

## **El perfil dels pacients amb limitació de tractaments de suport vital. Aportacions al debat actual de les qüestions relatives al principi d'autonomia**

*Dra. Carme Majó Roviras*

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

[cmajo.girona.ics@gencat.cat](mailto:cmajo.girona.ics@gencat.cat)

### **Palabras clau**

Bioètica, Unitat de Cures Intensives, limitació de tractaments de suport vital, cura dels malalts

### **1.- Introducció**

La funció de les Unitats de Cures Intensives consisteix a donar suport a la insuficiència dels òrgans de pacients greument malalts. En la gran majoria de pacients, s'aconsegueix revertir la situació de risc vital, però en contrapartida també estem parlant d'un dels serveis hospitalaris que té més mortalitat estadísticament i que ha de limitar les tècniques en una part important dels casos. Atenent al principi de beneficència, un dels principis de l'ètica mèdica, la limitació es pot produir abans d'aplicar aquestes tècniques ja que d'entrada es determina que no es podrà oferir cap benefici terapèutic al malalt, però un cop ja s'han aplicat aquestes tècniques també s'han de limitar ja que deixen de ser beneficentes més endavant. Aquestes possibilitats han evidenciat cada vegada més aspectes relacionats amb tractaments desproporcionats.

Per poder fer una aportació sobre aquest tema, s'analitzen tots els casos de limitació de tractaments de suport vital detectats a la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, a partir de la sessió clínica

de cada dia on es recull, en un registre, l'evolució de tots els pacients distingint els que es va aplicar la Limitació de Tractaments de Suport Vital. Es van recollir els casos des l'1 d'octubre de 2010 fins al 30 d'octubre de 2011 a partir de la sessió clínica de cada dia i es van identificar en un llistat tots els pacients ingressats durant aquest any. Es tracta d'un estudi retrospectiu a través de la revisió de les històries clíniques dels pacients als quals es va aplicar una LTSV, L'objectiu és determinar quin perfil té un pacient amb limitació dels tractaments de suport vital a l'UCI. D'una banda, com és aquest pacient, quines característiques el defineix, edat, sexe, patologia o raó d'ingrés, origen, nombre de dies ingressats, complicacions. Finalment es fa una síntesi dels resultats obtinguts amb una valoració des dels principis de la bioètica i s'indiquen unes propostes de millora.

Per a l'anàlisi qualitativa, que és el que es presenta en aquest article, es va utilitzar la metodologia per a l'anàlisi de casos proposada per Montero, F i Morlans, M "Per a deliberar en els comitès d'ètica" (2009: 186-189), el que va permetre analitzar-los en profunditat per poder identificar els fets i les circumstàncies de cada un d'ells, els valors dels agents i les conseqüències. Es van tenir en compte principalment els apartats que contempnen les expectatives del pacient i les qüestions relatives al principi d'autonomia

## **2.- Resultats**

Durant l'any d'estudi a la UCI van ingressar 672 pacients i van morir un total de 158 pacients. D'aquests es va aplicar limitació de tractaments de suport vital a 77 (gràfic 1 i 2).

Durant aquest any hi va haver una mortalitat del 23,5% i es va aplicar LTSV a un 11,5%. A un 2,7% (18 pacients) sobre el total d'ingressos, se'ls van limitar tractaments a la UCI, però el seu destí final va ser l'alta a una unitat d'hospitalització. 10 pacients varen morir a una unitat d'hospitalització, 4 després de l'alta i 4 pacients es trobaven vius 1 any després, 3 dels quals amb limitacions

importants en la seva qualitat de vida. Només un pacient s'havia donat d'alta al seu domicili particular i la valoració de la seva qualitat de vida era positiva.

El 72,7% eren homes i el 27,3% eren dones (gràfic 3). La mitjana va ser de 69,3 anys.

L'estada mitjana va ser de 6,01 dies. Per als pacients amb limitació de tractaments, la mitjana va ser superior, de 10,4 dies. Aquesta dada es va considerar estadísticament significatiu.

La majoria dels pacients amb limitació de tractaments, va morir entre les 12.24 hores després que es prengués la decisió. Entre ells, predominaven malalties de l'aparell respiratori, circulatori i digestiu i malalties del sistema nerviós (gràfic 4).

A partir de l'anàlisi de casos es va poder quantificar la competència. La gran majoria dels pacients no eren competents (79%) per rebre informació ni per prendre decisions per les seves circumstàncies vitals i de sedació. Alguns pacients eren competents en el moment de l'ingrés i van deixar de ser-ho. Alguns no eren competents en el moment de l'ingrés i posteriorment ho van ser. Només 1 pacient va ser competent tots els dies de l'ingrés (gràfics 5 i 6). També es va poder quantificar la voluntat dels pacients o representants. 60 pacients no havien manifestat voluntats, almenys no en va quedar constància. Només un pacient va manifestar la seva voluntat de no ser intubat i reanimat de nou.

Solament una pacient tenia un Document de Voluntats Anticipades davant de notari, i era coneixedora de l'evolució del seu procés oncològic. 2 pacients havien manifestat instruccions prèvies als seus familiars pròxims que, arribats al cas, no acceptaven en cap cas un estat vegetatiu. 7 famílies van rebutjar un tractament, totes van rebutjar la tècnica de la traqueotomia, per mala evolució neurològica i per què ja tenien una qualitat de vida limitada. En 6 casos hi va haver un consens entre els professionals i la família, es tractava de pacients crònics complexos. L'acompanyament familiar durant l'ingrés es va produir en el 91% dels pacients i eren els que rebien la informació del procés (gràfic 7). Sobre la dependència per a les activitats de la vida diària, 7 pacients tenien

limitacions tot i això van ser ingressats a UCI. En 3 casos no es van iniciar tractaments de suport vital de rang superior. En dos casos va ser la pròpia família que va rebutjar tractaments en base a la poca qualitat de vida. En 1 cas es va retirar la ventilació mecànica a petició de la família. En 2 casos, tot, de la poca qualitat de vida es van començar tractaments que no van ser eficaços (gràfic 8). Un 11% dels pacients tenien factors sociofamiliars i socioeconòmics, d'aquests el 9% no van estar acompanyats en cap moment de l'ingrés (gràfic 9). Els antecedents d'interès són destacables en els pacients als quals es van limitar tècniques, un total de 29 pacients tenia patologia crònica complexa. 11 pacients a més de patir patologia crònica complexa patien un procés neoplàsic (gràfic 10). Respecte a la sedació al final de la vida, els 59 pacients amb limitació de tractaments que van morir a la UCI, la majoria, 25, en el moment de la mort portaven algun tipus de sedant o analgèsic. El més habitual era l'administració de sedo analgèsia en 25 casos, seguit de la morfina en 22 casos. El propofol només es va utilitzar en 2 casos. A un 10% dels casos (8 en total) se'ls administrava algun tipus d'analgèsic com el paracetamol o el metamizol. A un 12% dels pacients (9) no va constar que s'hagués administrat algun sedant o analgèsic, 5 de aquests pacients tenien deteriorament neurològic i dany cerebral. 4 pacients no portaven sedants o analgèsics després d'una extubació que va comportar la seva mort. Dels 18 pacients donats d'alta, 7 portaven sedants o analgèsics i 11 no portaven cap tipus de sedant o analgèsic (gràfic 11). Respecte a l'acompanyament familiar al final de la vida es va trobar que en el 47% dels casos (36 pacients) no van estar acompanyats pels seus familiars i es va relacionar en què es va produir fora de l'horari de visites establert (gràfic 12).

### **3.- Conclusions**

1.- Es tracta de pacients al voltant de 70 anys, 3 homes per cada 1 dona, amb malalties de l'aparell respiratori, circulatori, digestiu i malalties del sistema nerviós.

- 2.- Es demostra que la gran majoria de pacients no eren competents a l'hora de prendre decisions.
- 3.- No s'indica qui eren els seus representants, qüestió clau per poder conèixer la voluntat de qui ja no la pot expressar i tenir-la en compte en la presa de decisions.
- 4.- En relació al principi d'autonomia, es comprova que la majoria dels pacients no han manifestat les seves voluntats, ni de forma oral ni per escrit, o, almenys no ha quedat constància d'aquest fet.
- 5.- Sabem que la gran majoria estaven acompanyats de familiars, per tant, predomina un entorn familiar favorable.
- 6.- Trobem un 11% de casos amb factors sociofamiliars i socioeconòmics destacables. Dins d'aquest 11%, ens trobem que el 9% no es trobaven acompanyats durant l'ingrés (es trobaven sols) i tenien problemes d'enolisme i sociopatia.
- 7.- En la majoria dels casos qui va prendre la decisió de limitar TSV va ser el metge responsable, en pocs casos s'indica que la decisió hagi estat presa per l'equip.
- 8.- En alguns casos s'identifica en la Història Clínica la constància de consens. La decisió va ser presa inicialment per l'equip mèdic i no només va ser comunicada als representants, sinó que la família va estar d'acord. Es tractava de pacients amb malalties respiratòries i cardíaques cròniques i TCE amb mala evolució neurològica. En un pacient consta el consens de no fer noves intervencions per edat avançada i mala qualitat de vida.
- 9.- S'han identificat els representants que van rebutjar un tractament. Van rebutjar la tècnica de la traqueotomia. Es tractava de pacients que havien manifestat la seva família voluntats prèvies de, que arribat el moment, no voler un estat vegetatiu per a ells. La resta, tenien mala evolució neurològica i una qualitat de vida limitada. En tots dos casos va ser per edat avançada, falta de

majoria i llarg ingrés. Les famílies tenien en compte l'avançada edat, la manca de qualitat de vida, la dependència i els estats de coma.

10.-Pel que fa a la sedació i l'acompanyament, sabem, que la majoria porten algun tipus de sedant o analgèsic. Sabem que alguns dels pacients no portaven cap tipus d'analgèsic i tenien afectacions neurològiques o es tractava de pacients recentment extubats.

#### **4.- Recomanacions**

A partir dels casos estudiats, de la discussió i l'anàlisi dels principis de la bioètica es fan les següents recomanacions:

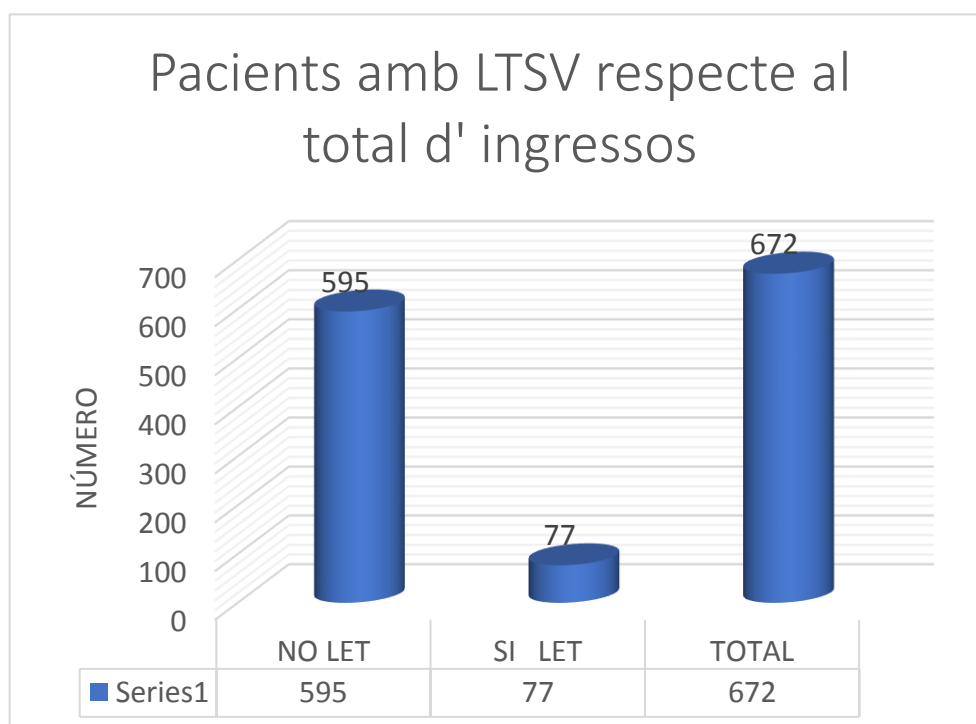
- 1.- Explorar més en el principi d'autonomia i disposar d'un registre per fer constar la competència o no del pacient i identificar el seu representant.
- 2.- Tenir en compte els Documents de Voluntats Anticipades i fer constar les voluntats escrites.
- 3.- Si no hi ha voluntats escrites, preguntar als representants del pacient si aquests havien donat Instruccions Prèvies.
- 4.- Fer constar la informació que es dona a les famílies i les seves opinions i preferències. La comunicació del metge amb aquestes persones és fonamental.
- 5.- Prendre les decisions conjuntament amb la família i caldria fer-ho a partir d'una valoració dels antecedents de patologia crònica prèvia, el diagnòstic actual fent una previsió del pronòstic i l'estil o qualitat de vida. Es podrien utilitzar escales per fer una aproximació.
- 6.- Establir un procediment en el qual s'avaluïn els pacients tenint en compte que el nombre de dies ingressats supera la mitjana dels dies dels pacients als quals no es van aplicar limitació de TSV

7.- Per a les decisions de limitació de TSV caldria que l'equip fos multidisciplinari. Que inclogués a la infermera per donar el seu punt de vista i el seu sentit crític sobre els símptomes que poden ser causa de desproporció de tractaments i de la valoració del dolor i del sofriment que poden experimentar els pacients i la família. També hauria de participar un treballador social en el cas de problemes sociofamiliars i socioeconòmics. Un psicòleg de suport també s'hauria d'incorporar al equip.

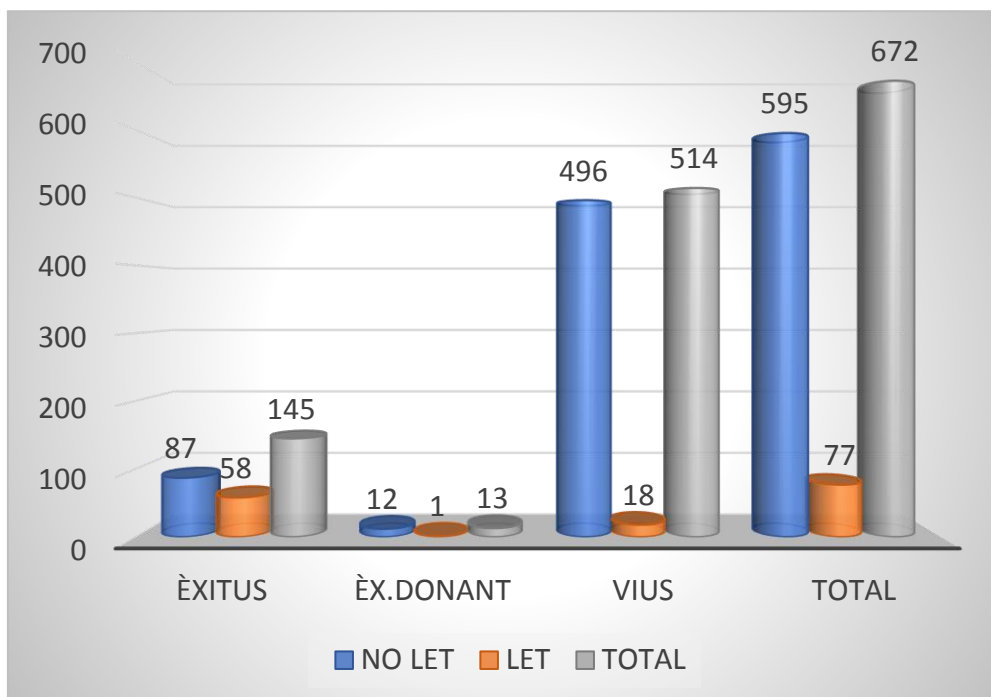
8.- Planificar la sedació al final de la vida. La infermera hauria de tenir un paper rellevant per la seva condició de cuidadora. Quan els tractaments ja no són útils, simplement s'han de planificar mesures de confort incloent el suport psicològic a les famílies i facilitar la seva entrada a la unitat i l'acompanyament en el moment de la mort.

9.- Per als pacients crònics amb complexitat, pluripatològics i neoplàsics, potenciar la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA). Potenciar l'ús del Pla Anticipat de Cures (PAC) i el Document de Voluntats Anticipades.

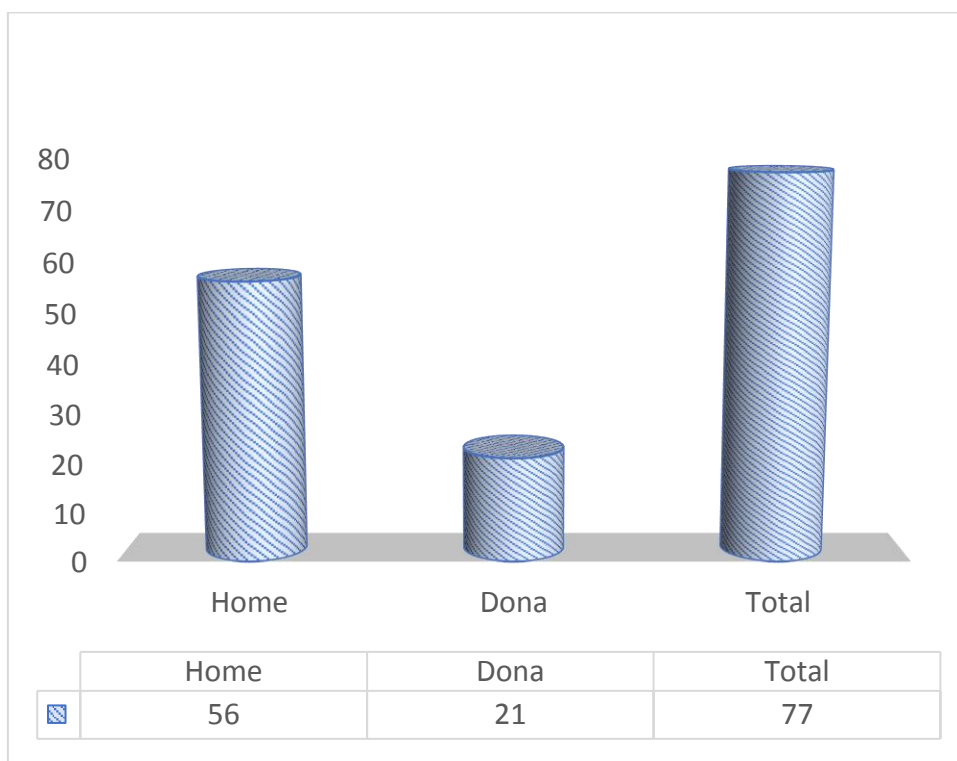
**Gràfic 1**



**Gràfic 2**

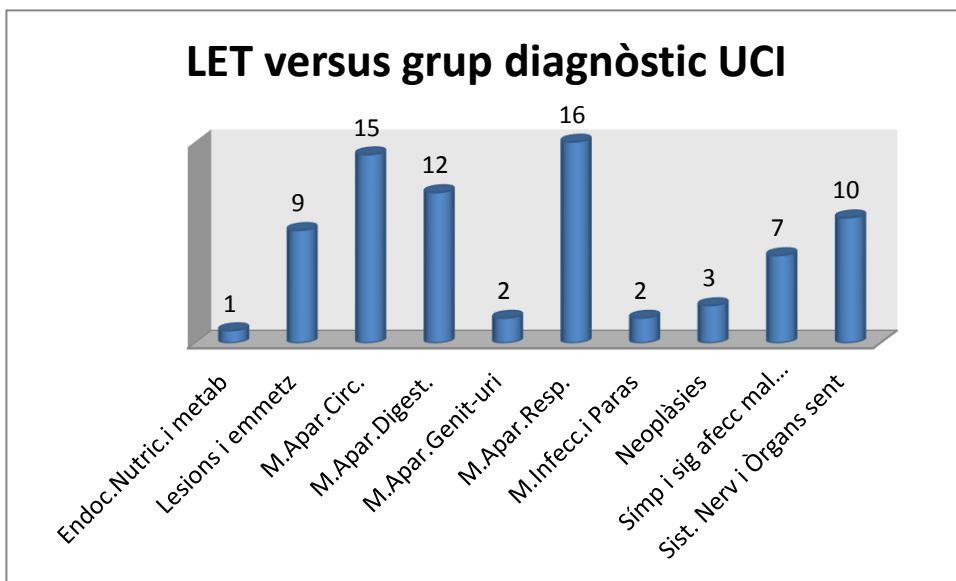


**Gràfic 3**

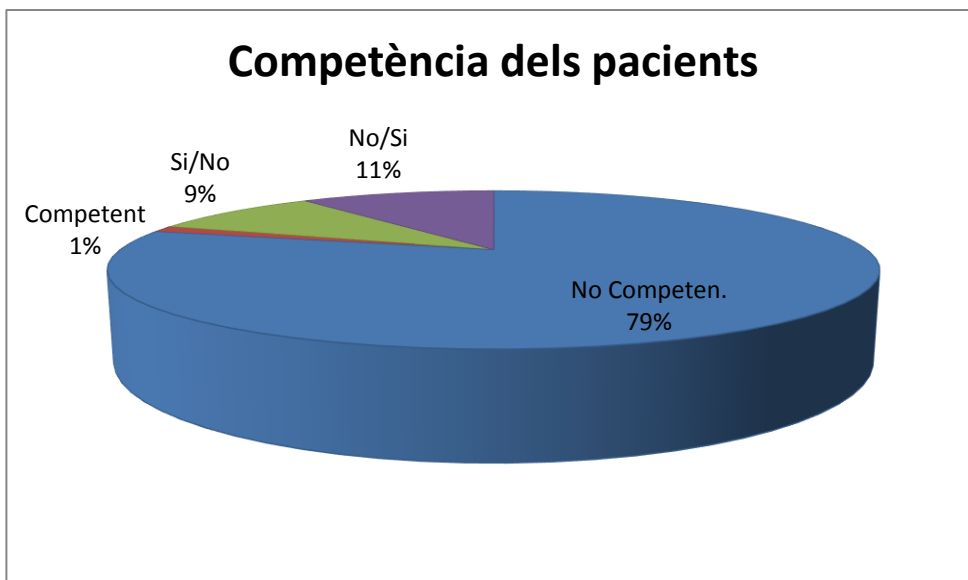




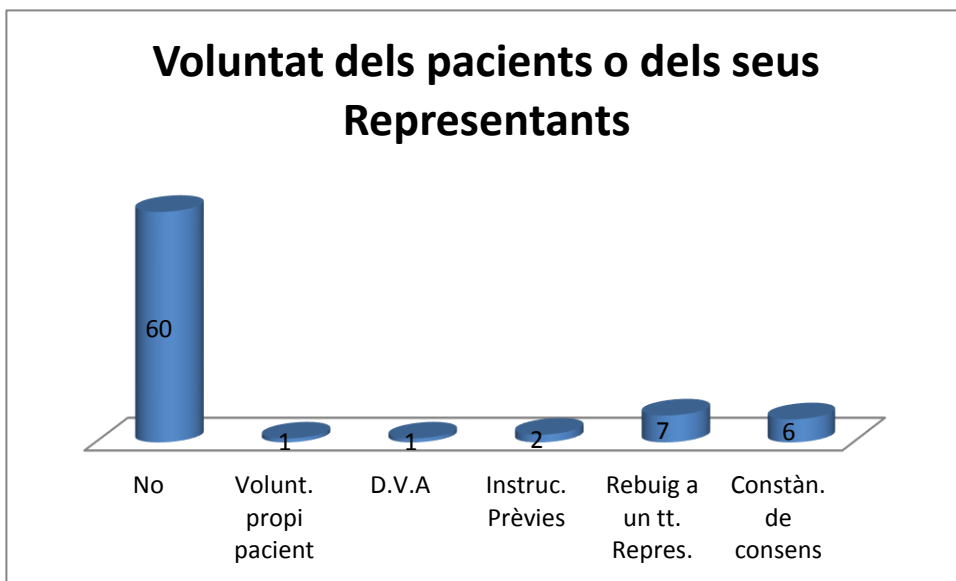
Gràfic 4



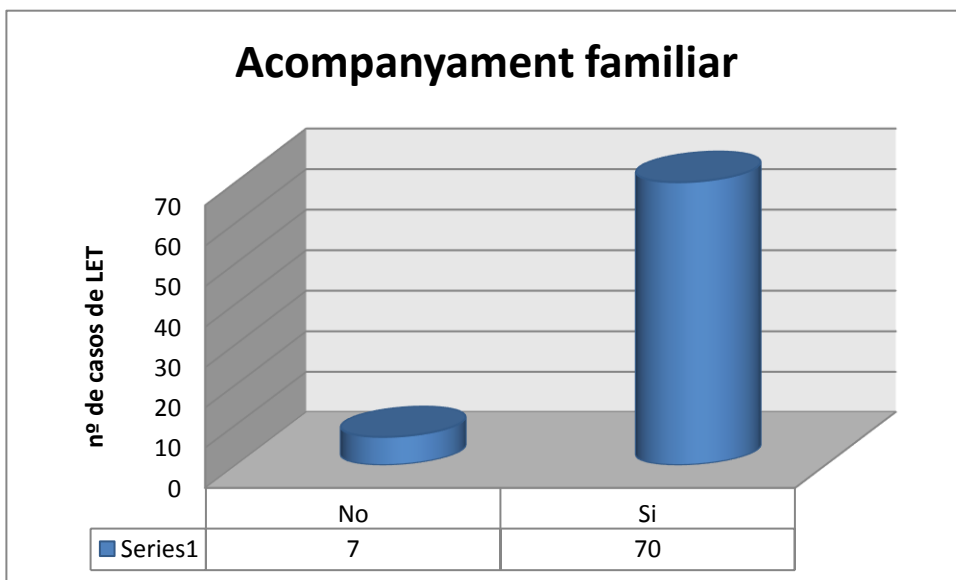
Gràfic 5



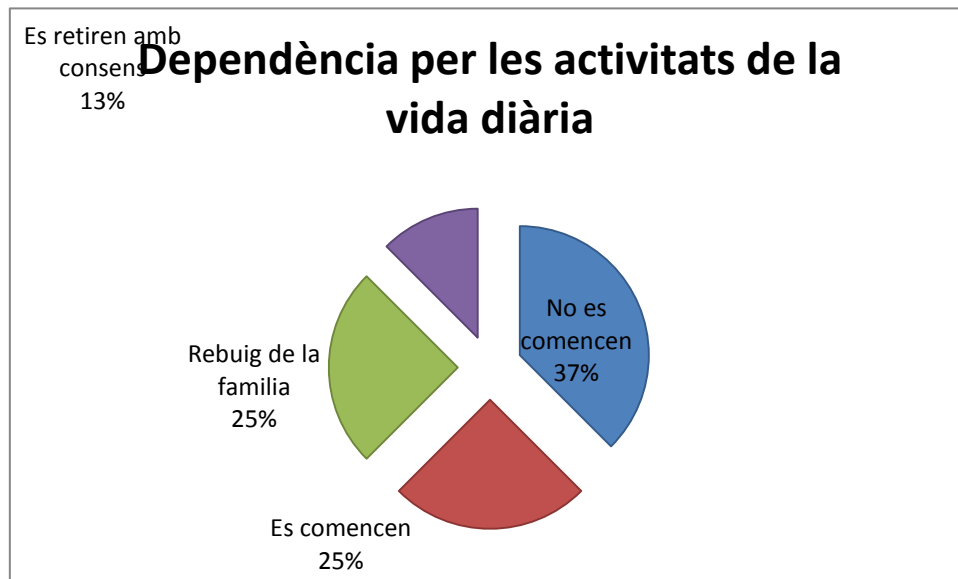
Gràfic 6



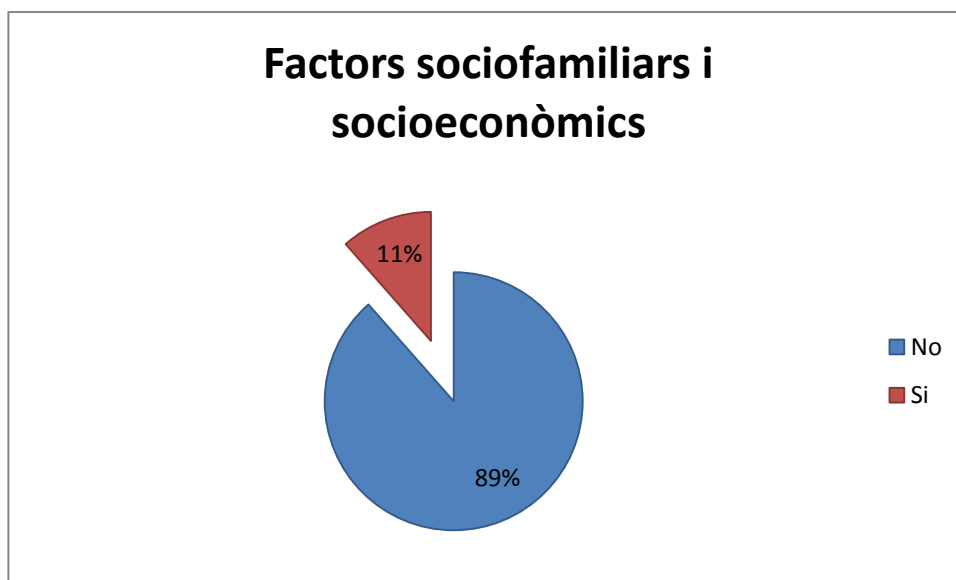
Gràfic 7



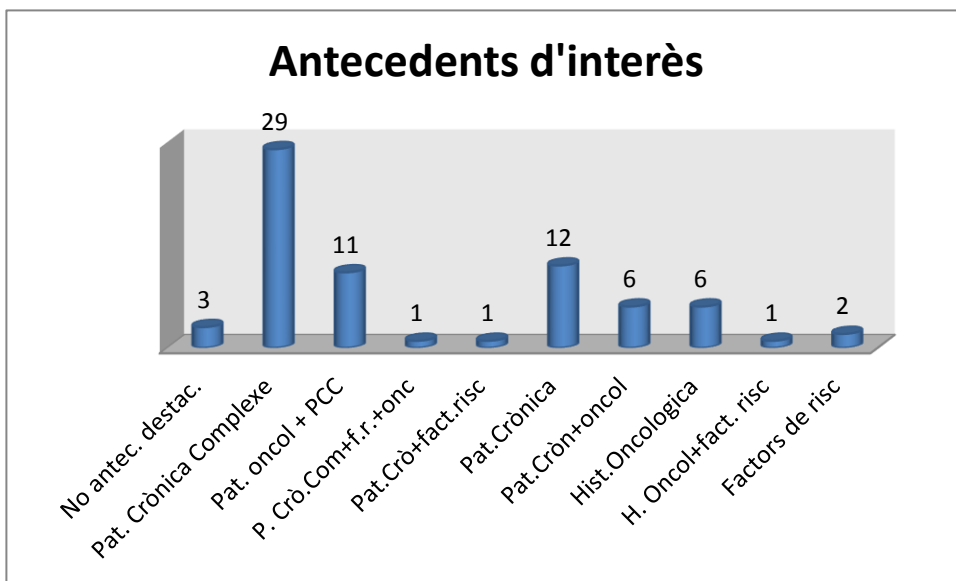
Gràfic 8



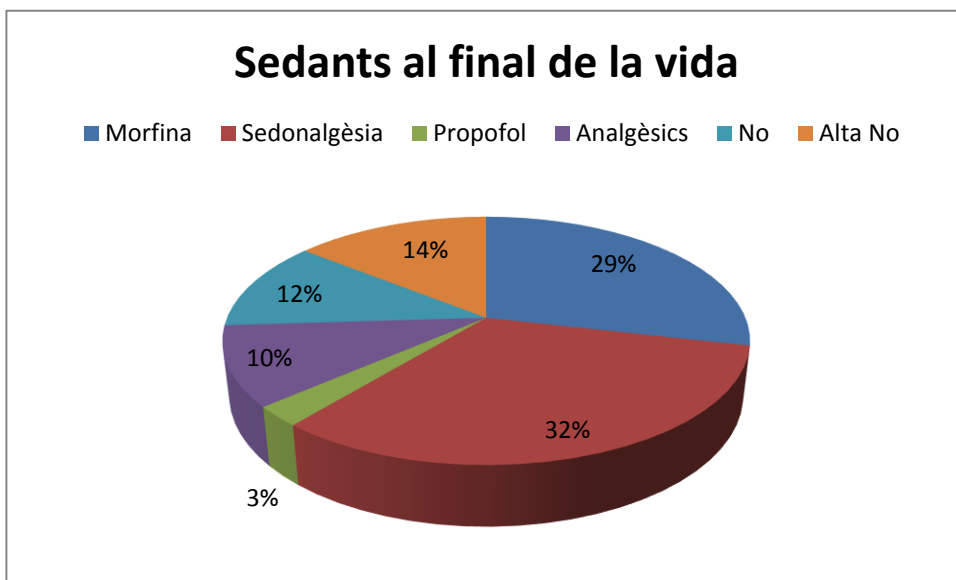
Gràfic 9



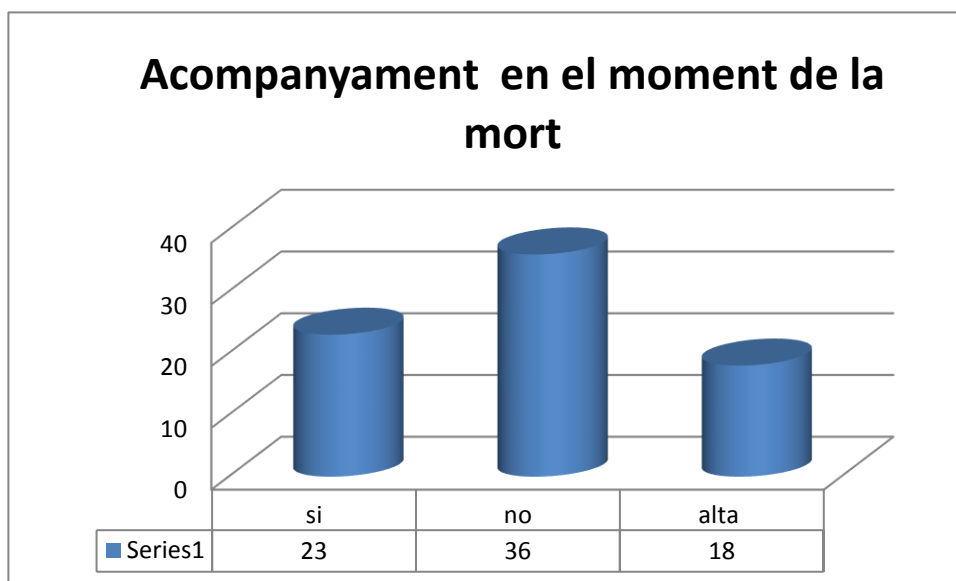
Gràfic 10



Gràfic 11



Gràfic 12



## 5.- Bibliografia

1. 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.
2. 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
3. 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.

4. Azoulay, E.; Christophe Adrie; Arnaud De Lassence; Frederic Pochard; Delphine Moreau; Guillaume Thierry; Christine Cheval ; Pierre Moin; Maïté Garrouste-Orgeas ; Corinne Alberti ; Yves Cohen ; Jean-François Timsit. (2003). Determinants of postintensive care unit mortality: A prospective multicenter study. *Crit Care Med*; Vol. 31, No. 2.
5. Barbero Gutiérrez, J.; Romeo Casabona, C.; Gijón, P.; Júdez, J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*; 117:586-94.
6. 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.
7. Brieva,J.;Coleman, N;Lacey,J;Harrigan,P;Levin,F.J.;Carter,GL.(2013). Prediction of death in less 60 Minutes following withdrawal of cardiorespiratory support in ICUS. *Critical Care Medicine*.Volume 41-Issue 12 – p 2677-2687.
8. Broggi, M.A. (2001). El Documento de Voluntades Anticipadas. *Med Clin*, Barcelona,117:114-5.
9. Bueno Muñoz, M.J. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. (2013). *Enferm Intensiva* ;24(4):167-174.
10. Burns, JP. Truog, RD. (2007). Futility: a concept in evolution. *Chest*; 132:1987-93.
11. 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.
12. 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.
13. Cabré, Lluís; Casado, Maria, Mancebo, Jordi. (2008). End of life care in Spain. Legal framework. *Intensive Care Med*, 34:2300-2303.
14. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). Recomanacions davant el rebuig dels malalts al tractament. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
15. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
16. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2013). L'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA).
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Gallagher, A., Bousso, 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.

22. Gamboa, F. (2010). Limitación del esfuerzo terapéutico ¿Es lo mismo retirar un tratamiento que no iniciarlo? *Medicina Intensiva*, 135 (9), 410-416.
23. 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.
24. 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.
25. 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
26. 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.
27. 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
28. 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.
29. 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.



30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Kirchhoff, K. T., Conratt, 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
36. 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.
37. 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

38. Majó Roviras, C. (2010). Limitación del Esfuerzo terapéutico: análisis de un caso. En: Boladeras, M. ¿Qué dignidad? Filosofía, derecho y práctica sanitaria. Capellades: Proteus.
39. 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.
40. Montero, F; Morlans, M "Per a deliberar en els comitès d'ètica". Fundació Dr. Robert. (2009: 186-189).
41. Ortega, S; Cabré, LL. Limitación del esfuerzo terapéutico. (2008). A: Libro Electrónico de Medicina Intensiva. Sección 3: Ética Médica. <http://intensivos.unitet.edu>.
42. 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
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.

47. 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.
48. 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
49. 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
50. Suárez Alvarez, J.R; Caballero, Beltran, J. (2001). Conceptos bioéticos actuales aplicados a la medicina intensiva. A: Manual de Medicina Intensiva. Madrid:Harcourt.
51. Svantesson, M., Sjøkvist, P., & Thorsén, H. (2003). End-of-life decisions in Swedish ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(4), 241–251.
52. The lancet (2010). article [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 376.
53. 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.