

**Editorial:** Hospital Metropolitano  
**ISSN (impreso)** 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303  
**Edición:** Vol. 29 N° 3 (2021) Octubre - Diciembre  
**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/4/2021/9-15>  
**URL:** <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/196>  
**Pág:** 9-15

## Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado hacia un buen morir

### *Adequacy of the therapeutic effort oriented towards a good die*

Carlos Danilov Montenegro Chamorro <sup>1</sup>, Freddy Marcelo Maldonado Cando <sup>2</sup>

*Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva; Doctor en Medicina<sup>1</sup>  
Especialista en Medicina Crítica; Doctor en Medicina y Cirugía<sup>2</sup>*

Recibido: 24/09/2021 Aceptado: 01/10/2021 Publicado: 30/11/2021

#### RESUMEN

El presente trabajo es una revisión teórica descriptiva de conceptos asociados a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, un tema controvertido que va teniendo un papel importante en el medio hospitalario y con mayor énfasis en la unidad de cuidados intensivos debido a los avances tecnológicos y médicos que apuntan hacia la preservación de la vida, sin embargo, en determinadas ocasiones toda tecnicidad profesional no consigue ese logro tan deseado o si se logra, es a costa de unas condiciones de vida precaria que terminan desarrollando una muerte lenta poco razonable, conllevando al aumento del sufrimiento de pacientes, familiares y médicos. Esta realidad cada vez supone la discusión entre los beneficios que se pretenden, o se pueden conseguir, con las terapias y la carga o exceso que se le impone al paciente, provocando dificultades para la toma de decisiones tanto para personal médico y familiares, incluyendo conflictos éticos y legales. Ante esta disyuntiva se pretende, como objetivo, abordar distintos puntos de vista de autores e investigadores que permita sintetizar, diferenciar y comparar criterios sobre el tema, así como el análisis bioético relacionados con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

**Palabras claves:** Bioética, Ética, Limitación de Esfuerzo Terapéutico, Muerte digna, Paciente crítico terminal.

#### ABSTRACT

The present work is a descriptive theoretical review of concepts associated with the limitation or adequacy of the therapeutic effort, a controversial issue that is playing an important role in the hospital environment and with greater emphasis on the intensive care unit due to technological and medical advances, that aim towards the preservation of life, however, on certain occasions all professional technicalities do not achieve that much desired achievement or if it is achieved, it is at the cost of precarious living conditions that end up developing an unreasonable slow death, leading to an increase of the suffering of patients, families and doctors. This reality increasingly involves the discussion between the benefits that are intended, or can be achieved, with the therapies and the burden or excess that is imposed on the patient, causing difficulties in decision-making for both medical personnel and family members, including conflicts ethical and legal. Faced with this dilemma, it is intended, as an objective, to address different points of view of authors and researchers that allow synthesizing, differentiating and comparing criteria on the subject, as well as the bioethical analysis related to the practice of the adequacy of the therapeutic effort.

**Keywords:** Bioethics, Dignified death, Ethics, Limitation of Therapeutic Effort, Terminal critical patient.

#### IDs Orcid

Carlos Danilov Montenegro Chamorro: <https://orcid.org/0000-0001-9761-0814>  
Freddy Marcelo Maldonado Cando: <https://orcid.org/0000-0001-8335-7969>

**Correspondencia:** Manuel Eduardo Munaico Abanto  
**e-mail:** [cdanilovmch@gmail.com](mailto:cdanilovmch@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

En los inicios del siglo XXI la humanidad se enfrenta un gran cambio global, nunca antes la velocidad del desarrollo de la ciencia y la tecnología y de las fuerzas productivas había alcanzado tal magnitud como en el siglo XX, se produce un gran salto en el desarrollo que se denominó Revolución Científico-Técnica<sup>1,2</sup>.

En las modernas y sofisticadas Unidades de Cuidados Intensivos que tienen los países desarrollados, y algunos países en vías de desarrollo, se lleva a la máxima expresión del esfuerzo por retardar o evitar la muerte de un paciente, de acuerdo a un mandato no escrito pero presente en la matriz cultural de la sociedad. Todo parece posible coronado por el paradigma: la vida es preferible a la muerte. Es por ello que la misma sociedad espera de sus médicos todos los esfuerzos para preservarla<sup>3-5</sup>.

Este gran desarrollo científico-tecnológico dentro de la Medicina Intensiva ha llevado a que, en ocasiones, se le aplica a los enfermos procedimientos excesivos e innecesarios para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran en muchos de los casos, prolongar el proceso de la muerte o se consigue que el paciente sobreviva con graves secuelas y con ello, la agonía del enfermo y el sufrimiento de sus familiares<sup>6-8</sup>.

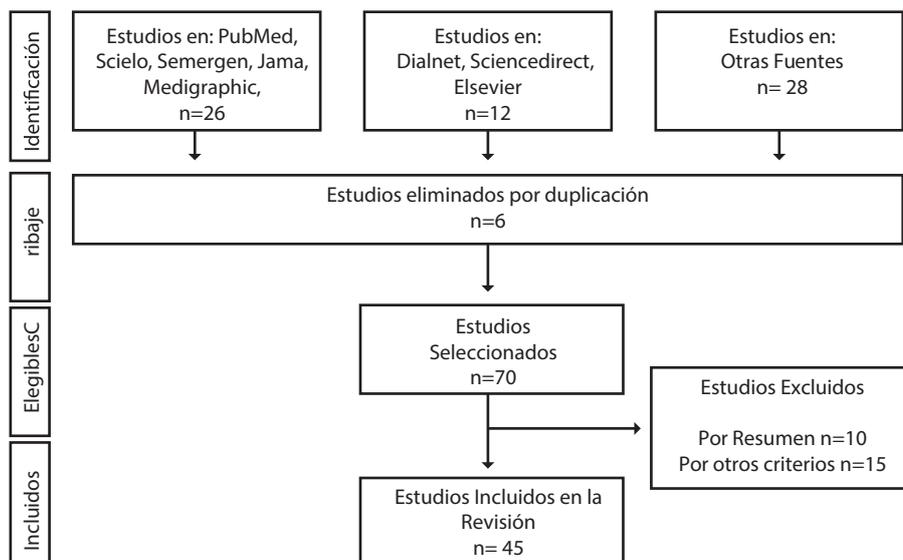
Esta realidad cada vez más, supone la discusión entre los beneficios que se pretenden, o se pueden conseguir con las terapias y la carga que se le impone al paciente, provocando dificultades para la toma

de decisiones tanto para personal médico como a los familiares, incluyendo conflictos éticos y legales<sup>9-12</sup>.

Los profesionales de la salud se enfrentan constantemente con situaciones en donde se deben tomar decisiones difíciles ante la importancia de la vida y su asociación con la muerte, siendo difícil tratarlas por separado ya que son partes inherentes del ser humano, puesto que la muerte es un proceso natural tanto como la vida, por ende, debe ser tomada en cuenta con la misma seriedad y preocupación en la práctica diaria. Algunas acciones médicas como la Eutanasia, Ortotanasia y Distanasia buscan dar respuesta ante estas situaciones de final de vida, ya sea de forma intencional, dejando que ocurra a su tiempo o prolongándola, sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo, siendo así, en la práctica médica la limitación del esfuerzo terapéutico<sup>13</sup>.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo es una revisión teórica descriptiva, implicó la búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, Google académico, para su respectiva revisión, organización, análisis y descripción sobre Adecuación de Esfuerzo Terapéutico. Se tomaron en cuenta todos aquellos referentes y artículos publicados del tema no mayores de 10 años de publicación en su mayoría, con un total de 70 artículos, el rastreo y búsqueda se basó en palabras clave seleccionadas como: Limitación de Esfuerzo Terapéutico, Ética, Bioética, Muerte digna, Paciente crítico terminal. Fueron excluidos 10 estudios duplicados y 15 con calidad metodológica baja.



## Nociones generales

Decir limitación del esfuerzo terapéutico no es del todo apropiado, porque la «limitación» también abarca con frecuencia procedimientos diagnósticos, no sólo terapéuticos, creando una connotación negativa dentro del procedimiento médico, además puede acarrear una posible implicación legal, por lo tanto se ha propuesto por algunos autores; Adecuación de Esfuerzo Terapéutico<sup>14</sup>.

La Adecuación de Esfuerzo Terapéutico (AET), consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas como finalidad terapéutica planteada en un paciente con mal pronóstico vital a corto plazo, o con una patología en progresión que predisponga una mala calidad de vida<sup>15</sup>.

Entre las formas de adecuación del esfuerzo terapéutico están:

- Limitación del ingreso en UCI.
- No iniciar determinadas medidas de soporte vital "withholding".
- Retirada de cualquier medida de soporte vital una vez iniciadas "withdrawing".

Es frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que las intervenciones no prolonguen realmente una vida con condiciones precarias, sino que alargan el inevitable y doloroso proceso de la muerte, como, por ejemplo, al hacer maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes con enfermedades avanzadas o en situación terminal. El objetivo sería realmente evitarle una muerte dolorosa, para prolongar una situación agónica, que muchas veces se acompaña de dolor y falta de dignidad<sup>15</sup>. Una prescripción desproporcionada no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría una gran carga al paciente, su familia o a la sociedad, sin dejar de considerar los recursos intrahospitalarios consumidos sin objetivos cumplidos<sup>16</sup>.

La adecuación de esfuerzo terapéutico es una técnica médica que ha crecido en los últimos años, sobre todo en países desarrollados como Holanda y Bélgica donde se han legalizado y llevado a la práctica ya que existe una comprensión más exhaustiva y sofisticada de la morbilidad en relación a uso tecnológico en UCI y por ende, ha mejorado la valoración objetiva de acuerdo a escalas predictivas de mortalidad, de forma que la población en condición crítica es atendida con los medios y recursos necesarios sin ultrajar la dignidad y el respeto, con un tratamiento fútil en el caso de que las probabilidades de vida sean nulas<sup>17</sup>. El desarrollo de la bioética en 1971, introducida por el oncólogo

Van Rensselaer Potter como ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de salud, se convirtió en una herramienta inestimable que debe usarse convenientemente a la luz de los conocimientos actuales, complementando así el texto viviente de Hipócrates en el accionar de cada médico<sup>18</sup>. La AET sustenta su acción en los principios fundamentales, universalmente reconocidos de la bioética planteados por Beauchamp y Childress de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia<sup>19</sup>.

Esto conlleva a que la atención al final de la vida exija del médico una sólida formación médica y ética, así como rectitud moral, para que su decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica se base fundamentalmente en las siguientes características<sup>20</sup>:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Los criterios a tomar en cuenta en la Adecuación de Esfuerzo Terapéutico, presentan diferencias considerables en los distintos países Europeos, Estados Unidos y resto de América, y dependen de los comités de Ética y Bioética asistencial de cada país. Sin embargo, en general existen algunos aspectos que en común son utilizados y referidos como los de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) siendo los siguientes (19-20):

1. La decisión debe ajustarse al conocimiento presente de la Medicina.
2. La decisión se debe discutir colectivamente (médicos y enfermeros) y tomarse por consenso.
3. Se debe informar y consultar con los familiares o representantes legales, intentando lograr un acuerdo para respetar las preferencias del paciente.
4. Ante la falta de acuerdo entre las partes (profesionales sanitarios y/o familia o representante

legal) convendría considerar las recomendaciones del comité de ética asistencial del hospital.

5. Tomada la decisión es obligación médica no abandonar al paciente durante el proceso de morir, y garantizarle una muerte digna con los cuidados paliativos que necesite.
6. Las decisiones deben constar en la historia clínica, para facilitar la transmisión del plan terapéutico y su seguimiento.

El objetivo fundamental de estos cuidados no es evitar que el paciente muera, por tanto el equipo que atiende al paciente no puede ver su muerte como un fracaso; el objetivo de estos cuidados es procurar que la muerte se produzca sin sufrimientos, con los cuidados personalizados de cada enfermo. Ello plantea la necesidad de que la adecuación del esfuerzo terapéutico y medidas de soporte vital sean utilizados para dar la máxima calidad a esos últimos días, semanas o meses del paciente agónico, atendiendo a todas las necesidades sin cambiar el curso natural de los acontecimientos, ni alargando ni acortando el tiempo de vida, enfocados en buscar evitar el sufrimiento físico y espiritual, dignificando así la vida del ser humano hasta sus últimos momentos<sup>20</sup>.

### Ética y bioética al final de la vida

La adecuación del esfuerzo terapéutico es un tema de vigencia actual, mucho se está discutiendo a nivel mundial a cerca de este polémico y controvertido tema, en el que están involucrados aspectos culturales, religiosos, filosóficos, morales, éticos y hasta económicos, lo cual pone de manifiesto una mayor necesidad de estudio y reflexión, que involucre no solo a la comunidad médica, sino también a la sociedad en conjunto<sup>21-23</sup>.

En el ámbito internacional, llama la atención que el tema de la Limitación o Adecuación de Esfuerzo Terapéutico ha ido ganando terreno en la última década como resultado del reclamo social creciente a nivel mundial para unificar criterios y pactar recomendaciones en relación con la toma de decisiones, con vistas a lograr mejor atención de los pacientes que irremediablemente fallecerán<sup>24-25</sup>.

A través del tiempo, la ciencia-tecnología y su interacción se ha venido haciendo cada vez más fuerte e interdependiente la una de la otra. En ocasiones, la tecnología va demasiado rápido y lejos; el desarrollo tecnológico constituye un avance que trae consigo siempre significados de corte ético en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable para los pacientes. Por otra parte, cada vez la población vive más tiempo con adecuada funcionalidad según su

entorno, y el período de senescencia se comprime cercano al final de la vida. Este indudable éxito de la sociedad ha llevado a que los hospitales estén ahora ocupados por una población envejecida, cada vez con mayor gravedad y complejidad, en la que se hace más difícil establecer un límite preciso entre seguir intentando la curación y la recuperación, y pasar a perseguir únicamente el confort y la ausencia de dolor como estrategia paliativa<sup>29</sup>.

En época de pre-pandemia un 60% de los fallecimientos que se producen en las unidades de cuidados intensivos plantean decisiones de AET (30). Como médicos se tiende a buscar el éxito terapéutico a toda costa, sin embargo, una intervención a destiempo no podrá obtener un resultado favorable, en este contexto se considera un fracaso terapéutico, resultando muchas veces difícil de aceptar<sup>31</sup>.

Con el éxito como horizonte, se tiende a decidir hacer más por el paciente y se interviene de una manera enérgica, heroica y con toda la dedicación científica. Es inherente de la formación médica, obstinarse por la curación, sin embargo, en relación al curso natural y en estadios avanzados de una patología determinada resulta inefectivo<sup>32</sup>. El denominado encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico o distanasia, son antónimos de dignidad humana y su causa es multifactorial, pues intervienen factores derivados del propio avance científico-tecnológico, del conocimiento inherente del personal médico, de creencias religiosas y de decisiones familiares, repercutiendo en la aplicación de medidas extraordinarias o desproporcionadas<sup>33-34</sup>.

Uno de los grandes retos de la cultura moderna en el mundo, es humanizar la situación del enfermo terminal, los debates éticos que suscita preocupan tanto a la comunidad médica como a toda la sociedad. Al profesional de la salud le corresponde, ante estos pacientes en estado terminal, ser capaces de aliviar, consolar y tranquilizar; no olvidar la frase plasmada en el Título del Libro del médico pediatra cultivador humanista Joaquín Coallabed: "curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre", asumiendo que la medicina no es exacta y que no hay solución para todo. El médico debe de abstenerse de utilizar medios extraordinarios que no aporten beneficios probados<sup>37</sup>.

Ante el paciente con una enfermedad mortal, el médico y la enfermera no pueden olvidar que el objetivo primordial de su desempeño debe estar dirigido a protegerle la calidad de la vida y a preservarle su dignidad como ser humano. La declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, octubre 1983 y revisada por la 57ª Asamblea General de la AMM,

Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, establece el derecho de los pacientes a una muerte digna y tranquila<sup>38</sup>.

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética sirve para dar un valor metodológico en la toma de decisiones. Todos ellos se compaginan con los valores morales y religiosos de la sociedad, por lo que sustentan el comportamiento a seguir hacia el paciente respecto a la atención a su salud. El respeto a la justicia uno de los principios que determina universalidad de atención médica, llamado también "de permiso" expresado en el libro "Los Fundamentos de la Bioética" de Engelhardt, hace que, en el sistema sanitario, la autoridad final debe residir en el paciente o, si este es incompetente en su representante legal que habitualmente, es el familiar más próximo.

Otros países presentan una actitud de acelerar el proceso de muerte además de adecuar el esfuerzo terapéutico. En Europa, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza está aprobada la eutanasia. En EEUU los estados de Oregón, Montana y Washington se ponen en práctica el suicidio asistido por un médico. Cuba en el 2008 reafirma su posición en contra de la eutanasia<sup>40</sup>.

En Ecuador también se valora este tema que constitucionalmente está aprobado, en casos de merecida indicación, haciendo referencia al Acuerdo Ministerial 4 862, del 7 de mayo del 2014 en donde consigna la prescripción de cuidados paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico (LET)<sup>41</sup>.

Cuando se plantea una decisión de LET o AET, lo primero que se debe hacer es conocer la opinión expresa del paciente, así como sus preferencias. Existe tendencia a subestimar la capacidad de hecho de los pacientes para decidir. Se considera que no son competentes con mayor frecuencia de lo que realmente son y las decisiones son tomadas en estos casos por allegados o por los médicos. Si el paciente no puede manifestar sus preferencias habría que averiguar si ha realizado voluntades anticipadas o instrucciones previas<sup>42</sup>. Si no es así, se debería intentar respetar su proyecto de vida y valores previamente expresados o conocidos. Al analizar el caso debe considerarse al enfermo en su conjunto, discutir en todo momento su biografía, biología, valores y entorno<sup>43</sup>.

En la toma de decisiones en el paciente crítico al final de la vida, el médico debe tener en cuenta la *lex artis* constituida por los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y los deseos del paciente y su familia, contribuyendo a no descargar toda la responsabilidad en el profesional de salud y garantizar que las decisiones sean más pru-

dentas<sup>44</sup>. Para establecer el proceso deliberativo es fundamental tener bien desarrollada la habilidad de trabajar en equipo. La formación en habilidades de comunicación y las estrategias comunicativas son de gran ayuda en esta fase.

La toma de decisión de la adecuación de esfuerzo terapéutico participan activamente el o los profesionales médicos a cargo del paciente, sin embargo por las discrepancias éticas entre uno y otro profesional no siempre resulta positiva para la interpretación y la conducta a tomar, llegando generalmente al abandono temporal de una decisión, con la posibilidad de que el paciente se prolongue en la UCI, aparezcan nuevas complicaciones o fallezca sin previa preparación a sus familiares. De haber mucha discrepancia el comité de ética asistencial hospitalaria sería quien dirija la prescripción en los últimos momentos de vida del paciente<sup>44</sup>.

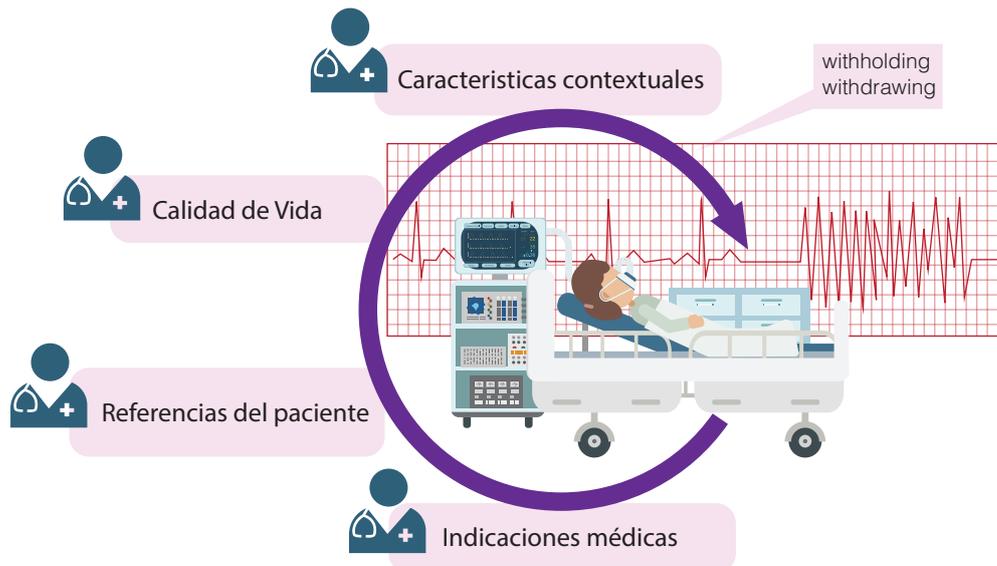
Como médicos del área crítica durante nuestra formación hemos visto mucha indecisión en la toma de conducta relacionada con el fin de la vida, sea cual sea el factor determinante, pues nunca contribuye con el alivio consciente sanatorio. Vemos oportuno plasmar una guía basada en el esquema según D.K Sokol, en donde se enfoca prácticamente en 4 componentes o "four quadrants" para el análisis y discusión desde el punto de vista médico, ético, paciente, familia<sup>45</sup>.

**Indicaciones Médicas:** toma en cuenta el problema médico actual, diagnóstico, pronóstico y evolución de la enfermedad, discute además objetivos del tratamiento, probabilidades de éxito y el costo/beneficio de este.

**Referencias del Paciente:** Toma en cuenta la decisión voluntaria ante una intervención previa a su condición médica actual, plasmados de manera verbal, escrito informal o formalmente como voluntad anticipada o testamento vital.

**Calidad de Vida:** Contempla valorar la probabilidad de recuperar la calidad de vida previa a su enfermedad actual con o sin tratamiento, analiza posibles sesgos de evaluación del profesional, del enfermo y del familiar. Toma en cuenta planes de apoyo y cuidado paliativo.

**Características Contextuales:** Valora factores familiares que influyen en las decisiones como: económicos, religiosos o culturales. Valora problemas de asignación de recursos, implicaciones legales en las decisiones y posibles conflictos de interés. Figura 1:



Sokol, D. K. (2008). The "four quadrants" approach to clinical ethics case analysis; an application and review. *Journal of Medical Ethics*

Podríamos decir que una buena decisión es directamente proporcional a la calidad de relación médico-paciente-familia.

En un contexto de éxito sería fundamental tener en cuenta como marcador de calidad en la unidad de cuidados intensivos: La interacción humana médico-paciente-familiar previamente en cada muerte.

## CONCLUSIONES

La adecuación de esfuerzo terapéutico se trata de conceptos avalados por Ética y Bioética que pocos países han legalizado y llevado a la práctica, mientras en nuestro país no está claro el abordaje y la ejecución de este tema, quizás por las condiciones socio culturales y religiosas que determinan nuestra conducta. La AET es considerada actualmente por la comunidad científica, como un recurso éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica, y completamente justificada dentro del marco de la bioética.

Para ayudar a determinar una decisión de este tipo se debe preguntar siempre: ¿Es aceptable seguir entregando un tratamiento cuando este es extraordinario y desproporcionado para la situación médica del paciente? La medicina es más que una ciencia, es un arte para el servicio de los demás, el pensar en los demás, en su dignidad y en el respeto de su vida no siempre implica que haya que continuar con una vida olvidándose del cómo se hace, es decir, afectando el bienestar del paciente y su dignidad, por lo que debe existir un balance entre lo que se puede, lo que se quiere y lo que se debe hacer, con empatía, solidaridad y amor, pensando siempre en los principios y en el juramento que desde siempre ha formado parte del buen proceder médico.

## Contribución de los autores

MC: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, aporte de pacientes o material de estudio, asesoría estadística.

MC: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, aporte de pacientes o material de estudio, asesoría estadística.

## Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista MetroCiencia.

## Financiación

El financiamiento para la realización de la presente investigación fue asumido por los autores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betancourt, G., & Rivero, J. (2015). Limitación del Esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. *Humanidades Medicas*, 15(1), 145-62.
2. Hodelín, R. (2012). El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *Medisan*, 16(6), 946-59.
3. Partarrieu, F. (2012). ¿Como se justifica la limitación del esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? *Rev. Medicina y Humanidades*, 4(1).
4. Gonzalo, V. (2015). Limitacion del Esfuerzo terapeutico en cuidados intensivos pediatricos. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 56-60.
5. Mendoza, L., & Pichardo, G. (2013). Calidad de vida y dignidad hu-

- mana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *An Med Asoc Med Hosp ABC*, 58(2).
6. Sarmiento, M., Vargas, S., Velásquez, C., & Sierra, M. (2012). Terminally-ill patients end of life problems and related decisions. *Rev Salud Pública*, 14(1), 116–28.
  7. Collado, A., Piñón, A., Odales, R., Acosta, L., & Serra, S. (2011). Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 49(3).
  8. Batiz, J. (2011). Limitar el esfuerzo terapeutico al final de la vida. *Paliativos sin frontera*.
  9. Bueno, M. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167–174.
  10. Figueroa, R. (2012). Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Rev Med Chile*, 140, 1347–1351.
  11. Tejeda, Y. (2011). La familia como agente terapeutico en los cuidados paliativos. *Medisan*, 15(2), 197–203.
  12. Muñoz Camargo, J. C., Martín Tercero, M. P., Nuñez Lopez, M. P., Espadas Maeso, M. J., Pérez Fernandez-Infantes, S., Cinjordi Valverde, P., ... Huertas Diaz, M. P. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería intensiva*, 23(3), 104–114.
  13. Gamarra, M. (2011). La Asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Horizonte Médico*, 11(1), 40–46.
  14. Cerda, H. (s/f). Aproximacion en torno a la adecuacion del esfuerzo terapeutico en pacientes pediátricos con patologia neurológica grave y dependientes de ventilación mecánica crónica.
  15. Rubio, O., Sánchez, J., & Fernández, R. (2013). Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos : resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva*, 37(5), 333–338.
  16. Betancourt-Reyes, G. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación de esfuerzo terapéutico? *Rev Médica Electrónica*, 39(4), 975–86.
  17. Hernández-Tejedor, A., Martín Delgado, M. C., Cabré Pericas, L., Algora Weber, A., & Members of the study group EPIPUSE. (2015). Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. *Medicina Intensiva*, 39(7), 395–404.
  18. Wilches Á. La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. *Opción*. 2011;(66): p. 70-84.
  19. Holm, S. (2002). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn.: Beauchamp T L, Childress J F. Oxford University Press, 2001, pound 19.95, pp 454. ISBN 0-19-514332-9. *Journal of medical ethics*, 28(5), 332-a-332.
  20. Betancourt Betancourt J BG. Muerte Digna y Adecuación del Esfuerzo Terapéutico. *MEDIMAY*. 2017; 24(1).
  21. G, B. B. (2014). Limitación del esfuerzo terapéutico y Principios Bioéticos en la toma de decisiones. *Humanidades médicas*.
  22. Hodelin, R. (2011). Apuntes en la discusión sobre el consentimiento informado. *Medisan*, 15(3):290-292.
  23. Lazaro G RB. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación de esfuerzo terapéutico? A current ethical dilemma: therapeutic savageness or adequate therapeutic effort? *Rev Médica Electrónica*. 2017;(39(4):975-86).
  24. Martínez, D. (2017). Limitación del esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos. *Bioethics Update*, 3(2):137-151.
  25. Morales, V. G. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos. *Revista chilena de pediatría*, 86(1), 56–60.
  26. Betancourt Betancourt G RCJ. Limitación del Esfuerzo terapéutico: aspectos religiosos y culturales. *Humanidades Médicas*. 2015;(15 (1):145-62).
  27. N, M. R. (2015). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Rev Colomb Bioética*, 8(2):18.
  28. Fernández Fernández, R., Baigorri González, F., & Artigas Raventos, A. (2005). Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Medicina Intensiva*, 29(6), 338–341.
  29. Paredes Escobar MC. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en la práctica clínica: percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la región metropolitana. *Acta Bioeth*. 2012;(18(2):163-71.
  30. Herreros, B., Palacios, G., & Pacho, E. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista clínica española*, 212(3), 134–140.
  31. Cook D RG. Muriendo con dignidad en la unidad de cuidados intensivos. *N Engl J Med*. 2014;(370:2506-2514).
  32. Borsellino, P. (2015). Limitación del Esfuerzo terapéutico: Justificación ética y legal para retener y/o retirar tratamientos de soporte vital. *Multidiscip Respir Med*, 10(1):5.
  33. Rubio o SJFR. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos : resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva*. 2013;(37(5):333-8).
  34. Sarmiento Medina MI VCSVJCea. (Terminally-ill patients end of life problems and related decisions). *Rev Salud Pública (bogotá)*. 2012;(14(1):116-28).
  35. Kryworuchko J SDPW. Estudio cualitativo de la participación de la familia en las decisiones sobre soporte vital en la unidad de cuidados intensivos. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;(29(1):36-46).
  36. International Nurses' End-of-Life Decision-Making in Intensive Care Research Group, Gallagher, A., Bousso, R. S., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., ... Padilha, K. G. (2015). Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 794–803.
  37. Hyde YM KDJM. Que hacer cuando la familia no puede aceptar retirar el soporte vital. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;(32(6):276-279).
  38. Antolín, A., Ambrós, A., Mangirón, P., Alves, D., Sánchez, M., & Miró, O. (2010). Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Revista clínica española*, 210(8), 379–388.
  39. Howes, C. (2015). Cuidar hasta el final: una revisión sistemática de la literatura que explora la atención al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Nurs crit care*, 20(1):41-51.
  40. Salazar Gómez, T. D. J., Méndez Xavier, G., Ponce Gomez, G., & Garduño Ortega, C. M. (2018). Muerte digna o ensañamiento terapéutico: una reflexión para profesionales de la salud. *Enfermería universitaria*, 5(1). doi:10.22201/eneo.23958421e.2008.1.442
  41. Delgado A CVCAea. Criterios Bioéticos. *Comisión nacional de Bioética en Salud Ecuador*. 2011;(297p).
  42. Pérez Pérez, F. M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*, 42(8), 566–574.
  43. Mendoza LMP. Calidad de Vida y dignidad humana en el paciente. 2011;(3:58).
  44. Zamora Muñoz, M. J., Priego Valladares, M., van-der Hofstadt Román, C. J., Tirado González, S., Portilla-Tamarit, I., & Rodríguez-Marín, J. (2020). Satisfacción con la atención hospitalaria al final de la vida. *Revista Clínica Española*. 220(3), 174–178.
  45. Sokol, D. K. (2008). The "four quadrants" approach to clinical ethics case analysis; an application and review. *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 513–516