

# ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2014;111(3):57-62

## Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos

Jacinto Bátiz<sup>a, b, c</sup>

(a) *Presidente de la sección de Cuidados Paliativos de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*

(b) *Jefe del Área de Cuidados del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, Bizkaia*

(c) *Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia*

Recibido el 31 de enero de 2014; aceptado el 27 de mayo de 2014

### PALABRAS CLAVE

Adecuación.  
Esfuerzo.  
Cuidados paliativos.  
Buena práctica médica.

**Resumen:** Uno de los fundamentos de los cuidados paliativos es realizar aquellas acciones tanto diagnósticas como terapéuticas que estén acordes con la situación en la que se encuentre el paciente en ese momento. Adecuar el esfuerzo es no utilizar o cancelar algún tipo de medidas diagnósticas o terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, con el objetivo de no caer en la obstinación diagnóstica o terapéutica. El médico, en la fase terminal de su enfermedad continuará a su lado, proporcionándole aquellos tratamientos que alivien su situación, pero absteniéndose de medidas penosas e inútiles. Deberá abandonar la idea de curar para centrarse en cuidar al enfermo con toda la humanidad y competencia técnica que requiera su situación. Adecuando el esfuerzo de nuestra atención con la aplicación de medidas diagnósticas y de estrategias terapéuticas, evitando tanto el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, estaremos realizando una buena práctica médica.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Adaptation.  
Effort.  
Palliative care.  
Good medical practice.

### Appropriateness of diagnosis and therapeutic strategies in Palliative Care

**Abstract:** One of the foundations of palliative care is to make those both diagnostic and therapeutic actions that are consistent with the situation in which the patients are at that time. Adapt the effort is not to use or cancel some kind of diagnostic or therapeutic measures when a disproportion between ends and means is perceived, in order not to fall into the diagnostic or therapeutic obstinacy. The doctor, in the terminal phase of their illness, will be by their side, providing those treatments to alleviate their situation, but refraining from harsh and unnecessary measures. The doctor should abandon the idea of healing, in order to focus on caring for the sick with all humanity and technical competence required by their situation. If we adapt the effort of our attention to the application of diagnostic measures and therapeutic strategies, avoiding both diagnostic

and therapeutic cruelty and neglect, unnecessary lengthening and shortening life on purpose, we will be conducting a good medical practice.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## GILTZA-HITZAK

Egokitzapena.  
Ahalegina.  
Zainketa aringarriak.  
Jardute mediku egokia.

### Ahalegin diagnostiko eta terapeutikoaren egokitzapena zainketa aringarrietan

**Laburpena:** Zainketa aringarrien oinarrietariko bat, gaixoaren egoerarekin bat datozen ekintza diagnostiko zein terapeutikoak burutzea da. Helburu eta baliabideen artean desberdintasuna nabaritzen denean, ahalegina egokitzea neurri diagnostiko edo terapeutikoak ez erabiltzea edo ezeztatzea da, egoskorkeria diagnostiko edo terapeutikoan ez erortzeko helburuarekin. Sendagileak, gaixotasunaren bukaerako fasean gaixoaren ondoan jarraituko du, bere egoera arintzen duten tratamenduak emanez eta neurri neketsu eta alferrikakoei uko eginez. Sendatzeko ideia alde batera utzi beharko du, gaixoa egoerak eskatzen duen gizatasun eta gaitasun tekniko guztiekin artatzeko. Gure arretaren ahalegina neurri diagnostiko eta terapeutikoak erabiliz egokituko dugu, ankerkeri diagnostiko eta terapeutikoa, abandonua, beharrezkoa ez den luzapena zein nahita egindako biziaren mozketak saihestuz. Horrela jardute mediku egokia egiten egongo gara.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Tal vez crean que me he equivocado al iniciar el título con la palabra “adecuación”, pero he preferido cambiar el término “limitación” por “adecuación” ya que cuando decimos “limitación” estamos indicando que estamos limitando alguna acción que puede ser adecuada, lo que llevaría a pensar que estamos dejando de hacer a nuestro paciente algo que sería adecuado para él. En cambio, cuando hablamos de “adecuación” nos referimos a realizar las acciones tanto diagnósticas como terapéuticas que estén acordes con la situación en la que se encuentre el paciente en ese momento, que es lo que realmente debemos hacer, siendo éste uno de los fundamentos de los cuidados paliativos.

Nos parece que el concepto de limitación del esfuerzo terapéutico puede ser confuso y debe evitarse ya que no se trata en absoluto de ninguna limitación de tratamiento sino de una reorientación en los objetivos.

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta capacidad que en principio es deseable tiene también sus inconvenientes. No utilizar o cancelar algún tipo de medidas diagnósticas o terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica es lo que podríamos considerar una adecuación del esfuerzo terapéutico.

En nuestro país se puede morir mal por falta de recursos de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que tal vez mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los enfermos en fase terminal que aún mueren con el suero puesto y esperando una analítica, o intubados en un servicio de urgencias. En ocasiones nos obstinamos terapéuticamente cuando aplicamos tratamientos inútiles que no sólo no aportan ningún beneficio, sino que además pueden añadir sufrimiento al enfermo. Por eso, no es de extrañar que muchas personas tengan miedo no solo al dolor y al sufrimiento, sino

además a quedar atrapadas en un sistema médico sumamente tecnificado.

La adecuación del esfuerzo terapéutico está justificada desde una perspectiva de *justicia* aprovechando bien los recursos evitando la futilidad, *no maleficencia* evitando el encarnizamiento terapéutico, *beneficencia*, respetando mejor la dignidad de la persona y *autonomía* del paciente.

En la decisión de la adecuación de tratamientos es necesario prever de manera cuidadosa para no incurrir en dos grandes errores éticos y clínicos, como son: omitir el tratamiento que se ha demostrado beneficioso aunque temporal en el caso del enfermo tratado y que ha sido aceptado; o imponerle tratamientos innecesarios, inútiles o desproporcionados a la situación terminal en que se encuentra. Resulta justamente necesario hacer confluír en esta decisión sobre la adecuación terapéutica, factores que necesariamente inciden en ella y que especialmente, a una conducta de mínimos éticos que todo profesional debe tener en cuenta ante estas situaciones. Deberá entonces resolver en conciencia, en primer lugar, sobre la inutilidad del tratamiento a seguir cuya administración resulta injustificada y que, en algunos casos, lleva a la desnaturalización de la obligación de sanar que tiene el médico; y en segundo lugar, a considerar como principio invulnerable la voluntad del enfermo o en su caso, la de su representante legal o parental, toda vez que dentro del principio de autonomía que conlleva el consentimiento informado, será dicha voluntad antecedente indispensable para aceptar o renunciar a determinadas intervenciones: todo ello, de acuerdo con las respectivas posibilidades de vida del enfermo.

Hay momentos en los que el médico decide limitar sus competencias a la hora de tratar el enfermo y esta decisión debe tomarse bajo unos criterios que partan de la ética y estén consensuados con otros profesionales, respetando los valores morales del enfermo y contando

con su elección y la de sus familiares en el abordaje de la patología. Estas decisiones suponen tomar determinaciones éticas y clínicamente muy complejas porque el médico tiene como finalidad curar a todos sus enfermos, pero su esfuerzo y los recursos de los que dispone son normalmente limitados, por lo que en ocasiones se producen situaciones de obstinación e incluso de abandono terapéutico, en la que los aspectos emocionales influyen para que el médico tire la toalla.

La adecuación del esfuerzo terapéutico responde fundamentalmente a dos criterios: el mal pronóstico vital o de supervivencia, y la mala calidad de vida, siendo el primero el más relevante desde el punto de vista estadístico. Esto significa que la decisión de no iniciar o retirar tratamientos puede tener lugar en dos escenarios diferentes, el que trata de evitar el ensañamiento terapéutico y el que impide una supervivencia con muy mala calidad de vida. Es el diagnóstico y la propia evolución del enfermo en el tiempo los que irán marcando un pronóstico que permita saber en qué momento debe iniciarse la adecuación del esfuerzo terapéutico. Lo que sea inútil en términos de supervivencia estará contraindicado, y además se relaciona directamente con el principio de no maleficencia.

Un acto médico puede ser útil en determinadas ocasiones, pero no útil en muchas otras. Un tratamiento no es obligatorio cuando no ofrece beneficio para el enfermo o es inútil. No obstante, es conveniente que los médicos tengamos en cuenta que el uso de un procedimiento puede ser inapropiado en las siguientes circunstancias:

- Si es innecesario, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- Si es inútil porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio.
- Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención.
- Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

El médico no tiene la obligación de continuar un tratamiento cuando éste se ha comprobado que es ineficaz. Muchas veces, sólo después de iniciarlo se comprueba su ineficacia. Es entonces, cuando se contempla la posibilidad de detener el mecanismo de la maquinaria biomédica, una vez que se ha puesto en marcha y se entiende que no es beneficiosa para el enfermo.

Esta decisión de comenzar o terminar un tratamiento debe basarse en los derechos y bienestar del enfermo, y en el balance de beneficios y cargas que supone. Hay omisiones como la supresión de tratamientos que han dejado de estar indicados y que no estamos obligados a realizar por futilidad y contraindicación aunque la consecuencia indirecta sea la muerte del enfermo. Pero es preciso que tengamos en cuenta que cuando, en estos casos, suspendemos un tratamiento es la propia enfermedad la causante principal del fallecimiento, no nues-



Jacinto Bátiz, presidente de la sección de Cuidados Paliativos de la Academia.

tra práctica médica.

Adecuar el esfuerzo terapéutico no es ninguna forma de eutanasia, sino una buena práctica médica aunque sabemos que es más fácil poner que quitar. Es verdad que los avances técnicos de la Medicina ponen a nuestra disposición muchas posibilidades que no debemos emplear de manera arbitraria, sino valorando cuidadosamente si van a beneficiar o no al enfermo.

Desde la Deontología Médica se nos orienta a los médicos para que nuestra actuación con el enfermo en fase terminal sea adecuada desde el punto de vista ético. Así, el Código de Ética y Deontología Médica (2011) hace referencia, aunque de un modo indirecto, a esta adecuación del esfuerzo terapéutico, en su artículo 36.2 cuando dice: "El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida..."

Asimismo, uno de los puntos de la Declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35.ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia en 1983 dice: "el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reporte beneficio alguno al paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas".

La aplicación por parte del médico de estas acciones terapéuticas, generalmente con objetivos curativos, es una mala práctica y una falta deontológica.

Las causas de la obstinación diagnóstica y terapéutica de la que en ocasiones es víctima el paciente en fase

terminal, sin esperanza de curación, suelen ser las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda del enfermo y su familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Pero es que además, la obstinación diagnóstica y terapéutica tiene varias consecuencias como la frustración de los profesionales y de los enfermos, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

Cuando cuidamos diariamente a enfermos que se encuentran al final de sus vidas son ellos lo que nos enseñan y los que “nos corrigen” la teoría, tan ideal y, a veces, tan poco objetiva. Por eso creo que para aprender Medicina Paliativa no solo basta con oír conferencias o leer libros, es preciso estar junto a los enfermos para poder ver en sus caras, en sus miradas, las necesidades que tienen en la fase terminal de su enfermedad.

Uno de los momentos más delicados que se presentan en la atención de enfermos graves es cuando se entra en una fase en la que ya no es razonable seguir aplicando tratamientos con finalidad curativa. Pero la reflexión ética no se puede limitar a hacer propuestas ideales, se tiene también que reflexionar sobre las condiciones reales en que dichas propuestas tienen que llevarse a cabo.

Desearía compartir con el lector una situación clínica de la que fui testigo directo como médico asistencial:

Se trataba de una mujer divorciada, con cinco hijos, que siendo su médico de cabecera me había manifestado en varias ocasiones que, si desgraciadamente padeciera una enfermedad incurable, le asegurara que no iba a permitir, si ella no pudiera tomar la decisión, el que realizaran pruebas diagnósticas o tratamientos que fueran inútiles; que en el caso de que estuviéramos seguros de su incurabilidad tan solo evitáramos su sufrimiento. Yo había registrado este mensaje suyo en su historial clínico.

Cuando cumplió 74 años fue diagnosticada de una neoplasia hematológica y que no fue posible curar. Durante su enfermedad el internista que seguía su enfermedad y yo, como médico suyo de cabecera, nos encargamos de que ella no sufriera; ante cualquier síntoma molesto, nuestra ayuda era evitarlo para que ella se encontrara bien. Pero el conflicto se presentó cuando entró en la fase agónica. La enferma estaba en su cama, inconsciente, en fase agónica, y los hijos nos solicitaban que le transfundiéramos, como se le había hecho en otras fases de su enfermedad, para corregir las cifras tan bajas de los análisis. Tanto el médico internista como a mí nos parecía que la transfusión solicitada por sus hijos no tenía indicación ya que no iba a aliviar una disnea que no tenía, ni tampoco iba a prolongar una vida que estaba llegando a su fin porque su enfermedad sabíamos que no tenía curación. Pero sus hijos nos manifestaban sus deseos de que “hiciéramos algo”, que “no la dejáramos morir”. Convenimos reunirnos los dos médicos con los cinco hijos de la enferma. Volvimos a escuchar sus argumentos de que nos esforzáramos para evitar que se muriera. Nosotros volvimos a argumentar la futilidad de lo que ellos nos solicitaban, además les expliqué el deseo que su madre me había manifestado varios años antes,

ante una posible situación como la que se estaba dando en ese momento. Ante su persistencia, se me ocurrió preguntar a cada uno de sus hijos si desearía que le hiciéramos una transfusión si él se encontrara en la situación de su madre. Cada uno de ellos contestó, sin dudar un momento, que no. Seguidamente también les hice una pregunta que suponía su respuesta: “¿queréis a vuestra madre?”. Extrañados por esta pregunta, contestaron con mucha rotundidad que sí. Fue entonces cuando entendieron que nuestra resistencia a la transfusión no era negarnos a un tratamiento, sino evitar una futilidad, es decir, limitar un tratamiento que no tenía ningún sentido en esa fase agónica de la enfermedad de su madre.

Es verdad que adecuar el tratamiento no conociendo la voluntad de la enferma pudiera haber sido cuestionado. En este caso se había valorado las indicaciones y la utilidad del citado tratamiento. Además conocíamos el deseo de la enferma de que no insistiéramos en prolongar su vida con medidas desproporcionadas por lo que nos resultó más fácil llevar a cabo la citada adecuación del tratamiento.

Cuando tenemos que tomar este tipo de decisiones no podemos dejarnos influir por la posible presión de la familia o por la sensación de fracaso ante la imposibilidad de curar. Es en ese momento cuando debemos ponderar despacio las ventajas y los inconvenientes de cada prueba diagnóstica y de cada tratamiento, para evitar los que sean innecesarios e inútiles. Es preciso distinguir entre medios terapéuticos proporcionados y desproporcionados, teniendo en cuenta la situación del enfermo, las características del tratamiento, su grado de dificultad, el riesgo que comporta, su costo... En cada situación habrá que pensar, sobre todo, en el bien del enfermo y respetar su derecho a intervenir en la toma de las decisiones fundamentales que le afecten.

Los cuidados paliativos tienden a priorizar medidas terapéuticas de confort sencillas, evitando intervenciones complejas con importantes efectos secundarios y/o escasas posibilidades de respuesta.

No obstante, existen situaciones en las que tratamientos más invasivos como cirugía, nefrostomías, toracocentesis, etcétera, pueden resultar los más efectivos para el alivio del sufrimiento. Por eso la medicina paliativa no abandona la actualización constante de las mejores evidencias científicas y solicita, en estos casos, la participación del paciente en la decisión terapéutica, tras una adecuada información, dedicando el tiempo necesario para tomar la decisión adecuada, porque las actuaciones impulsivas, automáticas o basadas en criterios simplistas estarían fuera de lugar.

La medicina altamente tecnificada no debe conducir con sus tratamientos llenos de aparatos al aislamiento y a la soledad de los pacientes en fase terminal. Estos pacientes necesitan menos cuidados bioquímicos y más cuidados humanos. A veces, la prolongación mecánica de la vida implica desentenderse de otros aspectos del problema como son la realidad de sus últimos días, sus necesidades sociales, emocionales y espirituales.

Los profesionales cuando se indiquen órdenes de adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico debe-

rán tener en cuenta lo siguiente:

- 1 Las órdenes de dicha adecuación deberán quedar reflejadas en la historia clínica de forma razonada y justificada.
- 2 Deberán ser unas órdenes lo más explícitas posibles y referirse a los diferentes grados de intervención diagnóstica y terapéutica que quieren limitar como: extracciones sanguíneas, canalización de las vías centrales o periféricas, transfusiones, traslados a unidades de cuidados intensivos, intubación endotraqueal o resucitación cardiopulmonar. Si el grado de intervención recomendado no está aún definido en espera de la evolución del enfermo, conviene dejar constancia.
- 3 Estas órdenes no deben ser estáticas, ya que se pueden plantear en función de la evolución y respuesta clínica del enfermo.
- 4 Una orden de adecuación de un esfuerzo terapéutico concreto nunca debe implicar el abandono de otras actitudes terapéuticas paliativas o no.

Tal vez las siguientes recomendaciones prácticas nos puedan facilitar la adecuación del esfuerzo terapéutico:

- Hemos de tener en cuenta que la adecuación del esfuerzo terapéutico es un problema ético, no un mero problema de indicación clínica.
- Esta adecuación deberá planificarse para cada caso y en cada momento. No es conveniente generalizar ni protocolizar; se debe actuar como una toma de decisiones deliberadas entre los implicados.
- Puede haber varias estrategias de restricción válidas para cada caso y cada momento de la evolución del proceso clínico concreto del que se trate.
- La pluralidad de opiniones debe ser respetada, ya que toda opinión puede tener parte de razón y ninguna opinión práctica posee, por sí misma, toda la verdad.

La implantación de una ética del “no poder” podría limitar seriamente la práctica técnica, ya que se fundamenta en la idea de que los seres humanos acepten no hacer todo lo que son capaces de hacer tecnológicamente. Esta ética no solo estaría orientada a la imposición de límites, sino que también persigue la libertad frente a la esclavitud tecnológica. La ética médica tradicional puede definirse como “ética del poder”, pues en ella se defiende el deber que tiene el médico de hacer todo lo que pueda para salvar al paciente. Esta ética sigue siendo válida en determinados contextos, pero la ética del “no poder” tiene mucho que ver con el curar, pero no debe aplicarse al cuidar. No siempre se puede curar a un ser humano, pero mientras el humano viva, aún en estado muy deteriorado, siempre es posible cuidarle.

Nadie niega la legitimidad de la limitación de medidas, pero lo que resulta más discutible son los criterios que deben utilizarse para ello como es la futilidad de las medidas o el carácter proporcionado o desproporcionado de las mismas.

Para adecuar el esfuerzo de las pruebas diagnósticas y de las estrategias terapéuticas es preciso tener claro

los criterios de proporcionalidad, es decir, la relación beneficio/inconvenientes, para poder adoptar una buena práctica médica. Hemos de tener en cuenta que la mera producción de un beneficio para el enfermo no debe ser suficiente para considerar que un procedimiento debe ser aplicado. Debemos examinar las complicaciones y los efectos secundarios que se derivan de la instauración del procedimiento tanto diagnóstico como terapéutico que vamos a adoptar. En esta valoración el enfermo tendrá un papel fundamental en el diálogo con el médico responsable de sus cuidados y el resto del equipo asistencial.

Por otro lado, se debe desestimar un procedimiento objetivamente fútil. Todo procedimiento que no produzca ningún beneficio debe ser desestimado a pesar de la insistencia del enfermo, porque la instauración de un procedimiento inútil, accediendo a la petición del enfermo, constituye una acción fraudulenta, ya que contribuye a alentar en el enfermo unas expectativas inexistentes o carentes del necesario rigor científico.

Adeguar el esfuerzo terapéutico suele generar casi siempre conflicto. En ocasiones, la defensa o el miedo ante el conflicto puede llevar a los profesionales a posiciones rígidas o desproporcionadas, a actitudes defensivas más basadas en intuiciones viscerales que en la reflexión racional y crítica.

Para finalizar les invito a recordar algunas reflexiones que tal vez nos podrán ser útiles para adecuar el esfuerzo terapéutico a nuestros enfermos al final de sus vidas:

- Los médicos estamos entrenados para curar y nos suele resultar difícil aceptar que la medicina tiene un límite, pero no debemos olvidar que tan importante como luchar por curar a un enfermo es saber parar cuando tenemos claro que es imposible curarle.
- Una adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico ante un enfermo en fase terminal no es ninguna forma de eutanasia, sino una buena práctica médica. Esta adecuación es una decisión compleja y de consecuencias morales innegables que en ocasiones se confunde con la eutanasia. Pero insisto, no se debe confundir.
- Ni la obstinación que llevaría al encarnizamiento terapéutico ni el abandono son respuestas éticas ante un enfermo en fase terminal.
- Es verdad que los avances técnicos de la Medicina ponen a nuestra disposición muchas posibilidades que no debemos emplear de manera aleatoria, sino valorando verdaderamente si van a beneficiar o no al enfermo.
- Es esencial que los médicos reconozcamos los límites prácticos y éticos de nuestro poder. Hemos de tener presente que hay límites éticos que no debemos sobrepasar, porque nuestras acciones serían, además de inútiles, dañosas para el enfermo.
- Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no solamente es moralmente aceptable sino

que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias.

- El médico deberá seguir al lado del enfermo, proporcionándole aquellos tratamientos que alivien su situación, pero absteniéndose de medidas penosas e inútiles: debe abandonar la idea de curar para centrarse en cuidar al enfermo con toda la humanidad y competencia técnica que requiere su situación.
- Adecuando el esfuerzo terapéutico con la aplicación de medidas diagnósticas y estrategias terapéuticas proporcionadas, evitando tanto el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, estaremos realizando una buena práctica médica.

### Conflicto de intereses

El presente trabajo se ha realizado sin haber recibido financiación de ningún tipo.

### Bibliografía

- 1 Abizanda R. Aspectos éticos de la toma de decisiones en la fase aguda del paciente en coma. <http://www.secpal.com/revista/resumen.ponencias>
- 2 Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*. 0212-7199 (2001) 18:12, pp. 650-654.
- 3 Barbero J, Romero C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. <http://www.doyma.es> 15-9-2005
- 4 Barbero J. Cuidados Paliativos y sida. ¿Deficiencia moral adquirida? En *Ética en cuidados paliativos*. Couceiro A. Triacastela. 2004: 202.
- 5 Barbero J. *Diario Médico*: 13-3-2006.
- 6 Clavé E. ¿Cuándo, en qué situaciones y cómo realizar la sedación en los cuidados paliativos? En *Dilemas Éticos en el final de la vida*. Astudillo W, Casado A, Clavé E, Morales A. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2004: 200.
- 7 Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 1134-248X (2002) 9; pp. 37
- 8 Consejo General de Colegios de Médicos. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid. OMC. 2011.
- 9 Couceiro A. ¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico? *An Esp Pediatr* 2002; 57 (6): 505-7
- 10 Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En *Ética en cuidados paliativos*. Couceiro A. Triacastela. 2004: 264.
- 11 Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida. En *Ética en cuidados paliativos*. Couceiro A. Triacastela. 2004: 285.
- 12 Couceiro A. Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia. En *ética en cuidados paliativos*. Couceiro A. Triacastela. 2004: 45.
- 13 Gómez-Sancho M, Ciprés-Casanova L, Fernández-Gutiérrez Jp, Gómez-Batiste X, Pascual-López A, Pérez-Martín M. Atención médica al final de la vida. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. Núm. 9 pp. 262-265. 2002.
- 14 Herranz G. El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa. *CB n.º 16, 4.º 93*, pp. 3-19. Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Santa Cruz de Tenerife. Marzo. 1994.
- 15 Hortal A. Ética general de los profesionales. *Desclée*. 2002: 159.
- 16 Iceta M. Toma de decisiones en la práctica clínica. En *Cuidados Paliativos*. Espejo MD. Difusión Avances de Enfermería. DAE SL. 2000: 216.
- 17 Kaplan R, Jauregui JR, Di Trolio JJ. Problemas del final de la vida: eutanasia y suicidio asistido. En *avances en Geriatria*. Ribera JM. GAFOS. 2005: 615
- 18 Muñoz JD, González-Barón M. Aspectos éticos de la fase terminal III: Preservación de la dignidad. El respeto de la debilidad. En *tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. González-Barón M. Panamericana. 1995: 1248-1250.
- 19 Ortiz A. Bioética: los cuidados a enfermos terminales, una asignatura pendiente. El concepto del Due Care y Palliated Death. *Revista Médica. Área académica de Clínica Las Condes*. Vol 16 N° 1.
- 20 Pérez M. La medicina permite mantener con vida a personas que no tienen curación. Muchos enfermos mueren mal en España, víctimas de la obstinación terapéutica. *El País*. 31-05-2005.
- 21 Romo O. El acto eutanásico y limitación del esfuerzo terapéutico. <http://www.aeds.org/CONGRESO12>
- 22 Sanz J. ¿Puede ser confortable el final de la vida? <http://www.bioetica.com.mx>
- 23 Sanz J. ¿Qué es bueno para el enfermo? *Medicina Clínica (Barcelona)* 2002; 119 (1): 18-22.
- 24 Simon P, Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: una introducción general y un marco de análisis. *Oncología*, 1995; 18 (1): 2-19.
- 25 Torralba F. Futilidad y vulnerabilidad. En *La Medicina Paliativa, una necesidad socio sanitaria*. Unidad de Medicina Paliativa Hospital San Juan de Dios (Santurtzi-Bizkaia). 1999: 297.