

Acciones tomadas durante El Morir en las UTI's del Cono Sur (Brasil, Argentina y Uruguay)

RACHEL DUARTE MORITZ¹, ALBERTO DEICAS², JUAN PABLO ROSSINI³, NILTON BRANDÃO DA SILVA¹, PATRÍCIA MIRANDA DO LAGO¹, FERNANDO OSNI MACHADO¹

¹Médico Intensivista, Miembro de AMIB

²Médico Intensivista, Miembro de SUMI

³Médico Intensivista, Miembro de SATI

Espacio de trabajo

Trabajo realizado por el *Grupo de Trabajo de Fin de la Vida del Cono Sur* en asociación con la Asociación de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI).

Agradecimientos

Participaron del *Grupo de Trabajo de Fin de la Vida del Cono Sur* los siguientes profesionales: Alberto Deicas, Fernando Osni Machado, Francisco Albano de Meneses, Jairo Constante Bitencourt Othero, Jefferson Pedro Piva, Juan Pablo Rossini, Márcio Soares, Nara Azeredo, Nilton Brandão da Silva, Patrícia Miranda do Lago, Rachel Duarte Moritz, Raquel Pusch de Souza, Renato Terzi.

Correspondencia:

Rachel Duarte Moritz
Rua João Paulo 1929 - Bairro João Paulo
CEP: 88030-300 – Florianópolis (SC), Brasil.
E-mail: rachel@hu.ufsc.br

Contacto en Argentina:

Juan Pablo Rossini, Htal. Ramos Mejía, Urquiza 609, CABA, Argentina.
juanpablorossini@gmail.com

Resumen

La discusión respecto de la actitud con pacientes críticos terminales, está en aumento. Opciones sobre el límite de esfuerzo terapéutico (LET) han sido una creciente necesidad del intensivista.

Objetivo. Diagnosticar y comparar las conductas tomadas durante el morir en las UTIs de los países del Cono Sur (Brasil, Argentina y Uruguay)

Método. Corte transversal realizado por las AMIB, SATI y SUMI. Los miembros del grupo de estudio del final de la vida de esas sociedades elaboraron un cuestionario donde constataban evaluaciones demográficas de los participantes y de las instituciones en que ellos trabajaban, así como las decisiones sobre el LET.

El cuestionario fue respondido durante eventos científicos de UTI de los 3 países y vía on line, en un tiempo previamente estipulado.

Participaron del estudio los miembros del equipo multiprofesional pertenecientes a las sociedades involucradas. Se compararon las respuestas obtenidas entre los miembros de las sociedades de los 3 países. Las variables fueron analizadas a través de los test de chi-cuadrado (χ^2) ANOVA/Bonferroni. Se consideró significativo el valor de $p < 0,05$.

Resultados. En el estudio participaron 420 profesionales (217 de Brasil, 141 de Argentina y 62 de Uruguay). Se constata que el 29% se declara agnóstico,

siendo la mayoría médicos. En Uruguay predominó el sexo masculino. En Brasil las UTI's tenían mas camas, fue mas excepcional las visitas irrestrictas, los profesionales eran mas jóvenes y hacia menos tiempo que trabajaban en las UTI's y había mas participación de personal no-médico. El número de visitas más frecuente en los tres países era de 3 por día. Los factores que más influyen en las decisiones de LET son: el pronóstico de la enfermedad, las comorbilidades y la futilidad terapéutica. Hubo diferencias significativas en las decisiones entre los 3 países, donde más del 90% ya había optado por LET. El equipo médico fue el principal responsable de las decisiones de LET, principalmente en Brasil y Argentina. Reanimación cardiorrespiratoria, administración de drogas vaso activas, métodos dialíticos y nutrición parenteral fueron las terapias más suspendidas/rechazadas en los 3 países, habiendo diferencias puntuales entre los mismos. Hubo una diferencia significativa respecto a la suspensión de la ventilación mecánica, más frecuente en Argentina, luego en Uruguay. Las terapias menos suspendidas entre los 3 países fueron la analgesia seguida de la sedación. Definiciones legales y éticas fueron señaladas como las principales barreras para la toma de decisiones.

Conclusión. A pesar de que existan diferencias regionales y culturales entre los profesionales, el LET es común en los 3 países. Existe una tendencia de que sea más de forma pro-activa entre los argentinos y de que haya una mayor equidad en la distribución de las decisiones entre los uruguayos. Esta diferencia puede estar vinculada a la edad, experiencia, profesión y sexo de los participantes.

Hipócrates, al afirmar que uno de los roles de la medicina es “rehusarse a tratar a aquellos que fueran vencidos por la enfermedad, entendiendo que, frente a tales casos, la medicina se torna impotente”, crea la primera descripción del límite del esfuerzo terapéutico (LET). Sin embargo, en el siglo actual, el envejecimiento de la población, asociado al control de las patologías crónico-degenerativas y al perfeccionamiento tecnológico tienen, cada vez más permitido el prolongamiento del morir, lo cual ha generado la necesidad de ampliar el debate sobre las conductas médicas a ser tomadas en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal. A pesar de que exista la idea de que la muerte en el hogar es menos dolorosa, 7 de cada 10 óbitos ocurren en los hospitales, y más específicamente en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Este hecho conlleva la necesidad de que el médico intensivista esté preparado para aceptar su limitación como curador y para saber tratar al paciente crítico con enfermedad terminal. Conductas del LET han sido una necesidad en el día a día del intensivista, lo cual ha tornado prioritaria una amplia discusión y la existencia de las definiciones ético-legales al respecto. Han ocurrido cambios en el pensamiento hipocrático citado al inicio de este trabajo. La perspectiva actual es aquella en la que el médico, junto con el equipo multiprofesional, ofrezca a sus pacientes, víctimas de enfermedades terminales, cuidados paliativos que posibilitarían la minimización del sufrimiento durante el morir. Sin embargo, para que haya un cambio en el enfoque terapéutico dentro de las UTIs, es nece-

sario un reajuste en la conducta de los profesionales de estos sectores. El mejor conocimiento de las nuevas situaciones es el primer paso hacia un cambio de conducta. Teniendo en cuenta lo relatado, se propone este trabajo que visa a diagnosticar y comparar las conductas tomadas durante el morir en las UTIs de los países del Cono Sur (Brasil, Argentina y Uruguay).

Método

Estudio de corte transversal realizado por las Asociaciones de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI). Los miembros del grupo de estudio de final de la vida de estas sociedades elaboraron un cuestionario que evalúa el diagnóstico de las conductas tomadas durante el morir en las UTIs de los 3 países involucrados. En este cuestionario constataron, en primer lugar, evaluaciones demográficas sobre los participantes y sobre las instituciones en que los mismos trabajan (espacios de las UTI, tipo de hospital, número de camas, edad y profesión, tiempo de trabajo en la UTI, etc). La segunda parte constaba de un cuestionario de decisiones sobre el LET, tales como: suspensión o retraimiento de terapias, factores que podrían influir en esas decisiones, responsables de las mismas, qué conductas terapéuticas serían retiradas o suspendidas y finalmente cuáles son las principales barreras para la toma de decisiones.

El cuestionario fue respondido durante eventos científicos de UTI de los 3 países (congresos regionales y/o nacionales) y también vía on line, en las páginas web de las sociedades científicas, durante un tiempo pre-estipulado. Participaron del estudio los miembros del equipo multiprofesional perteneciente a las sociedades involucradas. Las respuestas fueron comparadas entre los miembros de las sociedades de los 3 países, siendo las variables analizadas a través de los tests de chi cuadrado (χ^2) y ANOVA/Bonferroni. Fue considerado significativo el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Participaron del estudio 420 profesionales, siendo 217 de Brasil, 141 de Argentina y 62 de Uruguay. Las características de las UTIs donde trabajaban los intensivistas de los 3 países pueden ser constatadas en la Tabla 1. En la Tabla 2 se destacan las características de los participantes del estudio. Se puede observar que en Brasil existen más cantidad de UTIs con más de 20 camas y que el número de visitas permitidas a los pacientes críticos es menor que en el resto de los países. En lo concerniente a los aspectos demográficos de los participantes, los brasileros son significativamente más jóvenes y hace menos tiempo que trabajan en las UTIs. También hubo un mayor número de profesionales no-médicos que participaron del estudio en Brasil.

En la Tabla 3 se destacan los factores que influyeron en las decisiones del LET. Se puede observar

que los factores con un mayor porcentaje de influencia sobre las decisiones fueron el pronóstico de la enfermedad del paciente, sus co-morbilidades y la futilidad terapéutica. Hubo una diferencia significativa en las decisiones entre los 3 países. Se puede observar que el equipo médico es el principal responsable por las decisiones del LET, principalmente en Brasil y Argentina (Tabla 4). Asimismo se verificó que en los 3 países, más del 90% de los participantes ya optaron alguna vez por el LET.

En lo concerniente al límite terapéutico, se destaca que la reanimación cardiorrespiratoria, la administración de drogas vaso activas, los métodos dialíticos y la nutrición parenteral fueron las terapias más frecuentemente suspendidas o rechazadas en los 3 países, habiendo diferencias puntuales entre los mismos. Existe una diferencia significativa en lo concerniente a la suspensión de ventilación mecánica que ocurre más frecuentemente en Argentina, seguida de Uruguay (Tabla 5). En la Tabla 6 se demuestran las terapias nunca suspendidas o rechazadas por los participantes del estudio. Se destaca que la analgesia y la sedación fueron las terapias menos suspendidas en los 3 países.

Las actitudes de los intensivistas luego del diagnóstico de terminalidad de la enfermedad se evalúan en la Tabla 7. En la Figura 2 se observa que los intensivistas de manera general consideran a la falta de definición legal la principal barrera para la toma de decisión del LET. La segunda barrera es la falta

TABLA 1
Características de las UTIs en los diferentes países del Cono Sur

Características de las UTIs	Brasil Total=217		Argentina Total=141		Uruguay Total=62		Significancia p (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Zona							
Norte/Nordeste	31	14	66	48	11	18	<0.001
Centro/Oeste	10	5	37	26	3	5	
Sur/Sudeste	176	81	37	26	38	68	
Tipo de Hospital							
Escuela	92	42	87	62	36	59	<0.001
Otros	125	58	54	38	26	31	
Tipo de UTI							
General/Mixta	191	88	132	93	54	87	0.3
Otra	14	12	13	7	8	13	
Número de camas por UTI							
<10	81	37	68	48	31	53	<0.001
10-20	76	35	61	43	19	70	
> 20	60	28	12	8.5	9	13	
Número Visitas Permitidas							
1 vez al día	63	29	22	15	10	16	0.01
H/3 veces al día	137	63	103	73	43	70	
Irrestricta	17	8	18	13	8	13	

de definición ética y de entrenamiento de los involucrados en el proceso.

Discusión

La necesidad de que haya un amplio debate con un mejor conocimiento de los nuevos paradigmas de

la medicina intensiva aparece claramente en este trabajo, donde el 81% de aquellos que respondieron el cuestionario eran médicos intensivistas de Brasil, Argentina y Uruguay.

Se puede observar que en Brasil, en comparación con el resto de los países, la población encuestada era más joven, y por lo tanto hacía menos tiempo que tra-

TABLA 2
Características de los Participantes en los diferentes países del Cono Sur

Características de los participantes	Brasil Total = 217		Argentina Total = 141		Uruguay Total = 62		Significancia p (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
<35 años	117	54	24	17	14	22	<0.001
35 a 50 años	78	36	88	62	41	67	
>50 años	22	10	29	21	7	11	
Sexo							
Femenino	109	50,2	82	58,1	20	32,2	<0.001
Masculino	108	49,8	59	41,8	37	65	
Creencia Religiosa							
Ateo/Agnóstico	65	30	40	28	25	28	0.5
Cree en Dios	152	70	101	72	45	72	
Profesión							
Médico	143	66	134	95	52	84	<0.001
Otra	74	34	7	5	10	16	
Con Título de Especialista	135	62			47	76	0.047
Tiempo de Trabajo en UTI							
Hasta 5 años	94	43	0	0	15	24	<0.001
5 a 15 años	75	35	81	57	26	42	
15 a 30 años	45	21	49	35	18	29	
Mas de 30 años	3	1	11	8	0	0	

TABLA 3
Factores que influyen en las decisiones del Límite de Esfuerzo Terapéutico (LET)

Factores que influyen sobre las decisiones de Límite (casi siempre)	Brasil Total = 217		Argentina Total = 141		Uruguay Total = 62		Significancia p (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Edad del paciente	132	60,8	83	58,9	32	51,6	NS
Co-morbilidad	181	83,4	124	87,9	41	66,1	<0.001
Escores de Gravedad	130	59,9	70	49,6	18	29	<0.001
Tiempo de UTI	114	52,5	63	44,6	18	29	<0.001
Diagnóstico	158	72,8	112	79,4	33	52	<0.001
Pronóstico	190	87,6	132	93,6	42	67,7	<0.001
Futilidad Terapéutica	176	81,1	128	90,7	40	64,5	<0.001
Calidad de vida previa	176	81,1			39	62,9	0.003
Calidad de vida post-UTI	160	73,7			29	47,6	<0.001
Aspectos legales	154	71	85	60,2	23	37	<0.001
Deseo paciente/familiares	164	75,6	106	75,1	28	45,1	<0.001

bajada en la UTI y formada por un mayor número de otros profesionales de la salud. Resulta interesante comentar que, a pesar de que en los países analizados predomine la religión católica, cerca del 29% de los profesionales se declaró ateo o agnóstico; lo que podría sugerir la hipótesis de que aquellos que trabajan en UTI son más escépticos. Las características de las UTIs donde trabajan los entrevistados presentan diferencias relacionadas a las especificidades de cada país. Vale resaltar que en Brasil se notó una menor maleabilidad en cuanto a permitir visitas a los pacientes críticos.

El análisis sobre las decisiones de LET, permitió la conclusión de que el pronóstico de la enfermedad, las co-morbilidades de los pacientes y la futilidad terapéutica fueron los factores que más contribuyen para el rechazo o suspensión de terapias en los 3 países analizados. Resulta interesante añadir que la definición legal, a pesar de haber sido mencionada como la

mayor barrera para la toma de decisión de LET, fue colocada en sexto lugar como factor influyente de las decisiones por los profesionales de Brasil y Argentina y en séptimo lugar por aquellos de Uruguay. El médico es formado desde el punto de vista ético y técnico para proporcionar el mejor cuidado posible a su paciente. En este estudio, el principal profesional citado como responsable por las decisiones del LET fue el médico. Según Nunes¹⁴, la ética de la conducta no se da al nivel de los comportamientos exteriores, sino al nivel constitutivo del actuar, es decir, que la acción resulta de los fines que la persona estableció para sí, lo que implica la referencia a la libertad de acción. De aquí resulta que el elemento determinante es la intención que mueve a la deliberación y a la toma de decisiones. Se puede deducir que, a pesar de que el médico tenga recelo de los aspectos legales, la toma de decisión está basada principalmente en los aspectos clínicos del paciente.

TABLA 4
Responsabilidad por las decisiones del límite de esfuerzo terapéutico (LET)

Casi siempre responsable de las decisiones del LET	Brasil (n = 217)		Argentina (n = 141)		Uruguay (n = 62)		Significancia p (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Equipo Médico	176	81,1	117	83	34	54,8	<0.001
Equipo multiprofesional	111	51,2	52	36,9	13	20,9	<0.001
Comité de Ética	45	20,7	13	9,2	0	0	<0.001
Familiares del paciente	105	48,4	56	39,7	20	32,2	<0.001
El paciente	44	20,3	13	9,2	2	3,2	<0.001

TABLA 5
Límites terapéuticos casi siempre realizados

Límite de esfuerzo terapéutico casi siempre realizado	Brasil n = 217		Argentina n = 141		Uruguay n = 62		Significancia p (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Reanimación Cardiorrespiratoria	141	65.0	121	85.8	33	53.2	<0.001
Drogas Vaso Activas	119	54.8	104	73.8	35	56.5	0.001
Métodos Dialíticos	125	57.6	98	69.5	32	51.6	0.022
Nutrición Parenteral	111	51.2	94	66.6	37	59.6	0.014
Antibióticos	100	46.1	51	36.1	33	53.2	0.049
Nutrición Enteral	109	50.2	22	15.6	30	48	<0.001
Ventilación Mecánica	41	18.9	68	48.2	16	25.8	<0.001
Hidratación	37	17.1	23	16	1	1.6	0.007
Sedación	24	11.1	4	2.8	1	1.6	0.002
Analgesia	11	5.1	2	1.4	1	1.6	0.122

En este estudio se puede constatar que, aunque no exista una definición jurídica específica sobre LET, la gran mayoría de los profesionales que participaron del mismo (más del 90%), ya había decidido limitar el tratamiento en algún momento de su vida profesional. Estudios brasileros confirman esta información^{2, 15}. Resulta importante agregar que existe respaldo legal para la hipótesis de que la restricción de recursos artificiales no es un crimen si éstos no presentan beneficio efectivo para el enfermo, siendo únicamente condiciones de obstinación terapéutica. La indicación o contra indicación de una medida es decisión médica, que deberá ser discutida con el paciente, cuando fuese posible, y con sus familiares, para garantizar la dignidad de la persona en el final de la vida¹⁶.

Hace casi dos décadas que se escribe sobre el rechazo o suspensión de tratamientos en las UTIs. Con el correr de los años ha habido una tendencia al mejor entendimiento sobre el LET y cuidados paliativos.

Mientras tanto, todavía existen barreras culturales y legales que dificultan la adecuada conducción del paciente crítico terminal. Clásicamente, las terapias más reconocidas como fútiles o inútiles son las drogas vaso activas y los métodos dialíticos^{15,17-23}. En los últimos años ha habido una creciente aceptación de que retirar la ventilación mecánica puede ser parte de acciones paliativas en las UTIs^{24,25}. Ha sido también discutida la importancia de que haya un adecuado entrenamiento del intensivista para que adquiera competencia en la conducción del tratamiento del paciente crítico terminal. Resulta primordial el abordaje de medidas pro-activas que permitan que el paciente tenga una muerte sin dolor ni incomodidad, y que se disponga un adecuado acompañamiento a sus familiares^{12, 13, 26, 27}. En este trabajo los tratamientos más comúnmente rechazados o suspendidos por los profesionales de los 3 países fueron la reanimación cardiorrespiratoria, la administración de drogas vasoactivas y los métodos dialíticos. Analgesia, sedación y manu-

TABLA 6
Terapias Mantenidoas o límites terapéuticos nunca realizados

Terapias Mantenidoas o Límite Terapéutico nunca realizado	Brasil n = 217		Argentina n = 141		Uruguay n = 62		Significancia P (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Analgesia	171	78.8	124	87.9	29	46.7	<0.001
Sedación	131	60.4	105	74.5	27	43.5	<0.001
Hidratación	91	41.9			23	37	0.494
Ventilación Mecánica	107	49.3	21	14.8	11	17.7	<0.001
Nutrición Enteral	39	18.0	8	5.6	4	6.4	0.001
Antibióticos	43	19.8	43	30.4	2	3.2	<0.001
Nutrición Parenteral	43	19.8	20	14.2	2	3.2	0.005
Métodos Dialíticos	42	19.4	6	4.2	1	1.6	<0.001
Drogas vaso Activas	41	18.9	6	4.2	2	3.2	<0.001
Reanimación cardiorrespiratoria	46	21.3	8	5.6	2	3.2	<0.001

TABLA 7
Actitudes tomadas luego del diagnóstico de enfermedad terminal

Actitudes luego del diagnóstico de Enfermedad Terminal (casi siempre)	Brasil n = 217		Argentina n = 141		Uruguay n = 62		Significancia P (χ^2 /ANOVA)
	N	%	N	%	N	%	
Cambio de sedo analgesia	194	89.4	137	97.2	41	66.1	<0.001
Límite esfuerzo terapéutico	169	77.9	115	81.5	28	45.2	<0.001
Cambio de Ventilación Mecánica	106	48.8	80	56.4	33	53.2	0.339
Visitas Irrestringidas	172	79.3	121	85.8	39	62.9	0.001
Alta de la UTI	102	47.0	86	61.0	20	32.3	<0.001

■ Acciones tomadas durante El Morir en las UTI's del Cono Sur (Brasil, Argentina y Uruguay)

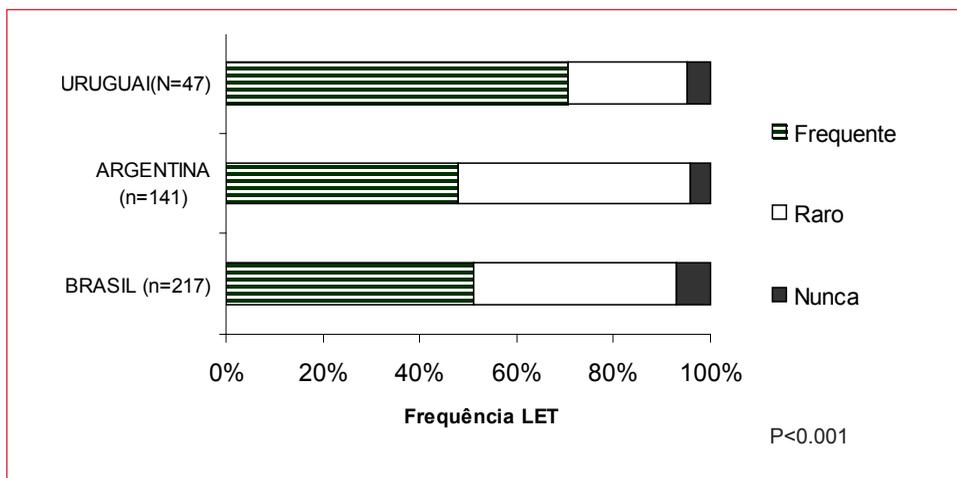


Figura 1. Frecuencia del Límite de Esfuerzo Terapéutico (LET) en los 3 países analizados.

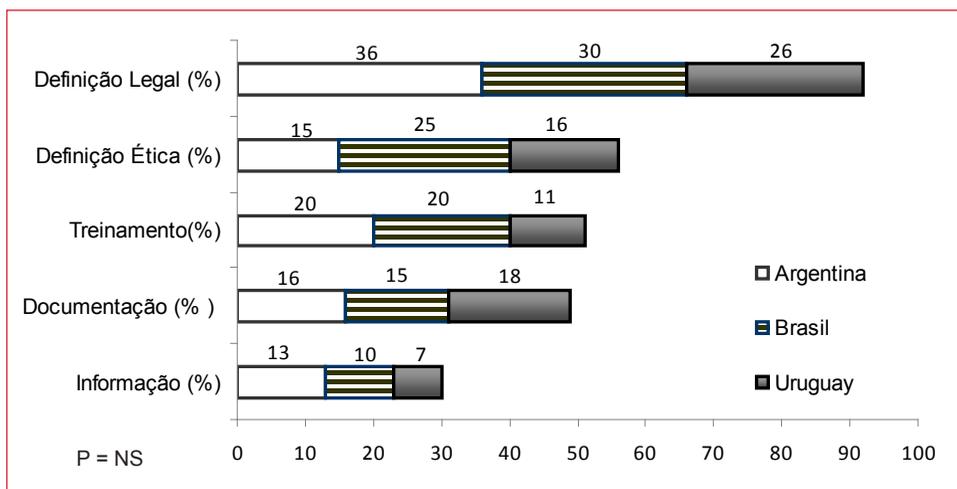


Figura 2. Principales barreras para la toma de decisión de limitación terapéutica.

tención de hidratación venosa fueron los tratamientos mantenidos con mayor frecuencia. Se encontró una diferencia en lo concerniente a la suspensión de ventilación mecánica que fue señalada como casi siempre realizada por el 42.2% de los profesionales argentinos, el 25.8% de los uruguayos y 18.9% de los brasileros. En lo concerniente a las actitudes tomadas por los intensivistas luego del diagnóstico de terminalidad de la enfermedad, el cambio de sedo analgesia fue la actitud que más prevalece en los 3 países. Los resultados encontrados parecen indicar que los profesionales de la Argentina tienen mayor seguridad al asumir medidas pro-activas en el tratamiento del paciente crítico con enfermedad terminal.

En lo que concierne a las barreras señaladas por los encuestados como limitantes de la decisión de LET, la falta de definición legal fue el principal factor, seguido

de la necesidad de definición ética y de entrenamiento de los profesionales. Para que haya un tratamiento adecuado del paciente terminal, hay múltiples factores involucrados. La aceptación social de la muerte y la dificultad de que existan métodos ajustados para predecir el óbito, dificultan la toma de decisiones. La falta de entrenamiento en cuidados paliativos y la dificultosa comunicación de la “malas noticias” son barreras que necesitan ser traspasadas^{28,29}.

Los resultados de este trabajo permiten concluir que, a pesar de que existan diferencias regionales y culturales, el LET es común entre los intensivistas de Brasil, Argentina y Uruguay. Parece haber una tendencia de que en la Argentina los profesionales procedan más frecuentemente de forma pro-activa y de que haya una mayor equidad en la distribución de las decisiones entre los uruguayos. Esa diferencia

puede estar vinculada a la edad, experiencia, profesión y sexo de los participantes.

Se puede señalar como principal falla de este estudio, las diferencias demográficas (edad, profesión, sexo y experiencia) entre los participantes que pueden haber contribuido al resultado. Otro hecho es que los que respondieron al cuestionario eran personas que participaban del evento o frecuentaban el sitio web de sus Sociedades, hecho que puede sesgar la interpretación de los resultados.

Aún con las fallas metodológicas señaladas, los autores sugieren que frente a la alta incidencia del LET en las UTIs, deberían ser implantados planes de cuidados paliativos de los pacientes críticos terminales.

Bibliografía

- Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*. 2005; 13(2): 51-63.
- Moritz RD, Machado FO, Heerd M, et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(2):141-147.
- Smedira NG; Evans BH; Grais LE; et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 1990; 322(5):309-315.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med*. 1990; 18(12): 1435-1439.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med*. 1992; 20(3):320-326.
- Prendergast TJ; Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Resp Crit Care Med*. 1997; 155(1):15-20.
- Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's ethics committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med*. 1997; 25(5):887-891.
- Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: The results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999; 27(8):1626-1633.
- Gherardi CR; Biancolini C; Butera JJ; et al. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*. 2000; 16(2): 53-56.
- Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment. A moral algorithm. *JAMA*. 2000; 283(8):1065-1067.
- Nunes R. Proposta sobre a suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Revista Bioética*. 2009 17(1): 29-39.
- Moritz RD, Lago P, Pusch RS, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(4): 422-428.
- Moritz RD, Lago PM, Deicas A, et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009; 21(3): 306-309.
- Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Revista Bioética*. 2008 16(1): 41-50.
- Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, et al. Condutas de Limitação Terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19(2): 137-143.
- Villas-Bóas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*. 2008 16(1):61-83.
- Lago PM, Garros D, Piva J. Terminalidade e condutas de final de vida em Unidade de terapia Intensiva Pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19(3):359-363.
- Esteban A, Gordo F, Solsona JF, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Medicine* 2001; 27(11):1744-1749.
- Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*. 2001; 29(2): N52-N5(Suppl).
- Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1163-1167
- Hynninen M, Klepstad P, Petersson J, et al. Process of foregoing life-sustaining treatment: a survey among Scandinavian intensivists. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008; 52(8):1081-5.
- Mani RK, Mandal AK, Bal S, et al. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2009 Oct;35(10):1713-9. Epub 2009 Jul 1.
- Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, et al. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med*. 2009 Apr;35(4):623-30. Epub 2008 Oct 10.
- Szalados JE. Discontinuation of mechanical ventilation at end-of-life: the ethical and legal boundaries of physician conduct in termination of life support. *Crit Care Clin*. 2007 Apr;23(2):317-37, xi.
- Psirides AJ, Sturland S. Withdrawal of active treatment in intensive care: what is stopped - comparison between belief and practice. *Crit Care Resusc*. 2009 Sep;11(3):210-4
- Monzón JLM, Saralegui IR, Abizanda i Campos R, et al. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Medicina Intensiva*. 2008 Apr;32(3):121-33.
- GHERARDI CR; BIANCOLINI C; BUTERA JJ; "et al". Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*. 2000; 16(2): 53-56.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008 Mar;36(3):953-63.
- Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19(4):485-489.