

Implicaciones éticas de la Limitación de Tratamientos de Soporte Vital desde la Perspectiva Enfermera

Janet Delgado Rodríguez*¹
Alberto Expósito Barbuzano²

(1) Enfermera. Licenciada en Filosofía. Máster en Bioética.
Enfermera asistencial en UVI del HUC.

(2) Enfermero. Experto en Cuidados Críticos.
Enfermero asistencial en UVI del HUC.

Delgado Rodríguez, Janet. Expósito Barbuzano, Alberto. **Implicaciones Éticas de la Limitación de tratamientos de Soporte Vital desde la Perspectiva Enfermera**. ENE, Revista de Enfermería 4(3):18-26, dic 2010. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>

Recibido: septiembre 2010
Aceptado: diciembre 2010



resumen

La atención sanitaria a un paciente en el proceso del morir plantea importantes cuestiones éticas a los profesionales sanitarios y a la sociedad en general. Debido a los grandes avances de la ciencia biomédica y de la tecnología durante la segunda mitad del siglo pasado, se empieza a cuestionar el imperativo tecnológico. De tal modo que hoy en día, cuando hay evidencias de que el paciente tiene un pronóstico negativo de supervivencia, escasa recuperabilidad, etc, se plantea la necesidad de limitar los tratamientos de soporte vital. En estos casos, los profesionales sanitarios han de priorizar el mayor grado de confort del paciente para que pueda morir sin sufrimiento, cuando ya no se puede curar. Sin embargo, tanto en la literatura como en la práctica asistencial hay una gran controversia en torno a cómo tomar decisiones en este tipo de situaciones, y cómo llevarlas a la práctica, puesto que hay muchos aspectos éticos implicados en torno a la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV). El objetivo de este artículo es acercar a los enfermeros y enfermeras a la reflexión que desde la Bioética se desarrolla en torno a la compleja cuestión de la limitación de tratamientos de soporte vital. Además, se pretende destacar cuál es el papel que desempeña en todo ello el profesional de enfermería, sin perder de vista que una de sus aportaciones ha de ser la de la humanización del proceso de morir.

Palabras clave: Limitación de tratamientos de soporte vital, final de la vida, bioética, enfermería.

abstract

The patients' health care on their death process raises important ethical issues to health professionals and society in general. Great advances in biomedical science and technology during the second half of last century are the beginning to question the technological imperative. In such way, nowadays when the patient shows a bad prognosis of survival, low recoverability, etc, limitation of life-sustaining treatments is needed. In these cases, professionals have to prioritize the patient's comfort at its highest level, for patient to die without suffering. However, there is in literature and in clinical practice much controversy about how to make decisions in such situations, and how to implement them, because there are many ethical issues involved around the limitation of life-sustaining treatments. The aim of this research article is to introduce nurses into the developed from Bioethics' reflection around the complex issue of limiting life-sustaining treatments. Another pretension is to highlight which is the Nursing professional's role in the whole thing, without losing of view that one of its contributions has to be the humanization of death process.

Keywords: Limitation of life-sustaining treatments, end of life, Bioethics, Nursing.



introducción

Los avances tecnológicos en la medicina de las últimas décadas, a partir de la segunda mitad del s. XX y especialmente en los últimos años, han hecho que se ponga en cuestión la adecuación ética de las posibilidades que la tecnología médica nos ofrece. La tecnología biomédica de nuestros días permite mantener la vida biológica bajo casi cualquier circunstancia, y es precisamente por ello por lo que se requiere una adecuada reflexión acerca de las implicaciones éticas que esto suscita. El hecho de que la técnica nos permita prolongar las situaciones agónicas durante largo tiempo no legitima este tipo de actuación. Este nuevo panorama ha surgido como consecuencia, por un lado, del gran avance tecnológico, que ha permitido salvar vidas, llegando a situaciones totalmente irrecuperables. Y por otro, ha habido un cambio de valores en nuestra sociedad, que ha reivindicado el derecho de cada persona a la participación en la toma de decisiones en todo aquello que concierne a su salud, lo que queda recogido en el principio de autonomía. En este contexto, la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) representa la conjunción de estas dos grandes modificaciones que se han dado dentro del ámbito de la medicina actual. La obligación ética de proteger y alargar la vida a toda costa comienza a ser cuestionable, puesto que en muchas ocasiones es complejo determinar en qué grado la medicina intensiva puede beneficiar a un paciente cuando no hay expectativas razonables de recuperación o mejora (1). Ante esta situación, la demanda de la calidad de vida hace su aparición en el debate bioético para denunciar lo que pasaría a denominarse encarnizamiento médico. Actualmente, cuando hay evidencias de que el paciente tiene un pronóstico negativo de supervivencia, escasa recuperabilidad, etc, se plantea la necesidad de limitar algunos de los tratamientos de soporte vital. Las variables más frecuentes asociadas a esta decisión de LTSV son las relacionadas con la gravedad,

la calidad de vida previa, la patología médica y la edad del paciente (2).

Paralelamente a este desarrollo tecnológico, han surgido nuevos y numerosos problemas: las mismas técnicas que se han desarrollado para prolongar la vida pueden transformarse en técnicas para prolongar la muerte, y el saber cuándo suspenderlas es una parte importante de la responsabilidad médica ante esta tecnología. Pero lo cierto es que en la práctica existen varias razones que dificultan la toma de decisiones por parte del personal sanitario, como son la dificultad para establecer un pronóstico certero, la formación médica excesivamente tecnificada, la tendencia a desarrollar una medicina defensiva por parte del médico, debido al temor a verse involucrado en un proceso judicial, la falta de tiempo y la falta de formación en estrategias para la toma de decisiones, entre otras. Además, por parte de los usuarios, podemos encontrarnos con dificultades en la aceptación del proceso de morir, la falta de información, la demanda del enfermo y de la familia o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. A esto hay que añadir que la decisión de LTSV no es sólo una decisión de carácter técnico, sino que se trata además de una decisión de carácter ético, que implica frecuentemente un conflicto entre principios. Por ello, se trata de una decisión que implica tanto al paciente o a su familia como al equipo asistencial, de manera que exige mucho diálogo y buena comunicación (3). Para poder procurar una muerte digna, los enfermeros y las enfermeras debemos no sólo conocer la práctica de la LTSV, sino profundizar en cuáles son sus razones, y sus implicaciones desde el punto de vista profesional y ético. Las representaciones de los profesionales sanitarios sobre la muerte son muy variables, como las del resto de la población. Mientras algunos consideran que los pacientes en muerte cerebral no están auténticamente muertos, otros piensan que la definición de muerte cerebral debería integrar también a los pacientes en estado vegetativo (4). Estas concepciones



diferentes acerca de la muerte se ven implicadas en la forma en que los profesionales sanitarios se enfrentan a la tarea del cuidado de estos pacientes. Sanz Rubiales y colaboradores (5) analizan cuatro actitudes de los profesionales de la salud frente al paciente cercano a la muerte: abandono, lucha, finalización y acompañamiento. Estas actitudes vienen condicionadas, principalmente, por los prejuicios que los profesionales tenemos con respecto a la muerte, por el desconocimiento del marco deontológico y legal en el que trabajamos cuando nos encontramos en situaciones de LTSV, y por el olvido de cuál es nuestra responsabilidad profesional cuando ya no es posible la curación del paciente.

CONCEPTO DE LIMITACIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL (LTSV)

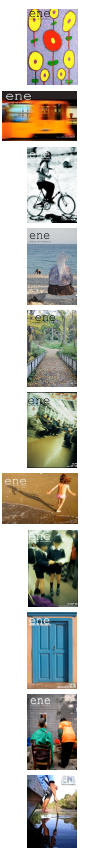
Actualmente, se tiende a sustituir tanto en la bibliografía como en la práctica la denominación limitación de esfuerzo terapéutico (LET) por la de limitación de tratamientos de soporte vital, pues la segunda parece más próxima a la noción de ajuste entre los tratamientos adecuados proporcionalmente a la situación de cada paciente. En cualquier caso, la LET o la LTSV consiste en la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas de soporte vital cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de proporcionar el máximo beneficio al paciente de acuerdo a su situación actual, al tiempo que evitamos caer en la “obstinación terapéutica”, esto es, la utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal. A la hora de tomar una decisión de “no-tratamiento” son relevantes la consideración del daño derivado del tratamiento, el probable beneficio de mantener una vida que sea aceptable para el paciente y su familia, y la disponibilidad de recursos. La clásica actitud de hacer todo lo posible sigue siendo un imperativo, pero de lo que se

trata es de ponderar cuándo la situación de un paciente deja de tener viabilidad. Uno de los nuevos problemas, consecuencia de los grandes avances que se han dado en la tecnología médica, es que si bien ha disminuido la incidencia de mortalidad, ha aumentado la incidencia del mantenimiento de la vida bajo cualquier circunstancia.(6) De este modo, cuando el tratamiento no hace más que mantener el organismo en marcha, sin mejorarlo de ningún modo, y sólo se aplaza la muerte mediante la prolongación de un estado de padecimiento, se plantea la pertinencia de limitar algún tratamiento de soporte vital. Cabe recordar que las medidas a limitar son graduales: la decisión de no reanimación, la no incorporación de nuevas medidas, la retirada de todas las medidas salvo las básicas y la ventilación mecánica, hasta la retirada de la ventilación mecánica que puede ser gradual o brusca.

Retirar o no iniciar tales medidas permite a la enfermedad seguir su curso natural. La LTSV permite la muerte en el sentido de no evitarla, pero no la produce. A este respecto, cabe señalar que existe consenso entre los juristas acerca de que la LTSV no está tipificada por el artículo 143 del Código Penal, ni tampoco por el artículo 196, que tipifica el delito de omisión del deber de socorro de los profesionales (7). La LTSV, como resultado de un proceso de valoración ponderada, consensuada entre diferentes profesionales, sobre el grado de adecuación, necesidad o futilidad de una determinada intervención médica, y teniendo en cuentas los deseos del paciente o sus representantes, no es una práctica punible; al contrario, es considerada buena práctica clínica.

La dificultad de tomar decisiones: Encarnizamiento terapéutico, futilidad y proporcionalidad.

El encarnizamiento terapéutico o la obstinación terapéutica consiste en la utilización de medios tecnológicos para prolongar artificialmente la vida biológica de un paciente con una enfermedad



irreversible o terminal, o cuando no hay expectativas razonables de recuperación. Este conjunto de prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas no benefician al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario. La SECPAL (8) entiende que detrás de la obstinación terapéutica se suelen encontrar dos causas principales: el déficit de competencia profesional y la desviación del auténtico fin de la medicina hacia otros intereses que no son los del paciente, sino más bien fines científicos, políticos, económicos, sociales, etc.

La futilidad se refiere a aquel tratamiento cuya efectividad es nula, por lo que los profesionales sanitarios no estarían obligados a administrarlos (9). Por futilidad entendemos aquella característica atribuida a un tratamiento médico que se considera ineficaz porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para la decisión clínica. Decidir correctamente si un tratamiento no es aplicable a un paciente, por cuánto tiempo y en qué cantidad, no es nada fácil. ¿Hasta cuándo es aceptable seguir? ¿Cómo y dónde se establecen los límites? ¿Con qué limitaciones se recuperaría el paciente? ¿Qué decidiría el enfermo si pudiera? Aunque existen índices de gravedad, escalas de riesgo, porcentajes y scores acordados por las sociedades científicas (10) (RAPS, REMS, SAPS II, APACHE II, etc.) que ayudan a establecer probabilidades, lo cierto es que la toma de decisiones en cada caso concreto continúa siendo muy compleja. A pesar de ello, la LTSV es una práctica frecuente y que se realiza generalmente con acuerdo del equipo asistencial y los familiares del paciente, teniendo en cuenta la gravedad, la calidad de vida previa, la patología médica y la edad del paciente, fundamentalmente.

El problema principal radica en que no es fácil determinar qué o cuándo es un

tratamiento fútil para un paciente. Ante este gran espacio de incertidumbre, se aboga por la proporcionalidad, de modo que habría que implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Por tanto, aquellas medidas en las que esta relación de proporción no se cumpla se considerarían desproporcionadas y no serían obligatorias. Se hace necesario ponderar las cargas y beneficios que las distintas intervenciones disponibles o que se están llevando a cabo suponen para el paciente. Pero es conveniente encontrar un equilibrio razonable entre los deseos del paciente, sus necesidades, la integridad profesional y el deber de facilitar al paciente una muerte digna y en paz.

Muchos profesionales consideran que existen diferencias desde el punto de vista moral entre no iniciar o retirar medidas de soporte vital (11), de forma que la decisión de retirar un tratamiento tiene una significación ética diferente a la decisión de no iniciarlo, por razones de tipo psicológico (sentimiento de frustración, culpabilidad y sensación de fracaso), filosófico, o temores legales. La actitud por parte de los profesionales sanitarios que son reacios a retirar las medidas de soporte vital ya instauradas puede condicionarles a tomar de forma inapropiada una decisión de no iniciar tratamientos en determinados pacientes ante el temor de tener que retirar las medidas aplicadas. En algunas ocasiones, la opción más razonable consiste en instaurar un tratamiento "de prueba" durante un tiempo concreto, y si a pesar de los esfuerzos el paciente continúa empeorando, y si la decisión finalmente es la de retirar el soporte vital, éticamente esa opción es preferible a la decisión de no iniciarlo, ya que se ha podido constatar como fútil ese tratamiento para ese paciente concreto.



LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA LTSV

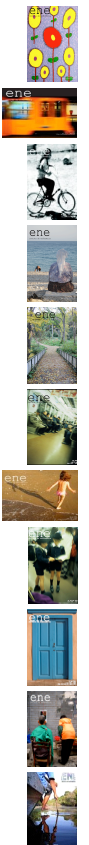
Los enfermeros y enfermeras, especialmente en intensivos, se encuentran a diario con conflictos éticos en relación con la retirada o la no instauración de tratamientos de soporte vital. Los profesionales de la enfermería son conscientes de que la disponibilidad de tecnología no significa necesariamente que su uso sea lo más apropiado en todos los casos. A pesar de que la LTSV es una práctica adecuada, frecuente y que se realiza generalmente con acuerdo del equipo asistencial y de los familiares generalmente del paciente, es conveniente tener en cuenta que en algunas ocasiones, la situación clínica del paciente "obliga" a la LTSV. Esto quiere decir que no es posible plantearla como alternativa ni al paciente ni a sus familiares, como señala A. Cortina (12), pues no se trata de una posibilidad, sino más bien de la imposibilidad de poder hacer otra cosa. Pero también es cierto que no siempre es así. Muchas veces, existen varios cursos de acción diferentes, que requieren una toma de decisiones que estime abordajes diferentes. En estos casos, es especialmente importante la relación de comunicación entre los profesionales sanitarios y la familia. Por todo ello, es fundamental la formación de los profesionales de la salud dentro del ámbito de la bioética, en estrategias comunicativas, etc., a la hora de establecer relaciones comunicativas óptimas para que el paciente y la familia puedan afrontar con el apoyo suficiente el final de la vida.

Uno de los problemas principales con los que habitualmente se encuentran los enfermeros de cuidados críticos es con el dilema de tener que llevar a cabo actuaciones derivadas de una decisión médica que muchas veces no comparten, con las que no están de acuerdo o que no comprenden. Por ello, a la hora de realizar actuaciones que se encuadran dentro de la LTSV (retirada de la ventilación mecánica, retirada de fármacos vasoactivos, etc) es necesario que haya también una adecuada comunicación entre todo el equipo

asistencial. Los enfermeros, cada vez más, han de formarse en estrategias de tomas de decisiones, y conocer las metodologías para la toma de decisiones recomendadas por los bioeticistas (13). De este modo, la perspectiva enfermera puede aportar al equipo asistencial una visión humanizadora en la que, además, garantice el respeto a los derechos de los pacientes dentro del proceso de toma de decisiones del conjunto del equipo asistencial. (14) Cabe añadir que muchas veces los enfermeros y enfermeras actuamos como enlace entre los distintos profesionales que atienden al paciente, por un lado, y los pacientes y familiares con los distintos profesionales. Por todo ello, es imprescindible disponer de estrategias adecuadas de comunicación.

El profesional de enfermería, a la hora de planificar los cuidados de un paciente en los momentos cercanos a su muerte, ha de llevar a cabo un cambio de paradigma de los cuidados intensivos a los cuidados paliativos. De este modo, la primera prioridad es la detección de todas aquellas situaciones que supongan una molestia para el paciente: disnea, hemorragia, intubación, sondas, drenajes, ruido, temperatura, privación de sueño, dolor, visitas limitadas, ansiedad, miedo, problemas de comunicación, falta de intimidad (15). Por ello, a la hora de limitar los tratamientos de soporte vital, será necesario instaurar cuidados destinados a buscar incrementar el grado de confort del paciente. Y ese ha de ser el objetivo principal de la enfermería ante estas situaciones.

Por otro lado, y paralelamente, es preciso atender a las necesidades de la familia, estableciendo un ambiente en el que no sólo el paciente esté confortable, sino también los familiares que le acompañen. Son varios los estudios que muestran la necesidad de flexibilizar los horarios de visita en UCI (16)(17) puesto que una de las principales necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Intensivos es pasar más tiempo con los pacientes. Por ello, especialmente en las situaciones en que



el paciente se encuentra cercano a la muerte, es imprescindible que los enfermeros y enfermeras favorezcan la participación de las familias en el cuidado de los pacientes, así como su acompañamiento. Los cuidados al final de la vida y la atención a las necesidades de sus familiares en ocasiones no se realiza del modo más adecuado, entre otras razones por la fragmentación del tratamiento entre diferentes especialistas, la insuficiente capacitación de los profesionales sanitarios en comunicación y cuidados paliativos. Aunque es cierto que no siempre el personal de enfermería puede, ni tiene tiempo para cubrir todas estas necesidades, también en algunas ocasiones puede que se dé una huida por parte del personal de enfermería por miedo a implicación, por protección de uno mismo, miedo del sufrimiento o por temor a no controlar la situación.

Conclusiones

La LTSV exige que los enfermeros y enfermeras se formen en estrategias comunicativas, metodología para la toma de decisiones éticas en la práctica profesional, y cuidados paliativos. En las situaciones clínicas en que se decide LTSV, cuando "no hay nada que hacer", hay en realidad mucho trabajo por delante.⁽¹⁸⁾ La atención a los pacientes que se encuentran en una situación terminal nos ha de llevar a centrar los cuidados de enfermería en la calidad de vida del paciente, así como en el acompañamiento a su familia. Como enfermeros y enfermeras, nos centraremos en realizar una reevaluación frecuente del grado de confort del paciente, cuidando el

ambiente en el que el paciente esté, para que se encuentre lo más cómodo posible. Es prioritario atender a las necesidades de la familia: establecer un ambiente en el que no sólo el paciente esté cómodo, sino también los familiares que le acompañen. Los enfermeros y enfermeras debemos seguir trabajando en guías de actuación de enfermería ante la LTSV, de manera que podamos consensuar actuaciones y orientarnos en la toma de decisiones con respecto a los cuidados de enfermería ante pacientes en situaciones terminales, atendiendo a las características especiales que presentan las unidades de intensivos. En este sentido, es una valiosa herramienta la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos del SNS ⁽¹⁹⁾, así como las Recomendaciones de la SEMICYUC de tratamiento al final de la vida del paciente crítico ⁽²⁰⁾. Entre estas recomendaciones, se encuentra la de elaborar un formulario de LTSV, como en cualquier otro procedimiento clínico. La medicina y la enfermería incluyen entre sus objetivos el de aliviar el sufrimiento, respetando la dignidad de las personas para morir en paz. Incluso, como señala Javier Júdez²¹, incluso más allá de darle dignidad al morir, los profesionales sanitarios han de apostar por facilitar "vivir" el proceso del morir humanamente, en la medida que sea posible, atendiendo a la dimensión bio-psico-socio-emocional. Por eso, los enfermeros y enfermeras no podemos olvidarnos del imperativo de cuidar siempre: "Si no podemos darle días a la vida, proporcionemos vida a los días" (Claude Bernard)

Bibliografía

- 1.- García Palomero, I. "Ética del final de la vida: asistencia al paciente terminal", en García Gómez-Heras, J. M., Velayos Castelo, C. (eds) Bioética : perspectivas emergentes y nuevos problemas. Tecnos, Madrid, 2005, pp. 203-220
- 2.- Iribarren-Diarasarri S., Latorre-García K., Muñoz-Martínez T., Poveda-Hernández Y., Dudagoitia-Otaolea J.L., Martínez-Alutiz S. et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva: Análisis de factores asociados. Medicina Intensiva, 2007; 31(2): 68-72. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-



56912007000200003&lng=es.

3.- Hernando, P., Diestre, G., Baigorri, F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? Anales Sistema San Navarra. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600010&script=sci_arttext

4.- Rodríguez Arias, D. Muerte cerebral y trasplante de órganos. Aspectos internacionales y éticos. Tesis doctoral co-dirigida por García Gómez-Heras, J. M y Hervé, C. Universidad de Salamanca, 2008, p 464. Disponible en: http://gredos2.usal.es/jspui/bitstream/10366/19526/1/DHDFJMP_Muerte%20cerebral%20y%20trasplantes%20de%20organos.pdf

5.- Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, M. L., Flores Pérez, L. A., Hernansanz de la Calle, S., Gutiérrez Alonso, C., Gómez Heras, L., García Recio, C. Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad, en Cuadernos de Bioética, N° 60. Volumen XVII, 2ª 2006. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/cb60.htm>

6.- Jonas, H. Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad. Paidós, Barcelona, 1997, p 160.

7.- Simon-Lorda, P., Barrio-Cantalejo, I. M. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. Medicina Intensiva. 2008, vol.32, n.9, pp. 444-451

8.- Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida. 2002 Disponible en: http://www.aeds.org/documentos/dec_amfv.htm

9.- Gracia, D., Rodríguez Sendín, J.J. (dir) Guía de ética en la práctica médica. Ética de la objeción de conciencia. Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 2008, p 160.

10.- Badia, M., Armend Árizb, J.J., Vilanova, C., Sarmientoc, O., Serviá, L., Trujillano, J. Transporte interhospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad. Medicina Intensiva. 2009,33(5), pp 217-23 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n5/originall1.pdf>

11.- Althabe, M., Ledesma, F., Cernadas, C., Flores, C., Gallardo, R., Barbona, O. Actitudes de los profesionales de salud frente a las decisiones de limitación o retiro de tratamiento en pediatría, en Archivos argentinos de pediatría, 2003; 101(2) Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/85.pdf>

12.- Cortina, A. "La buena práctica clínica actual", en Broggi Trias, M. A., Llubia Maristany, C., Trelis Navarro, J. Intervención médica y buena muerte. Fundación Alternativas, Barcelona, 2006.

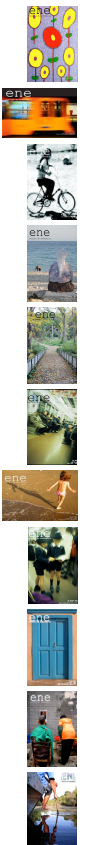
13.- Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica, en Medicina Clínica. 2001, vol 10. Disponible en: http://ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica/mcomplem/gracia_deliberacion.pdf

14.- Falcó Pegueroles, A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar, en Enfermería Intensiva, 2009 Volumen 20, Número 3 , Pp 104-109.

15.- Chico Fernández, M., Sánchez-Izquierdo Riera, J.A., Toral Vázquez, D. (editores) Guía práctica de medicina intensiva. Ergon, Madrid, 2006, pp 392-994

16.- Santana Cabrera, L et al. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional, en Medicina Intensiva, 2007, vol.31, n.6, pp. 273-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000600002&script=sci_arttext

17.- Llamas Sánchez, F., Flores Cordón, J., Acosta Mosquera, M. E., González Vázquez, J., Albar-Martín, M. J., Macías-Rodríguez, C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Enfermería Intensiva, 2009, Vol. 20, N°. 2, pp. 50-57



18.- Fernando, S. Dilemas éticos en la limitación terapéutica en edad pediátrica, en Revista chilena de pediatría. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700009&script=sci_arttext

19.- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, Bilbao, 2008. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

20.- Monzón Marín J.L., Saralegui R I., Abizanda i Campos R., Cabré Pericas L., Iribarren Diarasarri S., Martín Delgado M.C. et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico, en Medicina Intensiva. 2008; 32(3). Pp 121-133. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300004&lng=es.

21.- Júdez, J. Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico Reservado. Anales Sistema Sanitario Navarra, 2007 Vol. 30, Suplemento 3, pp 137-161.

