

Conocimiento del personal de enfermería acerca de la Ley de Voluntad Anticipada en dos hospitales del Distrito Federal

Nurses knowledge on the Living Will Law in two hospitals of Mexico City

Francisco Javier García-Echeverría,¹ Etelvina Zavala-Suárez,² Sandra Sotomayor-Sánchez,³ Miguel Ángel Córdoba-Ávila²

RESUMEN

Introducción. La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (LVADF) norma y regula la voluntad de las personas que son diagnosticadas con enfermedad terminal, de no someterse a tratamientos considerados como obstinación terapéutica, estableciendo entonces, cuidados especializados que garanticen el respeto a la dignidad del enfermo y proporcionen calidad de vida en el transcurso de la muerte.

Material y métodos. A través de un estudio descriptivo y transversal, se identificó el conocimiento del personal de enfermería acerca de la LVADF. La muestra la conformaron enfermeras y enfermeros de dos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a quienes se les aplicó un cuestionario basado en la Ley de Voluntad Anticipada respecto a la utilización de la ortotanasia, obstinación terapéutica, eutanasia y cuidados paliativos.

Resultados. El estudio mostró que 46% del personal enfermero consideró como correcta la aplicación de la obstinación terapéutica, 100% comparte la utilización de los cuidados paliativos, mientras que 75% consideró apropiado utilizar la tanatología y las medidas mínimas ordinarias. Un 78% expresó que la eutanasia no es una alternativa adecuada en la atención de un paciente terminal.

Conclusiones. El personal de enfermería tiene conocimiento acerca de algunas de las disposiciones de la LVADF como lo son la utilización de cuidados paliativos y la proscripción de la eutanasia, sin embargo desconoce las particularidades de esta legislación ya que no logra identificar situaciones en las que la atención otorgada es desproporcionada.

Palabras clave: Paciente terminal, Obstinación terapéutica, Ortotanasia, Enfermería, Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

ABSTRACT

Introduction. The Living Will Law in Mexico City (LVADF) regulates the will of people, diagnosed with terminal diseases, to not submit them to treatments considered as therapeutic obstinacy, establishing then specialized care that ensure respect for their dignity and provide quality of life in the course of death.

Material and methods. Through a descriptive, qualitative and cross-sectional study, nurses knowledge on the LVADF was identified. The sample was taken from nurses of two general hospitals of Mexico City's Ministry of Health, to whom a questionnaire was applied based

¹ Pasante de Servicio Social de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, Programa de Servicio Social en Investigación, CONAMED-ENEO.

² Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED.

³ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM.

on the LVADF, regarding the use of orthothanasia, therapeutic obstinacy, euthanasia and palliative care.

Results. The study showed that 46% of the nursing staff considered correct the application of therapeutic obstinacy, 100% knows about the use of palliative care, while 75% considers the use of thanatology and minimum ordinary measures appropriate. 78% of the survey expressed that euthanasia is not an adequate alternative for care of terminal patients.

INTRODUCCIÓN

Actualmente nos encontramos en una transición epidemiológica, que en los últimos años se ha traducido en el hecho de que las enfermedades crónicas no transmisibles hayan aumentado considerablemente y constituyan la causa actual del 60% de las muertes a nivel mundial, encontrando a las patologías cardiovasculares y los tumores malignos como aquéllas con mayor prevalencia.¹ En México, esta tendencia es similar, ya que las enfermedades cardiocirculatorias, las neoplasias y la diabetes lideran las listas de mortalidad y morbilidad general. Estas enfermedades crónicas tienen la característica de ser altamente propensas a cursar una etapa terminal, por lo que esta situación ocasiona que los servicios de salud se enfrenten cada vez más a casos de pacientes con enfermedades incurables e irreversibles.²

Las enfermedades terminales se manifiestan como un padecimiento avanzado, irreversible e incurable en donde la muerte se espera que ocurra en un periodo menor de 6 meses, a pesar de los esfuerzos terapéuticos realizados.³ En la mayoría de los casos, estas enfermedades están invariablemente acompañadas de una serie de síntomas y complicaciones fatalmente dolorosas e invalidantes cuyo impacto, cuando no logran manejarse adecuadamente, repercute directamente en la calidad de vida del paciente y de su familia.⁴

El enfermo terminal se sitúa entonces en un escenario donde no existen los recursos médicos para devolverle la salud y por lo tanto lo único que puede hacerse es otorgarle el mayor bienestar posible. Fuera de todo tratamiento curativo, quirúrgico o quimioterápico, debe procurarse una vida tranquila, digna y sin dolor. Momento en el que cuidar adquiere mayor relevancia.

Cecily Saunders, enfermera pionera en la atención de los enfermos terminales, destaca que entre los principales problemas y síntomas que afectan al paciente, se encuentra el dolor crónico en el plano físico, miedos y las dudas del afrontamiento de la muerte en la esfera psicológica y espiritual, sensación de abandono e inutilidad en el plano social y la etapa de duelo que vive la

Conclusions. Nurse personnel has some knowledge about the conditions and dispositions of the LVADF such as the use of palliative care, thanatology, minimum ordinary measures and the proscription of euthanasia, however, they lack knowledge on the particularities of the law, as they cannot identify when provided care may be disproportionate.

Key words: Terminal Patient, Therapeutic Obstinacy, Orthothanasia, Nursing, Living Will Law in Mexico City.

familia, por una pérdida definitiva.^{5,6}

Saunders, dedicó su vida a la atención de los moribundos y mediante su trabajo logró construir un ambiente en el que estos pacientes se adaptaban mejor, emocional y espiritualmente a la situación terminal de su enfermedad. Demostró que cuando se manejaba adecuadamente el dolor, disminuían los problemas psicológicos y familiares y además se satisfacían las necesidades humanas básicas como la alimentación e higiene, se lograba una mejora considerable en la calidad de vida y un afrontamiento adecuado ante la muerte.⁶

Este modelo de atención, que aborda al paciente de manera holística, fue adaptado por diversas instituciones sanitarias a nivel mundial y dió forma a lo que se conoce hoy como ortotanasia.

El desarrollo del cuidado paliativo y de la medicina paliativa ha evolucionado enormemente durante la última mitad de siglo, los conocimientos sobre el control de síntomas y planes de atención de enfermería actuales permiten resultados terapéuticos muy exitosos, capaces de satisfacer las necesidades que exigen los enfermos terminales.⁷⁻⁸

Sin embargo, en la atención a la salud aún prevalece una visión médica paternalista que se basa en el juramento hipocrático, en donde se establece que el deber del médico es procurar la vida del paciente en todo momento. En el contexto de la enfermedad terminal, durante este esfuerzo terapéutico se pueden llegar a cometer actos de crueldad hacia el paciente, aplicando procedimientos que resultan dolorosos y que, lejos de contribuir en su salud y mejorar su calidad de vida, sólo consiguen prolongar el sufrimiento, la agonía y el dolor, por lo que se califica a estos recursos como extraordinarios o desproporcionados y que implican costos morales y económicos para el paciente, su familia e instituciones sanitarias.^{10,11}

Ante esta problemática, la atención a los enfermos terminales en México ha sido legislada desde el año 2008 a través de la Ley de Voluntad Anticipada para

el Distrito Federal (LVADF). Esta ley contempla los derechos que gozan estos pacientes y establece las medidas que en sustitución del tratamiento curativo deben aplicarse, con el fin de no prolongar innecesariamente su vida, recibiendo un trato digno y procurando la calidad de vida para hacer que el proceso de muerte sea menos cruento.

La LVADF establece que para satisfacer las necesidades que requiere el enfermo terminal y lograr una significativa mejoría en la calidad de vida, se deberán utilizar los cuidados paliativos, las medidas mínimas ordinarias, la sedación controlada y un tratamiento tanatológico.¹

El abordaje terapéutico que utiliza la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal en materia de ortotanasia, ha sido probado con éxito en diferentes países y ha demostrado ser eficaz en el control de la fatal sintomatología y demás necesidades que demanda la enfermedad terminal.^{12, 13}

Durante la última década, el sistema de salud de México, ha asumido como uno de sus principales objetivos alcanzar la máxima calidad en los servicios de salud, que en el caso del paciente terminal, este objetivo estaría encaminado a lograr la máxima calidad de vida del paciente.

La LVADF responde a una problemática actual y futura y es de gran importancia que los profesionales de la salud la conozcan para garantizar una atención oportuna y eficaz a los pacientes con enfermedad terminal. El personal enfermero es parte fundamental en los servicios de salud y es indispensable que tenga los debidos conocimientos acerca de esta legislación para identificar y prevenir situaciones en las que no se respetan los derechos del paciente terminal o en las que no se llevan a cabo correctamente las acciones éticas y terapéuticas.

Es de gran relevancia para los profesionales de enfermería conocer esta Ley, en virtud de que se pretende evitar la obstinación terapéutica y la omisión o abandono en la atención a estos pacientes. Es tarea de todo el personal de salud, conocer los lineamientos de la LVADF, para promover, apoyar y difundir la atención a la salud en materia de ortotanasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el periodo comprendido de abril a mayo del 2011 con el objetivo de identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería acerca de la LVADF.

La población estudiada fueron los profesionales de enfermería de dos hospitales generales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. La muestra se determinó de manera aleatoria, por conveniencia y la conforma-

ron 61 enfermeras y enfermeros que contaban con un contrato laboral (base, suplencias, seguro popular), pertenecientes a los tres diferentes turnos de las áreas: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna y Neurocirugía. Se eliminó a los enfermeros y enfermeras que no desearon participar.

Para la recolección de información se diseñó un instrumento innovador, estructurado y autoaplicable constituido por 14 reactivos. Las variables de este cuestionario se definieron en función a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y al Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. El contenido del instrumento fue validado por consenso de expertos, después de lo cual se aplicó una prueba piloto a 20 enfermeras y enfermeros con base en los criterios de inclusión, encontrando homogeneidad en los reactivos.

Al aplicar la fórmula de Krüder-Richardson para instrumentos dicotómicos, se obtuvo una confiabilidad de 0.60 (confiabilidad moderada). Sin embargo, cabe destacar que este es un resultado esperado al tratarse de un instrumento corto (menos de 10 ítems) ya que la confiabilidad de una prueba se basa en su extensión (número de ítems).

Posteriormente se aplicó a 61 enfermeros y enfermeras de las distintas categorías laborales (enfermera general, enfermera especialista, enfermera jefe de piso), a quienes se les explicaron los motivos de la investigación y se les hizo saber que la participación en el estudio era voluntaria, anónima y que la información recabada tendría un manejo confidencial.

Los resultados de los cuestionarios fueron analizados con estadística descriptiva, en porcentajes, tablas de frecuencia, gráficas y medidas de tendencia central a través de los programas Microsoft Office Excel™ versión 2010 y SPSS™ versión 19.

RESULTADOS

De un total de 61 enfermeras y enfermeros encuestados pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 35 correspondían al Hospital General "1" y 26 al Hospital General "2". Con relación al perfil profesional, predominó la categoría de enfermería general con 53 participantes, 5 jefes de servicio y 3 enfermeras y enfermeros con especialidad.

Con relación a los servicios elegidos, se encontró que 22 de los encuestados pertenecían al servicio de Medicina Interna, 21 a la UCI y 18 al servicio de Neurocirugía.

Respecto al turno, 23 enfermeras y enfermeros corresponden al turno matutino, 28 al vespertino y 10 al turno nocturno.

Del total de la muestra, se encontró que 38 de las enfermeras y enfermeros mencionaron haber escuchado

hablar de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, mientras que 22 manifestaron no conocer esta legislación.

Al preguntar a los encuestados si conocían los derechos de los pacientes en fase terminal, 37 declararon conocer tales derechos y 24 revelaron no conocerlos.

Por otra parte, se preguntó al personal de enfermería si consideraba poder otorgar una atención adecuada a un paciente terminal, encontrando que 45 enfermeras y enfermeros expresaron poder hacerlo, mientras que 16 consideraron no poder otorgarla.

Al examinar la autopercepción de cada encuestado sobre sus conocimientos acerca de las aplicaciones terapéuticas a un paciente terminal, las respuestas se clasificaron en tres opciones, encontrando que 31 enfermeras y enfermeros consideraron sus conocimientos como regulares, 22 declararon tener buenos conocimientos y 8 expresaron tener conocimientos deficientes.

A partir del reactivo 5 y hasta el 12, se planteó una serie de situaciones y contextos en los que se tomaban actitudes terapéuticas correctas e incorrectas desde la perspectiva ética, jurídica y médica que expresa la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se le pidió al encuestado que seleccionara si los enunciados planteados correspondían o no con una atención adecuada de acuerdo con la LVADF.

En el reactivo 5 se planteó "Aplicar todos los medios, tratamientos y procedimientos disponibles para prolongar la vida del paciente terminal.", se encontró que 52% de los encuestados expresaron que esta idea no corresponde con una atención adecuada, mientras que el 46% declaró que sí lo era (Figura 1).

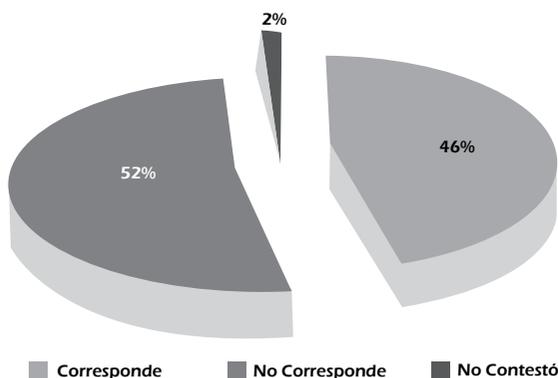


Figura 1. Clasificación de las respuestas al plantear prolongar la vida del enfermo terminal.

En el reactivo 6 se expresaba la idea: "No aplicar tratamientos y procedimientos innecesarios para que la enfermedad evolucione de manera natural hasta la muerte", observando que 46% de las enfermeras y enfermeros la consideraron adecuada mientras que el

52% pensó lo contrario.

Al plantear la utilización de los cuidados paliativos en el reactivo 7, se encontró que el 100% de la muestra consideró adecuado administrar fármacos para el control del dolor y otros síntomas a los pacientes en fase terminal.

En el octavo reactivo, 82% de los enfermeros y enfermeras no consideraron correcto provocar de manera intencional el deceso del enfermo para mitigar su dolor, aunque 18% sí lo consideró adecuado.

Ante el reactivo 9, "Desistir en aplicar medidas desproporcionadas y extraordinarias pues no tienen beneficio alguno para el paciente", el 54% de los encuestados consideraron que este planteamiento corresponde con una atención adecuada cuando se trata de un paciente terminal, contrario al 46% que no lo contempló como una atención adecuada (Figura 2).

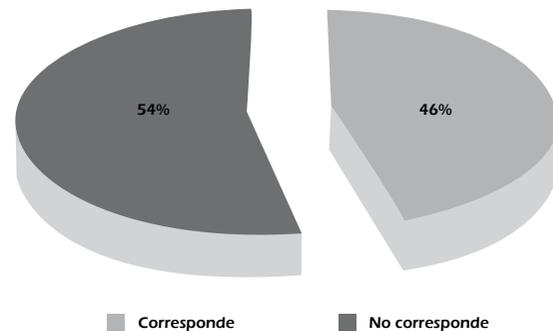


Figura 2. Clasificación acerca de no aplicar medidas desproporcionadas y extraordinarias.

Con relación al reactivo 10 que planteó "Limitar el tratamiento curativo e implementar un plan que incluya: paliación del dolor, ayuda tanatológica y psicológica, nutrición e higiene", prevalecen con 75% los enfermeros y enfermeras que calificaron esta idea como correspondiente a la atención de pacientes en fase terminal, mientras que 25 % no lo consideró así (Figura 3).

Al exponer en el reactivo 11: "En caso de emergencia se deberán realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar", se encuentra que 57% del profesional enfermero no consideró pertinente realizar la RCP a un enfermo terminal, aunque 39 % sí la contempló como una medida conveniente, el 3% restante no contestó.

En el reactivo 12, "En caso que ninguna medida logre controlar el dolor, se deberán tomar conductas que faciliten el deceso inmediato del paciente" se observó que 74% de los participantes consideraron que no es correcto facilitar el deceso del paciente, sin embargo 20% si consideró adecuado facilitar el deceso del paciente (Figura 8).

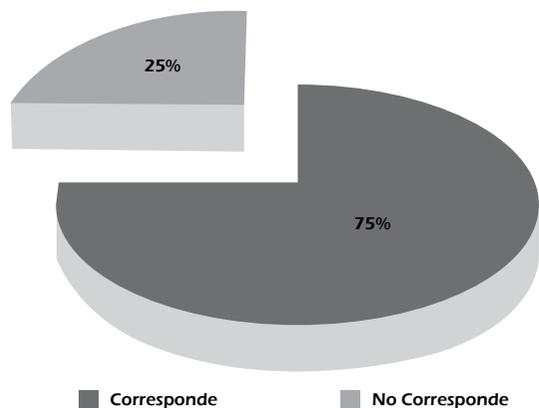


Figura 3. Clasificación de las respuestas en relación a la ortotanasia.

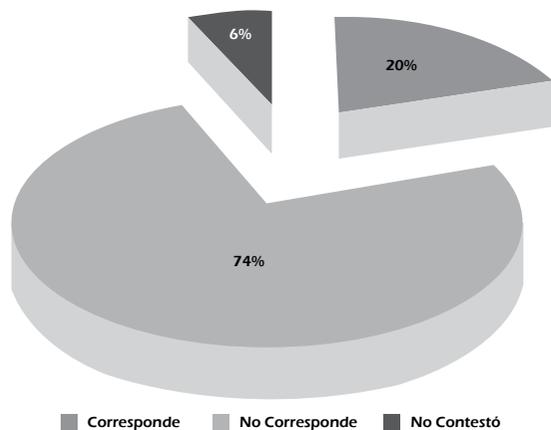


Figura 4. Clasificación de las respuestas acerca de facilitar el deceso del paciente.

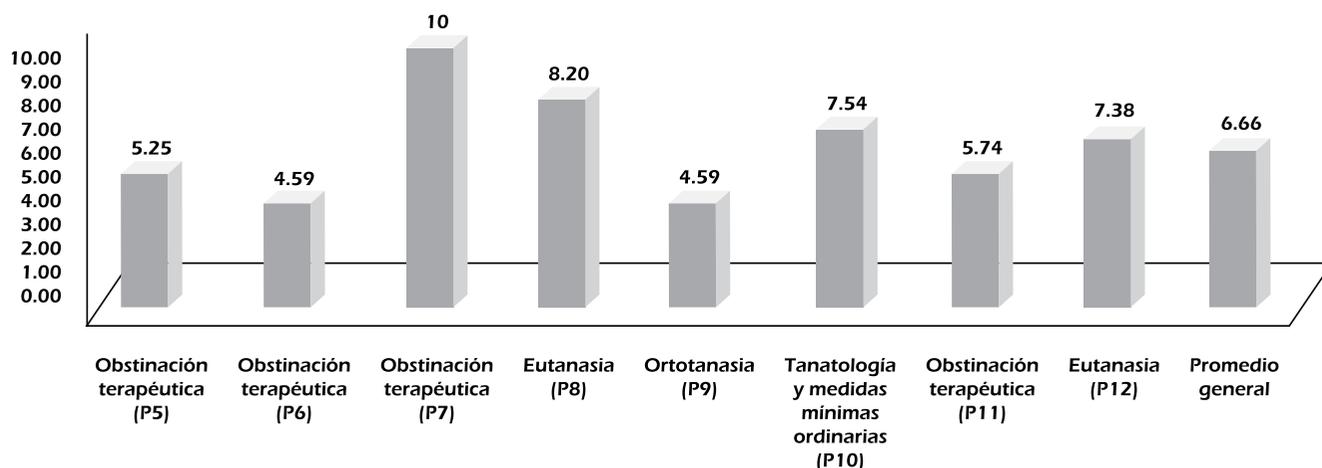


Figura 5. Promedio de respuestas correctas por cada ítem y promedio general.

En el treceavo reactivo se cuestionó a los enfermeros y enfermeras si sabrían cómo actuar si un paciente en fase terminal les solicitara la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, 80% reveló que no sabría qué actitud tomar ante este escenario y sólo 20% afirmó saber qué hacer en esta situación.

La pregunta final fue "¿Considera que es importante la capacitación al personal de salud sobre el tratamiento terapéutico que requieren los enfermos en fase terminal?", a la cual 98% de las enfermeras y enfermeros responde que sí lo es y solamente 2% no lo considera importante.

Obteniendo la media por cada ítem, para identificar el conocimiento promedio de las enfermeras y enfermeros entrevistados, se encontró mayor cuantía de aciertos al plantear la utilización de los cuidados paliativos con un puntaje de 10 y menos aciertos al plantear la utilización de la obstinación terapéutica y la ortotanasia con 4.59 puntos cada uno, derivando un promedio general de respuestas correctas de 6.6 (Figura 5).

De los 61 encuestados, solamente 10 de ellos contestaron correctamente los 8 ítems que identificaban el conocimiento sobre la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, no obstante 9 enfermeros y enfermeras contestaron correctamente 7 de los 8 ítems, 6 contestaron correctamente 6 reactivos y 39 respondieron correctamente 5 o menos preguntas (Figura 6).

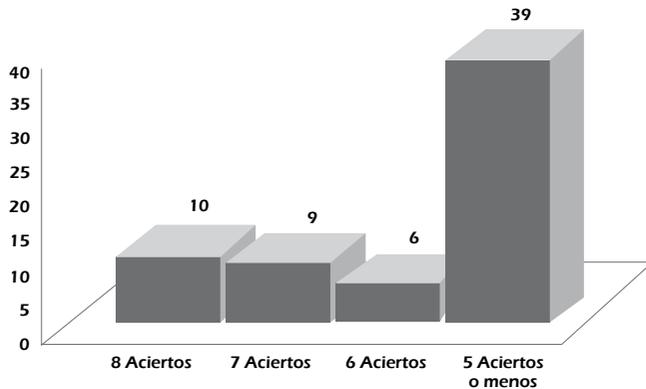


Figura 6. Cantidad de enfermeras y enfermeros que contestaron correctamente el cuestionario.

DISCUSIÓN

Los objetivos planteados para esta investigación fueron cumplidos ya que los resultados obtenidos permiten identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería respecto a la LVADF.

El objetivo principal de la LVADF es asegurar que los profesionales de la salud respeten la voluntad de los enfermos terminales de no ser sometidos a procedimientos innecesarios, desproporcionados o extraordinarios (obstinación terapéutica), debido a que éstos no representan una mejora significativa en su salud y calidad de vida. Por el contrario sugiere la utilización de cuidados especializados que garanticen el respeto a la vida del paciente como la paliación, la tanatología y las medidas mínimas ordinarias, que de manera holística satisfacen las necesidades del paciente (ortotanasia).

A través del análisis de los resultados se concluye que el personal de enfermería conoce algunas de las disposiciones y condiciones de la LVADF como la utilización de los cuidados paliativos, el uso de la tanatología, las medidas mínimas ordinarias y reconoce correctamente que la eutanasia es una práctica proscrita, sin embargo, desconoce el objetivo particular de esta legislación, el cual es evitar el incurrir en la obstinación terapéutica y la utilización de la ortotanasia.

En el caso de la población entrevistada y particularmente en los reactivos 5, 6 y 11, que planteaban un contexto de obstinación terapéutica, se encontró 46% de error en el conocimiento de los profesionales de enfermería ya que no lograron distinguir los procedimientos ordinarios de los extraordinarios, ni tampoco la proporcionalidad de la atención otorgada.

La obstinación terapéutica o también llamada distanasia es reprobada por los círculos éticos, médicos y jurídicos debido a que sólo consigue prolongar el sufrimiento y agonía del enfermo, sin que exista una proporcionalidad razonable entre los perjuicios y bene-

ficios del tratamiento o procedimientos otorgados. En un paciente no recuperable y además terminal debe considerarse la limitación de las medidas extraordinarias (obstinación terapéutica) como un acto de respeto a la dignidad humana, situación que coincide con lo plasmado en la LVADF en cuanto a la atención correcta al enfermo terminal.³

La ortotanasia por su parte supone la antítesis de la obstinación terapéutica. Esta doctrina evita la aplicación de procedimientos y tratamientos desproporcionados al paciente y otorga manejo paliativo, tanatológico, familiar, de higiene y nutrición, distinguiéndose de la eutanasia en que no provoca el descenso intencional del paciente y contrariamente, favorece a que la enfermedad evolucione de manera natural hasta la muerte, transcurso en el cual se procura la calidad de vida del paciente a través de las medidas antes mencionadas.³

Particularmente en los resultados del reactivo 9, que planteaba un contexto de ortotanasia, se encontró un porcentaje de error en 46% de la muestra, este porcentaje no considera correcto limitar las medidas extraordinarias y desproporcionadas en un paciente terminal, lo que refleja un conocimiento deficiente en este aspecto.

Por lo antes mencionado, queda claro que la obstinación terapéutica y la ortotanasia son juicios de difícil interpretación para las enfermeras y enfermeros, en tanto parecería que los procedimientos ordinarios y extraordinarios no están del todo delimitados en la práctica, ni tampoco la proporcionalidad de los tratamientos otorgados.

Uno de los principales y más difíciles problemas a los que se enfrenta un enfermo terminal es el dolor, situación por la cual la paliación es tan importante en el cuidado de estos pacientes. De acuerdo con los resultados del reactivo 7, el 100% de los profesionales de enfermería expresan que los cuidados paliativos forman parte de la atención adecuada que requieren los enfermos terminales, lo que resulta correcto pues la LVADF contempla la utilización de estos cuidados. Esto refleja que el conocimiento del personal enfermero es categórico en el rubro de los cuidados paliativos.

El reactivo 10 planteaba la utilización de la tanatología y las medidas mínimas ordinarias, los resultados muestran que 75 % del personal de enfermería clasificó correctamente el contenido de este reactivo, evidenciando que las enfermeras y enfermeros también tienen conocimiento en este aspecto.

Dentro de las acciones que la LVADF considera como adecuadas en la atención de los enfermos terminales es la prohibición de la eutanasia siendo terminante en este aspecto, pues condena en todo momento la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida del paciente, los resultados muestran en los reactivos 8 y 12

(que plantean situaciones eutanásicas), la mayoría de los enfermeros y enfermeras (74%) comparten la idea de no provocar la muerte directa del paciente, sin embargo llama la atención que existe un porcentaje considerable de la muestra (20%) quienes consideran que sí es adecuado acortar la vida del enfermo bajo las situaciones plasmadas en dichos reactivos, lo que resulta alarmante, ya que este personal de enfermería no logra reconocer situaciones claramente eutanásicas.

Conclusiones

Los resultados muestran que los enfermeros y enfermeras de los dos hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal estudiados conocen algunas de las condiciones y disposiciones de la LVADF pero no las particularidades de esta legislación en su práctica. Existe un desconocimiento acerca de la obstinación terapéutica y la ortotanasia en específico.

El personal de enfermería al ser parte fundamental del equipo de salud, debe velar por el respeto a la dignidad de los pacientes terminales y asegurarse de que el equipo de salud, tome las actitudes terapéuticas pertinentes en la atención de estos pacientes con el fin de asegurar la calidad en la atención otorgada y el respeto a la autonomía del paciente, que es uno de los principios básicos de la bioética.

Se sugiere a las instituciones hospitalarias, explorar el conocimiento de su personal en esta materia e implementar estrategias de educación y capacitación al personal enfermero y demás personal de salud en relación al manejo de los pacientes terminales, de acuerdo con las legislaciones vigentes en el país ya que cualquier incumplimiento de estas puede derivar en responsabilidad para los profesionales de la salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. El mundo actúa contra las enfermedades no transmisibles. Programas y proyectos de la OMS [Publicado 19-20-09-2011; acceso 25-09-2011] Disponible en: <http://www.who.int/nmh/es/>.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Boletín de Estadísticas Vitales 2008. INEGI. [Acceso 25-09-2010]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/boletin/2008/boletin_vitales_2008.pdf.
3. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. México: Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura; 2008. [Acceso 24-10-2010]. Disponible en: <http://www.contraloria.df.gob.mx/prontuario/vigente/1712.htm>
4. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos. México: Secretaría de Salud; 2008. [Acceso 11-11-2010]. Disponible en: http://cdvirtual.salud.gob.mx/interiores/diario_oficial/diario_2008/pdfs/diciembre/pnom011ssa3.pdf.
5. Benítez del Rosario MA, Salinas-Martín A. Cuidados paliativos y atención primaria: Aspectos de organización. Barcelona: Springer Verlag-Ibérica; 2000. 238 p.
6. Espejo-Arias MD. Cuidados Paliativos. 2° ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002. 285 p.
7. Lara Solares A, Tamayo Valenzuela A, Gaspar Carrillo P. Manejo del Paciente Terminal. Rev Instit Nac Cancerol [Internet]. 2006; 4 (1): 283-295 [Acceso 3-09-2010]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>.
8. Astudillo W et al. Principios básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp Dolor. [Internet]. 1999; 6 (1): 59-70. [Acceso 4-11-2010]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/imprimir.php?archivo=1999_01_06.
9. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento válidamente informado. México, D.F.: CONAMED; 2004. 80 p.
10. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. Gac Med Mex [Internet]. 2001; 137 (3):269-275. [Acceso 3-9-2010]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2001/e-gm01-3/em-gm013m.htm>.
11. Castillo-Valery A. Ética médica ante el enfermo grave. Barcelona: Jims; 1986. 163 p.
12. Del Río MI, Palma A. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. Boletín Esc Med Pontificia Universidad Católica de Chile. [Internet]. 2007; 32(1): 16-21. [Acceso 17-12-2010]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20071/CuidadosPaliativos.pdf>.
13. Historia de los cuidados paliativos & el movimiento Hospice. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 1988. [Acceso 6-10-2010]. Disponible en: <http://www.secpal.com/presentacion/Mo-vHospice.pdf>.