

LIMITAR EL ESFUERZO TERAPÉUTICO AL FINAL DE LA VIDA

Jacinto Bátiz Cantera

INTRODUCCIÓN

En la etapa final de la vida se recurre frecuentemente a la limitación del esfuerzo terapéutico, que incluye tanto la retirada de medidas de soporte vital como la no iniciación de las mismas. Procedimientos como el soporte transfusional, la ventilación asistida, la diálisis, la administración de antibióticos, la alimentación e hidratación artificiales pueden resultar desproporcionados. En estos casos, el mantenimiento o puesta en marcha de estas medidas ocasionaría una prolongación del sufrimiento, sin aportar beneficios de confort. Hablaríamos de encarnizamiento u obstinación terapéutica. La limitación del esfuerzo terapéutico, por otra parte, ha sido denominada con cierta frecuencia, erróneamente, eutanasia pasiva, en lugar de una práctica adecuada a la situación del enfermo. Los posibles conflictos radican en que la indicación o no de estas medidas pueden variar en distintos enfermos e incluso en distintos momentos evolutivos de la fase terminal de un mismo enfermo²³.

Los grandes avances de la Medicina, tanto técnicos como farmacológicos ocurridos en las últimas décadas, que a veces incluso permiten posponer el momento de la muerte, actitud que nunca se debe adoptar ante la situación de enfermedad terminal, producen otro hecho que se da con más frecuencia de la deseada, que consiste en la práctica, también llamada ensañamiento, encarnizamiento o, mejor, obstinación terapéutica, en un intento irracional de luchar contra la muerte que está próxima y que es inevitable. Esta práctica atenta contra el principio de no maleficencia ya que, muchas veces, lo que se hace al adoptar estas medidas es dañar al enfermo de una forma innecesaria, aplicando tratamientos que ocasionan sufrimiento¹.

En el periodo de 1992 a 1998 la filosofía de los Cuidados Paliativos avanzó progresivamente dentro del modelo sanitario español. Fue entonces cuando la percepción de la autonomía y derechos por parte de los ciudadanos era muy clara. El cambio en la relación terapéutica motivó la preocupación en los profesionales que nos dedicábamos a los Cuidados Paliativos por los temas éticos. En la actualidad esa relación empieza a entenderse como un proceso de negociación entre sujetos que se respetan mutuamente en su autonomía. Es entonces cuando empieza a debatirse el tema de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (en adelante LET)².

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que 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 entubados en un servicio de urgencias. En ocasiones nos obstinamos terapéuticamente cuando aplicamos tratamientos fútiles que no sólo no aportan ningún beneficio, sino que además pueden añadir sufrimiento⁶.

¿A QUÉ LLAMAMOS LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO?

Entendemos por LET la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica³. Se trata de conseguir un pacto honroso entre la ética de la indicación y la ética de la elección². Esta limitación del esfuerzo terapéutico y las decisiones clínicas sobre el mantenimiento de las medidas de soporte vital suelen ser la vía terminal común en la que concluyen los debates en torno al final de la vida⁵.

Desde la Deontología Médica se nos orienta a 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 del Consejo de Médicos (OMC) hace referencia a la limitación del esfuerzo terapéutico en su artículo 27.2:

“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad...”⁷.

Uno de los puntos de la Declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, en octubre de 1983 dice que:

“el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara 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”¹³.

Un acto médico puede ser útil en determinadas ocasiones, pero fútil (no útil) en muchas otras. Un tratamiento no es obligatorio cuando no ofrece beneficio para el enfermo o es fútil. Es conveniente que tengamos en cuenta que el uso de un procedimiento puede ser inapropiado en las siguientes circunstancias¹⁴:

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

“Parar” sería quitar tratamientos y “no empezar” sería ponerlos. El médico nunca tiene la obligación de continuar un tratamiento cuando éste ha probado ser inefectivo. Muchas veces sólo después de iniciarlo se comprueba su ineficacia. Debe ser posible detener el mecanismo de la maquinaria de la biotecnología médica una vez que se ha puesto en marcha y no es beneficioso para el enfermo y/o sus allegados. La 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 suspensión de tratamientos que han dejado de estar indicados y que no estamos obligados a realizar por futilidad y contraindicación aunque la consecuencia sea la muerte del enfermo. Es preciso que tengamos en cuenta que cuando suspendemos un tratamiento es la propia enfermedad la causante principal del fallecimiento, no nuestra práctica médica¹².

¿POR QUÉ LIMITAR EL ESFUERZO TERAPÉUTICO AL FINAL DE LA VIDA?

En el futuro deberá desarrollarse una *ética del no poder* (Torralba F)¹⁵. Esta ética será muy útil en la Praxis de Cuidados Paliativos. La implantación de esta ética del no poder limitaría severamente la práctica técnica, ya que se fundamenta en la idea 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 (Torralba, F.)¹⁵, pues en ella se defiende el deber que tiene el médico de hacer todo lo que pueda salvar a su paciente. Esta ética sigue siendo válida en determinados contextos. 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 ser humano viva, aún en estado muy deteriorado, siempre es posible cuidarle. El ejercicio de cuidar es ilimitado, pues siempre puede cuidarse mejor, pero requiere un desarrollo óptimo del mismo tanto desde la perspectiva teórica como práctica.

Nadie niega la legitimidad de la limitación de medidas. Lo que resulta más discutible son los criterios que deben utilizarse para ello: futilidad de las medidas, de su carácter ordinario o extraordinario, proporcionado o desproporcionado. Para algunos son criterios subjetivos que debe definir el propio enfermo, para otros han de ser objetivos y hallarse tipificados como tales por la medicina¹⁶.

Es muy importante tener claro los criterios de proporcionalidad, es decir, la relación beneficio/inconvenientes,¹⁷ para poder adoptar una praxis médica con la limitación del esfuerzo terapéutico. La mera producción de un beneficio para el enfermo no debe ser suficiente para considerar que un procedimiento debe ser aplicado. Se deben examinar las complicaciones y los efectos secundarios que se derivan de la instauración del procedimiento médico. En esta valoración el enfermo juega un papel fundamental en diálogo con el médico responsable y todo el equipo asistencia. Deben diferenciarse claramente si los efectos secundarios y secuelas son reversibles o irreversibles.

No existe obligación de someterse a tratamientos que no sean considerados como “medios habituales que la Medicina puede ofrecer”. La obstinación terapéutica debe ser rechazada. Es preciso encontrar un equilibrio evitando los dos extremos, inaceptables desde el punto de vista ético: la eutanasia por un lado, y la obstinación terapéutica por otro¹⁷. Ni la obstinación que llevaría al encarnizamiento terapéutico ni el abandono son respuestas éticas ante un enfermo al final de la vida⁸.

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. La instauración de un procedimiento fútil, 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 científico¹⁷.

La limitación del esfuerzo terapéutico está justificada desde una perspectiva de justicia (mejor aprovechamiento de recursos, evitando la futilidad), no maleficencia (evitando el encarnizamiento terapéutico), beneficencia (respetando mejor la dignidad de la persona) y, si cabe, de autonomía del enfermo¹⁰.

Cuando se agota la probabilidad de salvar la vida, conforme el saber médico y su *lex artis*, deberá decidirse si pasar del tratamiento de soporte vital completo a la limitación de las medidas que de modo selectivo van configurando una conducta paliativa, lo que estamos denominando Limitación del Esfuerzo Terapéutico y que sintetiza la manida frase: “*cuando no se puede curar, se debe cuidar*”¹⁹.

¿QUÉ DIFICULTADES TENEMOS?

Cuando trabajamos con enfermos al final de la vida la limitación del esfuerzo terapéutico no es sencilla; tiene algunas dificultades³:

Los que defienden las posturas vitalistas a ultranza equiparan la limitación del esfuerzo terapéutico con el abandono, siendo esto un verdadero error.

La toma de decisiones de limitar el esfuerzo terapéutico puede estar muy influida por las emociones actuando como variable inter-

media: familiares que exigen que un enfermo terminal entre en la UCI porque en el fondo necesitan negar la dolorosa posibilidad de muerte de su ser querido; los profesionales que bajo el argumento de “agotar las posibilidades” proponen y realizan actuaciones fútiles porque interpretan la muerte del paciente como un fracaso y, por tanto, una amenaza a su omnipotencia y autoestima profesional. Nadie quiere sentirse culpable ante la hipotética acusación de “no haber hecho todo lo posible”. El objetivo de nuestra decisión nunca habrá de ser la evitación de la culpa, sino el bienestar del enfermo.

El mundo emocional también aparece en los conflictos de “no inicio” o “retirada de tratamiento”. Se suele tener poco tiempo y más ansiedad a la hora de tomar la decisión de iniciar o no un tratamiento de soporte vital, mientras que cuesta más retirar un tratamiento instaurado. Cuando se plantea retirar un tratamiento es porque se ha constatado que no funciona, mientras que al plantear no iniciarlo queda la incertidumbre de que el tratamiento funcione o no. En la realidad se suele “poner” lo indicado y “no poner” lo no indicado y lo contraindicado, y se suele “retirar” lo contraindicado, pero suele haber muchas resistencias para “retirar” lo no indicado.

Limitar 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.

¿CÓMO HACERLO?

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 no es razonable seguir aplicando tratamientos con finalidad curativa⁸. 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 cabo²⁰.

La LET responde básicamente 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 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 LET. Aquello que sea inútil en términos de supervivencia estará contraindicado, y además se relaciona directamente con el principio de no maleficencia¹⁸.

Es verdad que no todo lo que técnicamente posible es éticamente admisible necesariamente y que las razones para limitar el esfuerzo terapéutico deben estar debidamente justificadas^{3,18}:

1. Desde el principio de *no maleficencia*: la contraindicación. Es el principio a utilizar por el médico en su toma de decisiones sobre limitación de esfuerzos terapéuticos. El médico no puede poner procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados, ni siquiera con el consentimiento del enfermo. El médico tiene que emplear los tratamientos indicados y no los contraindicados. Las dudas pueden surgir cuando se trata de procedimientos que se encuentran en el umbral de la no indicación, pero que no están contraindicados para esta situación.
2. Desde el principio de *justicia*, los esfuerzos terapéuticos también podrán ser limitados si hay que racionar recursos escasos, aunque el enfermo los solicite y no estén contraindicados.
3. Desde el principio de *autonomía*, cuando el enfermo renuncia al tratamiento que el médico propone.
4. Desde el principio de *beneficencia*, ya que la obligación de hacer el bien al enfermo pasa por su concepto de lo que es beneficioso para él.

En la decisión de limitación 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 confluir en esta decisión sobre limitación terapéutica, factores que necesariamente inciden en ella y que deter-

minarán a la postres el criterio a seguir conforme a *lex artis* y 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 enfermo¹⁹.

Hay momentos en los que el médico decide limitar sus competencias a la hora de tratar al 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 enfermos y contando son 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 las que los aspectos emocionales influyen para que el médico tire la toalla¹¹.

Tal vez la mejor manera de explicar cómo hacerlo es contar nuestra experiencia ante el siguiente planteamiento: ¿transfusión sanguínea?²¹.

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 tenía este mensaje suyo escrito en su historial clínico.

Cuando cumplió 74 años fue diagnosticada de una neoplasia hematológica (leucemia) y que no fue posible curar. Durante su enfermedad el internista que seguía su enfermedad y yo, como médi-

co de cabecera, nos encargamos de que ella no sufriera; ante cualquier síntoma molesto nuestro papel era procurar aliviarlo para que ella se encontrara bien. Pero el conflicto se presentó cuando entró en la fase agónica, e inconsciencia, momento en el que los hijos nos solicitaron que le transfundiéramos para corregir las cifras tan bajas de los análisis. Tanto al médico internista como a mí nos pareció que la transfusión solicitada por su 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 estaba ocurriendo ahora. Ante su persistencia, se me ocurrió preguntar a cada uno de sus hijos si desearían que les hiciéramos una transfusión si ellos se encontraran en la situación de su madre. Cada uno de ellos contestó, sin dudar un momento, que no. Seguidamente les hice una pregunta de la que ya suponía su respuesta: ¿queréis a vuestra madre? Extrañados por la pregunta, contestaron con mucha rotundidad que sí. Fue entonces cuando entendieron que nuestra resistencia a la transfusión no era negar 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 limitar el esfuerzo terapéutico no conociendo la voluntad de la enferma puede ser cuestionado. En este caso se habían valorado las indicaciones y la utilidad del citado tratamiento. Pero si además conocíamos el deseo de la enferma de que no insistiéramos en prolongar su vida con medidas desproporcionadas no nos resultó difícil el poder limitar tratamientos que no iban a beneficiar los últimos días o las últimas horas de la enferma.

Lo que se pueda llegar a hacer para mantener a un paciente con vida es impresionante: respiración asistida, traqueostomía, conexión a un riñón artificial, reanimación en caso de parada cardio-respiratoria, hidratación y alimentación por sonda e incluso, si es necesario mediante un tubo directo al estómago a través de la pared intestinal.

Estas medidas de soporte vital no tienen un beneficio terapéutico directo. Su objetivo es restablecer funciones orgánicas, pero cuando el deterioro orgánico es irreversible mantenerlas sólo significa prolongar la agonía del enfermo⁶.

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 el bien del enfermo y respetando su derecho a intervenir en la toma de las decisiones fundamentales que le afecten⁸.

La limitación de una actuación y/o del esfuerzo terapéutico debe tener en cuenta una serie de planteamientos: ²²

1. Dichas órdenes deben quedar reflejadas en la historia clínica de forma razonada y justificada.
2. Las órdenes deben ser lo más explícitas posibles y referirse a los diferentes grados de intervención diagnóstica y terapéutica que se quieren limitar como extracciones sanguíneas, canalización de las vías centrales o periféricas, transfusiones, traslados a unidad 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 de la respuesta clínica del enfermo.
4. Una orden de limitación de un esfuerzo terapéutico concreto nunca debe implicar el abandono de otras actitudes terapéuticas paliativas o no.

ALGUNAS CONCLUSIONES QUE CONVIENE RECORDAR

Los médicos estamos entrenados para curar y nos resulta 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 curarle⁶. La intervención médica tiene un carácter finito⁸ y esto lo debemos tener siempre en cuenta cuando estamos ante un enfermo en fase terminal.

La LET no es ninguna forma de eutanasia, sino una buena práctica médica⁶ aunque sabemos que es más fácil poner que quitar. Es una decisión compleja y de consecuencias morales innegables que en ocasiones se confunde con eutanasia⁹. Pero, insisto que no se debe confundir eutanasia con limitación del esfuerzo terapéutico. La LET consiste en no poner ciertas medidas que parecen extraordinarias o desproporcionadas en situaciones irreversibles o terminales¹⁰.

La tecnificación de la medicina es uno de los factores que ha hecho pensar que todo es admisible en la atención de un paciente, y no es así. La toma de decisiones debe someterse a un proceso de deliberación moral del médico con el paciente y sus familiares, respetando los valores de la persona desde criterios clínicos¹¹. No se nos debe olvidar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible.

Ni la obstinación que llevaría al encarnizamiento terapéutico ni el abandono son respuestas éticas a la situación terminal de un enfermo⁸.

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 enfermo⁸. Es importante saber abstenerse de poner y quitar tratamientos cuando han demostrado su futilidad aunque la consecuencia sea la muerte del enfermo¹². Es esencial que los médicos acertemos a reconocer 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, dañosas¹³.

Ante un enfermo 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 la humanidad y competencia técnica que requiere su situación⁸.

La aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, es una buena práctica médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. COUCEIRO, A. "Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia". En: *Ética en Cuidados Paliativos*. Couceiro, A. Triacastela. 2004:45.
3. BARBERO, J., ROMERO, C., GIJÓN, P., JUDEZ, 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. 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.
6. 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. Artículo publicado en *El País*. 31-5-2005.
7. Consejo General de Médicos. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid. Organización Médica Colegial. 1999.

8. MUÑOZ, J.D., 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.
9. 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.
10. ABIZANDA, A. *Aspectos éticos de la toma de decisiones en la fase aguda del paciente en coma*.
<http://www.secpal.com/revista/resumen.ponencias>.
11. BARBERO, J. *Diario Médico*. 13-3-2006.
12. SANZ, J. *¿Puede ser confortable el final de la vida?*, <http://www.bioetica.com.mx>.
13. HERRANZ, G. *El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa*. CB nº16, 4º 93, pp.3-19. Conferencia pronunciadas en el Colegio de Médicos de Santa Cruz de Tenerife. Marzo/1994.
14. SANZ, J. *¿Qué es bueno para el enfermo?* Medicina Clínica (Barcelona) 2002; 119(1): 18-22.
15. TORRALBA, F. "Futilidad y vulnerabilidad". En: *La Medicina Paliativa, una necesidad sociosanitaria*. Unidad de Medicina Paliativa del Hospital San Juan de Dios (Santurce-Vizcaya). 1999:297.
16. 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 Nº 1.
17. ICETA, M. "Toma de decisiones en la práctica clínica". En: *Cuidados Paliativos*. Espejo MD. Difusión Avances de Enfermería. DAE SL.
18. COUCEIRO, A. *¿Es ético limitar el esfuerzo terapéutico?* An Esp Pediatr 2002; 57 (6): 505-7.
19. ROMO, O. *El acto eutanásico y limitación del esfuerzo terapéutico*. <http://www.aeds.org/CONGRESO12>.
20. HORTAL, A. *Ética general de las profesionales*. DESCLÉE. 2002: 159.
21. BÁTIZ, J. "Limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida: de lo teórico a lo práctico en cuidados paliativos". En: *Limitación del Esfuerzo Terapéutico*. De la Torre, J. (ed.) Dilemas éticos de la medicina actual, 20. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2006: 111-124.

22. KAPLAN, R., JAUREGUI, J.R., DITROLIO, J.J. "Problemas del final de la vida: eutanasia y suicidio asistido". En: *Avances en geriatría*. Ribera, J.M. GAFOS. 2005: 615
23. GRACIA, D., RODRÍGUEZ-SENDIN, J.J., ANTEQUERA, J.M^a., BARBERO, J., BÁTIZ, J., BAYÉS, R., CASARES, M., GERVA, J., GÓMEZ-SANCHO, M., PASCUAL, A., SEONA, J.A. *Ética en Cuidados Paliativos. Guías de ética en la práctica médica*. Fundación Ciencias de la Salud. 2006: 13.