

Voluntad anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos

Anticipated will in the intensive care unit

César Gutiérrez Samperio

Resumen

La voluntad anticipada del paciente es fundamental en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en donde generalmente existen los recursos humanos y técnicos necesarios para la atención de los pacientes graves, se aplican procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos molestos y, en ocasiones, peligrosos. En el presente trabajo revisamos la declaración anticipada que el paciente hace para el ingreso y egreso de la UCI, para restringir el uso de procedimientos específicos, evitar el ensañamiento terapéutico y el retiro del apoyo vital, con respeto a la autonomía y dignidad del enfermo.

Palabras clave: Voluntad anticipada, cuidados intensivos.

Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S171-S176

Abstract

The patient's advanced directives its fundamental in Intensive Care Units (ICU), where there are the necessary human and technologic resources to attend seriously ill patients, in whom annoying and sometimes dangerous diagnostic as well as bothering therapeutic procedures are applied. We review the patients' advanced will declaration is done to admission or to leave from the ICU in order to restrict specific procedures, avoiding cruelty therapy and to withdraw vital support, with patients' autonomy and self respect.

Key words: Advanced directives, intensive care.

Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S171-S176

Introducción

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) —nombre más afortunado que el de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que en sí llevan implícito el concepto de la aplicación de medidas terapéuticas que van más allá de lo habitual— son espacios hospitalarios estratégicamente ubicados entre o cerca de los departamentos de urgencias, quirófanos y los servicios auxiliares del diagnóstico, lo que facilita el acceso a los pacientes graves, así como su rápido traslado a otros departamentos para completar su diagnóstico y tratamiento. El diseño de estas unidades con un módulo central desde el cual médicos y personal de enfermería pueden vigilar a los pacientes mediante la observación directa o bien a través de equipo especializado, con monitores que registran las variables más adecuadas en cada caso en particular

permiten una estrecha vigilancia, y su vez, también la más oportuna toma de decisiones.¹

Además de la infraestructura y diseño arquitectónico de la UCI, es necesario contar con equipo biomédico especializado para el diagnóstico y tratamiento, una dotación suficiente de insumos como son catéteres, sondas, material de curaciones, terminales de registro y medicamentos, entre otros, pero sobre todo contar con personal capacitado y motivado para atender a los pacientes graves, con inestabilidad hemodinámica y metabólica, un equipo de salud con una actitud propositiva, preparado para interpretar rápidamente los síntomas, signos clínicos, registro continuo de las variables, resultados de los exámenes de laboratorio y estudios especializados, de lo que mucho depende la oportunidad del diagnóstico y de la aplicación de

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Dr. César Gutiérrez Samperio

H. Frías Soto 15, Col. Ensueño, 76170, Querétaro

Teléfono de casa: 442 216 4592. Consultorio: 442 215851. Celular: 442 270 277.

E-mail: cesargtzsamp@prodigy.net.mx; cegusa@uaq.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

las medidas terapéuticas, que a su vez condicionan la evolución del enfermo.²

La voluntad anticipada se define como la petición libre seria, inequívoca y reiterada de una persona en pleno uso y capacidad de ejercicio de sus facultades mentales en cuanto a las medidas diagnósticas y terapéuticas que acepta o rechaza. Lo anterior tiene implicaciones legales que le confieren a toda persona o paciente el derecho de tomar con antelación una decisión, al igual que implicaciones bioéticas con relación al respeto a su autonomía, para que de acuerdo con sus conocimientos, información, reflexión y creencias exprese su decisión sobre el futuro manejo de situaciones específicas de una posible enfermedad.³

En la atención de un paciente en estado crítico atendido en la UCI, con frecuencia surgen dilemas bioéticos en los que se contraponen el respeto a la autonomía del enfermo para tomar sus propias decisiones en cuanto al manejo de su enfermedad, con la beneficencia de un acto médico del que se solicita prescindir, lo que por los principios que caracterizan a la profesión médica ocasiona conflicto. Son muchos y variados los escenarios y circunstancias que pueden presentarse, por lo que cada caso debe analizarse exhaustivamente, con un marco de referencia tanto legal como ético, en el que se tomen en cuenta las normas jurídicas, los principios éticos y el respeto a la dignidad del ser humano.^{1,2}

Nuestro propósito es plantear y discutir diferentes aspectos de la voluntad anticipada de enfermos en relación con la UCI, lo que está estrechamente relacionado con su estructura, equipamiento y personal de salud que labora en ellas, así como la normatividad de las mismas. Los temas que se abordaran serán los siguientes: ingreso a la UCI, egreso de la UCI, restricción de medidas específicas, solicitud de no realizar reanimación cardiopulmonar (RCP), retiro de soporte vital, el cual en ocasiones condiciona el ensañamiento terapéutico, además se tratará la eutanasia activa y pasiva y el tratamiento paliativo.

Ingreso

La información que tienen los pacientes acerca de las UCI con frecuencia es informal, proviene de la experiencia contada por otros pacientes, opinión de parientes y amigos, notas que aparecen en la prensa no científica o noticias difundidas a través del radio o la televisión, en la que generalmente se distorsiona la imagen de estas unidades: se presentan como lugares misteriosos en donde se concentran y aíslan a los enfermos graves para ser sometidos a procedimientos molestos, dolorosos y peligrosos, que a la postre terminan con la vida de los enfermos, por lo que los pacientes identifican a la UCI con el sufrimiento y la muerte. Todo lo anterior explica por qué algunos enfermos no aceptan su ingreso a la UCI, lo que expresan en forma verbal o en un documento firmado ante testigos inclusive en un documento notarial.⁴

Es necesario que se explique con claridad al paciente y a sus familiares, las bondades de la UCI, en cuanto a vigilancia de los enfermos graves por personal capacitado, la aplicación oportuna de procedimientos y medi-

camentos orientados a la estabilización hemodinámica y metabólica, lo que si bien muchas veces conlleva molestias y efectos colaterales indeseables, la valoración del costo-beneficio justifica su uso. Esta explicación debe ser clara, sin exceso de tecnicismos, informando los riesgos y beneficios, así como las posibles alternativas; debemos estar seguros de que tanto el paciente como sus familiares comprendan la explicación, para así poder obtener un verdadero "consentimiento informado".⁵

La decisión para el traslado del enfermo a la UCI, en primer término corresponde al médico tratante, quien desde luego conoce mejor a su enfermo; sin embargo, ni el médico general ni diferentes especialistas conocen todo lo referente al funcionamiento de la UCI, por lo que deberán discutir el caso con el médico de urgencias, el cirujano, el internista, otros especialistas y/o los médicos de la UCI para decidir en forma conjunta la conveniencia o no del traslado a la UCI. Para lo anterior, son de mucha utilidad los índices pronósticos Ranson, APACHE I y II, escala de Glasgow, entre otros, que constituyen una buena orientación en cuanto a la posible recuperación del enfermo y si el traslado a la UCI realmente lo beneficiará.^{5,6}

En ocasiones, el enfermo ingresa a la UCI en el postoperatorio inmediato para prevenir y tratar oportunamente las complicaciones, después de grandes resecciones oncológicas, trasplante de órganos, traumatismos extensos o cirugía de control de daños; en estos casos los pacientes deben permanecer en la UCI sólo el tiempo estrictamente necesario. Lo que no es válido es admitir a un enfermo a la UCI sin ameritarlo, por razones administrativas, académicas o políticas, por ser un paciente importante con quien el médico tratante o las autoridades hospitalarias quieren congraciarse. Si bien la admisión y tratamiento de los pacientes a la UCI buscan su beneficio, el paciente está más expuesto a eventos adversos, complicaciones, iatrogenias e infecciones hospitalarias y, en casos dudosos, los médicos tratantes pueden asesorarse con la opinión de las autoridades del hospital o del Comité Hospitalario de Bioética.^{5,7}

Si después de las anteriores consideraciones y una explicación comprensible para obtener el consentimiento informado, el paciente no acepta su ingreso a la UCI se debe respetar su voluntad, asegurándonos de que la decisión no la tomó durante una fase de depresión. Esta decisión puede haberla tomado con anterioridad, cuando aún no era presa de la enfermedad y no se encontraba en estado crítico; desde luego puede derogarse o cambiarse de acuerdo con la evolución de la enfermedad. En la voluntad anticipada se puede designar a un tutor o responsable legal, quien en un momento dado, cuando el paciente no esté en condiciones de decidir por sí mismo, será el responsable de elegir la conducta más adecuada, sobre todo cuando se contraponen la beneficencia que quiere ejercer el equipo de salud, con la autonomía y libertad de decisión del paciente.^{7,8}

Egreso

La salida de la UCI esencialmente se debe a tres causas: control de la insuficiencia órgano funcional (IOF)

con estabilidad hemodinámica y metabólica, por lo que se puede continuar su manejo en los servicios de hospitalización. En el caso opuesto, cuando a pesar de todos los esfuerzos no se han logrado mejorar las condiciones del paciente, se ha presentado una serie de complicaciones que agravan en cascada las IOF, con la presentación de insuficiencia orgánica múltiple (IOM), lo que disminuye las posibilidades de recuperación, las condiciones clínicas y los diferentes índices pronósticos constituyen la base para la toma de decisiones. La tercera circunstancia es la voluntad expresa del paciente, con fundamentos científicos, legales y éticos, la que trataremos con más detalle.^{7,9}

La voluntad anticipada en cuanto al egreso de la UCI debe ser precisa, explicando con claridad las circunstancias en las que se solicita el retiro de medidas diagnósticas y terapéuticas extraordinarias. Para evitar confusión y malas interpretaciones, se debe mencionar que, cuando los procedimientos realizados y los medicamentos administrados en la UCI no han producido los efectos esperados, se constituyen en medidas “fútiles” y éstos deben suspenderse, y se egresa al enfermo de la UCI para continuar exclusivamente con tratamiento paliativo. Lo anterior en realidad es la voluntad anticipada para evitar el ensañamiento terapéutico, es decir, se retiran las medidas extraordinarias o desproporcionadas y solamente se continúa con aquellas para evitar el dolor y el sufrimiento, dejando que el padecimiento tenga su evolución natural, por lo que es una forma de eutanasia pasiva, aceptada desde el punto de vista legal y ético.^{8,10}

Un enfermo grave en la UCI con frecuencia está inconsciente o bajo sedación, o bien, es presa de alteraciones psíquicas que van de la ansiedad a la depresión, por lo que es difícil que sea él quien decida si continúa o no atendiendo en la UCI, aunque hay pacientes que a pesar de la gravedad de su enfermedad, el dolor y sufrimiento que ésta le ocasiona, tiene la lucidez y buen juicio para solicitar su traslado fuera de la UCI, a un piso de hospitalización general e inclusive a su domicilio, donde puede continuar con cuidados paliativos, pero sobre todo donde puede estar en contacto con sus familiares y seres queridos, comunicarse con ellos, ser escuchado y recibir muestras de cariño que hagan mejores los últimos momentos de su vida.^{10,11}

Como mencionamos con anterioridad, para la mejor solución de los dilemas que ocurren en estos enfermos, es conveniente que en la voluntad anticipada se designe un representante legal o tutor, una persona allegada al enfermo y digna de toda su confianza, quien en un momento dado será quien decida, cuando el enfermo no esté en condiciones de hacerlo. Cuando el enfermo mejora y recupera la conciencia, pueden ocurrir alteraciones psíquicas, al verse aislado, rodeado de aparatos y personas que no conoce, con pérdida de la relación del día y la noche. En estos casos, la comunicación y el apoyo emocional son muy importantes, aunque habrá casos en los que se requiera la intervención de las autoridades hospitalarias, autoridades civiles o el comité hospitalario de bioética, con el fin de que se tome la mejor decisión, siempre en beneficio del paciente.^{12,13}

Restricciones específicas, no maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Como resultado de experiencias previas, de información deformada o de creencias religiosas, en ocasiones el enfermo se manifiesta en contra del uso de determinado procedimiento, expresa en el documento de voluntad anticipada su deseo de no recibir determinado tratamiento, como puede ser nutrición parenteral, transfusiones sanguíneas (en el caso de los “Testigos de Jehova”), que no se administren sedantes que interfieran con la conservación del estado de consciencia, que no se realice intubación endotraqueal y, llegado el caso, que no se efectúe traqueostomía ni se aplique un método de respiración asistida, no someterse a diálisis peritoneal o hemodiálisis; la restricción puede ser en el sentido de evitar reintervenciones quirúrgicas repetidas ante la presentación de complicaciones.¹²⁻¹⁵

Las condiciones del enfermo pueden variar: no es lo mismo que un enfermo con cáncer avanzado o IOM consecutiva a otra enfermedad exprese su voluntad en el sentido de que no se utilice respiración asistida por considerarla como una medida inútil, a que la exprese un paciente en quien en ese momento no está en peligro su vida, pero que puede sufrir un traumatismo grave, en cuyo caso la respiración asistida puede salvarle la vida.^{14,16}

La petición más frecuente es en el sentido de que si ocurre agravamiento de la enfermedad, con falta de respuesta al tratamiento, deterioro progresivo de la salud y condiciones generales del enfermo, si se llega a presentar paro cardiorrespiratorio, no se realicen maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), dejando que la enfermedad tenga su evolución natural. Esta petición “no RCP” debe estar plasmada en el documento de voluntad anticipada, en el expediente clínico, en la ropa del paciente y en la pulsera de identificación y el equipo de salud está obligado a respetarla.^{12,16}

Retiro del soporte vital

La petición de la suspensión de las medidas de sostén cardiovascular, respiratorias o metabólicas cuando el deterioro físico es avanzado e irreversible, con falta de respuesta al tratamiento instituido es una situación delicada con límites poco precisos. Debe estar redactada en una forma sencilla y fácilmente comprensible, expresando con claridad las circunstancias y condiciones en las que se deben suspender procedimientos extraordinarios que mantienen vivo al paciente, como son respiradores mecánicos, hemodiálisis, nutrición parenteral total y administración de medicamentos vasoactivos, entre otros. Aunque la voluntad anticipada para suspender el soporte vital generalmente se refiere a pacientes con muerte encefálica, en quienes no hay posibilidades de recuperación y solamente se mantiene en forma artificial una vida vegetativa.¹⁷

Es difícil que el enfermo atendido en la UCI esté en condiciones de expresar libremente su voluntad en cuanto a continuar o no con el soporte vital, con frecuencia está inconsciente, bajo sedación y incluso en estado de coma; sin embargo, con anterioridad puede dejar

su voluntad plasmada en un documento, en el sentido de que si llega a estar en condiciones de gravedad extrema con falta de respuesta al tratamiento instituido, o si como resultado de su padecimiento, de múltiples complicaciones o isquemia del sistema nervioso central después de un paro cardiorrespiratorio llegase a presentar muerte cerebral, se suspendan todas las medidas que lo pueden mantener con vida vegetativa por un tiempo indefinido.^{17,18}

En estas circunstancias, muchas veces son los familiares quienes se oponen a que se suspenda el soporte vital, o por lo contrario, al ver las condiciones del enfermo con una cascada de complicaciones que lo han llevado a un estado de gravedad extremo, de cuyo tratamiento poco se puede esperar, son quienes solicitan que se suspenda el soporte vital, que se retiren las medidas desproporcionadas y se deje que la enfermedad avance a su ritmo natural, aplicando sólo cuidados paliativos.^{17,18}

Ensañamiento terapéutico “distanasia”

Todo enfermo que goza de autonomía y merece el respeto a su dignidad como ser humano tiene el derecho de aceptar o rechazar el uso de las medidas diagnósticas y terapéuticas que proponga el equipo de salud. Como resultado de la experiencia de personas cercanas, enfermos que han estado internados en una Unidad de Cuidados Intensivos, en la que han permanecido durante días, semanas y, en ocasiones, meses, aislados de sus familiares y amigos, sin contacto con la luz natural, por lo que pierden la noción del tiempo, del día y la noche, con el ruido constante de los aparatos y las alarmas que se activan cuando la evolución no marcha como se esperaba, con sondas y catéteres, sometidos a la toma repetida de muestras biológicas, curaciones y otros procedimientos, esas personas se forman una imagen muy fuerte de lo que es la UCI.^{17,19}

También puede suceder que el paciente ya haya estado internado en la UCI; una de las experiencias más impactantes son los prolongados periodos de insomnio, cuando los otros enfermos e inclusive el personal del equipo de salud se encuentran dormidos. Aun peor son los enfermos con intubación endotraqueal o traqueostomía, conectados a un respirador mecánico, por lo que requieren sedación profunda; sin embargo, hay pacientes que aparentemente están inconscientes, pero perciben y se dan cuenta de todo lo que pasa a su alrededor, escuchan las voces y las pláticas de otros enfermos y de los integrantes del equipo de salud, pero están imposibilitados para hablar y comunicarse, lo que les genera un estado de ansiedad y excitación; los días y las noches en secuencia imperceptible se vuelven interminables.^{17,19}

Desde luego, las medidas diagnósticas y terapéuticas molestas y aun peligrosas deben aplicarse cuando se espera que redunden en beneficio del enfermo, no así cuando el deterioro físico y funcional es progresivo, con la consiguiente disminución de las posibilidades de recuperación. En estos casos se necesita la inteligencia, reflexión y buen juicio del médico tratante y del personal de la UCI para aceptar la petición previa del enfermo e

incluso proponer el retiro de las medidas extraordinarias de sostén, evitar el ensañamiento u obstinación terapéutica, lo cual más que salvar una vida prolonga una agonía.^{18,19}

Eutanasia

Palabra incongruente, ya que si bien la muerte es la fase final de la vida a la que ineludiblemente llegará todo ser vivo, por lo que se debe aceptar, la connotación de la palabra eutanasia es “buena muerte” que da lugar a múltiples interrogantes; buena muerte ¿para quién? ¿para el médico?, ¿para la institución? ¿o para el paciente? quien generalmente es el que solicita el procedimiento. Eutanasia activa implica la aplicación de un procedimiento o medicamento que termina con la vida del enfermo, lo que no tiene aceptación legal ni ética; de hecho, la eutanasia activa se considera como un delito culposo, por lo que aunque el paciente la haya solicitado en un documento debidamente protocolizado, en nuestro medio no se llevará a cabo, en la misma situación está el suicidio asistido.^{17,18}

Se entiende por eutanasia pasiva el retiro de las medidas diagnósticas o terapéuticas extraordinarias o desproporcionadas, las que dadas las condiciones del enfermo tienen mínimas o nulas posibilidades de éxito, lo que puede solicitar el enfermo o sus familiares. En realidad, la eutanasia pasiva o “adistanasia” está orientada a evitar el ensañamiento terapéutico, no se abandona al enfermo, se continúa con medidas orientadas a evitar el dolor y el sufrimiento, por lo que sí tiene justificación legal y ética; sin embargo, algunas religiones la proscriben.²⁰

La aplicación de analgésicos y sedantes para mitigar el dolor, aun con el peligro de acortar la vida, es aceptado desde el punto de vista legal y ético, inclusive lo acepta la religión católica en la Carta encíclica *humanae vitae*, lo que se toma en cuenta es la intención para suprimir el dolor y el sufrimiento, por lo que este aspecto debe mencionarse con claridad en la declaración de voluntad anticipada.^{10,15,17}

Tratamiento paliativo

Los cuidados paliativos siempre están encaminados a disminuir el dolor y el sufrimiento de los enfermos, cuando ya no es posible controlar el padecimiento que los ha llevado a un estado terminal, en el que el pronóstico es fatal a corto o mediano plazo, se suspenden todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas que no sólo representan un costo económico, sino también un costo en cuanto a la calidad de la vida que le resta al enfermo. Comprenden desde medidas tan simples como acompañar al enfermo, tocarlo, saludarlo y escucharlo, aseo, movilización y cambios de posición, la aplicación de analgésicos y sedantes potentes para suprimir el dolor, los que como ya mencionamos pueden acortar la vida. Un punto discutible es la aplicación de medicamentos que suprimen el estado de consciencia, lo que si bien ayuda a evitar el sufrimiento, también impide el contacto con los seres queridos, con quienes tal vez quiera intercambiar sus últimas palabras.^{8,10}

Dentro de la tanatología, además de preparar al personal de salud para afrontar las difíciles situaciones que rodean a la muerte, de capacitarlo para transmitir malas noticias, se pueden formar grupos multidisciplinarios: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes, amigos y ministros religiosos, entre quienes pueden apoyar a los enfermos terminales en la UCI. Otros servicios del hospital, que también pueden ser en el domicilio del paciente, cuando así lo determine, se le han denominado "ortotanasia" que lleva implícito el acompañamiento y la aplicación de cuidados paliativos.⁸⁻¹⁰

Reserva de conciencia

Puede suceder que el médico o el personal de salud, con base en su formación profesional y en sus principios morales, éticos y religiosos, se niegue a aceptar la voluntad del enfermo, en el sentido de aplicar medidas desproporcionadas como transfusiones, respiración asistida o hemodiálisis, lo que sólo es aceptable si existe en la unidad hospitalaria y otros facultativos que puedan aplicarlas. Por el contrario, el médico y el equipo de salud pueden estar proclives para aplicar estas medidas extraordinarias con la intención de beneficiar al enfermo, aunque esto represente no respetar su voluntad.²¹

Cuando en la atención de los enfermos se presentan circunstancias en las que entran en conflicto el criterio del médico para tratar a toda costa de prolongar la vida del enfermo, con la voluntad de éste, que libremente ha decidido no aceptar determinados procedimientos por considerarlos peligrosos o fútiles, entran en conflicto la beneficencia, a la que de acuerdo con las características de la medicina se apegan el equipo de salud, con la autonomía del paciente, quien después de un adecuado consentimiento informado tiene todo el derecho de aceptar o rechazar los procedimientos diagnósticos o el tratamiento que se le proponen. En estos casos es necesario analizar, discutir cada caso en particular, para que después de una profunda reflexión se tome la decisión más adecuada; los comités hospitalarios de bioética son una valiosa ayuda; ellos no deciden, sólo proporcionan asesoría y hacen las recomendaciones que consideran más adecuadas.^{5,13}

Conclusiones

El término "voluntad anticipada" es más adecuado que el de "testamento vital" (porque no es un documento obligatorio), tiene implicaciones científicas, legales y éticas, y aún no está reglamentada, por lo que es necesario que se incluya en la legislación de todas las entidades federativas del país. Las directrices previas o anticipadas deben cumplir con requisitos para su adecuada aplicación: ser expresadas cuando el enfermo estaba consciente y con el uso pleno de sus facultades mentales, que no se hayan manifestado por coerción ni durante episodios con dolor y/o sufrimiento intolerables, con alteraciones psíquicas severas como ansiedad o depresión. El requisito de firma ante un notario limita su uso por la falta de disponibilidad de estos profesionistas, así como por el elevado costo del documento notarial, por lo que deben implementarse procedimientos sencillos

ante el personal hospitalario o sanitario; además, estos documentos deben registrarse en las oficinas gubernamentales especialmente designadas para tal fin.

La voluntad anticipada tiene el espíritu de respetar la libertad que como todo ser humano tienen los pacientes; sin embargo, la autonomía del enfermo también tiene límites, cuando no se apegan a la *lex artis*, por lo que debe legislarse al respecto; como todas las leyes, también están sujetas a su interpretación, por lo que dada la importancia y trascendencia del problema, cada caso debe analizarse en particular, pensando siempre en el beneficio, respeto a la autonomía y dignidad del enfermo.

Referencias

1. Luce MC, White BC. A history of ethics and law in Intensive Care Unit. *Critical Care Med.* 2009; 25: 221-31.
2. Gutiérrez-Samperio C. El paciente quirúrgico en estado crítico. Avances en el proceso diagnóstico y terapéutico. *Gac Med Mex.* 2000; 136: 353-60.
3. Solsona DFL, Reta S. Carta al editor. A propósito de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2009; 33: 148-50.
4. Pérez-Coli RC, Anjos FM, Pereira LL. The attitude of nurses on Intensive Care Unit in the face of errors: an approach in light of Bioethics. *Rev Latino-Am Enf Emergen.* 2010; 18: 324-30.
5. Porras RG, Estrada NF, Martínez ZR. Papel de la Unidad de Cuidados Intensivos en el paciente traumatizado. *Cir y Ciruj.* 2000; 68: 119-122.
6. Salas RJR, Ruiz-Speare O. Peritonitis. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos CSF. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo.* 3a Ed. El Manual Moderno, México; 2006: 501-514.
7. Truog RD, Cist AF, Backett SE, et al. Recommendations for end of life care in Intensive Care Unit. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2001; 29: 2332-48.
8. Gutiérrez-Samperio C. *Cirugía y ética.* En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos CAF. *El Manual Moderno.* 3a Ed. México; 2006: 747-62.
9. Yaguchi R, Truog RD, Curtis R, et al. International differences in end of life attitudes in Intensive Care Unit. Results of a survey. *Arch Int Med.* 2005; 165: 1970-75.
10. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. *Gac Méd Méx.* 2001; 137: 269-276.
11. Gutiérrez-Samperio C. *Muerte asistida.* En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco RJA. *Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. La bioética en el ejercicio quirúrgico.* Vol. XVI. Ed. Alfil, México; 2010: 123-35.
12. Giannini R, Pessina A, Tachi EM, et al. End of life decisions in Intensive Care Units. Attitude of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med.* 2003; 29: 1902-10.
13. Gutiérrez-Samperio C, Hall R. *Comités de bioética hospitalarios.* En: Kuthy-Porter J. *Introducción a la Bioética.* 3a Ed. Méndez, México, 2009: 387-415.
14. Nava S, Sturani C, Hartl S, et al. End of life decisions making in respiratory intermediate care units: A European survey. *Eur Respir J.* 2007; 30: 156-64.
15. Sprug CL, Mara P, Bullow HH, Ricou B. The importance of religious affiliation and culture on end of life decisions in European Intensive Care Units. *Intensive Care Med.* 2007; 32: 196-99.
16. Gajeuska K, Shoeder M, Marve F, Vincen JL. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in Belgium Intensive Care Unit. *Intensive Care Med.* 2004; 30: 1224-7.

17. Soberón AG, Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real*. Ed. Comisión Nacional de Bioética. México; 2008: 212-36.
18. Pérez-Tamayo R, Lisker R, Tapia R. *La construcción de la bioética*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México; 2007: 161-183.
19. García-Colorado G. *Normativa bioética, derechos humanos, salud y vida*. Ed. Trillas, México; 2009: 110-121.
20. Verdú F. *Voluntad anticipada*. En: Lolas-Sepke F, De Freitas DJG. *Bioética*. Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile; 2013: 246-255.
21. León-Correa FJ. Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica. *Rev Colomb Bioet*. 2008; 3: 83-101.

www.medigraphic.org.mx