

El perfil de los pacientes con limitación de tratamientos de soporte vital desde la perspectiva de la bioética. Aportaciones al debate actual

Carme Majó Roviras

Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.
Facultat de Medicina i Infermeria
Universitat de Barcelona
carme.majo@udg.edu

The Profile of Patients with Limitation of Life Support Treatments from the Bioethics Perspective. Contributions to the Current Debate

ISSN 1989-7022

RESUMEN: La función de las Unidades de Cuidados Intensivos consiste en dar soporte a la insuficiencia de los órganos de pacientes gravemente enfermos. En la gran mayoría de pacientes, se consigue revertir la situación de riesgo vital, pero en contrapartida también estamos hablando de uno de los servicios hospitalarios que tiene más mortalidad estadísticamente y que debe limitar las técnicas en una parte importante de los casos. Atendiendo al principio de beneficencia, uno de los principios de la ética médica, la limitación se puede producir antes de aplicar estas técnicas ya que de entrada se determina que no se podrá ofrecer ningún beneficio terapéutico al enfermo, pero una vez ya se han aplicado estas técnicas también se han de limitar ya que dejan de ser beneficiarios más adelante. Estas posibilidades han evidenciado cada vez más aspectos relacionados con tratamientos desproporcionados.

Este artículo pretende hacer una aportación al debate actual de las cuestiones relativas al principio de autonomía en el ámbito sanitario.

PALABRAS CLAVE: Bioética, Unidad de Cuidados Intensivos, limitación de tratamientos de soporte vital, cuidado de los enfermos

ABSTRACT: The role of Intensive Care Units is to support the insufficiency of the organs of critically ill patients. In the vast majority of patients, it is possible to reverse the situation of vital risk, but in return we are also talking about one of the hospital services that has more mortality statistically and that should limit the techniques in an important part of the cases. In accordance with the principle of beneficence, one of the principles of medical ethics, the limitation can occur before applying these techniques since it is determined at the outset that no therapeutic benefit can be offered to the patient, but once these have already been applied techniques are also to be limited as they cease to be beneficial later. These possibilities have evidenced more and more aspects related to disproportionate treatments.

This article aims to make a contribution to the principle of autonomy in the health field.

KEYWORDS: Bioethics, Intensive Care Units, Limitation of life-sustaining treatments, care of the sick

1. Introducción

El principio de autonomía considera al individuo un ser autónomo capaz de tomar decisiones por sí mismo después de haber sido informado de modo conveniente.

En la Unidades de Cuidados Intensivos, la mayoría de los pacientes se encuentran en un estado físico o psíquico alterado. Los sedantes que se les administran por el hecho de estar intubados y conectados a un ventilador mecánico les provoca una depresión del sistema nervioso central, por lo cual, los pacientes no pueden ser competentes para tomar decisiones.

En este trabajo, se analizan todos los casos de limitación de tratamientos de soporte vital detectados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, a partir de la sesión clínica de cada día donde se recoge, en un registro, la evolución de todos los pacientes distinguiendo los que se aplicó la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital. Se recogieron los casos desde el 1 de octubre de 2010 hasta el 30 de octubre de 2011

Majó Roviras, Carmen: "El perfil de los pacientes con limitación de tratamientos de soporte vital desde la perspectiva de la bioética. Aportaciones al debate actual", en Rodríguez Delgado, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. ILEMATA, Revista Internacional de Ética Aplicada, nº 26, 87-97



Received: 15/10/2017
Accepted: 02/11/2017

a partir de la sesión clínica de cada día y se identificaron en un listado todos los pacientes ingresados durante este año. Se trata de un estudio retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se aplicó una LTSV. Para el análisis cualitativo, que es que se presenta en este artículo, se utilizó la metodología para el análisis de casos propuesta por Montero, F y Morlans, M "Para deliberar en los comités de ética" (2009: 186-189), lo que permitió analizar los casos en profundidad para poder identificar los hechos y las circunstancias de cada uno de ellos, los valores de los agentes y las consecuencias. Se tuvieron en cuenta principalmente los apartados que contemplan las expectativas del paciente y las cuestiones relativas al principio de autonomía.

2. Resultados

Durante el año de estudio en la UCI ingresaron 672 pacientes y murieron un total de 158 pacientes. De estos se aplicó limitación de tratamientos de soporte vital a 77 (gráfico 1 y 2).

Durante este año hubo una mortalidad del 23,5% y se aplicó LTSV a un 11,5%. A un 2,7% (18 pacientes) sobre el total de ingresos, se les limitaron tratamientos en la UCI, pero su destino final fue el alta a una unidad de hospitalización. 10 pacientes murieron a una unidad de hospitalización, 4 después del alta i 4 pacientes se encontraban vivos 1 año después, 3 de los cuales con limitaciones importantes en su calidad de vida. Solo un paciente se había dado de alta a su domicilio particular y su valoración sobre la calidad de vida era positiva.

El 72,7% eran hombres y el 27,3% eran mujeres (gráfico 3). La media fue de 69,3 años.

La estancia media fue de 6,01 días. Para los pacientes con limitación de tratamientos, la media fue superior, de 10,4 días. Este dato se consideró estadísticamente significativo.

La mayoría de los pacientes con limitación de tratamientos murieron entre las 12-24 horas después de que se tomara la decisión.

Entre ellos, predominaban enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y digestivo y enfermedades del sistema nervioso (gráfico 4).

A partir del análisis de casos se pudo cuantificar la competencia. La gran mayoría de los pacientes no eran competentes (79%) para recibir información ni para tomar decisiones por sus circunstancias vitales y de sedación. Algunos pacientes eran competentes en el momento del ingreso y dejaron de serlo. Algunos no eran competentes en el momento del ingreso y posteriormente lo fueron. Sólo 1 paciente fue competente todos los días del ingreso (gráficos 5 y 6).

También se pudo cuantificar la voluntad de los pacientes o representantes. 60 pacientes no habían manifestado voluntades, al menos no quedó constancia de ello. Solo un paciente manifestó su voluntad de no ser intubado y reanimado de nuevo.

Solamente una paciente tenía un Documento de Voluntades Anticipadas ante notario, y era conectora de la evolución de su proceso oncológico.

2 pacientes habían manifestado instrucciones previas a sus familiares allegados de que, llegados al caso, no aceptaban en ningún caso un estado vegetativo.

7 familias rechazaron un tratamiento, todas rechazaron la técnica de la traqueotomía, por mala evolución neurológica y porque ya tenían una calidad de vida limitada. En 6 casos hubo consenso de los profesionales con la familia, se trataba de pacientes crónicos complejos.

El acompañamiento familiar durante el ingreso se produjo en el 91% de los pacientes y eran quienes recibían la información del proceso (gráfico 7).

Sobre la dependencia para las actividades de la vida diaria, 7 pacientes tenían limitaciones relacionadas con las actividades de la vida diaria. A pesar de ello fueron ingresados en UCI. En 3 casos no se iniciaron tratamientos de soporte vital de rango superior.

En dos casos fue la propia familia que rechazó tratamientos basándose en la poca calidad de vida. En 1 caso se retiró la ventilación mecánica a petición de la familia. En 2 casos, a pesar de la poca calidad de vida se empezaron tratamientos que no fueron eficaces (gráfico 8).

Un 11% de los pacientes tenían factores sociofamiliares y socioeconómicos, de estos el 9% no estuvieron acompañados en ningún momento del ingreso (gráfico 9).

Los antecedentes de interés son destacables en los pacientes a los que se limitaron técnicas, un total de 29 pacientes tenía patología crónica compleja. 11 pacientes además de padecer patología crónica compleja padecían un proceso neoplásico (gráfico 10).

Respeto a la sedación al final de la vida, los 59 pacientes con limitación de tratamientos que murieron en la UCI, la mayoría, 25, en el momento de la muerte llevaban algún tipo de sedante o analgésico. Lo más habitual era la administración de sedo analgesia en 25 casos, seguido de la morfina en 22 casos. El propofol solo se utilizó en 2 casos. A un 10% de los casos (8 en total) se les administraba algún tipo de analgésico como el paracetamol o el metamizol. A un 12% de los pacientes (9) no constó que se hubiera administrado algún sedante o analgésico, 5 de esos pacientes tenían deterioro neurológico y daño cerebral. 4 pacientes no llevaban sedantes o analgésicos después de una extubación que comportó su

muerte. De los 18 pacientes dados de alta, 7 llevaban sedantes o analgésicos y 11 no llevaban ningún tipo de sedante o analgésico (gráfico 11).

Respeto al acompañamiento familiar al final de la vida se encontró que en el 47% de los casos (36 pacientes) no estuvieron acompañados por sus familiares y se relacionó en que se produjo fuera del horario de visitas establecido (gráfico 12).

3. Conclusiones

1. Se trata de pacientes de alrededor de 70 años, 3 hombres por cada 1 mujer, con enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio, digestivo y enfermedades del sistema nervioso.
2. Se demuestra que la gran mayoría de los pacientes no eran competentes a la hora de tomar decisiones.
3. No se indica quién eran sus representantes, cuestión clave para poder conocer la voluntad de quien ya no la puede expresar y tenerla en cuenta en la toma de decisiones.
4. En relación al principio de autonomía, se comprueba que la mayoría de los pacientes no han manifestado sus voluntades, ni de forma oral ni por escrito, o, al menos no ha quedado constancia de este hecho.
5. Sabemos que la gran mayoría estaban acompañados de familiares, por tanto, predomina un entorno familiar favorable.
6. Encontramos un 11% de casos con factores sociofamiliares y socioeconómicos destacables. Dentro de este 11%, nos encontramos que el 9% no se encontraban acompañados durante el ingreso (se encontraban solos) y tenían problemas de enolismo o sociopatía.
7. En la mayoría de los casos quien tomó la decisión de limitar TSV fue el médico responsable, en pocos casos se indica que la decisión haya sido tomada por el equipo.
8. En algunos casos se identifica en la Historia Clínica la constancia de consenso. La decisión fue tomada inicialmente por el equipo médico y no sólo fue comunicada a los representantes, sino que la familia estuvo de acuerdo. Se trataba de pacientes con enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas y TCE con mala evolución neurológica. En un paciente consta el consenso de no hacer nuevas intervenciones por edad avanzada.
9. Se han identificado los representantes que rechazaron un tratamiento. Rechazaron la técnica de la traqueostomía. Se trataba de pacientes que habían manifestado a su familia vo-

luntades previas de, que llegado el momento, no querer un estado vegetativo para ellos. El resto, tenían mala evolución neurológica y una calidad de vida limitada. En ambos casos fue por edad avanzada, falta de mayoría y largo ingreso. Las familias tenían en cuenta la avanzada edad, la falta de calidad de vida, la dependencia y los estados de coma.

En cuanto a la sedación y el acompañamiento, sabemos, que la mayoría llevan algún tipo de sedante o analgésico. Sabemos que algunos de los pacientes no llevaban y tenían afectaciones neurológicas o se trataba de pacientes recientemente extubados.

4. Recomendaciones

A partir de los casos estudiados, de la discusión y del análisis de los principios de la bioética se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Explorar más en el principio de autonomía y disponer de un registro para hacer constar la competencia o no del paciente e identificar su representante.
2. Tener en cuenta los Documentos de Voluntades Anticipadas y hacer constar las voluntades escritas en este documento a la Historia Clínica para tenerlas en cuenta a la hora de tomar las decisiones.
3. Si no hay voluntades escritas, preguntar a los representantes del paciente si estos habían dado Instrucciones Previas.
4. Hacer constar la información que se da a las familias y sus opiniones y preferencias. La comunicación del médico con estas personas es fundamental.
5. Tomar las decisiones conjuntamente con la familia y habría que hacerlo a partir de una valoración de los antecedentes de patología crónica previa, el diagnóstico actual haciendo una previsión del pronóstico y el estilo o calidad de vida. Se podrían utilizar escalas para hacer una aproximación.
6. Establecer un procedimiento en el que se evalúen los pacientes teniendo en cuenta que el número de días ingresados supera la media de los días de los pacientes a los que no se aplicaron limitación de TSV
7. Para las decisiones de limitación de TSV sería necesario que el equipo fuera multidisciplinar. Que incluyera a la enfermera para dar su punto de vista y su sentido crítico sobre los síntomas que pueden ser causa de desproporción de tratamientos y de la valoración

del dolor y del sufrimiento que pueden experimentar los pacientes y la familia. También debería participar un trabajador social en el caso de problemas sociofamiliares y socioeconómicos. Un psicólogo de apoyo también debería incorporarse al equipo.

8. Planificar la sedación al final de la vida. La enfermera debería tener un papel relevante por su condición de cuidadora. Cuando los tratamientos ya no son útiles, simplemente se han de planificar medidas de confort incluyendo el apoyo psicológico a las familias y facilitar su entrada en la unidad y el acompañamiento en el momento de la muerte.
9. Para los pacientes crónicos con complejidad, pluripatológicos y neoplásicos, potenciar la identificación, el registro y la mejora de la atención de las personas en situación crónica de complejidad clínica y enfermedad avanzada (PCC y MACA). Potenciar el uso del Plan Anticipado de Cuidados (PAC) i el Documento de Voluntades Anticipadas.

Gráfico 1

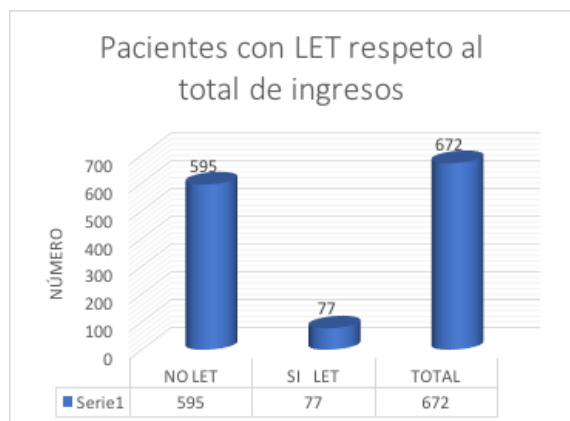


Gráfico 3

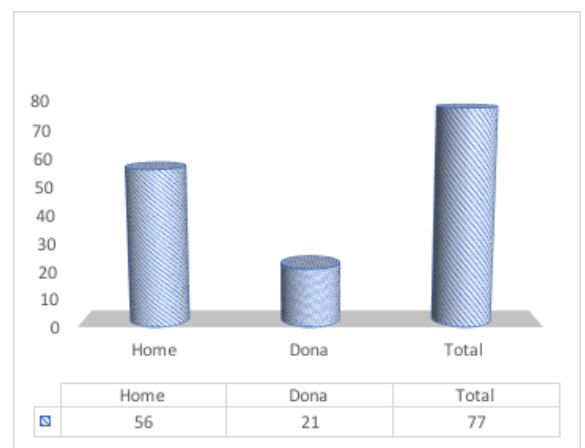


Gráfico 2

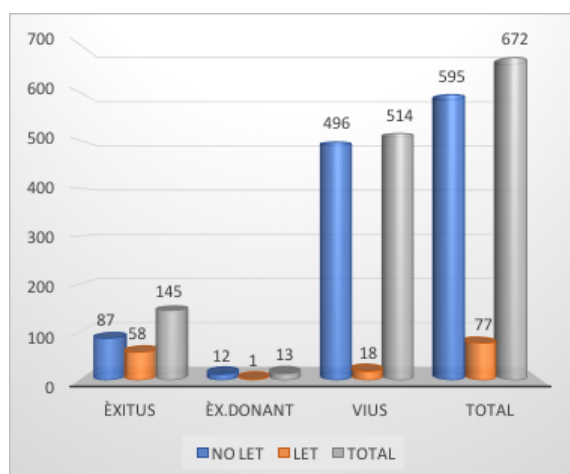


Gráfico 4

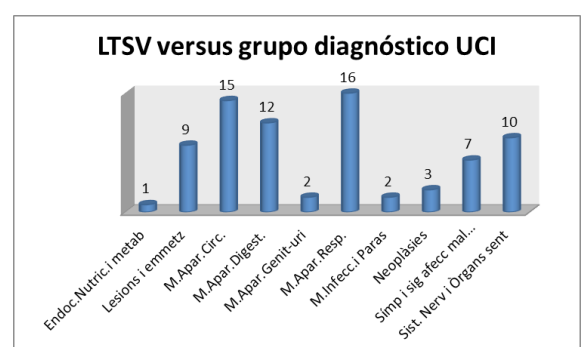


Gráfico 5

COMPETENCIA DE LOS PACIENTES

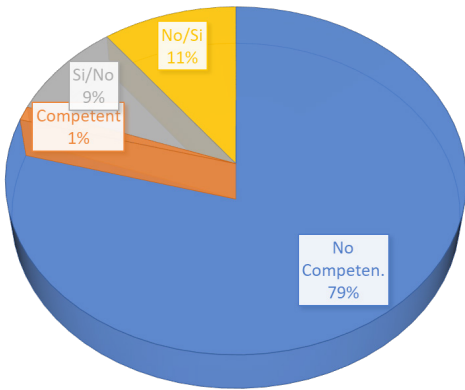


Gráfico 6

VOLUNTAD DE LOS PACIENTES O DE SUS REPRESENTANTES

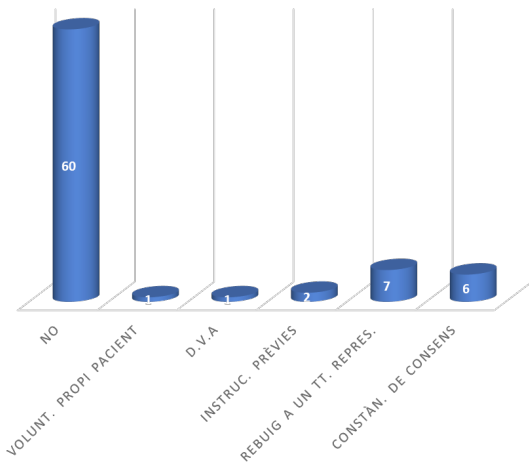


Gráfico 7

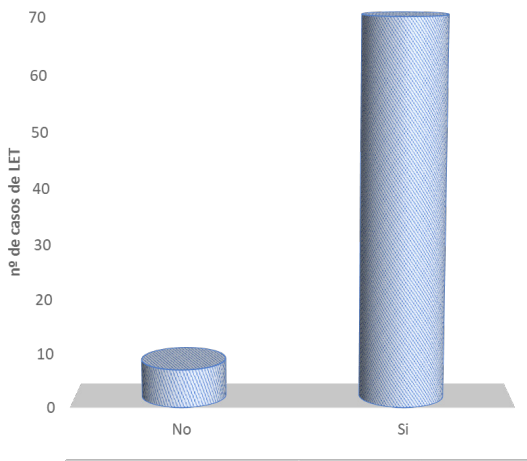


Gráfico 8

Dependencia para las actividades de la vida diaria

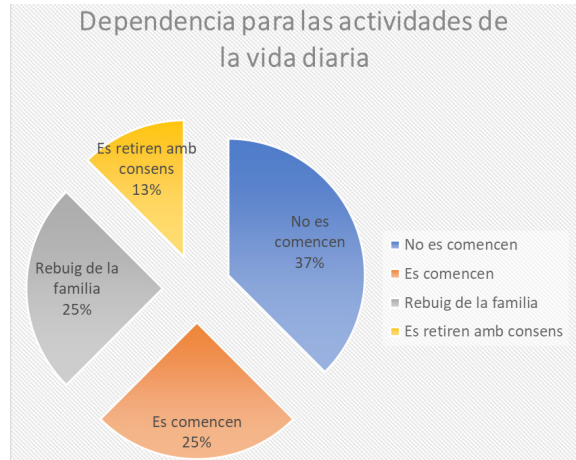


Gráfico 9

Factores sociofamiliares y socioeconómicos

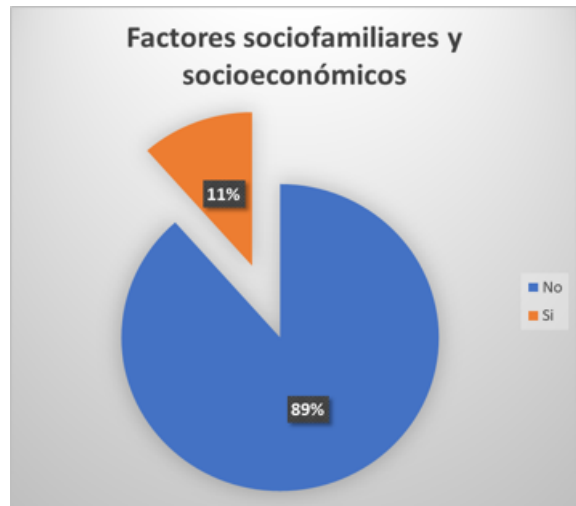


Gráfico 10

Antecedentes de interés

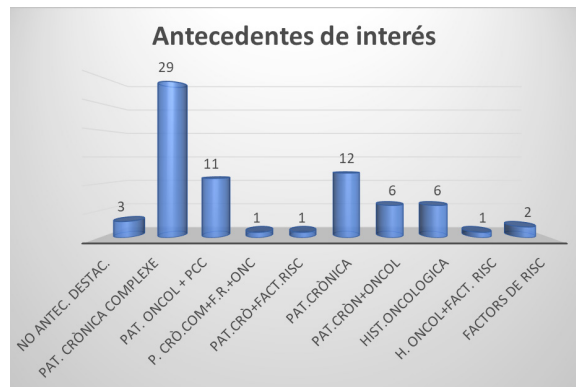
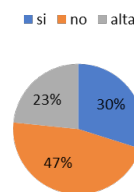


Gráfico 11



Gráfico 12

Acompañamiento en el momento de la muerte



Bibliografía

- Antolín, A., Jiménez, S., González, M., Gómez, E., Sánchez, M., & Miró, O. (2014). Characteristics and use of advance directives in a tertiary hospital. Period 2001-2011. *Revista Clínica Española*, 214 (6), 296–302.
- Ameneiros Lago, E.; Carballada Rico, C.; Garrido Sanjuán, J.A. (2006). Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? *Medicina paliativa*;13(4):174-7
- Arauzo, V., Trenado, J., Busqueta, G., & Quintana, S. (2010). Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva Degree of knowledge on the law of advance directives among the relatives of the patients admitted to ICU, *Med Clin(Barc)* ,34(10):448-451.
- Azoulay, E.; Christophe Adrie; Arnaud De Lassence; Frederic Pochard; Delphine Moreau; Guillaume Thierry; Christine Cheval ; Pierre Moin; Maité Garrouste-Orgeas ; Corinne Alberti ; Yves Cohen ; Jean-François Tim-sit. (2003). Determinants of postintensive care unit mortality: A prospective multicenter study. *Crit Care Med*; Vol. 31, No. 2.
- Barbero Gutiérrez, J.; Romeo Casabona, C.; Gijón, P.; Júdez, J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*; 117:586-94.
- Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C, Tomelleri S, Spada S, Satolli R, Gridelli B, Lizzola I, Mazzon D (2010) End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units. *Intensive Care Med* 36:1495–1504.
- Brieva, J.; Coleman, N.; Lacey, J.; Harrigan, P.; Levin, F. J.; Carter, G. L. (2013). Prediction of death in less than 60 minutes following withdrawal of cardiorespiratory support in ICUs. *Critical Care Medicine*. Volume 41-Issue 12 – p 2677-2687.
- Broggi, M.A. (2001). El Documento de Voluntades Anticipadas. *Med Clin, Barcelona*, 117:114-5.
- Bueno Muñoz, M.J. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. (2013). *Enferm Intensiva*; 24(4):167-174.
- Burns, J.P. Truog, R.D. (2007). Futility: a concept in evolution. *Chest*; 132:1987-93.

- Cabré Pericas, L.; Solsona Duran, J.F.; y grupo de trabajo de la SEMICYUC. (2002). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*, 2002;26(6):304-11.
- Cabré, L.; Mancebo, J.; Solsona J.F.; Saura, P.; Gich, I.; Blanch, L.; Carrasco, G.; Martín M.C.; and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. (2005) 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*; 31:927-933.
- Cabré, Lluís; Casado, Maria, Mancebo, Jordi. (2008). End of life care in Spain. Legal framework. *Intensive Care Med*, 34:2300-2303.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). Recomanacions davant el rebuig dels malalts al tractament. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2013). L'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA).
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*, 38(6), 371-5.
- Falcó, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos: aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería Intensiva*.20(3), 104-109.
- Fernández, Fernández, F.; Baigorri, Gonzalez, Y., Artigas, Raventós, A. (2005). Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI?. *Med. Intensiva*; 29(6):338-41.
- Ferrand, E., Robert, R., Ingrand, P., Lemaire, F., for de French LATAREA group. (2001). Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet*; 357:9-14.
- Gallagher, A., Bouso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M. C., Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794-803.
- Gamboa, F. (2010). Limitación dels esfuero terapéutico ¿Es lo mismo retirar un tratamiento que no iniciarlo? *Medicina Intensiva*, 135 (9), 410-416.
- Ganz, F. D., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinishty, J., Ben Nun, M., Ryan, H., Spooner, A. (2015). The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: a descriptive comparative international study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 49-56.
- Gracia, D. (2006). Limitación del Esfuerzo Terapéutico: lo que nos enseña la historia A: De la Torre, J.; Madrigal, S.; Fernández del Riesgo, M.; Gracia, D.; Trueba, Juan L.; Clavé, E.; Bátiz, J.; González, L.; Terribas, N.; Torres, A. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
- Graeme M. Rocker, Deborah J. Cook, Christopher J. O'Callaghan,, Deborah Pichora, Peter M. Dodek, Wendy Conrad,, Demetrios J. Kutsogiannis, Daren K. Heyland. (2005) Canadian nurses' and respiratory therapists' perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2005 Mar;20(1):59-65
- Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 20(4), 214-22.
- Hamric, Ann B., Blackhall, Leslie J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 35(2):422-9
- Hernández-Tejedor, A., Martín Delgado, M. C., Cabré Pericas, L., & Algora Weber, A. (2015). Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*, 39 (7), 395-404.

- Hernando,P; Diestre,G, Baigorri, F. (2007). Limitación del Esfuerzo Terapéutico. "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?". *An. Sist. Sanit. Navar.* Vol.30, suplemento 3.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 23(6), 331–41.
- Hsiu-Fang, Hsieh, Shannon Sarah E, Curtis J Randall. (2006). "Contradictions and communication strategies during end-of-life decision making in the intensive care unit." *Journal of critical care* 21 (4): 294-304.
- Iribarren,Diarasarri,S; Latorre,García,K; Muñoz, Martínez,T; Poveda,Hernández,Y; Dudagoitia,Otaolea,J.L; Martínez,Alutiz,S; Castillo,Arenal,C; Ruiz,Zorrilla,JM; y Hernández,López,M. (2007) Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*;31(2):68-72.
- Jensen, H. I., Ammentorp, J., Ording,H. Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: frequency, patient characteristics and decision process (2011). *Acta Anaesthesiol Scand*; 55: 344–351.
- Kinoshita, S., & Miyashita, M. (2011). Development of a scale for "difficulties felt by ICU nurses providing end-of-life care" (DFINE): A survey study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(4), 202–210.
- Kirchhoff, K. T., Conradt, K. L., & Reddy Anumandla, P. (2003). ICU nurses' preparation of families for death of patients following withdrawal of ventilator support. *Applied Nursing Research*, 16(2), 85–92
- Knopp de Carvalho, Karen; Lerch Lunardi, Valéria. (2009). Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 17, núm. 3. Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.
- Levin, T. T., Moreno, B., Silvester, W., & Kissane, D. W. (2010). End-of-life communication in the intensive care unit. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 433–42
- Majó Roviras,C.(2010).Limitación del Esfuerzo terapéutico: análisis de un caso.En: Boladeras, M.¿Qué dignidad? Filosofía, derecho y práctica sanitaria.Capellades:Proteus.
- Majó Roviras,C.(2011). Análisis des de la bioética para las decisiones de limitación de medidas de soporte vital. En Boladeras, M. ed. Bioética: la toma de decisiones.Capellades:Proteus.
- Montero, F; Morlans, M "Per a deliberar en els comitès d'ètica". Fundació Dr. Robert. (2009: 186-189).
- Ortega, S; Cabré, LL. Limitación del esfuerzo terapéutico. (2008). A: Libro Electrónico de Medicina Intensiva. Sección 3: Ética Médica. <http://intensivos.unitet.edu>.
- Patricia, A; Kritek, M.D; Arthur, S; Slutsky, M.D; and Leonard D. Hudson,M.D. Care of an Unresponsive Patient with a poor prognosis (tratamiento de un paciente en coma con un pronóstico desfavorable). *New England Journal of Medicine*, 360;10 March,2009
- Puntillo, K., Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., Stannard, D.,Kathleen, A. (2001). End-of-life issues in intensive care units: a national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care*, 10(4), 216–229.
- Randall Curtis, J, Jean-Louis Vincent. (2010). Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The lancet*. Volumen 376, Issue 97 49, 16-22, pages 1347- 1357.
- Robert D. Truog, MD, MA; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; J. Randall Curtis, MD, MPH; Curtis E. Haas, PharmD, FCCP; John M. Luce, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc; Cynda Hylton Rushton, PhD, RN, FAAN; David C. Kaufman, MD. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care. *Crit Care Med*,Vol. 36, No. 3.
- Rubio, O., Sánchez, J. M., & Fernández, R. (2013). [Life-sustaining treatment limitation criteria upon admission to the intensive care unit: results of a Spanish national multicenter survey]. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*, 37(5), 333–8.
- Santana, L., Gil,N.,Méndez,A.,Marrero,I.,Alayón,S.,Martín,S.C.,Sánchez,M.,(2010).Percepción de las actitudes éticas de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva* 21(4),142-149.

- Solsona, J.F; Miró,G ;Ferre,M; Cabré,L ;Torres,A. Los criterios de ingresos en la UCI del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (2001). Documento de consenso SEMICYUC-SEPAR. *Arch Bronconeumol*;37:335-9
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T, Group EthicusStudy (2003) End-of-life practices in European intensive care units: the Ethics Study. *JAMA* 290:790–797
- Suárez Alvarez, J.R; Caballero, Beltran, J. (2001). Conceptos bioéticos actuales aplicados a la medicina intensiva. A: Manual de Medicina Intensiva. Madrid:Harcourt.
- Svantesson, M., Sjøkvist, P., & Thorsén, H. (2003). End-of-life decisions in Swedish ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(4), 241–251.
- The lancet (2010). article www.thelancet.com Vol 376.
- Velasco-Sanz, T.R.; Rayón-Valpuesta, E. (2015). Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva*,Volume 39,pp 505-515.