

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA



Reflexión ética sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico

TRABAJO FIN DE GRADO

Autora: OIHANE VIEIRA GALÁN

Director TFG: Toni Roger Campione
[Profesor Titular de Filosofía del Derecho de la UPNA]

Curso: 2013/2014

Convocatoria de defensa: Junio 2014

Titulación: Grado en Enfermería

Fecha: 17 de junio de 2014

El desarrollo tecnológico que ha tenido lugar desde la segunda mitad del siglo XX ha puesto de manifiesto que la Bioética es la ciencia que puede ofrecer claridad conceptual en torno a cuestiones que aún hoy continúan en debate.

RESUMEN

Este trabajo pretende analizar el concepto bioético de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Este término presenta mucha relevancia en la medicina actual aunque el avance en el ámbito normativo ha ido dando pautas a los profesionales sobre cómo actuar frente a un caso en el que se plantee realizar una limitación del esfuerzo terapéutico.

La LET es una situación que se presenta a menudo en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCIs) y requiere una toma de decisión por parte del equipo de salud que realiza la atención. Sin embargo, en algunas ocasiones esta situación pone en conflicto los principios éticos y los valores morales del personal involucrado, llevando a algunos profesionales a tener dilemas éticos. La Bioética y la Deontología profesional, son materias que configuran pilares básicos del título de Grado en Enfermería, que contribuyen a que la enfermera pueda erigirse como la líder de la planificación del cuidado del paciente y que colabore en la toma de decisión de LET.

ABSTRACT

This work tries to analyze the bioethic concept known as “withhold/withdraw”. Both concepts have much relevance in modern Medicine although the progress in the legal field has been giving guidance to practitioners on how to deal with a case in which performing withholding or withdrawal efforts arises.

The need to Therapeutic Effort Limitation is a situation that often occurs in the Intensive Care Units (ICU) and requires making decisions on delivering care carried out by the health team. However, sometimes this situation puts the ethical principles and moral values of the people involved in conflict, resulting in someone experiencing ethical dilemmas. Bioethics and Professional Ethics are substances that form the cornerstones of the Degree in Nursing, and contribute to establish it as the leader in patient care planning and to assist in the decision making when withholding or withdrawing.

PALABRAS CLAVE

Limitación del esfuerzo terapéutico, obstinación terapéutica, futilidad.

KEYWORDS

Therapeutic Effort Limitation, Withhold, Withdraw, therapeutic obstinacy, futility.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	2
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
RESULTADOS.....	5
El abordaje inicial.....	5
El principio de autonomía.....	6
Normativa aplicable.....	6
El concepto de futilidad.....	7
DISCUSIÓN.....	9
No iniciar/Retirar.....	13
Debate sobre la proporcionalidad.....	14
Papel de la familia o representante legal.....	15
Diferenciación entre eutanasia y LET.....	16
LET y Derecho.....	18
Obstinación terapéutica.....	20
Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico.....	21
CONCLUSIONES.....	24
AGRADECIMIENTOS.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
Otra bibliografía consultada.....	28

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad la muerte digna es un anhelo que cada vez se expresa más y aparece como una reivindicación cada vez más solicitada por los pacientes. Durante los períodos de prácticas realizados en el estudio de Grado en Enfermería, he podido conocer a pacientes que se encontraban en una situación de enfermedad terminal y en algunas ocasiones el equipo asistencial ocultaba parte de información al paciente y se continuaba con la terapia ignorando su opinión. De forma contraria, en otras ocasiones, se producían acuerdos entre el equipo asistencial y el paciente y familia, y se limitaba el tratamiento ya que entre todos se consideraba que la previsión de supervivencia era nula y por tanto, solamente se estaba alargando una situación dolorosa.

Este tipo de situaciones hacen que los profesionales sanitarios en muchas ocasiones reflexionen sobre si es éticamente razonable utilizar todos los medios médicos disponibles en pacientes cuyo pronóstico es claramente desfavorable.

Este trabajo consiste en una revisión de la bibliografía que sirve como apoyo para realizar una reflexión en torno al concepto bioético de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). Esta discusión bioética sobre esta cuestión pretende ofrecer orientaciones éticas a los profesionales que se enfrenten a situaciones en las que se aplique la LET.

Y es que los enormes avances científicos han supuesto un cambio en la sociedad de carácter cuantitativo y cualitativo de tal magnitud, que hace que los profesionales revisen los planteamientos individuales y colectivos respecto a cuestiones que afectan al ser humano. Tanto en el debate sobre el origen de la vida como en el final de esta los pacientes tienen que tomar decisiones racionalmente difíciles y se debe ilustrar a los profesionales sobre la trascendencia de la problemática y utilizar la Bioética como instrumento que favorezca el florecimiento de nuevas herramientas para los profesionales sanitarios.

El desarrollo de la bioética ha puesto en relevancia temas de sustancial importancia en relación a los derechos y deberes de los pacientes. Es precisamente la LET uno de los temas más polémicos a nivel mundial, ya que está en debate la decisión de un profesional de la salud sobre la vida de un paciente.

Hoy en día en los centros asistenciales de nuestro entorno se promueve el trabajo multidisciplinar y el personal de enfermería colabora en la atención de los pacientes a través del cuidado. Queda por definir entonces cuál es el papel que juega la enfermera en la toma de decisiones relativas a la LET.

Este trabajo constituye un paso para la adquisición de conocimientos del cuidado de enfermos y desde esta concepción del cuidar se puede decir que la ética no está en el núcleo de la profesión sino que la ética es el núcleo de la profesión de enfermería, siendo el eje fundamental los principios de respeto, mantenimiento y fomento. Así el cuidado que ejecuta la enfermería se conceptualiza en la perspectiva que tiene que tener esta, ya que debe demostrar la comprensión de la experiencia de vida de los pacientes, pero también de su muerte.

Para poder profundizar sobre el tema del trabajo elegido, es importante partir desde una definición del concepto. Así se puede definir la LET como la decisión de retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario considera que en la situación concreta del enfermo, son inútiles o fútiles.

OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es conocer mediante la revisión bibliográfica los términos bioéticos de limitación del esfuerzo terapéutico, futilidad y obstinación terapéutica.

Realizar una reflexión bioética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y el papel que la enfermera desempeña en este tipo de decisiones.

Identificar aspectos relevantes y controvertidos sobre el tema revisado y así servir como medio para la adquisición de conocimientos sobre el cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la obtención de bibliografía sobre el tema a desarrollar he realizado una búsqueda en bases de datos bibliográficas españolas. Para la búsqueda se han usado los términos “limitación del esfuerzo terapéutico”, “órdenes de no reanimación” u “orden de no reanimación”. La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos:

- IME: Índice Médico Español (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).¹
- CUIDEN: base de datos en enfermería (Fundación Index de Granada)²
- SCIELO (Scientific Electronic Library Online)³
- IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud⁴

Se ha limitado la búsqueda a revistas editadas entre los años 2000 y 2014. La revisión bibliográfica se ha realizando atendiendo a las palabras/términos claves y combinaciones con el operador booleano “AND”. Solamente han sido seleccionados la bibliografía disponible tras la búsqueda en castellano e inglés.

A la búsqueda de publicaciones en revistas se ha añadido una búsqueda en la base de catálogos de la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra con la introducción de los términos “limitación del esfuerzo terapéutico”, “final de la vida” y “Bioética y Derecho”. También se ha limitado la búsqueda a aquellos catálogos publicados entre los años 2000 y 2014.

Se ha realizado una búsqueda en Internet en el buscador “Google Académico”⁵ con los mismos términos y limitando la búsqueda a documentos creados en el último año (enero 2013 a junio 2014).

Se han utilizado otros artículos y libros encontrados tras consultar las referencias bibliográficas obtenidas sin limitación de año de edición según la relevancia de los mismos. Estos artículos y catálogos se han buscado y revisado para contrastar su utilidad.

Para la realización de este trabajo se ha realizado:

- a) Revisión bibliográfica no sistemática de la literatura médica con búsqueda en los términos previamente descritos.
- b) Revisión de las fuentes de bioética disponibles en Internet y de las revistas publicadas por estas.
- c) Análisis de los factores que confluyen en la toma de decisiones para limitar la aplicación del tratamiento.

¹Disponible en la página web: <https://bddoc.csic.es:8180/index.jsp>. Recoge fundamentalmente artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías.

²Disponible en la página web: <http://www.index-f.com>. Recoge la producción científica enfermera de más de 450 revistas de España y Latinoamérica.

³ Disponible en la página web: <http://www.scielo.org/> Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Electrónica en Línea) es un modelo para la publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet.

⁴ Contiene referencias de artículos de revistas científico sanitarias editadas en España e incluye contenidos de las diferentes ramas de las ciencias de la salud tales como Medicina (incluyendo Salud Pública, Epidemiología y Administración Sanitaria), Farmacia, Veterinaria, Psicología, Odontología y Enfermería.

⁵ Buscador de Google especializado en artículos de revistas científicas, enfocado en el mundo académico, y soportado por una base de datos disponible libremente en Internet que almacena un amplio conjunto de trabajos de investigación científica de distintas disciplinas y en distintos formatos de publicación.

- d) Confrontación de los elementos teóricos propuestos con la práctica observada durante los períodos de prácticas llevados a cabo durante la titulación de Grado en Enfermería.

Resultado de la búsqueda de artículos de revistas especializadas

<i>Estrategia de búsqueda</i>	IME	CUIDEN	SCIELO	IBECS
Limitación del esfuerzo terapéutico	33	15	2	32
Órdenes de no reanimación	7	4	0	13
Orden de no reanimación	11	16	1	16

Tabla 1. Búsqueda de artículos con palabras clave en bases de datos (elaboración propia)

Resultado de la búsqueda de catálogos

<i>Estrategia de búsqueda</i>	Catálogos Biblioteca UPNA
Limitación del esfuerzo terapéutico	1
Final de la vida	34
Bioética y Derecho	46

Tabla 2. Búsqueda de catálogos con palabras clave en Biblioteca UPNA (elaboración propia)

RESULTADOS

Se han localizado un total de 61 artículos en las distintas bases de datos y tras la revisión de la bibliografía de estos, se han localizado otros 12 artículos. 23 artículos se localizaron en más de una base de datos. Teniendo esto en cuenta, con las palabras clave “limitación del esfuerzo terapéutico” se localizaron 33 artículos en IME, 15 en CUIDEN, 2 en SCIELO y 32 en IBECs.

Por otro lado, con las mismas palabras clave que constituyen el tema central de este trabajo, también se encontró un catálogo en la biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Con las palabras clave “final de la vida” y “bioética y derecho” se han encontrado 80 catálogos. Se han seleccionado aquellos relacionados con materias como Derecho y Medicina.

En el buscador Google Académico se han introducido las palabras “limitación del esfuerzo terapéutico” y se han obtenido 56 artículos, todos ellos de los años 2013 a 2014.

En todos los artículos y libros escogidos se tratan en mayor o menor medida varios temas de sustancial importancia que son fundamentales para abordar el tema elegido en este Trabajo de Fin de Grado. Estos temas clave son en primer lugar la definición del término y en segundo lugar, otros conceptos bioéticos que presentan una relación estrecha con la LET como son el principio de autonomía, el concepto de futilidad y la obstinación terapéutica. Por último he considerado aquellos libros y artículos que ofrecían una perspectiva jurídica al ejercicio de limitar el tratamiento.

La mayoría de las publicaciones en revistas especializadas son artículos de opinión de los autores en donde se exponen sus pensamientos sobre los temas tratados en este trabajo.

En todos los artículos y en los catálogos seleccionados se resume cómo abordar el tema de la LET, explicando cómo surge el concepto y qué relevancia tiene en la práctica sanitaria actual. En segundo lugar se menciona en la totalidad de los artículos un asunto de sustancial importancia como es el principio de autonomía del paciente y la regulación jurídica de la LET. Además otro concepto que también aparece repetido es el de futilidad.

El abordaje inicial

En la actualidad está emergiendo una nueva forma de practicar la medicina que está recabando nuevas sensibilidades. La labor terapéutica ahora debe contemplarse como un medio que tiene el paciente para ser coprotagonista de su propia curación (1). Un proceso en el que deben estar implicados el enfermo como sujeto responsable, y el profesional sanitario como colaborador.

No cabe duda de que la LET genera un problema ético. Los problemas éticos no tienen que ver con los hechos, ni con las tecnologías, sino con los valores. El pluralismo de valores que existe entre los seres humanos, hace que muchas veces no coincidamos en lo que creemos que debemos hacer. Lo que ocurre con la LET es que existe un conflicto de valores. Uno de los valores en juego es siempre la vida y este valor puede entrar en conflicto con otros varios. Esto daría lugar a diferentes conflictos (2).

Según Iceta (3) existen varios elementos que han contribuido a desatar el intenso debate sobre la LET. En primer lugar, las técnicas de RCP. El cese definitivo de la actividad cardíaca y pulmonar era, hasta la década de 1960, la clave del diagnóstico de la muerte y

de la indicación precisa de que toda intervención médica había terminado. Con el avance de la medicina intensiva es posible prestar soporte vital a pacientes con depresión muy grave o cese de la respiración y estimular mediante la cardioversión o la colocación de un marcapasos un corazón que se ha parado. En segundo lugar, la divulgación del uso de órdenes de no reanimar, escritas en la historia clínica del paciente cuando se considera que la maniobra de reanimación ofrece, en razón del estado y circunstancias del paciente, un beneficio marginal o nulo.

Las actuaciones de personal sanitario cuando están relacionadas con los momentos cercanos a la muerte de sus pacientes, exigen una reflexión por parte de los profesionales. Y en el quehacer de los centros sanitarios se producen numerosas situaciones en las que los profesionales deben decidir cuándo se debe limitar el tratamiento a un paciente sobre todo en las UCIs, tratamiento a personas de avanzada edad, paciente con problemas neurológicos, servicios de urgencias, etc.

El principio de autonomía

Otra cuestión sobre la que merece poner el foco de atención es el principio ético de autonomía del paciente. Este principio se ha visto finalmente reflejado y protegido por normativas elevándose de esta forma a un principio legal de obligado cumplimiento (4).

Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus objetivos vitales y deliberar sobre cuestiones vitales bajo ese prisma. Este principio está fundamentado en la idea principal de respeto a la dignidad del ser humano y por tanto su defensa ha de ser escrupulosamente vigilada. Para que la actuación de un paciente se considere autónoma se precisa recibir la información u ofrecerla de manera que quede asequible. La capacidad de autonomía se madura durante la vida del individuo y puede verse modificada a lo largo de ésta por lo que deberá garantizarse (5).

Normativa aplicable

Varios textos deben ser tenidos en cuenta a la hora de abordar todas las cuestiones relativas a la LET por su especial relevancia. La Ley reguladora de la autonomía del paciente 41/2002 y el Convenio de Oviedo (4,6) disponen que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Además mediante documento de instrucciones previas, una persona puede manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento de su salud. La Guía de Ética médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (7) dedica un capítulo a las cuestiones éticas que se pueden plantear en la atención médica al final de la vida. En este precepto normativo se enuncia que el médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanzas 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.

La normativa autonómica ha supuesto un desarrollo de la normativa estatal. Así la mayoría de las Comunidades Autónomas disponen de normativas que regulan el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento e incluso mencionan el derecho a hacerlo para evitar un sufrimiento innecesario (8,9,10,11,12)

La literatura relacionada con el rol que debe desempeñar el profesional de enfermería en la LET es limitada, aunque son varios los estudios que se han realizado para determinar

los aspectos éticos y las opiniones que tienen estos profesionales sobre cómo actuarían llegada esta situación. Aunque son muy pocos los que en realidad se centran en describir cuál es el rol específico que tiene que llevar a cabo la enfermera ante esta situación (13). Entre esta escasa bibliografía destaca un artículo de Adams et al. (14) el cual describe un rol y varias estrategias en la toma de decisiones al final de la vida.

En este punto es interesante mencionar que Gardaz et al. (15) publicó el resultado de una conferencia que buscaba dar respuesta a cómo se debía organizar la práctica de acompañamiento al final de la vida. Así en el documento se establece que el acompañamiento se establecerá en dos fases: la decisión y la implementación. La fase de iniciación consiste en la valoración por parte de la enfermera cuyo objetivo es determinar los deseos del paciente al final de la vida. Después de una toma de decisiones, el equipo sanitario (médico y enfermera) establecerán cómo se implementarán estos deseos. Toda la información deberá reflejarse en la historia clínica del paciente.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (16) la decisión respecto a la tipología de intervención o la retirada del mismo es responsabilidad del equipo asistencial y por tanto la enfermera como miembro del equipo multidisciplinar toma parte en proponer y ejecutar actitudes y acciones de buena práctica médica.

Parece importante añadir que la búsqueda de documentos relativos a la LET ha dado como resultado varios escritos referentes a discursos de origen eclesiástico que igualmente se tienen en cuenta por la importancia que en este país tienen las normas morales provenientes de la Iglesia Católica. Así Juan Pablo II en 1998 dijo que “La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión” (17).

El concepto de futilidad

Según la Real Academia de la Lengua Española el término futilidad es: *poca o ninguna importancia de algo. Cosa inútil o de poca importancia.*

García Conde (18) dice que el término ha llegado a la ética biomédica desde la moral católica, de manos de un ex jesuita norteamericano llamado Albert R. Jonsen. Desde la moral católica, en efecto, resulta bastante sencillo considerar fútiles todas aquellas prácticas que tengan carácter extraordinario o desproporcionado. El término futilidad, efectivamente, comenzó siendo un término técnico para designar aquello que, aplicado a un paciente, no le produce ya un beneficio sino un perjuicio. Ahora bien estas indicaciones distan mucho de resultar claras. *Futilis* es en latín lo contrario a *utilis*, y por tanto lo fútil se identifica como lo inútil, pero según este autor no es así ya que el término futilidad debe estar unido a otros como extraordinario y esto hace que cambie el significado ético del concepto.

Pero el término extraordinario o desproporcionado no aclara en qué circunstancias se puede aplicar o no la LET por considerar fútil un tratamiento ya que estos términos caen en desuso debido a la velocidad de los avances científicos y tecnológicos. Por ejemplo la ventilación mecánica en los años 60 era un tratamiento extraordinario, cuando a día de

hoy es completamente ordinario, de uso diario en todos los hospitales. Sólo el personal médico y enfermero con sus conocimientos y experiencia pueden determinar en cada caso particular si un tratamiento es o no fútil. Aunque no cabe olvidar que la opinión del paciente debe respetarse ya que la valoración de la futilidad es siempre subjetiva y discordante entre distintas personas.

Un tratamiento fútil es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico, síntomas ni enfermedades intercurrentes, o porque produciría presumiblemente efectos perjudiciales y razonablemente desproporcionados al beneficio esperado por el paciente o en relación con sus condiciones familiares, económicas y sociales (19,20). Por otro lado hay que considerar que una intervención médica es fútil cuando el médico tiene una convicción razonable de que tal intervención no conseguirá los beneficios que el médico y el paciente legítimamente esperan (21).

El concepto futilidad es controvertido aunque todos los autores coinciden en que la futilidad se determina según las circunstancias que rodean al paciente y no al paciente en sí ya que influye en su definición un elemento valorativo que está sustentado en las creencias del médico y del paciente.

Según Campione, R. el concepto de futilidad está íntimamente relacionado con el término de “obstinación terapéutica” (22). Según la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (23), la obstinación terapéutica se define como la *“situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación”* (art. 5.i)

La LET lo que quiere evitar es precisamente una situación de obstinación terapéutica y por tanto el uso de procedimientos y tratamientos fútiles apoyándose en el argumento de respeto a la dignidad de la persona y a la autonomía del paciente.

DISCUSIÓN

Desde una perspectiva conceptual el término Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) plantea problemas ya desde un plano terminológico. Así, algunos autores consideran que “limitación” es una expresión que podría considerarse peyorativa y por ello creen que debería hablarse de “ajuste” u otros términos.

En el ámbito anglosajón utilizan los términos *withhold* o *withdraw* para hablar de no iniciar o retirar un tratamiento respectivamente.

Quizá las circunstancias en las que nació el término son las que hacen que tuviera hasta hace poco unas connotaciones negativas. Hay que mencionar que durante la segunda mitad del siglo XX comienzan a producirse los más importantes avances médicos (hemodiálisis, trasplante de corazón, contracepción hormonal, creación de UCIs...). Hasta este momento la medicina no había tenido la posibilidad de influir en el momento de la muerte de un paciente pero desde este momento las situaciones médicas que daban por muerto a un paciente se tambaleaban (fallo cardíaco, fallo respiratorio, fallo renal...). Ningún médico hasta el momento se había enfrentado al hecho de plantearse si limitar las posibilidades tecnológicas era lo más beneficioso para el paciente y en este conflicto moral no tenía unas herramientas que sirvieran para dilucidar estas situaciones.

La palabra “*limitación*” hace referencia al momento de parar o no iniciar, de reducir, de restringir. Limitar no es terminar, limitar implica aquí más bien derivar a otras áreas más del ámbito paliativo, acompañamiento, etc.

“*Esfuerzo*” parece que se refiere a un más allá del voluntarismo, del imperativo tecnológico ya mencionado, del progreso médico, un ir más allá de proporcionar los múltiples medios y medidas de soporte vital.

Y la palabra “*terapéutico*” unida a “*limitación del esfuerzo*” parece conducirnos a reconocer que abandonar las medidas de soporte vital no supone abandonar del todo al paciente y al entorno familiar en el proceso de muerte. En este momento es cuando deben aparecer otras obligaciones, otras alternativas que también pertenecen a la ciencia terapéutica, otros medios también humanos aunque menos tecnológicos.

En el momento actual el término LET está totalmente integrado en el quehacer médico y enfermero y se considera un estándar de calidad. La aceptación médica y social de esta práctica hace que se separe de otros términos como la eutanasia o el suicidio asistido. A pesar de ello, existe una confusión terminológica importante que continúa discutiéndose ya que las consecuencias éticas o legislativas que se derivan de los actos cometidos bajo un nombre u otro pueden ser radicalmente diferentes.

El llamado “final de la vida” no es una simple meta o punto al que se llega de manera irremediable en el campo de la asistencia médica, sino que hablamos de la muerte. En efecto, puesto que la vida es un proceso, el fin de la vida se entiende como el último periodo de la existencia y por tanto debe analizarse de manera crítica no como una fase de la vida sino como el final de esta. Es por esto que el problema que plantea la asistencia sanitaria al final de la vida es que el proceso vital es imparable; que ninguno de los estados clínicos que pueda diagnosticar un médico pueden mantenerse indefinidamente y que los esfuerzos por prolongar la supervivencia o curar al paciente, están irremediablemente abocados al fracaso. Y quizá, en ese intento por ganarle la batalla a la muerte nunca lograda se haya terminado llevando al paciente a una situación del llamado

“encarnizamiento terapéutico” y finalmente se termina por plantear que lo razonable es, desde una indicación médica, plantear la LET (2).

La práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico no es novedad en las unidades de atención al paciente crítico (UCI) y en las unidades de cuidados paliativos. De hecho es en las Unidades de Cuidados Intensivos donde nace el concepto LET; cosa fácilmente comprensible ya que es aquí donde se realizan los mayores esfuerzos por mantener el soporte vital ante una situación crítica. Pero el concepto LET rebasa este ámbito y genera controversias en diversas áreas de asistencia médica. Por ejemplo, los problemas éticos en cuidados paliativos se mueven fundamentalmente en torno a dos ejes: el control del dolor y del sufrimiento (que lleva implícita una correcta elección de la estrategia terapéutica y de la tipología del tratamiento) y el respeto a la autonomía del paciente (que exige evaluar su capacidad, competencia y voluntariedad).

A este respecto hay que añadir que los profesionales sanitarios han seguido desde muy antiguo normas éticas y deontológicas y en la actualidad estas normas se encuentran integradas en el ordenamiento jurídico de la mayoría de los países así como en convenios internacionales.

Existen unos principios básicos en Bioética que conforman los criterios generales que sirven de apoyo para justificar los preceptos éticos y la valoración de las acciones humanas en el campo biosanitario (24). En la relación médico/enfermera-paciente la toma de decisiones ante una necesidad de cuidados dependerá de las valoraciones morales que hagan los componentes de la relación y puede que estas valoraciones no coincidan. El Informe Belmont (1979) (5) establece por primera vez los principios y guías éticas para la protección de los sujetos humano en la investigación y a partir de este informe, estos principios se trasladan a todos los ámbitos de la ciencia:

- *Principios de beneficencia*

El Juramento Hipocrático tiene su base en el principio de beneficencia y dice “...y me serviré, según mi capacidad y criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar”.

Este principio constituye un deber de los profesionales sanitarios a proporcionar beneficios para la salud de otros, lo cual exige de aquellos la necesaria competencia técnica. Pero cabe añadir que la ética médica recoge que lo tecnológicamente posible no es siempre éticamente correcto, por lo que en el contexto de la LET sólo sería aceptable someter a un paciente a medidas que puedan ofrecerle confort y beneficio.

- *Principio de no maleficencia*

El principio de no maleficencia constituye un principio válido y prioritarios para todos, que debe observarse por razones de justicia en todos los ámbitos de la sociedad.

En este principio de no maleficencia se basan los códigos de medicina tradicional: *Primum non nocere* (ante todo, no dañar). Este principio está relacionado con la LET en cuanto a que se deben minimizar los riesgos de toda la actuación médica, evitando los riesgos, es decir, cuando un paciente se encuentra en el momento sin retorno dentro del trascurso de la enfermedad, los tratamientos que anteriormente pudieron ser efectivos ahora se tornan fútiles, es decir, producirían efectos perjudiciales y desproporcionados respecto al beneficio que se espera.

- *Principio de justicia*

Este principio se fundamenta en la posibilidad de que la distribución de los bienes sociales no se realice según los méritos de las personas implicadas sino según sus necesidades. Si bien, a primera vista, parece no guardar relación con la LET (como argumento a favor de esta práctica) es un pilar que sustenta la idea de que existe la obligación de conseguir el mayor beneficio con el menor costo posible, es decir, actuar de forma eficiente.

Los tratamientos asociados al soporte vital son de alto costo y, por lo general, los centros asistenciales cuentan con unos recursos limitados para llevarlos a cabo. Como los recursos son limitados, debería privilegiarse el uso de estos en aquellas acciones que causen el mayor beneficio con la menor inversión de tiempo y dinero posible. Una situación real relacionada con la LET podría suponer que mientras se gastan los recursos con una persona con nulas posibilidades de recuperación, existiría otro paciente que no obtendría este beneficio.

- *Principio de autonomía*

La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable que por supuesto también tiene el paciente terminal. Los valores, criterios y preferencias del enfermo son primordiales desde un punto de vista ético. La autonomía en términos simples, se define como la capacidad para deliberar sobre los objetos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía supone dar valor a las opiniones y elecciones y abstenerse de limitarlas a no ser que se produzca un claro perjuicio a otros.

Aunque la definición sea meridianamente clara, ahora cabe dilucidar quién es competente para tomar estas decisiones. Una reflexión que a mi juicio ilustra perfectamente la importancia que adquiere la autonomía en el momento de decidir si limitar el esfuerzo terapéutico o no es la expuesta por Nuland *“El día que yo padezca una enfermedad grave que requiera un tratamiento muy especializado, buscaré un médico experto. Pero no esperaré que él comprenda mis valores (...). Yo elegiré mi propio camino o, por lo menos, lo expondré con claridad de forma que, si no pudiera, se encarguen de tomar mi decisión quienes mejor me conocen. Las condiciones de mi dolencia quizá no me permitan “morir bien” (...) pero dentro de lo que está en mi poder, no moriré más tarde de lo necesario simplemente por la absurda razón de que un campeón de la medicina no comprenda quién soy”* (25)

El respeto a la autonomía del paciente debe ser máximo en el momento de tomar una decisión relativa a la limitación del tratamiento, pues finalmente es el paciente quien sufrirá las consecuencias de esta decisión del equipo médico. Lamentablemente la aplicación de este principio se ve en muchas ocasiones limitado por diversas situaciones: inconsciencia del paciente, facultades mentales mermadas que impidan que se pueda ejercer este derecho de manera responsable, no existencia de voluntades anticipadas.

La mayoría de los profesionales sanitarios, la legislación y la ética dicen que ha de respetarse la voluntad del paciente y para ello debe conocer qué implica la enfermedad y es por esto que debe dársele toda la información disponible respecto a tipos de tratamiento, pronóstico, finalidad de técnicas diagnósticas, etc. De esta forma el paciente podrá tomar una decisión autónoma sin que existan coacciones internas o externas. El respeto a la autonomía del paciente también implica la negociación y el acuerdo con los

enfermos y cuidadores de las prioridades y los objetivos de los cuidados, el no ocultar al paciente informaciones que desea conocer, y respetar el deseo del paciente de no saber o de no recibir tratamientos, así como la indagación en la voluntad que el paciente hubiera eventualmente expresado de antemano en un documento de Instrucciones Previas (26).

Según Romeo Casabona (27) los conceptos vinculados al final de la vida humana como la idea de "calidad de vida" tienen como presupuesto la autonomía moral del individuo. Y en base a esta idea este autor considera importante diferenciar dos posibles hipótesis. La primera de ellas se refiere a cuando el interesado tiene capacidad de expresarse y la segunda agrupa diversas situaciones que pueden presentarse cuando el paciente no se encuentra en condiciones de manifestar debidamente su voluntad. En todo caso, ambas posturas se fundamentan en el pilar básico de respeto a la autonomía del individuo aunque desde un punto de vista jurídico-penal habría que valorar cómo se puede recabar la voluntad de un individuo y qué valoraciones esgrimidas por terceros tienen validez (28).

Existen instrumentos legales que salvaguardan el respeto a la autonomía del paciente como así manifiesta la Recomendación 24 del 2003 del Comité de Ministros de la Unión Europea, y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (29) que ha determinado que:

1. Los miembros de los equipos médicos demuestran respeto a la autonomía del paciente y sus cuidadores, discutiendo las opciones de tratamiento y elaborando en común los planes de cuidados, no ocultando, las informaciones que desea conocer el paciente, aportando la información necesaria sobre los tratamientos y respetando su deseo de no recibir tratamiento.
2. Los miembros de los equipos evalúan las ventajas y los inconvenientes del tratamiento (la beneficencia) comparan el riesgo y el beneficio de cada decisión clínica (la no-maleficencia) reconocen el derecho del paciente a una óptima calidad de la atención, en la medida de los recursos disponibles y comprenden las decisiones vinculadas a la asignación y utilización de estos recursos.
3. Los derechos fundamentales de los pacientes moribundos son los siguientes: el de recibir atención médica, el derecho a la dignidad humana, a un soporte personal, al alivio del dolor y a una disminución del sufrimiento, a la autodeterminación y finalmente, el derecho de rechazar un tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a recibir información detallada sobre: su estado de salud, incluyendo los resultados de cualquier exploración médica, los exámenes e intervenciones previsibles, los riesgos y los beneficios potenciales de efectuar o no estos exámenes e intervenciones, la fecha prevista para la realizarlos, el derecho a decidir someterse o no a estas pruebas o intervenciones, los procedimientos o métodos alternativos posibles, el desarrollo del tratamiento y los resultados esperables.
5. Derecho a rechazar el tratamiento: si el paciente padece una enfermedad grave que, en el estado actual de la ciencia médica, conducirá rápidamente a la muerte, incluso con adecuado tratamiento, está en el derecho de rehusar las intervenciones de reanimación o de soporte vital, permitiendo así a la enfermedad seguir su curso natural. Una persona capacitada, en previsión de un posterior estado de incapacidad, puede rechazar la aplicación de ciertos tratamientos de

reanimación o de soporte vital en caso de padecer una enfermedad incurable, de serle insoportable psicológicamente las secuelas de la enfermedad, o de que su dolor no pueda ser aliviado por ningún tratamiento. El paciente puede nombrar a otra persona para ejercer este derecho en el caso de ser ella misma incapaz. El paciente podrá anular su declaración en cualquier momento. Los pacientes que rechazan el tratamiento tienen pleno derecho al alivio de su dolor y a la atención del sufrimiento.

Cabe mencionar que también existen profesionales que, acostumbrados al llamado “paternalismo médico” consideran que las decisiones de los pacientes, sobre todo en los momentos finales de la vida, no deben tenerse en cuenta y que estas personas carecen de capacidad para decidir. Pero actualmente se aboga por el respeto a la voluntad del paciente incluso en la fase final de la vida.

Algunos sectores de la población como la Iglesia Católica se han manifestado en contra de la LET en relación con casos tan controvertidos como el de Inmaculada Echevarría⁶ en los que se ha confundido la diferencia entre eutanasia, suicidio asistido y LET. A pesar de que el caso de Inmaculada Echevarría no debería ser etiquetado como un caso de LET porque los médicos no habían llegado a un punto en el que consideraran la terapia como fútil sino que fue la paciente. En este contexto algunos representantes de la iglesia católica se pronunciaron en contra de la LET aunque tradicionalmente la doctrina de la iglesia aceptaba este proceder.

En Navarra la religión tiene, según los datos estadísticos, una población católica importante (superior al 80%) en comparación con la existente en el Estado (alrededor del 70%) (30). Este dato nos lleva a pensar que algunos profesionales puedan plantear reticencias a la hora de aplicar algún procedimiento en el ámbito de los LET. Y es que algunas asociaciones y colectivos profesionales han manifestado que aunque la sedación paliativa (utilizada frecuentemente como alternativa al tratamiento fútil) no merece ningún cuestionamiento desde el punto de vista ético ni legal, sí puede darse un abuso y utilizar la llamada sedación terminal, no sólo para evitar el dolor, sino además para acortar la vida del paciente.

Según algunos autores como Gamboa Antiñolo (31) se utiliza de manera abusiva el concepto de autonomía. Según este autor el pilar sobre el que asienta la relación médico-paciente es la mutua confianza. Ambos comparten un objetivo común, la curación, y si ésta no es posible al menos el alivio de la enfermedad. Tal relación se establece entre dos personas, cada uno dotado de su respectiva autonomía y responsabilidad, no entre el paciente y la técnica.

No iniciar/Retirar

Las decisiones de LET en el marco asistencial de los pacientes al final de su vida suelen clasificarse en dos tipos de actuación:

- 1) No poner, no iniciar (Withhold, retener, no poner)
- 2) Retirar o suspender (Withdraw, retirar).

⁶ Inmaculada Echevarría padecía una distrofia muscular progresiva dependiente de ventilación mecánica. En octubre de 2006 solicitó ser sedada y desconectada del ventilador.

Existe una corriente de opinión, especialmente en el mundo anglosajón (32) que considera que desde un punto de vista ético, ambas formas de LET (no iniciar o retirar) tienen la misma significación, y que por lo tanto, la distinción entre una u otra es meramente teórica, ya que en la práctica el resultado en ambas es idéntico: dejar llegar a la muerte (31,33)

Otra corriente (34) considera que las opciones son dos y mutuamente excluyentes por lo que en actualidad la indicación médica para la toma de decisiones de LET se ha establecido como:

- a) En caso de duda o incertidumbre acerca de la irreversibilidad de la situación, es adecuado iniciar el soporte vital⁷ y reconsiderar posteriormente la oportunidad de continuarlo.
- b) Si, por el contrario, existe una razonable certeza médica sobre irreversible situación clínica, no deben iniciarse medidas de soporte vital.

Estas indicaciones no contemplan circunstancias concretas en casos determinados. Por lo tanto, las decisiones estarían incompletas desde un punto de vista bioético, ya que no toman en consideración la voluntad del paciente o la participación de representantes legales o familiares. Así la futilidad se considera como concepto final que se pretende evitar para tomar una decisión de LET.

Debate sobre la proporcionalidad

Una cuestión en la LET es la proporcionalidad del tratamiento en relación a la futilidad. El debate se produce cuando se considera que existe desproporcionalidad entre los resultados que se persiguen y los medios de los que se dispone. Parece importante referirse al documento de Beauchamps y Childress (24) para poder poner luz a una cuestión que para nada es sencilla. El debate sobre qué es fútil y quién tiene la autoridad final para determinarlo continúa siendo un debate controvertido. La certeza médica tiene un carácter más bien probabilístico. Y es que en la práctica las recomendaciones no son claras ya que sólo se acepta la retirada del soporte vital por razones de futilidad fisiológica como, por ejemplo, la muerte cerebral, pacientes con fracaso multiorgánico de tres o más órganos de más de cuatro días de duración (35). Pero en muchas ocasiones la decisión de determinar un tratamiento fútil viene envuelta por otras preocupaciones como el aumento de la dependencia o la pérdida de alguna función física o mental. Entonces es cuando hay que decidir si se toma como absoluto el principio de autonomía del paciente.

Pero esta forma probabilística del pensamiento médico heredada de Hipócrates no fue la primera ya que fue Platón (36) quien dijo que: *"... establecerás en nuestra república una medicina y una jurisprudencia que (...) se limiten al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y una alma bella. En cuanto a aquellos, cuyo cuerpo está mal constituido, se lo dejará morir, y se castigará con la muerte a aquellos cuya alma es naturalmente mala e incorregible"*. Platón ya plantea que los esfuerzos de la medicina no deben gastarse en aquellos cuerpos que no nacen sanos, es decir establecería en el fondo un juicio de proporcionalidad. Diferenciar dos maneras de actuar la ordinaria y la

⁷El soporte vital se define como toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causal.

extraordinaria. Quizá la primera esté basada en una forma de pensar más cuantitativa y la segunda más cualitativa.

En este punto cabe hablar sobre la proporcionalidad terapéutica. Este principio sostiene que existe una obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Y es en este debate donde se desarrolla la diferenciación entre las medidas médicas ordinarias y las extraordinarias.

Según lo anterior podríamos decir que en un debate de proporcionalidad es el equipo médico el que puede manifestar argumentos sobre el diagnóstico, costos, probabilidad de cura, secuelas, posibilidad de implementación de tratamientos, etc. pero es el paciente y su familia apoyados en la autonomía de este, quienes argumentarán en base a “calidad” de vida, alivio del dolor, sufrimiento, miedo...

Los valores de los miembros del equipo asistencial, y en particular del médico, suelen ser en algunos casos los que prevalecen en las decisiones de LET y constituye un esfuerzo del equipo sanitario tomar en consideración los argumentos y valores del enfermo y su familia y no caer en infravalorarlos.

Papel de la familia o representante legal

La familia representa un papel protagonista en las situaciones de enfermedad terminal. En muchas ocasiones el paciente no mantiene una situación intelectual o física que le permita comprender la situación e incluso que le permita decidir por sí mismo (hablamos de pacientes con intubación endotraqueal, con tratamiento sedante o pacientes en coma) como así lo determina el artículo 9.3 de la Ley de autonomía del paciente *“Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*. Por tanto se pueden presentar dos situaciones, una en la que el paciente no mantiene su capacidad intelectual para tomar decisiones sobre su propia enfermedad y en segundo lugar, situaciones en las que aunque el paciente se mantiene conectado con el entorno, no puede manifestar su voluntad.

Es en estas situaciones cuando la relación entre el personal sanitario y la familia o representante legal del paciente se tiene que hacer más estrecha ya que se debe indagar sobre las voluntades del paciente, así se evitan los conflictos y por tanto se respetan las normas de buena práctica clínica.

La información diaria al paciente o allegado la debe dar el responsable médico del paciente, no el de guardia, como sucede en muchos servicios de nuestro entorno. El cuidado del paciente por el mismo médico y por la misma enfermera por turno es lo que más satisfacción proporciona a la familia (35).

La falta de información a los pacientes aún suele producirse, dándose incluso situaciones de “conspiración en el silencio”. Esta situación de conspiración familiar se da cuando por un acuerdo explícito o implícito por parte de familiares/amigos y profesionales, se altera la información que se le da al paciente y se oculta el diagnóstico o pronóstico de su situación. Esta práctica se justifica en la protección al paciente aunque en la práctica

puede generar problemas como: falta de testamento, sentimientos de engaño por parte del paciente, y además se dificulta el duelo posterior de los familiares. Para evitar estas situaciones el equipo asistencial debe procurar que no se produzcan la “conspiración” y debe además evitar participar en estas dinámicas.

Esta capacidad decisoria que otorga la ley (art. 9.3 Ley de autonomía del paciente) (4) a los familiares se denomina “consentimiento por representación”. Existen riesgos para el paciente por el hecho de dejar recaer la responsabilidad de decidir sobre cuestiones tan personales en estos casos a los familiares o incluso a los médicos, ya que podrían actuar a favor de sus propios intereses más que en los del paciente.

Por lo general, en las legislaciones sobre estas materias no se suele entrar en más detalles sobre el marco relativo a la decisión. Por ejemplo no reconoce a estas personas ni tampoco especifica cuáles de los familiares están llamados por la ley a intervenir en estas situaciones, dado que sería prácticamente imposible que la norma fuera capaz de abarcar la diversidad de situaciones y relaciones familiares (28). La Ley de autonomía del paciente establece un modelo orientativo sobre cómo debe ejercerse la representación. Así en su artículo 9.5 se determina que *“la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”*.

Se entiende que las personas que deben otorgar el consentimiento en lugar del paciente son aquellas que están vinculadas por razones familiares o de hecho. Pero parece que lo apropiado sería que fueran aquellas que tuvieran un vínculo afectivo real y no solo una relación basada en lazos familiares.

Diferenciación entre eutanasia y LET

Se entiende por eutanasia toda conducta de un profesional sanitario, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo.

Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de ese padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad (37).

La LET al igual que la eutanasia, forma parte de una reflexión sobre el final de la vida. Ambos conceptos se fundamentan en el derecho a la dignidad humana y en el derecho a la disponibilidad de la propia vida reconocida (artículo 10 y 15 Constitución Española de 1978⁸).

La diferencia fundamental recae en que mientras que en la eutanasia existen dos requisitos de petición expresa y de padecimiento físico o psíquico insoportable que le ha de conducir necesariamente a la muerte próxima, en la LET únicamente existe la

⁸ Artículo 10 CE: La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

Artículo 15 CE: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

constatación clínica por parte del equipo terapéutico de que el tratamiento es fútil y que no parece correcto obstinarse en mantenerlo ya que ello únicamente produciría un retraso en la muerte que se sabe inminente con los medios técnicos de los que se dispone en ese momento.

Es verdad que entre la LET y la eutanasia pueden existir aspectos clínicos similares como consecuencia de su consideración procesal de terminalidad (38):

- Situación clínica irrecuperable
- Ausencia de tratamiento eficiente
- Gran impacto emocional familiar y del equipo terapéutico
- Muerte próxima

La diferencia entre eutanasia y LET radica fundamentalmente en la intención. A veces la diferencia entre ambos conceptos puede ser sutil en lo que se refiere al resultado final que es la muerte del paciente, pero la diferencia es grande en lo que se refiere a la intención.

Diferencias entre la LET y la eutanasia

	LET	EUTANASIA
Intencionalidad	Evitar la futilidad	La muerte inmediata del paciente
Actuación médica concreta	Retirar o no poner un tratamiento ineficiente	Producir directamente la muerte del paciente
Petición expresa del paciente	No necesaria	Imprescindible
La opción es planteada por	El equipo terapéutico	El paciente
Fundamentación ética	No beneficia al paciente un tratamiento fútil Es maleficiente retrasar la muerte inevitable del paciente (obstinación terapéutica)	Procurar al paciente un bien o respetar su voluntad.
Ordenamiento legal	Considerado como práctica médica correcta	Delito en el Código Penal español (art. 143 CP)

Tabla 3. Hechos diferenciales entre LET y eutanasia (38) Trueba J. *Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico*. In: De la Torre J, editor. *Limitación del esfuerzo terapéutico* Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2006.

En los últimos años los temas relacionados con la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir, han cobrado fuerza en algunos países. La muerte es un hecho real que provoca diferentes debates dependiendo de la concepción filosófica que utilicen sus actores. En algunos países como Bélgica u Holanda se han aprobado leyes que despenalizan la eutanasia. Pero no cabe confundir estos conceptos. No son formas de LET

la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho al buen morir ya que en estas situaciones se busca deliberadamente la muerte y en LET no se busca provocar la muerte del paciente ni desde un punto de vista ético, médico o legal sino que se deja seguir el trascurso de la enfermedad limitando los tratamientos que alarguen inútilmente la vida pero dando cabida a otros cuidados de carácter paliativo.

LET y Derecho

Para el Derecho, y en particular para el Derecho Penal, un aspecto de máxima relevancia es que el individuo afectado mantenga o no una capacidad intelectual suficiente para comprender la situación en la que se encuentra, su evolución previsible y las consecuencias que de ésta pueden derivarse para él.

No existe una ley específica reguladora, con carácter general, de la actividad médico-sanitaria, por lo cual, las conductas de los profesionales de la salud se regirán por las disposiciones generales previstas para el comportamiento de cualquier ciudadano.

En EE.UU la decisión de continuar o interrumpir un tratamiento corresponde solamente al enfermo. Hoy en día, al contrario que en Europa, esta situación se considera habitual, aunque tampoco en este país pueda negarse la existencia de algún tipo de enseñamiento terapéutico. En aquel país, motivados por evitar una demanda de responsabilidad civil o penal por no haber tomado una medida necesaria para la supervivencia del enfermo el *Natural Death Act*⁹ de California y el testamento vital sirven como instrumentos no de protección de los derechos del paciente sino de protección del profesional sanitario.

El artículo 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC (Organización Médica Colegial) establece la corrección deontológica de la práctica de la LET. Es importante señalar que existe acuerdo prácticamente unánime entre los juristas acerca de que la LET no está tipificada por el artículo 143 CP¹⁰.

Podemos analizar otras normativas sobre cuestiones íntimamente relacionadas con la LET que pueden ofrecer algo de luz. Por ejemplo el propio Convenio del Consejo de Europa relativos a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Oviedo, 1997) (6), afirma que *“serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”* (art. 9). Este convenio, suscrito el 4 de abril de 1997, entró en vigor en España el 1 de enero del 2000. A diferencia de otras declaraciones internacionales sobre temas de bioética que lo precedieron, es el primer

⁹Natural Death Acts (also known as Death with Dignity Acts and Living Will Acts) are laws that determine in what situations, and how, people can refuse life-sustaining medical interventions. The purpose of these laws is to permit patients to choose a "natural" death, unencumbered by medical technology. Disponible en la web: <http://www.deathreference.com/>

¹⁰1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

instrumento de ámbito internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscribieron, entre ellos España.

Por otro lado hay que mencionar la Recomendación 1418, de 25 de enero de 1999, de la Asamblea Parlamentaria para el Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos (39). Esta recomendación constata, tal y como se ha hecho en este trabajo, que el progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen hoy posible prolongar la vida de una persona y retrasan el momento de la muerte, provocan que con frecuencia se ignore la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario.

Con estos antecedentes de regulación sobre las instrucciones previas y los instrumentos de voluntades anticipadas en el año 2002 se publica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (4). Así el artículo 11.1 sobre instrucciones previas dispone que *“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”*.

Recogiendo este precedente, varias Comunidades Autónomas (Cataluña, Galicia, Navarra...) han promulgado leyes sobre los derechos de información relativos a la salud y autonomía del paciente y a la documentación clínica. Esta normativa autonómica es relativa a las voluntades anticipadas e indican expresamente, con relación al documento de últimas voluntades, que el otorgante pueda introducir instrucciones sobre los cuidados y tratamientos relacionados con su salud que desee y que no desee recibir y otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes a las *lex artis*. Incluso está previsto en varias leyes autonómicas incluir en el documento de instrucciones anticipadas un pronunciamiento expreso de su voluntad en el sentido de que *“en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversible respecto de la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, se evite el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte”* (art.9) (9).

Por tanto se deduce de estas normativas que sí existe un pronunciamiento legal explícito si bien parcial en el campo de la LET, dentro de las diversas legislaciones autonómicas, bien contenidas dentro de las disposiciones relativas a la ordenación sanitaria de las respectivas comunidades autónomas, bien dentro de las normativas que desarrolla las denominadas “instrucciones previas” o “voluntades anticipadas”. Analizando esta normativa se deducen diversos derechos de los pacientes relacionados con la limitación del esfuerzo terapéutico:

- El derecho de elección

El artículo 2.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre dispone: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las

opciones clínicas disponibles”. Y así también se refleja en la mencionada legislación autonómica (8,10)

- Derecho de negarse al tratamiento

El derecho a negarse al tratamiento ha quedado establecido de manera concreta en la Ley 41/2002 y por la legislación autonómica posterior. Este derecho supone que el paciente podrá negarse a recibir el tratamiento prescrito (deberá hacerlo por escrito). El centro deberá informar al paciente de procedimientos o tratamientos alternativos y en el caso de que no los hubiera o rechazara todos los propuestos, deberá solicitar el alta voluntaria. Si éste no lo quisiera firmar, el centro le daría el alta forzosa y finalmente si no lo aceptara se pondría en conocimiento del juez.

- Derecho a negarse a tratamientos fútiles

En la normativa autonómica de La Rioja (11) se recoge que: *“Los enfermos o usuarios del Sistema Público de Salud de La Rioja son titulares de todos los derechos recogidos en esta Ley también en sus procesos terminales y en el momento de su muerte. En este sentido tienen derecho: a) A morir en pleno uso de sus derechos, y especialmente el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida”*. De igual modo la normativa de Castilla y León (12) determina que: *“Las Administraciones Sanitarias de Castilla y León velarán por que el respeto a la dignidad de las personas se extreme durante el proceso previo a su muerte, así como por el efectivo cumplimiento, en todos los centros, servicios y establecimientos, de los derechos reconocidos a los enfermos terminales y en particular los relativos a: a) El rechazo de tratamientos de soporte vital que alarguen innecesariamente el sufrimiento”*.

Con respecto a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra es importante mencionar la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica modificada parcialmente por la Ley foral 29/2003, de 4 de abril. Esta ley es previa a la ley básica estatal sobre autonomía del paciente y desarrolla una normativa extensa sobre las voluntades anticipadas. El artículo 9 de esta ley establece que: *“En las voluntades anticipadas se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite, el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte”*. A este respecto hay que señalar que autores como Beltrán Aguirre, J.L (40) consideran que el legislador foral demostró valentía al introducir este precepto legal en la normativa ya que la Comunidad foral de Navarra fue una de las primeras en regular la posibilidad de que los pacientes pudieran limitar los tratamientos desproporcionados o extraordinarios en el documento de voluntades anticipadas.

Obstinación terapéutica

La LET en esencia pretende evitar la obstinación terapéutica. Este término también ha sido estudiado por múltiples autores. Según la Organización Médica Colegial de España (OMC) (41) se entiende por obstinación terapéutica la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles

o fútiles. La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, son una mala práctica médica y una falta deontológica.

La obstinación terapéutica también se denomina distanasia o ensañamiento/encarnizamiento terapéutico. Respecto a este último término, en la actualidad ha quedado en desuso ya que se entiende que el término “encarnizamiento” presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien la efectúa (41) que es en este caso el médico y en la mayoría de las situaciones no es la intencionalidad en la muerte el argumento principal que respalda las decisiones de obstinación terapéutica.

De acuerdo con Pardo (42) las causas de obstinación terapéutica puede deberse a:

- La presión que sufren los médicos novatos quienes por su falta de experiencia toman decisiones que les eviten problemas posteriores.
- El equipo sanitario puede verse presionado por los deseos de la familia y que éste quiera evitar conflictos legales llegando a realizar prácticas que se saben ineficaces.
- La sobreutilización de pruebas diagnósticas que se realizan por falta de juicio clínico o por el uso de algún método innovador.

Estas cuestiones están sujetas a múltiples variables sociológicas, de moralidad o de relaciones interprofesionales que muchas veces son difíciles de solventar. Además la resistencia que puede mostrar un profesional a la hora de ingresar a un paciente en la UCI puede ser menor que la que puede mostrar a la hora de desconectar un respirador artificial y finalmente se puede ver forzado por presiones internas o externas a incurrir en encarnizamiento terapéutico ignorando los deseos de la familia o del propio paciente.

Todas estas circunstancias hacen que se pueda producir una frustración por parte de los profesionales pero también de los enfermos y familiares.

Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico

El comportamiento de las personas es siempre una elección, reflejo de sus valores y principios. Las enfermeras desde el desarrollo profesional, deben tomar en consideración que las decisiones profesionales están siempre vinculadas a los valores que de manera más o menos consciente transmiten.

La disciplina enfermera se apoya en un sistema de valores y creencias que están relacionados por el conjunto de valores sociales, culturales, políticos y económicos de la sociedad. Pero además la mayoría de las situaciones de cuidados de enfermería están cargadas de emotividad. La enfermera no puede evitar experimentar sus propias sensaciones de tristeza, impotencia, miedo... algunas veces de forma intensa. La objetividad necesaria para plantear el fomento de la autoresponsabilización que se pretende del paciente, es decir, su autonomía, se torna complicada cuando el enfermo se enfrenta a su propia muerte. Para ayudar al paciente a valorar su enfermedad y qué decisiones tomará respecto a esta, es necesario tomar cierta distancia emocional.

Para poder considerar los diversos enfoques de una misma situación, para huir de los juicios de valor y realizar juicios éticos, la enfermera debe disponer de unas actitudes para ir desarrollando la competencia ética. Debe desarrollar su autonomía personal para ayudar al enfermo a llevar a cabo decisiones autónomas (43).

Desde que en 1978 la OMS promulga que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitarias, la relación entre la enfermera y el paciente ha pasado a concebirse como un vinculación de cuidado que pone énfasis en aspectos humanistas y no tanto la aplicación de técnicas y procedimientos. Por tanto nace desde este momento una diferencia entre cuidar y tratar.

Comienza a coger fuerza la idea de que la enfermera fomenta el desarrollo personal del individuo y de sus capacidades para tomar decisiones relativas a su propia salud. Por tanto la enfermera nunca debe decir lo que el paciente debe hacer, sino que le ayuda a buscar lo que más le pueda convenir para aspirar a obtener aquello que siga sus valores y principios morales. Aunque cuando el paciente se enfrenta a la muerte se produce una gran incertidumbre, la inminencia de la muerte provoca que el enfermo reivindique que es su muerte la que se avecina y su derecho a actuar según sus convicciones.

Pero esta incertidumbre también se genera en el equipo sanitario que se encarga de la atención de un paciente que va a morir y una forma de combatirla es compartir el punto de vista con otros profesionales, para así determinar las decisiones a tomar. Es lo habitual en nuestro sistema sanitario donde en la mayoría de las unidades se fomenta el trabajo multidisciplinar y se invita a presentar casos éticamente complicados el Comité Ético de cada centro.

Trabajar en equipo además es índice de calidad y de reconocido valor ético de excelencia de la profesionalidad. A pesar de que se habla de trabajo multidisciplinar en la toma de decisiones en las unidades donde habitualmente se encuentran con estas circunstancias, queda claro que los roles de los profesionales involucrados en la LET no están definidos. Sin embargo, cabe resaltar que el papel de la enfermería pasa por desempeñar una función de agente de información, soporte familiar y nexo de unión entre familia, profesionales y paciente, pudiendo conocer los distintos puntos de vista y finalmente pudiendo aportar en el proceso de toma de decisiones una opinión fundamentada. Además esta proximidad al paciente hace que la enfermera pueda alertar al resto del equipo sobre la futilidad del tratamiento por lo tanto sería quien iniciaría el proceso de toma de decisión de la LET.

Además del trabajo en equipo durante el tratamiento de personas que deciden no continuar con su tratamiento o aquellas para los que la medicina no tiene una respuesta, enfermería también desempeña otras funciones en las que la LET aparece de manera diferente.

Cabe también hacer una especial mención a que en los sistemas sanitarios de nuestro entorno, el personal de enfermería colabora activamente en la realización del sistema *triage*. El *triage* nace en Francia durante la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia del ataque alemán y ante la saturación de los hospitales franceses se decide que las enfermeras se hagan cargo de clasificar a los enfermos según sus posibilidades de supervivencia. La palabra *triage* significa clasificación y en el ámbito sanitario consiste en clasificar a los enfermos según la necesidad de atención asistencial que requieran teniendo en cuenta su situación clínica y los recursos disponibles

Apoyados en el principio de justicia debemos de aceptar que todos los pacientes tienen derecho a un mínimo de atención pero este procedimiento lo que ordena es que esa atención se realice con mayor o menor intensidad. Y esta menor intensidad puede ir

desde tardar más en atender a un paciente o incluso no reanimarle si está en parada cardiorrespiratoria.

No es objeto de estudio de este trabajo fin de grado el sistema de *triage* y sus implicaciones bioéticas pero es importante hacer referencia a la importancia que esta actividad de enfermería tiene por su estrecha relación con el término bioético que se ha analizado.

CONCLUSIONES

La aparición del término LET está enmarcada en el debate de la desproporción entre los fines y los medios terapéuticos. La cuestión principal se genera cuándo los resultados que se persiguen se entiende que son desproporcionados con los medios de los que se dispone y por tanto un tratamiento fútil.

En la determinación del beneficio del tratamiento se debe tener en cuenta la opinión del paciente y la familia ya que se entiende en la medicina actual que ha de existir un consenso entre el equipo asistencial y el paciente.

Se entiende por Limitación del Esfuerzo Terapéutico tanto la no iniciación de un tratamiento como la retirada del mismo ya que aunque en principio no significan lo mismo, se puede entender que ambas situaciones no generan beneficio para los pacientes y en ambas se dan situaciones donde el paciente puede o no decidir.

Todos los juristas coinciden en decir que la limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica legalmente aceptada y tanto es así que la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado su propia normativa que regula la posibilidad de determinar en un documento de voluntades anticipadas no recibir tratamientos que él pueda considerar fútiles.

Hay que diferenciar los términos LET y eutanasia ya que aunque ambas tienen como finalidad la muerte del paciente, en el caso de la eutanasia es el paciente quien decide libremente que quiere acabar con su vida por no entenderla soportable aunque en la LET se reconoce por parte del equipo asistencial que la muerte será inevitable y no se pretende prolongar la situación de enfermedad.

El rol de enfermería en el contexto de la LET no está claramente definido y por ello se hace necesaria la elaboración de protocolos o guías de actuación en cada una de las unidades, donde se clarifiquen los roles de cada uno de los profesionales involucrados en la LET y se establezcan los objetivos de la discusión interdisciplinaria. Es importante potenciar la figura de la enfermera como un integrante más del equipo sanitario con un papel activo en la toma de decisiones sobre la limitación terapéutica. Pero para poder desempeñar este rol, la enfermera debe poseer una claridad conceptual en torno a los términos anteriormente mencionados, para así poder analizar y abordar dilemas morales en el manejo de los enfermo, cuando se producen conflictos de valores.

AGRADECIMIENTOS

El presente Trabajo de Fin de Grado es un esfuerzo en el cual varias personas leyendo y opinando me han acompañado en momentos en los que me he sentido perdida.

Agradezco al Profesor Roger Campione la tutorización de este trabajo y sus atinadas correcciones. A la doctora Olaia Romero por la atenta lectura de este texto y por sus comentarios en todo el proceso. A Neketxu Egüés, Rosa López y Carmen Zubeldia, enfermeras que me han guiado durante los *practicum* y quienes me han dado su punto de vista y me han orientado hacia la elección del tema desarrollado.

Muchas gracias a todos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández del Riesgo M. El fracaso de la modernidad: la muerte silenciada. In: De la Torre J, editor. La limitación del esfuerzo terapéutico Madrid: Universidad Pontificia de Madrid; 2006. p. 19.
- (2) Gracia D. Limitación del esfuerzo terapéutico: lo que nos enseña la historia. In: De la Torre J, editor. La limitación del esfuerzo terapéutico Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2006. p. 49.
- (3) Iceta Cavicagogeascoa M. El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica. 2008; Disponible en: http://www.unav.es/humbiomedicas/gherranz/pagina_4.html. Accessed febrero, 2014.
- (4) España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, 15 de noviembre de 2002.
- (5) Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Departamento de Salud, Educación y Bienestar EE UU 1979.
- (6) España. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio de Oviedo. Boletín Oficial del Estado, núm. 251, 20 de octubre de 1999.
- (7) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía ética médica. Julio 2011.
- (8) Extremadura. Ley 10/2001, de 28 de julio, de Salud de Extremadura. Boletín Oficial del Estado, núm. 177, 25 de julio de 2001.
- (9) Comunidad Foral de Navarra. Ley foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 129, 30 de mayo de 2002.
- (10) Aragón. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. Boletín Oficial del Estado, núm. 121, 21 de mayo de 2002.
- (11) La Rioja. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 106, 3 de mayo de 2002.
- (12) Castilla y León. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 103, 30 de abril de 2002.
- (13) Rojas I, Vargas I, Ferrer L. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Ciencia y Enfermería XIX 2013; 3.
- (14) Adams J, Bailey D, Anderson R, Docherty SL. Nursing roles and strategies in end-of-life decision making in acute care: a systematic review of the literature. Hindawi publishing corporation 2011 July 2011.
- (15) Ricou B, Dol S, Gardaz V. Accompagnement de fin de vie aux soins intensifs. Revue médicale suisse 2011; 7:2440.

- (16) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Problemas éticos al final de la vida. 2014; Disponible en: http://www.secpal.com/guia-sm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7. Accessed febrero, 2014.
- (17) Juan Pablo II. *Discurso del Santo Padre Juan pablo II a los participantes en un congreso sobre "tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"*. 2014; Disponible en: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_sp.html. Accessed febrero, 2014.
- (18) Díaz Rubio E, García-Conde J. *Oncología clínica básica*. García-Conde, J. ed. Castellón: Aran Ediciones; 2000.
- (19) Sans Sabrafen J, Abel Fabre F. *Obstinación terapéutica*. 2010; Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>. Accessed febrero, 2014.
- (20) Solsona F. A vueltas con la futilidad. *Eidon* 2013; 40:60-66
- (21) Brody H. The multiple facets of futility. *The Journal of clinical ethics* 1994; 5(2).
- (22) Campione R. *Obstinación terapéutica y tratamiento fútiles: cuestiones interpretativas*. In: Arcos Vieira M, editor. *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho Sanitario Pamplona: Aranzadi*; 2013.
- (23) Andalucía. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial del Estado* 25 de mayo de 2010; núm. 127.
- (24) Beauchamps T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*; 1979.
- (25) Sherwin N. *Cómo morimos: reflexiones sobre la vida*. Madrid: Alianza; 1995.
- (26) Tomás-Valiente Lanuza C. La disponibilidad de la vida desde la perspectiva constitucional. La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales; 1999. p. 295.
- (27) Romeo Casabona C. *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 1994.
- (28) Romeo Casabona C. Decisiones ante la proximidad de la muerte del paciente: interrupción o no iniciación del tratamiento. In: Gómez Tomillo M, López-Ibor J, Gutiérrez Fuentes J, editors. *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia* Madrid: Unión Editorial; 2008. p. 207.
- (29) Consejo Europeo. Recomendación (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Comité de Ministros del Consejo de Europa 12 de noviembre de 2003.
- (30) Gamboa Antiñano F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Medicina Clínica* 2010 Septiembre 2010; 135(9):410.
- (31) Instituto de estadística de Navarra. *Encuesta de condiciones de vida 2003. Práctica religiosa de la población navarra*. 2004.
- (32) World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Ethical principles in intensive care. Ethical guidelines*. *Intens Crit Care Diges* 1992; 11:40.

- (33) Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?. *Anales Sis San Navarra* 2007; 30(3).
- (34) Bouza-Álvarez C. Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo. *Medicina Intensiva* 2004; 28(3).
- (35) Cabré Pericas L, Solsona Durán J. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva* 2002 julio 2002; 26(6).
- (36) De Azcárate P. La República o de lo justo. Libro III. *Obras completas de Platón*. Madrid: Medina y Navarro Editores; 1872.
- (37) Institut Borja de Bioètica. Hacia una posible despenalización de la eutanasia: declaración del Institut Borja de Bioètica. Universidad Ramón Llull Espluges de Llobregat 2005.
- (38) Trueba J. Los marcos asistenciales en la limitación del esfuerzo terapéutico. In: De la Torre J, editor. *Limitación del esfuerzo terapéutico* Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2006. p. 73.
- (39) Asamblea Parlamentaria para el Consejo de Europa. Recomendación 1418, de 25 de enero de 1999, sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. 1999.
- (40) Beltrán Aguirre J. *Derecho Sanitario de Navarra*. Pamplona: Instituto Navarro de Administraciones Públicas; 2005.
- (41) Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, González-Fernández J, Herranz J, et al. Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del dolor* 2010; 17(3).
- (42) Pardo A. Obstinación Terapéutica. *Bioética y Ciencias de la salud*. Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra 2001; 4(4).
- (43) Aguirre J, Antón P, Badin X, Betaneor J, Busquets M, Buxó M. *Bioética y enfermería*. In: Casado M, editor. *Materiales de Bioética y Derecho* Barcelona: Cedecs Editorial; 1996. p. 123.

Otra bibliografía consultada

- Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista de Humanidades Médicas* 2011; 11(2).
- Canteros J, Lafeubre O, Toro M, Herrera C. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2007; 22(2):93.
- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española* 2011; 212(3):134.
- Instituto de Medicina. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 1995; Tomo CXII (Cuaderno Segundo):445.
- Labaca Zabala M. Los conflictos de conciencia del personal sanitario y el ejercicio de la objeción de conciencia. 2014; Disponible en: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6641. Accessed febrero, 2014.

Partarrieu Mejías F.A. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética?. Revista Medicina y Humanidades 2012; 4(1).

Serrano Gallardo P. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2012.

Solís García del Pozo, J., Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Cuaderno Bioético 2013; XXIII:641.

Triage. Película. 2009. Dirigida por Tanovic D. Irlanda: Coproducción Irlanda-Bélgica-España-Francia.