

TOMA DE DECISIONES ÉTICAS: ¿CUÁNDO UNA LIMITACIÓN ES REALMENTE CORRECTA?

ETHICAL DECISION MAKING: WHEN A LIMITATION IS REALLY TRUE?

Idalid Rojas Gualy*

Enfermera. Estudiante de Postítulo Cuidado del Paciente Crítico Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido el 14 de julio, 2013. Aceptado en versión corregida el 14 de octubre, 2013

RESUMEN

*El objetivo del presente artículo es realizar el análisis de una situación acontecida en una unidad de cuidado intensivo (UCI) que requiere una toma de decisión, la cual tiene como consecuencia la limitación del esfuerzo terapéutico en una paciente, generando implicaciones éticas para el personal a cargo. Se describe el caso clínico y a continuación se realiza el análisis mediante el Modelo de Toma de Decisiones del Hastings Center. Este modelo permite la aproximación a la situación a partir de los valores subyacentes. Como comentarios especiales, resaltar la necesidad de realizar la toma de decisiones en equipo, brindar información clara, oportuna y veraz a los familiares del paciente y respetar las decisiones que estos puedan tomar. **Palabras clave:** limitación del esfuerzo terapéutico, implicaciones éticas, toma de decisiones, valores subyacentes.*

ABSTRACT

*The aim of this paper is to perform the analysis of a situation, given in an intensive care unit that requires a decision-making which results in the limitation of treatment in a patient, generating ethical implications for staff in charge. We describe the clinical case and then the analysis is performed using the model of decision making Hastings Center. This model allows the approach to the situation from the underlying values. As special comments, highlight the need for decision making in teams, providing clear, timely and reliable information to relatives of the patient and respect the decisions that they can make. **Key words:** limitation of treatment, ethical implications, decision-making underlying values.*

* Correspondencia e-mail: irojas3@uc.cl

INTRODUCCIÓN

La primera aproximación a la realidad de las unidades de cuidado intensivo la tenemos a mediados del siglo XIX, cuando la enfermera Florence Nightingale organizaba a los soldados heridos en la guerra de Crimea de acuerdo a criterios de gravedad. De esta forma, se establecían ya criterios de ingreso para los pacientes a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)¹.

Las UCI se caracterizan por ser lugares donde se encuentran los suficientes recursos materiales, equipos, y profesionales especializados para brindar un cuidado óptimo al paciente que presente un compromiso o riesgo de compromiso de sus funciones vitales, basados en principios éticos, de seguridad y organización que garanticen su bienestar¹.

La atención de los pacientes en la UCI debe estar basada en principios éticos debido a que en algunos países el número de camas es insuficiente para responder a la demanda². Por lo tanto, desde el ingreso a la unidad se debe actuar con responsabilidad, determinando cuál será el paciente que se beneficiará más de los recursos terapéuticos, considerando que su proceso de enfermedad puede ser potencialmente reversible.

Sin embargo, hay momentos en que después de un ingreso justificado, la evolución del paciente es desfavorable y las expectativas desaparecen. Es en este momento que se hace razonable considerar la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)³.

La LET es entonces una situación que debe ser evaluada por el equipo multidisciplinario de la UCI² y los familiares del paciente, para realizar una toma de decisión basada en los principios de no maleficencia y justicia, actuando en la búsqueda del mayor bien posible para el paciente, respetando sobre todo su autonomía⁴.

A continuación se realizará un análisis de un caso ético-clínico a partir del Modelo del Hastings Center, sobre una paciente de sexo femenino, 20 años de edad, la cual cursa con un cuadro séptico,

que deriva en una Encefalopatía Hipóxico Isquémica y daño irreversible, por lo cual el equipo de médicos residentes decide realizar LET. Sin embargo, al ser comunicada esta decisión a la familia, no se obtiene la mejor respuesta debido a que son personas de fuertes creencias religiosas y confían en que algo pueda suceder. Pese a lo anterior, en un momento de gran necesidad de camas en la UCI, se termina de forma abrupta con la vida de la paciente a consecuencia de la LET. La decisión tomada genera en el personal de la unidad ciertas implicaciones éticas por la forma en la que se realiza el procedimiento.

Se conoce que la prevalencia de la LET en las UCI en Chile es de alrededor del 10% y que no en todas las instituciones de salud existe un protocolo de actuación para el momento en el que se presente esta situación⁵. También se sabe que es frecuente que el personal de enfermería manifieste su inconformidad por no ser tomado en cuenta al tomar este tipo de decisiones⁶.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ANÁLISIS

La inquietud de realizar este análisis surge al interior del curso Ética y legislación de enfermería. La reflexión se realiza en torno a una situación ético-clínica que ha sido presenciada y que involucra algún tipo de conflicto en relación a la toma de decisiones.

El primer objetivo es realizar una descripción detallada de la situación, donde se describen cada una de las etapas por las que pasa el paciente, el tipo de relación que existe entre la persona y la familia, el grado de actuación de cada uno de los involucrados (paciente, familia y personal de salud) y finalmente la forma en la que se toma la decisión.

A continuación, se realiza la elección del modelo de análisis ético-clínico a partir del cual se llevará a cabo el desarrollo del caso.

Finalmente, se aplica mediante la reflexión cada una de las etapas del Modelo elegido para este caso, el del Hastings

Center, manteniendo la imparcialidad al momento de emitir un juicio ético y considerando la perspectiva de cada uno de los actores involucrados.

CASO CLÍNICO

En este caso clínico se ven involucrados dos pacientes. La paciente N° 1 es una persona de 20 años de sexo femenino con los siguientes diagnósticos: a) Peritonitis diseminada de origen apendicular, b) Sepsis de foco abdominal, y c) Shock séptico; en unidad de cuidado intensivo. Esta paciente había sido trasladada desde un centro de referencia de menor complejidad, donde había recibido una atención inicial (observación por cinco días por un dolor abdominal a estudio) y luego intervención quirúrgica en pabellón de urgencia por compromiso hemodinámico a un hospital regional de mayor complejidad por requerimiento de terapias adicionales. Desde el ingreso al servicio, la paciente se encontró en muy malas condiciones, requiriendo soporte de medicamentos vasoactivos para mantener parámetros vitales estables. Inicialmente el objetivo con la paciente fue estabilizarla, para luego ser llevada a pabellón, puesto que tenía una laparotomía exploratoria abierta cubierta con una Bolsa de Bogotá que había sido realizada en el centro de menor complejidad, la cual requería lavados adicionales para controlar el foco infeccioso.

Durante su hospitalización, que duró aproximadamente seis días, solo pudo ser llevada una vez al servicio de pabellón, debido a que posterior a esto su condición se deteriora aún más. Los requerimientos de medicamentos vasoactivos aumentan al igual que los parámetros ventilatorios. La evaluación del equipo de cirugía y de cuidado intensivo, considera que la paciente ha tenido una pobre evolución clínica pese a que está recibiendo toda la terapia disponible para su manejo (antibiótico de elección para el posible germen, soporte vasoactivo, sedación, analgesia y soporte ventilatorio).

La paciente tiene programada una intervención quirúrgica para un segundo lavado, sin embargo, esta intervención es retrasada luego de que al evaluarse el estado hematológico de la paciente, esta se encuentra con tiempos de coagulación prolongados y anémica; por lo que se decide apoyarla con transfusiones de derivados sanguíneos y dependiendo de la evolución, considerar la cirugía para el día siguiente.

Horas más tarde el panorama cambia, y luego de que en una valoración por parte de la enfermera a cargo, esta nota que pese a la disminución de la sedación que hasta ese entonces se había mantenido en muy altas dosis, la paciente, esta permanece en estado comatoso. Se informa de inmediato la situación al residente, quien decide realizar una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo. Lo que encuentra no es para nada esperanzador, la paciente presenta una Encefalopatía Hipóxico Isquémica, con Edema Encefálico. Esta condición, a juicio del residente, no es reversible, por lo que el siguiente paso a seguir es informar a la familia el nuevo hallazgo e iniciar medidas para limitar el esfuerzo terapéutico.

Se establece una reunión con la familia para informar el estado de la paciente, comunicándoles que en algún momento durante la estancia la paciente tuvo algún tipo de complicación que hizo que su cerebro sufriera, generando grandes cambios en su interior, que le ocasionaron un grave daño del que posiblemente la paciente no se pueda recuperar. Se informa a la familia que médicamente no existe ninguna opción terapéutica y que inevitablemente la paciente va a fallecer, por lo que se ha decidido hacer limitación de la terapia.

En este punto es importante resaltar que la familia aunque se muestra tranquila por toda la información que está recibiendo, refiere que su decisión es la no suspensión de la terapia ya que ellos son personas con grandes arraigos religiosos (cristianos) y tienen la esperanza de que pueda haber algo de tipo sobrenatural que lleve a la restauración de su familiar.

En la unidad se toman las medidas del caso, y a pesar de la decisión de la familia, se decide suspender toda la terapia de la paciente, que incluye disminuir el aporte dado por el ventilador mecánico, disminuir los medicamentos que mantenían los parámetros de tensión arterial y frecuencia cardíaca. Este tipo de acciones traen como consecuencia el inevitable curso de la enfermedad y por lo tanto el deterioro progresivo de la paciente (disminución de la presión arterial, de la saturación de oxígeno y de la frecuencia cardíaca).

En un momento, el servicio de referencia del hospital comunica que existe una persona (paciente N° 2), la cual se encuentra en otra institución y requiere ser ingresado a la unidad para manejo. El residente a cargo de la unidad en ese momento encuentra que la única opción posible para recibir al otro paciente en el servicio es ubicarlo en la unidad en la que se encontraba la paciente N° 1. Haciendo este análisis, decide solicitar el retiro de la familia de la unidad, la que había acompañado a la paciente en su proceso de muerte, y cuando ellos se han retirado apagar en un instante todos los soportes: ventilador, medicamentos y suspender la monitorización sin consultar o informar a los demás miembros del equipo de salud (enfermera y paramédico) a cargo del cuidado del paciente. Posterior a esto, la paciente fallece y se comunica a los familiares, a quienes solo se les permite el ingreso por un espacio mínimo de tiempo, porque se necesitaba desalojar la unidad para realizarle aseo y permitir el ingreso del otro paciente en espera. Sin embargo, al fallecer la paciente, otro enfermo también muere en la unidad y se habilitan dos camas.

DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos de la bioética ha sido el elaborar marcos metodológicos que faciliten el análisis y la resolución de los conflictos que surgen en la práctica clínica diaria⁷. Tal como lo señala Amaro⁸, para evaluar la práctica pro-

fesional, no solo se debe tener en cuenta la calidad de la atención, sino que además es necesario realizar un análisis de la conducta moral del profesional. Los bioeticistas, con el transcurrir de los años, han elaborado modelos que permiten hacer el análisis de la situación; unos desde los principios involucrados, y otros desde las consecuencias de estos actos y algunos posteriores que involucran los dos aspectos.

Modelo sincrético del Hastings Center (1968)⁸

El Modelo del Hastings Center permite hacer un análisis del caso a partir de los valores morales involucrados. Este análisis se centra principalmente en los valores relacionados con las necesidades de las personas, y busca tomar una decisión que respete los deseos del paciente y que en definitiva sea la que mayor bienestar le genere. En este caso, debido a que la condición de la paciente no le permite realizar la toma de decisiones, la familia se convierte en el sustituto de esta y son ellos en definitiva quienes deben elegir.

En relación a lo anteriormente descrito y teniendo en cuenta el caso clínico, es necesario preguntarse: ¿Actuó de forma correcta el médico residente al suspender toda la terapia y acelerar el proceso de muerte de la paciente N° 1 para facilitar el ingreso del paciente N° 2?

Valores éticos subyacentes

- Muerte digna de la paciente, definida socialmente como aquella en la que se han proporcionado los medios materiales, humanos y espirituales para que el tránsito hasta la muerte se haya realizado sin sufrimiento y con el apoyo necesario⁹. En este caso, para ser posible una muerte digna se requiere del acompañamiento de la familia.
- Respeto, del latín *respectus*, que quiere decir atención o consideración. Considera reconocer que alguien o algo tiene un valor por sí mismo. Es un valor que permite al hombre reconocer, aceptar,

apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos¹⁰. Por lo tanto, el respeto en este caso aplica a dos personas distintas:

- a) La familia del paciente N°1: En este caso en particular no se atendieron las necesidades de la familia. La necesidad de interactuar con su familiar hasta el último minuto, o la necesidad de tener información clara y veraz.
 - b) El personal de enfermería a cargo de la paciente N° 1: El respeto se relaciona con el reconocimiento de los derechos. En este caso no se reconoció el derecho que tenían los involucrados en el cuidado de la paciente a participar de la toma de decisiones. No hubo oportunidad de iniciar una discusión acerca del procedimiento a realizar y la forma en que se iba a llevar a cabo.
- Vida. Como valor se sobrepone a todos los demás, debido a que sin ella no podríamos gozar de los otros bienes y valores¹¹. Por lo tanto, siempre el conservar la vida de un ser humano debe ser un fin. El paciente N° 2 necesitaba estar en una UCI donde pudiera recibir la terapia disponible para la restauración de su salud y el mantenimiento de su vida.
 - Honestidad. Este valor se representa al comprometerse y expresarse con coherencia y autenticidad (decir la verdad)¹². Se faltó a este valor al no informar a los familiares de la paciente N° 1 el verdadero motivo por el que se les estaba retirando de la habitación y la forma en la que se estaba llevando a cabo la intervención médica con ella.
 - Bienestar del paciente. El propósito principal es el beneficio hacia los dos pacientes, en primer lugar evitando la obstinación terapéutica por la paciente que ya no tiene esta opción, y en segundo lugar, por el paciente N° 2 que requiere ser ingresado a la unidad y

necesita los tratamientos que solo se pueden proporcionar en este lugar.

- Equidad. En este caso se aplica como principio material en el que se debe hacer una adecuada distribución de los recursos disponibles, brindando un apropiado manejo terapéutico al paciente¹³. Se traduce en dar a cada paciente lo que necesita. La paciente N° 1 no podía beneficiarse de ninguna manera de su estadía en la unidad, pues todos los soportes para ella ya habían sido administrados sin un buen resultado. Por el contrario, el paciente N° 2 había sido evaluado médicamente y un ingreso a la unidad, con un adecuado manejo, podría revertir su estado de enfermedad.
- No hacer daño. Es claro al establecer que en toda intervención médica se debe evitar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. La actuación del residente estuvo principalmente enfocada en este punto, debido a que la discusión giró alrededor de evitar una obstinación terapéutica con la paciente N° 1. Además, se debe tener en cuenta que el paciente N° 2 requería de una atención en la unidad y el retrasar su ingreso podría haber sido perjudicial para él.
- Libertad. El objetivo principal del Modelo del Hastings Center es el respeto por la autonomía del paciente, esto significa respeto por sus deseos. Sin embargo, cuando esto no es posible, la responsabilidad ética y legal con respecto a la toma de decisiones es del sustituto jurídico, posición que también puede ser ocupada por un familiar cercano. Es responsabilidad de todo el equipo de salud respetar y hacer respetar las decisiones de la familia¹⁴.

Evaluación y decisión

- La paciente N° 1 tenía muy mal pronóstico, y no existía ninguna opción terapéutica disponible para ella en el servicio. La Encefalopatía Hipóxico Isquémica se caracteriza por la interrup-

ción de los nutrientes vitales al encéfalo (oxígeno y glucosa) en grado suficiente para generar un daño potencialmente irreversible¹⁵.

- El personal de salud ya había decidido limitar la terapia con la paciente N° 1, aunque la familia aún conservaba la esperanza de una posible recuperación. Las creencias religiosas juegan un papel muy importante en la toma de decisión de las personas, con respecto a la suspensión de terapias al final de la vida¹⁶. La esperanza es algo referido por los familiares como una de sus principales necesidades¹⁷, es por eso que asumir la muerte como algo inevitable puede resultar difícil y debe ser comprendido por el personal de salud.
- El paciente N° 2, quien estaba a la espera para ingresar a la unidad, posiblemente tenía mayor probabilidad de recuperación y requería de terapias que tan solo en el servicio se podían ofrecer.
- La decisión no había sido concertada con los familiares de la paciente (sustitutos), y aunque se había hecho una primera aproximación, la decisión final no había sido tomada.
- El personal de enfermería a cargo del cuidado del paciente, no participó de la decisión que se estaba tomando.
- No existió ningún tipo de consultoría al comité de ética de la institución acerca del procedimiento a llevar a cabo. Las estadísticas señalan que en Estados Unidos las consultorías al comité de ética son de apenas 2 a 3 casos en el año y entre las razones para no llevar a cabo dicha consultoría se destacan: demora entre la solicitud y reunión del comité, tiempo necesario para preparar y presentar el caso, y desconocimiento de las ventajas de recibir recomendaciones para sus decisiones¹⁸.

Identificar a la persona responsable o a quien tiene que tomar la decisión

- En este caso los responsables de tomar la decisión habían sido identificados

y eran los padres. Sin embargo, estos aún no tenían tomada la decisión respecto a cómo proceder. Eran personas de fuertes creencias religiosas que conservaban la fe y la esperanza en que algo divino pudiera generar un cambio en el estado de salud de la paciente.

- Por otro parte, una decisión que implica la suspensión de terapias de forma tan abrupta, debe ser una situación comunicada al personal a cargo del cuidado de la paciente; independiente de si la decisión se tomó en forma conjunta con los familiares a cargo o no.

Toma de decisión

- La toma de decisión fue realizada de forma unilateral por parte del médico residente. No hubo una nueva consulta a la familia acerca de lo que podría ser una "opción" en el momento, y no se dio el espacio para el debate con los demás miembros del equipo. Finalmente, el acto realizado fue la decisión de una sola persona.

Documentación de la decisión

- El residente tuvo en cuenta todo el proceso llevado a cabo en la unidad con la paciente, revisando en la ficha clínica los registros de su evolución y el estado actual de esta. Además, se tuvo en cuenta el reporte de la TAC de cráneo que se había tomado el día anterior y el análisis dado por otro médico residente.
- La decisión de limitar la terapia fue evaluada por todo el equipo de residentes de la unidad, quienes concluyeron que no existía ninguna opción terapéutica para la paciente y por lo tanto se debía suspender la terapia.
- Además, el equipo médico evaluó la evidencia que existe alrededor de la Encefalopatía Hipóxico Isquémica y el pronóstico de vida que existe para estos pacientes, además de todo el daño que se había generado en la paciente por la inflamación y el edema.

Cumplir la decisión

- No hubo ningún tipo de decisión-consulta, se hizo únicamente lo que el residente consideraba pertinente en ese momento.
- No se cumplió la decisión, debido a que la decisión tomada por el equipo médico y la familia no era la de suspender la terapia.
- El residente cumplió con la decisión tomada por el equipo médico, puesto que ya habían determinado la limitación de la terapia.

Cambiar la decisión si fuere necesario

- Teniendo en cuenta la disponibilidad de otra unidad, se hubiese podido permitir a la paciente tener un proceso de muerte digno en compañía de la familia.
- A la familia se le debió permitir acompañar a su ser querido hasta el último momento, y no lo que se hizo, de retirarlos de la unidad y apagar los equipos; primero, sin el consentimiento de la familia, y segundo, ocultándoles lo que se iba a hacer. Tal como lo señala Kübler-Ross, las etapas de duelo que se viven en un paciente también se reflejan en sus familiares generando ansiedad y cambios actitudinales¹⁹. Oviedo *et al.*²⁰ resaltan que es deber del personal médico y de enfermería valorar la capacidad y los recursos de la persona en duelo para poder hacer frente a sus pérdidas. El Trastorno de Estrés Postraumático es una patología prevalente (hasta 60%) en los familiares de pacientes en UCI y se asocia a la percepción del familiar de una inadecuada información por parte médica y al estar involucrado en la toma de decisiones de limitación de terapias en el paciente²¹.

Objeciones y retos

- La decisión debió ser consultada por el residente, con los familiares y con el personal que se encontraba a cargo del

cuidado de la paciente, sin embargo, esto no se realizó.

- Al hablar de igualdad, debemos decir que los dos pacientes deben tener la misma oportunidad de ingresar a la UCI o de permanecer en ella. Pero a veces, cuando una única unidad es disputada por dos pacientes, el decidir cuál de los dos debe estar en ella es en realidad complicado; lo único a lo que podemos recurrir es a evaluar quién se beneficiará más de su estadía allí. Pudiéramos decir que en este caso en particular quien más se beneficiaba era el paciente N° 2.
- Ahora bien, en el ámbito de la salud, el valor de la vida prevalece sobre todo lo demás. Tal como lo establece el Juramento Hipocrático, "... la salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones..."²², y de esta forma se podría justificar la actuación del residente al encontrar, según él, la mejor alternativa para los dos paciente. Por otro lado, se debe tener en cuenta que la paciente no tenía ningún pronóstico, pero aun de esta forma, la muerte también se hace parte del proceso de la vida y todas las personas merecen que esta sea llevada con respeto y dignidad, lo cual no ocurrió en este caso. La familia y la paciente merecían llevar adelante esta situación con paz y tranquilidad, respetando su momento de intimidad y no con la ansiedad y el estrés en que se llevó a cabo.
- El paciente moribundo e inconsciente, también es una persona que merece respeto y que se le trate de forma digna. Sin embargo, en algunas ocasiones cuando los pacientes se encuentran en estas condiciones, el personal de salud se permite cierto tipo de actuaciones, que si bien su principal objetivo es evitar prolongar el sufrimiento a la familia y al paciente, terminan vulnerando sus derechos sin lograr asumir ningún tipo de responsabilidad.

CONCLUSIONES

Cuando debemos tomar una decisión ética en un escenario del campo de la salud y optamos por sobrellevar esta carga solos, la situación se torna un poco complicada y podemos llegar a ser insensibles ante las necesidades de las demás personas. Por esta razón es necesario que la realización de un juicio ético frente a una situación sea un proceso consultado con los demás integrantes del equipo de salud y con los familiares del paciente cuando es necesario.

Los profesionales de la salud de las diferentes áreas, pueden emitir un juicio ético, visualizando la situación desde distintas perspectivas, debido a que perciben a la persona-paciente desde el campo que su profesión se los permite. Por ejemplo, el objetivo médico siempre será la restauración de la salud, por lo tanto, su visión estará centrada en este aspecto, mientras tanto el enfoque enfermero es biopsicosocial y centrado en las respuestas humanas del paciente ante la enfermedad.

El establecer un protocolo de actuación y el contar con un comité de ética al que se le haga partícipe en este tipo de decisiones es necesario en cada una de las instituciones de salud. La ley de Deberes y Derechos de los Pacientes¹⁰ destaca la participación de los comités de ética como entidades que pueden emitir recomendaciones en el caso de que los familiares o el paciente hayan rechazado la opción de limitación de terapias²³.

Siendo la limitación de terapias una situación que genera tanto estrés en la familia, es necesario que las instituciones de salud que llevan a cabo esta práctica, cuenten con un equipo de profesionales multidisciplinario que brinde asesoría y orienten a los familiares en el afrontamiento del duelo.

Finalmente, debemos decir que la pérdida de la vida de un paciente sobre quien más trae repercusiones, es sobre la familia de este. Por lo tanto, cuando la autonomía del paciente no puede ser ejercida por su

condición de salud, la responsabilidad de tomar una decisión recae principalmente sobre la familia, la que hace las veces de subrogante del paciente, tal como lo establece la ley¹⁰. Sin embargo, para que una decisión de este tipo sea tomada de forma consciente, el personal de la institución debe brindar información a la familia de forma clara, concreta, honesta y oportuna en cuanto a la condición y pronóstico del paciente.

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Ivonne Vargas Celis, docente del Curso Ética y legislación de enfermería, por sus valiosos aportes en la construcción del texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gómez O, Salas L. Manual de enfermería en cuidados intensivos. 2ª ed. Barcelona: Monsa-Prayma; 2008.
- 2 Randall J, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet*. 2010; 375: 1347-53. DOI:10.1016/S01406736(10)60143-2.
- 3 Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. Paciente en estado crítico. 3ª ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia; 2003.
- 4 Batiz J, Loncan P. Problemas éticos al final de la vida. *Gac Med Bilbao*. 2006; 103: 41-5. Disponible en: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=7
- 5 Fernández R, Baigorri F, Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med Intens* 2005; 29(6):338-41. Disponible en: www.elsevier.es/sites/default/files/.../64v_29n06a13078000pdf001.pdf
- 6 Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, et al. Discrepancies between perceptions by Physicians and Nursing Staff of Intensive Care Unit End-of-Life Decisions. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 167: 1310-1315. DOI: 10.1164/rccm.200207-752OC.
- 7 Royes A. Bioética y práctica clínica. Propuesta de una guía para la toma de decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Calidad Asistencial*.

- 2005; 20(7): 391-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v20n07a13081935pdf001.pdf>
- ⁸ Amaro MC. Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de enfermería. *Rev Cub Enferm.* 2004; 20(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf07304.htm
- ⁹ Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo y sus problemas actuales. *Rev Hum Med.* 2011; 11(1). Disponible en: revistahm@finlay.cmw.sld.cu
- ¹⁰ Real Academia Española. Definición de concepto de respeto. Disponible en: <http://definicion.de/respeto/>
- ¹¹ Ventura P. Sentido y valor de la vida humana: un imperativo interdisciplinar. Disponible en: <http://www.pastoraluc.cl/web/index/2011/02/25/sentido-y-valor-de-la-vida-humana-un-imperativo-interdisciplina/>
- ¹² Definición ABC. Definición de Honestidad. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/honestidad.php>
- ¹³ Márquez E. Principios bioéticos para la toma de decisiones aplicando borrosidad en el marco de la complejidad. *Publicaciones en Ciencias y Tecnología.* 2011; 5(1): 15-26. ISSN:1856-8890.
- ¹⁴ Meisel A. End-of-Life Care, En From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns. Ed. Mary Crowley (Garrison, NY: The Hastings Center. 2008; 51-4.
- ¹⁵ López JU. Actualidades en encefalopatía hipóxico-isquémica. *Plasticidad y restauración neurológica.* 2003; 2(2): 133-137. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2003/prn032h.pdf>
- ¹⁶ Latour JM, Fulbrook P, Albarrán JW. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care. *Nurs Crit Care.* 2009; 14(3): 110-21.
- ¹⁷ Gómez P, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidado intensivo. La repercusión en el familiar del paciente. *Bol Psicol.* 2006; 87: 61-87. Disponible en: www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf
- ¹⁸ Beca JP, Koppmann A, Chávez P, Delgado I, Solar S. Análisis de consultoría ético-clínica en cuidado intensivo. *Rev Méd Chil.* 2010; 138: 815-20. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n7/art04.pdf
- ¹⁹ Gala FJ, Lupiani M, Raja R, Guillen C, González JM, Villaverde M, Alba I. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense.* 2002; 30: 39-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn30/original4.pdf>
- ²⁰ Oviedo SJ, Parra FM, Marquina M. La muerte y el duelo. *Enferm Glob.* 2009; 15: 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
- ²¹ Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Resp Crit Care Med.* 2005; 171: 987-94. DOI: 10.1164/rccm.200409-1295OC.
- ²² Castro R. Nueva versión del juramento hipocrático. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública.* 2002; 87: 98. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_87/cua1287.htm
- ²³ Ministerio de Salud. Ley 20584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas en su atención en salud. Disponible en: www.leychile.cl