

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (A.E.T.). Aplicación en un caso pediátrico

MARÍA ISABEL DÍAZ ZORITA^a Y MARÍA DEL PILAR SÁNCHEZ^a

RESUMEN

En nuestra tarea médica, frecuentemente se afrontan situaciones dilemáticas. En este artículo se presenta el caso de un paciente de cinco meses de edad, portador de una patología congénita grave de pronóstico adverso que no respondió al tratamiento adecuado. Su estado general era cada vez más comprometido. El sufrimiento creciente que ocasionaba cualquier acción médica, ofrecía gran dificultad para controlar el dolor físico. Se analiza lo arduo de ciertas decisiones, la oportunidad de la adecuación del esfuerzo terapéutico, el dilema entre beneficencia y no maleficencia, considerando y valorando la calidad de vida del paciente. Se destaca la significación de la consulta al Comité de Bioética.

Palabras clave: *Adecuación del esfuerzo terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico, futilidad, proporcionalidad, Bioética.*

SUMMARY

One of the main problems in pediatrics related to the end of life is the limits to therapeutic efforts. This paper is about a five months patient with a severe disease and poor recovering prognosis. The great suffering of the patient and the pain made difficult to make decisions. The article analyzes the dilemma and the significance of consulting Bioethics Committee

Key Words: *Life sustaining treatment, limits of therapeutic efforts, futility, proportionality, Bioethics.*

INTRODUCCIÓN

Los avances y éxitos de la medicina plantean dilemas éticos cada vez más difíciles de resolver. Enfermedades que antes causaban la muerte en corto plazo, ahora tienen tratamiento. Así mismo se ha extendido en forma significativa la sobrevida de pacientes crónicos.

Pacientes en los que no existe la posibilidad de curación, o al menos de una vida relativamente aceptable, ¿se les puede prolongar el sufrimiento más allá de lo humanamente soportable y lógico?, ¿con el propósito de lograr la curación, corresponde a los médicos aceptar o no la frustración de la muerte del paciente, y/o seguir aplicando diversas terapias? Muchas veces, dichos tratamientos son fútiles. En ocasiones, se reaniman pacientes que no tienen posibilidad de curación o de sobrevida en condiciones tolerables. Estas acciones han dado lugar a expresiones tales como la de “encarnizamiento terapéutico”, que se aplica a pesar de las justificaciones médicas. La irracionalidad del proceder es evidente, y su práctica usual.¹

Como muy bien plantea el filósofo estadounidense Tom L. Beauchamp (1939-): “No existirían estos dilemas si los principios morales discurrieran en línea recta y nunca se entrecruzarán”.²

Se aplica el término de “Futilidad del tratamiento” cuando una medida terapéutica no aporta beneficio al paciente o bien puede producirle perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio.³

Surge entonces el interrogante: ¿de qué manera un profesional que trabajó toda su vida en una terapia intensiva, aportó conocimientos y esfuerzos para que un paciente se mantuviera vivo aún en situaciones críticas, puede comprender que en algunos casos su misión es ayudar a morir dignamente?

En el caso del enfermo terminal, se deberá examinar exhaustivamente su situación general, su estado actual, definir su diagnóstico y evaluar las posibilidades terapéuticas. Lo esencial es que se brinde la mejor atención en la circunstancia que le ha tocado vivir a ese individuo.⁴

a. Médicas Miembros del CBC HNRG.

Cuando se trata de patologías graves que no tienen cura y producen mucho sufrimiento, lo deseable es acompañar con cuidados paliativos hasta el final de la vida y no proceder con la práctica del “ensañamiento terapéutico”.⁵

Desde la época hipocrática han existido planteos limitantes para la atención médica, en relación con la antigua máxima: *primum non nocere*.

La razón ética apuntaba a no provocar al paciente un sufrimiento mayor que el eventual beneficio aportado por el tratamiento. Esta premisa es el fundamento del término “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” (LET) o mejor “Adecuación del Esfuerzo Terapéutico” (AET).⁶

En cuanto a los Cuidados Paliativos, diseñados por la Sra. Cicely Mary Strode Saunders (1918-2005),⁷ su propuesta se planteó como la vía intermedia entre las alternativas existentes hasta ese momento: opciones de tratamientos agresivos para prolongar la vida, el recurso de la eutanasia o el suicidio asistido, como únicas posibilidades. Desde su perspectiva se acepta la muerte como fin natural de la vida. Con los cuidados adecuados, los pacientes pueden morir sin dolor, en paz y con dignidad. A partir de allí se desarrollaron nuevas técnicas para lograrlo promoviendo la comprensión de la importancia de controlar la analgesia y abogar por el uso legal de opioides para tal fin. Además del manejo del dolor, proponen el control de los síntomas y la preservación del potencial humano hasta el final de sus días. Pero sí incluye la posibilidad de rechazo de hidratación y/o nutrición, o el uso agresivo de narcóticos hasta llegar a la sedación e incluso, en algunas oportunidades, a la depresión respiratoria.

Otra de sus características consiste en promover una comunicación abierta y honesta con los pacientes y la familia, involucrándolos en las decisiones médicas y respetando los gustos, creencias y necesidades del enfermo. Para los médicos paliativistas, la familia tiene un rol fundamental. Se trabaja con ellos en el área médica, psicológica y espiritual, para que acompañen y respalden al paciente.⁷

Si esta conducta resulta complicada en general, es mucho más difícil y plantea aún más cuestionamientos éticos, cuando el paciente es un recién nacido o un niño. Una de

las razones es que serán los padres los que tomarán la decisión de pedir o aceptar la Limitación o la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. La situación suele generar en los padres gran tensión y angustia.

Con frecuencia sucede que no todos los miembros del equipo tratante tienen la misma opinión. Entran en juego experiencias, emociones, distintas posturas frente al sufrimiento y la muerte. También, por qué no, puede influir el temor a obrar fuera de la ley.

Como expresa la Dra. María Martha Cúneo: “Abordar la limitación de las terapias en este tipo de pacientes, exige someterse a un proceso de evaluación y confrontación de los diferentes puntos de vista, tratando de conciliar las distintas opiniones, compartir las responsabilidades y dilucidar cuál es el mayor bien para el niño en su situación concreta, que siempre es única”.⁸

Los Comités de Bioética de las instituciones pueden colaborar en el análisis, fundamentación y mejor resolución de estos dilemas. Se reúnen sus miembros: profesionales que ejercen distintas disciplinas y otras personas de la comunidad sin contacto con el área de Salud; discuten cada uno de los temas puntualizados previamente y analizan los elementos y matices que componen los problemas éticos, desde muy diversas ópticas.

LA CONSULTA

A continuación describiremos un caso consultado al Comité de Bioética Clínica del HNRG, CABA. Analizaremos las situaciones que vivió un niño gravemente enfermo, su historia clínica, motivo de consulta, algunas reflexiones para la solución del dilema, el dictamen entregado a los consultantes y las conclusiones.

La consulta fue realizada por la Unidad de Neonatología (U2) del Hospital, los datos del paciente fueron volcados en el Formulario de Consulta del Comité, sumados a los obtenidos en la reunión de presentación del caso, con la presencia de los miembros del Comité y del Equipo de Salud consultante. Este equipo contaba además con profesionales de consulta permanente de los servicios de Dermatología, Cirugía Plástica, Quemados y Psicopatología.

Se trataba del paciente M.V.T. internado en esa Unidad desde los nueve (9) días de edad.

Al momento de la presentación contaba con 5 meses de edad.

DIAGNÓSTICO

Epidermolisis ampollar con lesiones extendidas en piel de cara, cuero cabelludo, tronco y miembros. También presentaba graves lesiones en mucosas: fauces, laringe y esófago.

Al momento del ingreso, el paciente se encontraba desnutrido, febril y con dificultad respiratoria la que requería oxígeno por cánula.

En su evolución se observó, que habiendo sido alimentado con leche por gastroclisis, tuvo un buen progreso de peso. Pero por el contrario, tanto las lesiones de piel como las de mucosas, no presentaban ninguna mejoría con el tratamiento instituido. En forma paralela se agravó la dificultad respiratoria y se instrumentó asistencia respiratoria mecánica (ARM). Posteriormente se realizó una traqueostomía y retirándose la ARM.

En el momento de la consulta al Comité, recibía oxígeno por traqueostomía. Por momentos, se encontraba compensado de la dificultad respiratoria y en otros, estaba desconfortable, obstruido y desaturado. Presentaba severas lesiones mucocutáneas antes mencionadas. Resultaba difícil el cuidado y sostén de la traqueostomía y de los sitios de venopunturas, por las lesiones de piel y mucosas. Para el cuidado de la piel era necesario realizar, cada cuarenta y ocho horas, el cambio de vendas más el lavado con colocación de vaselina estéril.

Según refirieron los médicos en la entrevista con el Comité, durante estos procedimientos, el dolor era extremo y requería sedación cada vez más intensa con la consiguiente depresión respiratoria. Tuvo episodios febriles reiterados sin foco constatable, excepto el cutáneo, por lo que debió someterse a numerosos esquemas antibióticos.

Los servicios de Neonatología y Cuidados Paliativos trabajaron en conjunto para brindarle al paciente la analgesia y sedación necesaria, además de contención psicológica y asistencia social a la familia.

El estudio anatomopatológico del material biopsiado indicó que se trataba de una *epidermolisis ampollar simple generalizada*. Sin embargo la evolución clínica fue penosa y severísima, compatible con la variedad acantolítica grave empeorada por el compromiso laríngeo desde el inicio. En general, el

pronóstico de esta enfermedad es adverso.

La familia estaba conformada por la madre de 30 años, el padre de 34 y tres hermanos de 8, 4 y 2 años. Al momento de la presentación al Comité de Bioética, los médicos no habían planteado aún a los padres, la posibilidad de limitar o readecuar el tratamiento.

Los profesionales tratantes refirieron que este niño se presentaba lúcido, vigil, y conectado con el medio, pero a pesar de estar sedado con opioides y las demás indicaciones recomendadas de Cuidados Paliativos, se constataba que padecía discomfort y sufrimiento. La situación detallada, generaba en el personal que lo asistía, sentimientos de angustia y sufrimiento por los resultados cada vez menos efectivos de las terapias.

Dada la evolución de la enfermedad, su forma clínica de grave pronóstico, el estado cada vez más comprometido del niño, el sufrimiento que ocasionaba cada acción médica con una gran dificultad para controlar el dolor, se decidió consultar el caso al Comité de Bioética del Hospital.

Motivo de consulta al Comité de Bioética (Expresado en el Formulario de Consulta)

Frente a la discrepancia entre los profesionales en cuanto a las conductas a seguir y en busca de una decisión unánime del servicio, más allá de quién deba resolver la urgencia:

1. “¿Sería éticamente correcto no iniciar tratamientos invasivos: colocación de una vía endovenosa, toma de muestras de sangre para laboratorio, la administración de ATB endovenosos o alimentación parenteral, siendo que éstos implican mayor sufrimiento para el paciente portador de patología crónica irreversible y de pronóstico reservado?”
2. “¿Sería proporcionado volver a colocar ARM y prolongar el sufrimiento del niño?”

REFLEXIONES

Se trata de un caso de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (A.E.T.) en pos de lo mejor para el niño. Debido a la gravedad y la falta de respuesta al tratamiento, continuar con las terapias invasivas sería gravoso, inútil y desproporcionado.

El paciente tenía cinco meses de vida y el tratamiento no podía, ni curarlo ni mejorarlo. Las limpiezas quirúrgicas, le provocaban gran sufrimiento y empeoraban las lesiones.

El dilema se encuentra entre la *no maleficencia*: no se debe infringir daño, *primum non nocere*, y la *beneficencia* que indica: a) que se debe prevenir el daño, b) que se debe remover el daño, y c) que se debe hacer o promover el bien.⁹

Hay tres situaciones en las cuales se acepta la *Omisión o Adecuación del Tratamiento*:¹⁰

1. Cuando hay muerte cerebral. Aunque la función cardiorrespiratoria pueda mantenerse artificialmente, cuando no hay función cerebral no hay vida, y eso pone fin al tratamiento.
2. Cuando el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente y casi no hay esperanzas de recuperación. En tal caso, la opinión prácticamente unánime, es que no existe obligación legal ni moral de mantener las funciones vitales.¹¹
3. Cuando el tratamiento es manifiestamente inútil. Este término no tiene el mismo significado para todos los profesionales. Para algunos médicos es inútil si no permite recuperar sus funciones perdidas ni mejorar su condición de ser humano. Para otros, sólo puede hablarse de inutilidad del tratamiento en el caso de un niño moribundo que no puede sobrevivir. Está más aceptada la omisión del tratamiento cuando la supervivencia es improbable. Menos aceptada cuando no ayuda para mejorar la condición de "individuo".

La tesis más tradicional fue que la obligación imperativa del médico es favorecer. No perjudicar, sería secundaria si el favorecer resultara imposible. Modernamente la tesis sería la idea contraria: la obligación primaria es no perjudicar.¹²

En el caso de este paciente, no hubo muerte cerebral ni estado vegetativo persistente y es probable que pudiera seguir con vida con una asistencia compleja, adecuada y torturante, por el dolor que le ocasionaba. Cualquier decisión relativa a la *Interrupción* o a una *Adecuación del Tratamiento*, tendría que basarse en evitarle el sufrimiento extremo, cada vez mayor, de cualquier procedimiento que se le hiciera, sin olvidar evaluar la calidad de vida del paciente.

¿Hay casos en los que la calidad de vida de un niño podría ser una razón decisiva para poner fin o no iniciar un tratamiento?

¿Qué importancia debe asignarse a los mo-

mentos de dolor del niño en el balance final?

El paciente ha pasado la mayor parte de su vida en el hospital.

Surge el interrogante frente a esta situación: ¿cuál sería su calidad de vida?

A pesar del tratamiento aplicado, las lesiones cutáneas no mejoraron en cuatro meses y se agregaron lesiones mucosas en fauces, laringe y esófago. Las curaciones que se le realizaban varias veces por día, le causaban intenso dolor a pesar de que se le administraba sedo-analgésia, más intensa y de mayor dosis. Con frecuencia, esta medicación le producía depresión respiratoria profunda e importante. Paralelamente recibía alimentación por gastroclisis e hidratación endovenosa. La traqueostomía requería aspiración varias veces por día; al dolor de las lesiones provocadas por la sonda nasogástrica se sumaban las graves lesiones de piel donde debía fijarse la sonda, lo cual incrementaba su sufrimiento.

El niño se encontraba consciente, por lo que resultaba más difícil la decisión de los profesionales tratantes, de adecuar el esfuerzo terapéutico. No hubiera sido tan complejo si, por ejemplo, se tratara de un paciente en estado vegetativo persistente.

CONSIDERACIONES RESPECTO A LA PROPORCIONALIDAD DE LA INDICACIÓN DE ARM

La Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) está incluida entre las medidas de reanimación. Si el paciente se deprimiera e hiciera un paro cardiorrespiratorio, no sería procedente reanimarlo si luego no se lo conectara a la ARM.

Otros aspectos a considerar

No en todos los casos las medidas de reanimación constituyen un claro beneficio para el paciente. En aquellos cuyo tratamiento resulta fútil, sólo prolongan el sufrimiento y la agonía. Es necesario estimar las cargas y los beneficios para determinar en cada caso, si se debe reanimar o no. Esta decisión debe asumirse antes de que se presente la necesidad de intervenir. La conducta a seguir debe estar decidida y fundamentada, así como considerada con todo el equipo tratante y especialmente con los padres. Tal sería el caso de este niño.

Es imprescindible informar a los padres

cuanto antes que, por causa de la sedo-analgésia, el paciente puede presentar depresión respiratoria grave y eventual paro respiratorio, por lo cual sería necesario colocarlo en ARM y como consecuencia se prolongaría el sufrimiento del niño; además debería ser sedado profundamente, motivo por el cual no estaría conectado con el medio ni con ellos y que dada su evolución, no sería una medida transitoria, sino definitiva y fútil.

En cuanto al lenguaje a emplear para referirse a las indicaciones de reanimación se recomienda utilizar el término “*Instrucciones sobre Medidas de Reanimación*” (IMR) en lugar de “*No Reanimar*” (NR). Las instrucciones son el resultado de la discusión y el acuerdo entre los médicos y el paciente adulto competente o los representantes de un paciente incompetente y con los padres, en el caso de los niños.

Los médicos en general presentan resistencia frente a la instauración de Instrucciones sobre Medidas de Reanimación, IMR.

¿A qué se debería esa actitud?

- a) Para proteger a sus pacientes. En este caso se trataría de un paternalismo mal entendido ya que lo único que se lograría sería un perjuicio al prolongar un sufrimiento ya intolerable e indeseable. En el pasado, temas como la agonía y la muerte, se manejaban mediante lo que los psicólogos denominan el “*conocimiento cerrado*”. El médico sabe que el paciente está muriendo, lo mismo que el paciente (aún niño) y la familia. Todos saben y cada cual sabe lo que los demás lo saben, pero no se habla de ello.
- b) Para evitar reflexionar sobre un tema que los compromete afectivamente. Los médicos de neonatología están capacitados para que sobrevivan los pacientes graves que están al inicio de la vida. Es altamente probable que reflexionar sobre este tema tenga un costo afectivo muy alto. Si hubiera posibilidades de elegir, debiera ser la familia y no el médico, quiénes tomen la decisión.
- c) Frente al temor de enfrentar un juicio si les correspondiera asumir la medida decisoria ante la ambigüedad que presentan las familias en situaciones de duelo.

En síntesis, respetando la autonomía de la familia, su derecho a conocer la verdad y

lo que podría ser más beneficioso para el niño, el médico tiene la obligación de tratar el tema de las Instrucciones sobre Medidas de Reanimación, IMR, cuando la condición del niño lo justifique.

¿La decisión de limitar las medidas de reanimación (IMR) difiere, desde el punto de vista moral, de otras decisiones de no realizar determinados tratamientos?

Limitar las medidas de reanimación y retirar la asistencia que mantienen con vida al paciente, son distintos modos de no realizar tratamiento.

Cuando no se realiza una acción que podría hacerse, se obra por *Omisión*. Cuando se retira el tratamiento instaurado, por *Comisión*.

Aunque entre ambos procederes puede haber una diferencia desde el aspecto psicológico, no hay una diferencia significativa desde el punto de vista moral.

Si la decisión de no brindar terapéutica alguna, se basa en fundadas razones y todavía no hubiera mediado el Consentimiento Informado, la familia podría aceptar la conducta propuesta, si se les concediera el tiempo necesario para evaluar la situación y analizar los argumentos de los profesionales. Si se sienten respetados, comprenderán que se trata de un gesto humanitario, al considerar primordialmente el sufrimiento de su hijo.

La ley 26.742, Ley de Muerte Digna, intenta aportar un marco de legalidad tanto para el paciente o sus representantes como para los profesionales de la salud, en las decisiones del final de la vida. La misma modifica la Ley de los Derechos del Paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud. Se busca garantizar al paciente o sus representantes, la posibilidad de rechazar aquellas conductas terapéuticas que sean desproporcionadas o extraordinarias.

La ventaja psicológica de las Instrucciones sobre Medidas de Reanimación IMR para no iniciar dichos procedimientos, es que el momento de su puesta en práctica lo determinan acontecimientos naturales (paro, sangrado, sepsis y otros). En cambio, la decisión de suspender la terapéutica (desconectar un respirador artificial, por ejemplo) surge de una difícil decisión y puede demorarse mucho tiempo. Varios motivos, entre ellos, lograr el acuerdo entre los médicos primero, y más tarde, tener la respuesta de los padres

que pueden aceptarlo en un principio pero luego vacilar. No nos olvidemos que se trata de admitir que el doloroso momento del final, ha llegado.

La discusión sobre las IMR puede generar una gran tensión en la familia por interpretar que su hijo va a morir, y que su muerte es inminente lo cual puede no ser correcto.

La solución a este problema, no es eludir el planteo, sino reflexionar cuidadosamente sobre el modo de presentarlo. Se debe ser receptivo y sincero, brindar amplia información; dar el tiempo necesario a fin que los padres puedan decidir.

Dictamen del Comité de Bioética del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", CABA

1. Dada la evolución tórpida de la enfermedad, el pésimo estado general cada vez más comprometido del niño y el extremo dolor que ocasionaba cada práctica, se evaluó como lícito y éticamente correcto una *Adecuación del Esfuerzo Terapéutico*: a) no renovar acceso vascular en caso que la vía colocada se perdiera, b) no más tomas de muestras de sangre para exámenes, c) no iniciar ARM en caso de descompensación, y d) no reanimación.
2. El dictamen del Comité no es vinculante. Si los profesionales decidieran cumplir con la sugerencia, considerando lo mejor para el paciente, deben transmitirle claramente esta idea a los padres. Repetir los razonamientos las veces necesarias, para obtener su consentimiento, que primero será oral y luego por escrito. Implementar estrategias de acompañamiento desde el equipo tratante: médico, psicológico y social.
3. Se consideró el compromiso afectivo que mostraban los profesionales actuantes, con el niño y la familia, reconociendo la dificultad en la toma de decisión de no iniciar ARM, en un niño neurológicamente sano. Se aconsejó trabajar con el equipo de Salud Mental en apoyo al equipo tratante a fin de que pudieran tomar conciencia de lo extremo de la situación y de la real búsqueda por lo mejor para el niño, produciendo así una proporcionada y lícita limitación de las terapias, en forma serena, segura y unificada.

De acuerdo con el dictamen los profesionales de Neonatología y Cuidados Paliativos realizaron reuniones para acordar la conducta a seguir. De ellas surgió el consenso de no reanimar al paciente.

Luego, ambos equipos trabajaron con los padres. Una ONG que ayuda a pacientes con Epidermólisis y a sus familiares, convencieron a los padres que se siguiera manteniendo y aumentando los tratamientos convencionales. Luego, conscientes del sufrimiento permanente e intenso del niño, los padres pidieron que no se reanimara. El 6 de diciembre de 2013 a las 14 horas, M.V.T. tuvo un paro cardiorrespiratorio y falleció acompañado por sus padres y los profesionales de Neonatología y Cuidados Paliativos.

CONCLUSIÓN

1. En la indicación de la puesta en marcha de toda terapia, la evaluación continua de la Proporcionalidad es imperante a fin de evitar conductas de Obstinción Terapéutica. El primer deber de toda acción médica es no hacer daño. Hay realidades en las que es necesario adecuar el esfuerzo terapéutico para evitar atentar contra este principio básico.
2. Esta reorientación de objetivos se realiza una vez que está suficientemente demostrado, por estudios complementarios y/o por evolución clínica, que la situación es irreversible o de gravedad progresiva, provocando que cada nueva acción terapéutica se convierta en gravosa, inútil y desproporcionada.
3. La evaluación clínico-ética de esta situación y su planteo es un proceso de discernimiento del equipo tratante en diálogo abierto con los padres, cuyos deseos se escuchan e integran en el proceso de toma de decisiones.
4. Las conductas de Limitación o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico consensuado previamente con la familia, están contempladas en su legitimidad con la sanción de la Ley de Muerte Digna, en orden a evitar provocar al paciente un sufrimiento mayor que el eventual beneficio aportado por un tratamiento.

El beneficio de la consulta Comité de Bioética se observó como un aporte que permitió esclarecer, armonizar y acompañar las decisiones de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D. Dilemas éticos en los confines de la vida: Suicidio asistido y eutanasia activa y pasiva. En: *Ética de los confines de la vida*. El Búho. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1999. Págs.287-312.
2. Gianantonio CA. *Ética Clínica en pediatría*. Arch Arg Pediatr 1987; 85:22-26.
3. Luna F. Planteos Clásicos y teoría de los Principios. En: Luna F/Salles A.L.F. *Bioética, Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2008. Págs.23-78.
4. Gianantonio CA. *Ética Clínica en pediatría*. Arch Arg Pediatr 1987; 85:22-26.
5. Gianantonio CA. *Ética Clínica en pediatría*. Arch Arg Pediatr 1987; 85:22-26.
6. Cuneo MM. Ley de Muerte digna y limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Rev Hosp Niños Baires. Diciembre 2012; 54(2467): 220-4.
7. <http://www.condignidad.org/muere-cicely-saunders.html>
8. Luna F, Salles A. Algunos problemas al final de la vida: El derecho a morir y el suicidio asistido. En: *Bioética: Investigación, muerte, procreación y otras cuestiones*. Buenos Aires. Ed.Sudamericana. 1998.Págs.227-54.
9. Cuneo MM. Ley de Muerte digna y limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría. Rev Hosp Niños Baires. Diciembre 2012; 54(2467):220-4.
10. Forman EN, Ekman Ladd R. ¿Debe tomarse en consideración la Calidad de vida? En: *Dilemas éticos en Pediatría*.Una aproximación a través del estudio de casos. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1998.Págs.108-118.
11. Cohen-Almagor R. “Muerte con dignidad”, “calidad de vida”, “estado vegetativo”, “doble efecto” y otras expresiones empleadas por los médicos. *Perspectivas bioéticas en las Américas*. 1998;(5): 26-44.
12. Casado A. El imperativo de no maleficencia. En: *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Madrid. Plaza y Valdés editores; 2008.Págs.108-112.