o de dificultad respiratoria pudiendo motivar la prescripción de sedación previamente a la extubación para evitar la aparición de esa sintomatología. La retirada de las diversas medidas terapéuticas, puede acompañarse de una supervivencia más o menos larga, que debe ser cuidadosamente observada para tratar cualquier síntoma de posible sufrimiento.

La frontera entre un tratamiento que pueda facilitar una sedoanalgesia que garantice el bienestar o la ausencia de sufrimiento del niño y otro que pueda producir una mayor depresión respiratoria y por tanto acelerar el desenlace puede ser una línea extremadamente delgada. Ha de quedar claro que el tratamiento sedoanalgésico debe ser lo suficientemente potente para garantizar la absoluta falta de dolor y sufrimiento aunque su utilización pueda acortar el proceso de morir.

Puede argumentarse que una vez aceptada la conveniencia de no alargar de forma innecesaria una vida y de que no se van a tomar medidas en esa dirección lo razonable sería afrontar cuanto antes ese final. Así puede verse desde la óptica de los padres que pueden vislumbrar con desesperación las horas o días restantes y pueden demandarnos el disminuir esa demora lo más posible y también desde la del personal sanitario, que puede vivir con gran ansiedad todo el proceso y desear una similar evolución. Por otra parte puede ser impactante para médicos y personal de enfermería instaurar medidas destinadas a salvaguardar el bienestar del niño y que de éstas se pueda derivar en un plazo inmediato su muerte, también podría ser muy doloroso para la familia interpretar esa inmediatez como relacionada con su deseo de acortar la evolución.

Se trata de un problema de difícil solución en el que se imbricarán convicciones morales del personal sanitario y de la familia y de sus diferentes concepciones éticas y que será preciso analizar cuidadosamente, evidentemente debemos atenernos a un marco moral y legal en el que se situarán todas nuestras actuaciones.

En cualquier caso se pensará siempre en primer lugar en el bienestar del niño y ese ha de ser el objetivo fundamental, sin olvidar en un segundo término los sentimientos de la familia y su forma de abordar la situación, para en lo posible ceñirse a su visión, ya que los sentimientos del personal sanitario, aún siendo extremadamente importantes y merecedores de cuidado, deberían quedar en un plano inmediatamente inferior a los de la familia. Un riesgo importante vendría dado por situaciones ambiguas en las que la retirada parcial de ciertas medidas terapéuticas (Bajar concentración de oxígeno pero no retirarlo, disminuir fármacos vasoactivos pero no retirarlos) pudiera tranquilizar a la familia y a los profesionales sanitarios pero que contribuyera a alargar situaciones irreversibles con un coste de sufrimiento importante tanto para el niño como para los que le rodean. Debe tenerse en cuenta que el objetivo único debe ser el confort del paciente y si una retirada parcial lo facilita así deberá hacerse pero si no es beneficiosa para el niño debe valorarse muy bien el tratamiento a efectuar. Debe facilitarse al máximo el contacto de los padres con su hijo y permitir, si estos lo desean el acompañamiento en todo momento.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL. FORMACIÓN.

Es necesario señalar la importancia en el manejo de todas las cuestiones tratadas del trabajo común de enfermeras y pediatras y del análisis conjunto de las situaciones conflictivas. La colaboración del Comité de Ética asistencial que permita, gracias a su carácter multidisciplinar y a la experiencia acumulada, la orientación más conveniente será de inestimable ayuda cuando

no quede claro el camino a seguir, también desde el comité podrán surgir iniciativas relativas a la creación de guías de actuación, y programas de formación y soporte emocional.

Dado que las unidades de cuidados intensivos pediátricos tratan pacientes que finalmente morirán tras una decisión de LET, los objetivos relacionados con estas decisiones y cuidados del buen morir deberían definirse en una guía que facilitara su aplicación. La gran variabilidad al tomar y llevar a cabo estas decisiones reflejan la falta de unas pautas bien establecidas.

La actuación del profesional sanitario ha de ser científicamente correcta y además siempre debe de estar imbuida de comprensión y responsabilidad hacia los pequeños pacientes y sus familias, para poder decidir en cada momento aquello más adecuado en su beneficio.

A medida que el conocimiento científico y médico avanza, aumenta su complejidad clínica y ética. Es trascendental que los profesionales sanitarios mantengan una formación continuada en comunicación y en bioética que les capacite para afrontar de manera adecuada los retos que la asistencia en cuidados intensivos va a imponer en el futuro, las estructuras sanitarias deben facilitar los medios necesarios para que esta formación pueda llevarse a cabo y velar por el bienestar emocional de todos los profesionales implicados.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero J, Esteban A. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Net Castel A, ed. Medicina Intensiva. Barcelona: Springer-Verlag-Ibérica; 1996.
- Cambra FJ, Iriando M. VVAA. Limitación terapéutica en Pediatría. Ed San Juan de Dios. Campus Docent. Barcelona; 2015
- Cambra FJ, Segura S. Limitación del esfuerzo terapéutico en Bioética y Pediatría. En: De los Reyes M, Sánchez M, eds. Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Ergon; 2010. p. 501-9.
- Cook D, Rocker Graeme. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med.* 2014; 370: 2506-14.
- Couceiro Vidal A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *An Esp Pediatr.* 2002; 57: 505-7.
- Couceiro A. Médicos, padres y jueces ante la limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría. *Jano.* 2005; LXVIII: 536-7.
- Garros D, Austin W, Carnevale F. Moral distress in pediatric intensive care. *JAMA Pediatr.* 2015; 169: 885-6.
- Howes C. Caring until the end: a systematic literature review exploring Paediatric Intensive Care Unit end-of-life care. *Nurs Crit Care.* 2015; 20: 41-51.
- Larcher V, et al. Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework or practice. *Arch Dis Child.* 2015; 100(Suppl 2): s1-s23.
- Launes C, Cambra FJ, Jordan I, Palomeque A. Withholding or withdrawing life-sustaining treatments: An 8-yr retrospective review in a Spanish pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2011; 13: 1-3.
- Lo B, Jonsen Ar. Clinical decisions to limit treatment. *Ann Intern Med.* 1980; 93: 764-8.
- Meert KL, Keele L, Morrison W, et al. End-of-Life Practices Among Tertiary Care PICUs in the United States: A Multicenter Study. *Pediatr Crit Care Med.* 2015; 16: e231-8.
- Trenchs Sainz de la Maza V, Cambra Lasaosa FJ, Palomeque Rico A, Balcels Ramírez J, Serina Ramírez C, Hermana Tezanos MT; Grupo de Trabajo en Limitación Terapéutica. Limitación terapéutica en cuidados intensivos. *An Esp Pediatr.* 2002; 57: 511-7.
- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20: 391-5.