

Instrucciones previas en medicina intensiva

I. SARALEGUI RETA^a, J.L. MONZÓN MARÍN^b Y M.C. MARTÍN^c

^aUnidad de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital San Millán. Logroño. La Rioja. España.

^cUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital General de Cataluña. Barcelona. España.

La relación asistencial debe basarse en el respeto del paciente como agente moral, teniendo en cuenta su derecho a participar en la toma de decisiones. Para preservar la autonomía del paciente cuando ya no sea competente para decidir por sí mismo se ha propuesto la planificación de tratamientos y cuidados (*advance care planning*) como el mejor modo de contar con los deseos del enfermo. Este proceso puede plasmarse de modo escrito a través de un documento de instrucciones previas (DIP), llamado también voluntades anticipadas o directrices previas o testamento vital. En este artículo se revisan sus fundamentos éticos y legales, las ventajas y limitaciones, así como unas consideraciones sobre su aplicación en la asistencia del paciente crítico.

PALABRAS CLAVE: *instrucciones previas, voluntades anticipadas, testamento vital, autonomía.*

ADVANCE DIRECTIVES IN INTENSIVE CARE MEDICINE

The doctor-patient relationship must be based on respecting the patient as an ethical agent by considering his or her right to take part in health care decisions. In order to protect the patient's autonomy in cases of incompetence, advance care planning has been proposed as the best way to respect the patient's wishes. Advance care planning may be written on advance directives documents. The present article reviews the ethical and legal bases of advance directives, as

well as their advantages and limitations, and makes some recommendations about their application in critical care patients.

KEY WORDS: *advance care planning, advance directives, living will, autonomy.*

INTRODUCCIÓN

Las recientes leyes aprobadas en nuestro país, de carácter estatal y autonómico, van a propiciar que cada vez sea más popular la planificación de tratamientos por parte de los ciudadanos en el caso de que pierdan la capacidad para tomar decisiones. La ley estatal denomina a estas expresiones de la voluntad instrucciones previas (IP). Sus orígenes en EE.UU. se remontan a las sentencias judiciales que han ido conformando la doctrina del consentimiento informado¹. El primer documento conocido como "Un testamento vital" fue publicado en 1969 por el Euthanasia Educational Council de EE.UU.². Desde entonces numerosos eticistas y organismos, incluida la President's Commission³, han recomendado la planificación de tratamientos.

FUNDAMENTACIÓN ÉTICA

El respeto a la gestión de la propia vida, recogida en el principio bioético de autonomía, conlleva el derecho de toda persona adulta, capacitada, en ausencia de coacciones y debidamente informada, a decidir si acepta o no un determinado tratamiento, es decir, a decidir lo que considera bueno para sí misma, lo que en ocasiones podría no coincidir con la opinión médica.

En situaciones de incapacidad para expresar la propia opinión, se ha propuesto que el mejor modo de preservar ese derecho del enfermo son las IP, es decir, el proceso en el que una persona planifica los

Correspondencia: Dr. I. Saralegui Reta.
Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Santiago Apóstol.
Olaguibel, 29. 01004 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
Correo electrónico: isarategui@hsan.osakidetza.net

Manuscrito aceptado el 23-XII-2003.

tratamientos y cuidados de salud que desea recibir o rechazar en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones^{4,5}.

Aunque cualquier persona puede realizarlo, hay grupos de pacientes en los que está especialmente aconsejado (aquéllos con enfermedad crónica cuya evolución es previsible, pacientes oncológicos, enfermos con demencia en su fase inicial, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en diálisis, etc.), tras conocer por su médico las complicaciones que su enfermedad le puede deparar en el futuro y las opciones de tratamiento indicado para ellas; así, los pacientes tienen la oportunidad de dejar constancia escrita de sus preferencias al respecto, tanto de aceptación como de rechazo. Las personas mayores constituyen igualmente un sector de la población al que las IP van especialmente dirigidas; por un lado, para intentar ser exquisitos en el respeto a la autonomía del paciente anciano y, por otro, debido a que los problemas del final de la vida suelen ser más cercanos para ellos que para el resto de la ciudadanía.

Los pacientes tienen derecho a participar en el plan de cuidados y los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad profesional y legal de asegurar esta participación, teniendo en cuenta que una buena práctica médica ya no lo es si no respeta la voluntad del enfermo. No se trata de que el enfermo indique el tratamiento, sino de que escoja entre las opciones más razonables⁶.

El objetivo principal de las IP es asegurar que, cuando el paciente haya perdido la capacidad de participar en la toma de decisiones, la atención sanitaria sea conforme a las preferencias que expresó previamente⁷. Además, mejora el proceso de toma de decisiones sanitarias, el bienestar del enfermo y alivia las cargas para sus seres queridos⁸. Las IP se enmarcan en la planificación de cuidados, entendida como un proceso positivo de reflexión e implicación de los ciudadanos en las decisiones relativas a su salud.

SOPORTE LEGAL

El concepto de planificación de cuidados y tratamientos tomó relevancia a finales de los años setenta, en relación con los avances tecnológicos en el campo de la medicina, la preocupación por los temas relacionados con el final de la vida y los conflictos éticos derivados de todo ello. En EE.UU. la promulgación en 1990 de la Ley de autodeterminación del paciente⁹ (The Patient Self-Determination Act) impulsó la divulgación de las IP en la población y obligó a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud a incluirlas en la historia clínica y a tenerlas en cuenta en la toma de decisiones. Además, promovió la formación de los profesionales sanitarios en los problemas del final de la vida.

En España, la Ley General de Sanidad (1986) regula los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relati-

vo a su salud. Esta ley establece que la elección de la terapia es un derecho del paciente, y que el principio fundamental que preside el que un individuo se someta a un tratamiento sanitario es la voluntariedad. Según este precepto, el paciente puede elegir libremente entre las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes. Del derecho del paciente a la elección de terapia deriva, como consecuencia lógica, el derecho a negarse al tratamiento. Ello implica que los tratamientos médicos sólo estén legitimados cuando concurre el consentimiento informado del paciente.

El Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo, 1997)¹⁰ establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. En su artículo 9.º determina que “serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en disposición de expresar su voluntad”.

Cataluña, con la Ley 21/2000, de 29 de diciembre¹¹, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, dio el primer paso, regulando en su artículo 8.º las voluntades anticipadas. Posteriormente, otras comunidades autónomas promulgaron sus respectivas leyes, variando la denominación o el modo de formalización de los documentos de IP (DIP), pero teniendo como fundamento común el derecho del ciudadano a tomar parte en las decisiones sanitarias y la obligación del profesional sanitario de tener en cuenta los deseos del paciente.

El 16 de mayo de 2003 entró en vigor la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente al introducir en su artículo 11.º la regulación sobre IP que contempla los deseos del paciente expresados con anterioridad. Establece que “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad examinada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica” y que “todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”. En su redacción se aclara que “no serán aplicadas instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, incluida la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas”.

¿QUÉ ES UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

El DIP es un documento escrito dirigido al médico responsable en el que una persona mayor de

edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo con los requisitos legales, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En él se puede designar a un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario, y que le sustituirá en el caso que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

¿QUÉ SE PUEDE EXPRESAR EN UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

En el documento de voluntades anticipadas se pueden plasmar por escrito:

1. La expresión de los principios vitales y las opciones personales, en los que se establece una jerarquía de valores y, en consecuencia, los criterios que deben orientar cualquier decisión que se deba tomar en el ámbito sanitario. Este apartado se ha denominado también historia de valores (*values history*), ya que refleja los valores y las opciones personales respecto a los momentos finales de la vida u otras situaciones de grave limitación física o psíquica. También pueden especificarse otras consideraciones, como por ejemplo la elección del lugar (hospital, domicilio) donde se desea recibir los cuidados en el final de la vida, la voluntad de ser donante de órganos, el deseo de recibir asistencia religiosa, etc.

2. Las situaciones sanitarias concretas en que se quiere que se tengan en cuenta la aceptación o el rechazo de determinados tratamientos o cuidados, sobre todo cuando se tiene información de las probabilidades evolutivas (como en el caso de las enfermedades crónicas). Es el llamado testamento vital (*living will*).

3. Instrucciones y límites referidos a las actuaciones médicas ante las situaciones previstas, es decir, qué quisiera la persona respecto a tratamientos y cuidados en caso de incapacidad temporal o definitiva. Así, por ejemplo, se puede solicitar que no sean aplicadas (o se retiren, si ya se han aplicado) medidas de soporte vital tales como reanimación cardiopulmonar, diálisis, conexión a un respirador, nutrición e hidratación artificiales para prolongar la vida, etc. Se reconoce, por tanto, el derecho de aceptar o rechazar de antemano tratamientos que pudieran estar indicados; sin embargo, al igual que en otras situaciones clínicas, no se tiene derecho a solicitar tratamientos que los clínicos consideren no indicados o contraindicados.

4. La designación de un representante para que actúe como interlocutor válido ante el equipo sanitario, en el caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad y para que lo sustituya en la interpretación y el cumplimiento de las instrucciones. Es el llamado poder de representación permanente (*durable power of attorney for health care*), que continúa teniendo efecto aunque el otorgante se vuelva in-

competente. El representante ha de conocer la voluntad de su representado y para ello es aconsejable que participe en el proceso de deliberación previa, no puede contradecir el contenido del documento y debe actuar siguiendo los criterios y las instrucciones expresadas en él. Teniendo en cuenta la importancia capital de las funciones y decisiones encargadas al representante, es preciso evitar que le pueda afectar algún tipo de conflicto de intereses, y asegurar que las decisiones se tomarán en beneficio del paciente. Además es aconsejable que la familia conozca quién ejercerá de representante.

Hay diferentes modelos orientativos de DIP que pueden servir de ayuda al paciente para la elaboración de un escrito individualizado, fruto de una reflexión personal y de un proceso de comunicación con los seres queridos que el paciente desee, en el que el profesional sanitario puede participar como facilitador¹².

¿CUÁNDO ES VÁLIDO UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

Un DIP será válido cuando esté firmado por una persona mayor de edad, con capacidad legal y que actúe libremente. Debe estar formalizado por escrito según la legislación vigente de cada comunidad autónoma, aunque los 3 modos más empleados son:

- Ante 3 testigos (personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco –hasta segundo grado– o relación patrimonial alguna).
- Ante notario.
- Ante el funcionario o empleado público encargado del registro de DIP.

MODIFICACIÓN, SUSTITUCIÓN Y REVOCACIÓN

El DIP se puede modificar, renovar o revocar en cualquier momento; para ello se exige el cumplimiento de los mismos requisitos de forma que para su otorgamiento inicial. La modificación del documento se puede llevar a cabo para reflejar un cambio de opinión, para reafirmar una voluntad expresada hace mucho tiempo, o bien para ampliarlo y adecuarlo a situaciones mejor conocidas actualmente.

Si el documento de voluntades anticipadas hubiera sido modificado, sustituido o revocado, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado. En cualquier caso es conveniente dar al nuevo documento la misma publicidad que se dio al anterior.

UTILIZACIÓN Y LÍMITES DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

El DIP se podrá aplicar cuando la persona pierda su capacidad, su libertad de actuación y su posibili-

dad de expresarse. En el caso de que la persona sea competente en el momento en que haya de tomarse la decisión, lo expresado por la persona prevalecerá sobre las instrucciones contenidas en el DIP.

La existencia de un DIP comporta la obligación de tenerlo en cuenta en la toma de decisiones clínicas. A la hora de aplicar un DIP, una lectura prudente que se base en el máximo respeto a la voluntad del paciente es preferible a un rígido seguimiento literal del documento. Si hay un representante designado se solicitará su colaboración para interpretar el DIP.

En caso de no seguir las preferencias expresadas en el DIP, el médico responsable deberá razonar por escrito en la historia clínica los motivos de la decisión.

Los límites que la ley señala respecto a la aplicación de los DIP son los siguientes:

1. Que la voluntad expresada por el paciente implique una acción contra el ordenamiento jurídico vigente.

2. Que las intervenciones médicas que el paciente desea recibir sean contrarias a la buena práctica clínica, la ética profesional o la mejor evidencia científica disponible.

3. Que la situación clínica no sea la prevista y no se corresponda con los supuestos previstos por la persona otorgante al firmar el documento, es decir, cuando la situación que se anticipa en el documento sea distinta de la que se presenta en la realidad.

En estas situaciones las voluntades expresadas no podrán ser tenidas en cuenta.

Aunque los DIP son considerados en general de forma muy positiva, tanto por los profesionales de la salud como por los pacientes, hoy todavía hay un desconocimiento muy importante de los conceptos expresados en estos documentos y sus implicaciones legales. El desconocimiento por gran parte de los profesionales sanitarios es un obstáculo para el uso efectivo de los DIP, como demostró el estudio SUPPORT¹², y se reconoce la necesidad de programas de formación.

¿CÓMO DAR A CONOCER UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS?

Es aconsejable que la persona que ha realizado un DIP lo dé a conocer al médico responsable de su asistencia y al centro sanitario donde habitualmente se le atiende, para que se haga constar en la historia clínica, facilitando de este modo que sea tenido en cuenta en el momento adecuado con las garantías de confidencialidad legalmente establecidas.

El registro es el instrumento concebido para dar constancia oficial de la existencia de los DIP. Sus funciones son las siguientes:

– Recopilación y custodia de los DIP emitidos, así como de sus modificaciones y revocaciones.

– Información a los profesionales sanitarios de la existencia de los DIP.

– Comunicación del contenido de los DIP, previa solicitud de las personas autorizadas y legitimadas, con sistemas que aseguren la confidencialidad y la identidad de los demandantes.

Cada registro deberá establecer las relaciones adecuadas con el futuro registro central estatal u otros registros para asegurar la apropiada transmisión y compartir la información de que dispongan.

VENTAJAS Y DIFICULTADES DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Ventajas

– Protección del derecho a la autonomía del paciente.

– Aumenta el conocimiento de la propia enfermedad.

– Mejora la calidad de la relación médico-paciente.

– Permite conocer los valores éticos del paciente, y por tanto se facilita la interpretación de los deseos expresados respecto a sus momentos finales.

– Facilita la toma de decisiones terapéuticas.

– Refuerza la buena práctica clínica.

– Disminuye los tratamientos no deseados o decisiones erróneas¹³.

– Alivia el estrés y las cargas, tanto al paciente y su entorno como a médicos y personal de enfermería.

– Aporta seguridad ética y jurídica a los profesionales sanitarios.

Dificultades

– Es un proceso que requiere tiempo.

– Requiere la voluntad del ciudadano de implicarse en la toma de decisiones en relación con su salud y la aceptación de los profesionales sanitarios de respetar este derecho.

– Precisa de un conocimiento previo de los conflictos del final de la vida.

– Los DIP no actualizados o con instrucciones ambiguas o preferencias poco claras son de difícil interpretación¹⁴.

– En ocasiones será difícil decidir cuál es el momento clínico en el que debe aplicarse el DIP.

– Puede requerir la evaluación de la competencia del paciente.

– Precisa que el DIP esté disponible para ser consultado en el momento de la toma de decisiones.

PARTICULARIDADES DE LA APLICACIÓN DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN EL ENFERMO CRÍTICO

La toma de decisiones en el ámbito de la medicina intensiva, en particular en lo que se refiere al ini-

cio, mantenimiento o retirada de los tratamientos de soporte vital, suele ser de gran complejidad. En la mayoría de los casos el paciente ya no es competente para tomar decisiones, no se conocen sus preferencias respecto a dichas medidas, existe incertidumbre sobre su beneficio, los familiares y allegados del paciente sufren ansiedad cuando son consultados y con frecuencia no hay consenso entre el personal sanitario. Con todos estos condicionantes, el médico responsable del paciente tiene que tomar una decisión¹⁵. Para mejorar este proceso las IP se presentan como una herramienta útil¹⁶.

Un ejemplo puede ser la indicación de ingreso en un servicio de medicina intensiva¹⁷, e intubación e inicio de ventilación mecánica en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada¹⁸. No hay datos analíticos o parámetros de función respiratoria que determinen qué grupo de pacientes pueden beneficiarse de ello¹⁹⁻²². Por otro lado, tampoco hay estudios que identifiquen a los pacientes en los que la limitación de medidas tenga un sustrato objetivo²³⁻²⁵. La calidad de vida percibida por el propio paciente y sus preferencias sobre la instauración o no de la ventilación mecánica deben ser los pilares sobre los que se adoptarán las decisiones²⁶⁻²⁹. Hay que tener en cuenta que en estos enfermos la necesidad de ser intubados en caso de agravamiento es un supuesto que el paciente y sus familiares pueden comprender con relativa facilidad, ya que es algo con lo que pueden encontrarse en el curso de su enfermedad. De ahí la importancia de proporcionar una adecuada información pronóstica, completa y continuada, en el ámbito de la atención primaria o en la consulta del especialista hospitalario, cuando el paciente está en una situación estable³⁰ y es capaz de comprender, analizar y dejar constancia escrita de sus preferencias^{31,32}.

Otros casos similares son los pacientes oncológicos que sufren complicaciones agudas³³, los que sufren problemas postoperatorios graves, los enfermos con encefalopatía anóxica grave, las personas mayores³⁴ o con pluripatología, etc.

El papel primordial del intensivista en este proceso es el de receptor del DIP, pero puede ser también el iniciador del proceso de planificación en algunas ocasiones: antes de la intervención quirúrgica en el caso de pacientes con cirugía y estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) programadas, en el momento del alta de la unidad o a través de asociaciones de ex pacientes de UCI³⁵.

Un tema controvertido es la evaluación de la competencia en los pacientes críticos. Los DIP son aplicados en caso de incompetencia del paciente, pero ésta puede ser parcial o transitoria. Es decir, un paciente sedado no es por definición un paciente incompetente para siempre y para todo; debemos tratar de conocer su opinión, si no la ha expresado ya, en el caso de que su enfermedad no lo desaconseje.

A pesar de las dificultades reales en incorporar las preferencias de los pacientes críticos en la toma de decisiones, no por ello debemos intentar respetarlas al máximo. Así, el Grupo de Bioética de la SE-

MICYUC establece una serie de recomendaciones para la limitación del esfuerzo terapéutico³⁶, que deberán basarse en el conocimiento científico y en las preferencias del paciente, discutirse de forma colectiva y tomarse por consenso e incluir a la familia cuando el paciente no esté capacitado para hacerlo; en relación con el consentimiento informado, establece que las limitaciones terapéuticas deben obedecer siempre a la presencia de futilidad o de voluntades anticipadas³⁷.

Es obvio que los intensivistas tenemos una sensibilización especial respecto a los problemas derivados del final de la vida como resultado de nuestra actividad; ello debe acompañarse de una formación específica y de una participación activa en la educación del resto del personal sanitario.

CONCLUSIÓN

Las IP constituyen un proceso mediante el cual un paciente puede planificar los cuidados y tratamientos que desea recibir en el futuro, con el objetivo de que sus preferencias sean tenidas en cuenta en el momento en el que ya no sea capaz de expresarse por sí mismo. Los profesionales sanitarios tienen la obligación ética y legal de tenerlas en cuenta a la hora de tomar decisiones. En nuestro país, la legislación reciente ha regulado este proceso y por lo tanto todos los sectores implicados nos encontramos en estos momentos en un período de aprendizaje. Debido a las particularidades de la asistencia al paciente crítico y al hábito en el manejo de los conflictos en el final de la vida³⁸, el médico especialista en medicina intensiva tiene que ser un punto de referencia, tanto para su aplicación como para su divulgación³⁹.

AGRADECIMIENTOS

Al Grupo de Trabajo de Voluntades Anticipadas de Osakidetza, por su colaboración en la redacción del artículo y su esfuerzo en favor de su divulgación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schneiderman LJ, Teetzel HD. End-of-life directives: powers of attorney, living wills and other matters. *Seminars in respiratory and critical care medicine* 1996;17:543-58.
2. Bok S. Personal directions for care at the end of life. *N Engl J Med* 1976;295:367-9.
3. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to forego life-sustaining treatment*. Washington DC: U.S. Printing Office, 1983.
4. Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. *CMAJ* 1996;155:1689-92.
5. Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre el testamento vital (I y II). *Aten Primaria* 2003;31:52-4.
6. Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc)* 2001;117:14-5.
7. Gómez Rubí JA. Directivas anticipadas: la última oportunidad para ejercer la autonomía. *Jano* 2000;LX(1377):70-1.
8. Kolarik RC, Arnold RM, Fischer GS, Tulskey JA. Objectives for advance care planning. *J Palliat Med* 2002;5:697-704.

9. White ML, Fletcher JC. The patient self determination act: on balance, more help than hindrance. *JAMA* 1991;266:410-2.
10. Convenio para la Protección de los Derechos del Hombre y de la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). Convenio del 4-4-1997. BOE 20 octubre 1999, núm. 251 (p. 36825).
11. Ley 21/2000 de 29-12-2000 (art. 28). Derechos de información concernientes a la salud, a la autonomía del paciente y a la documentación clínica. DOGC n.º 3303 de 11/01/2001.
12. Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Documento sobre voluntades anticipadas. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:424-7.
13. Lynn J, Goldstein NE. Advance care planning for fatal chronic illness: avoiding commonplace errors and unwarranted suffering. *Ann Intern Med* 2003;2003:812-8.
14. Campbell ML. Interpretation of an ambiguous advance directive. *Dimens Crit Care Nurs* 1995;14:226-32.
15. Gómez Rubí JA, Gómez Company JA, Sanmartín Monzó JL, Martínez Fresneda M. Conflictos éticos en la instauración de la ventilación mecánica: análisis de la actitud de los profesionales de Cuidados Críticos, Emergencia y estudiantes. *Rev Clin Esp* 2001;201:371-7.
16. Johnson RF Jr, Baranowski-Birkmeier T, O'Donnell JB. Advance directives in the medical intensive care unit of a community teaching hospital. *Chest* 1995;107:752-6.
17. Solsona Durán JF, Abizanda Campos R. Hacia la elaboración de criterios de ingreso en los Servicios de Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 1998;22:72-3.
18. Miró Andreu G, Féliz Flor M, Solsona Durán JF. Toma de decisiones médicas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clin (Barc)* 2001;116:536-8.
19. Árbol Linde F, Marcos Sánchez F, Sarmiento EJ, López Onega P. Supervivencia a corto plazo de los pacientes con EPOC ingresados durante más de 14 días en la UCI. *Med Intensiva* 1995; 19:390.
20. Ancillo García P, Cortina Gómez JJ, Moreno Palomares J, Campos Romero JM, López Cambra MJ, Macías Martín S. EPOC y ventilación mecánica en UCI. *Med Intensiva* 1994;18: 18-21.
21. Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alía I, Brochard L, E. Stewart T, et al. Characteristics and Outcomes in Adult Patients Receiving Mechanical Ventilation. A 28-Day International Study. *JAMA* 2002;2002:345-55.
22. Breen D, Churches T, Hawker F, Torzillo PJ. Acute respiratory failure secondary to chronic obstructive pulmonary disease treated in the intensive care unit: a long term follow up study. *Thorax* 2002;57:29-33.
23. Anón Elizalde JM, García de Lorenzo A, Escuela Gericó MP. Reagudización en la EPOC con oxigenoterapia domiciliaria. UCI y ventilación mecánica. ¿Tenemos respuestas? *Med Intensiva* 2001;25:101-6.
24. Solsona Durán JF, Miró G, Ferrer A, Cabré L, Torres A. Los criterios de ingreso en UCI del paciente con EPOC. Documento de reflexión SEMICYUC-SEPAR. *Med Intensiva* 2001; 25:107-12.
25. Iribarren S, Castedo J, Muñoz T, Hernández M, Loma-Osorio A. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes con LCFA. ¿Tiene un sustento objetivo? *Med Intensiva* 2001;25(Supl 1):9.
26. Heffner JE, Fahy B, Hilling L, Barbieri C. Outcomes of advance directive education of pulmonary rehabilitation patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:1055-9.
27. Travaline JM, Silverman HJ. Discussions with outpatients with chronic obstructive pulmonary disease regarding mechanical ventilation as life-sustaining therapy. *South Med J* 1995;88: 1034-8.
28. Singer P. Advance directives in COPD. *Monaldi Arch Chest Dis* 1995;50:62-3.
29. Mendelsohn AB, Belle SH, Fischhoff B, Degenholtz H, Wisniewski S, Pinsky MR, et al. The decision to mechanically ventilate: what is important to patients? *Crit Care Med* 2000; 28: A60.
30. Schaberg DR. Managing patients with chronic bronchitis: from primary prevention to advance directives. *Hos Pract* 2000; 35:1-2.
31. Dales RE, O'Connor A, Hebert P, Sullivan K, McKim D, Llewellyn-Thomas H. Intubation and mechanical ventilation for COPD: development of an instrument to elicit patient preferences. *Chest* 1999;116:792-800.
32. Sullivan KE, Hebert PC, Logan J, O'Connor AM, McNeely PD. What do physicians tell patients with end-stage COPD about intubation and mechanical ventilation? *Chest* 1996;109: 258-64.
33. Kish S, Martin CG, Shaw AD, Price KJ. Influence of an advance directive on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients. *Crit Care Med* 2001;29:2294-8.
34. Goodman MD, Tarnoff M, Slotman GJ. Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients. *Crit Care Med* 1998;26:701-4.
35. Esteban A, Gordo F, Solsona Durán JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001;27:1744-9.
36. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo de trabajo de bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 2002;26:304-11.
37. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, et al y grupo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. *Med Intensiva* 2002;26:253-4.
38. Faber-Langendoen K, Lancken PN. Dying patients in the Intensive Care Unit: forgoing treatment, maintaining care. *Ann Intern Med* 2000;133:866-93.
39. Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998;129:441-9.