

LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL CONTEXTO CLÍNICO

PONENCIA: ICOMZ, 14 DE MAYO DE 2002

Fernando Flordelís Marco

Médico de Familia.

Coordinador de Equipos de Atención Primaria del Área 3

Fernando@areatres.org

Permítanme comenzar con una frase de Jean de la Bruyère:

“ La muerte no llega nada más que una vez pero se hace sentir en todos los momentos de la vida”

Esta frase permite remarcar dos momentos - bien distintos - para posicionarse frente al contenido de las voluntades anticipadas. Uno, dejarlo “para el final” - de la vida - que suele ser la opción más frecuente dentro de esa tendencia de las personas a soslayar el tema de la muerte y la otra opción sería en cualquiera de esos otros momentos de la vida, más o menos alejados del proceso de morir.

Cada persona puede, si lo desea, adoptar su decisión en un momento u otro siguiendo sus criterios, pero considerando el riesgo de que durante el proceso de morir o próximo a él puede estar falto de la capacidad de expresarse.

Continúo con una pregunta:

¿Papel activo desde primaria en la puesta en marcha del documento de voluntades anticipadas?

En el contexto clínico de la atención primaria es una práctica frecuente durante la asistencia a las personas en el proceso de morir, respetar – implícitamente - los deseos y la voluntad tanto del enfermo como de la familia.

¿Quizá el papel activo de los profesionales debería contemplar esos otros momentos de la vida?

Veamos distintos considerandos para obtener una respuesta.

EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN

Cómo médico de familia, trabajando en equipo en un centro de salud, consideramos que era necesario comprender las perspectivas, las creencias individuales y compartidas (culturales y sociales) que pudieran estar detrás de la gente condicionando su posición frente a las voluntades anticipadas y los cuidados en el final de la vida.

Era preciso conocer las ideas, sensaciones, actitudes y conductas que evoca en las personas el concepto de testamento vital. Debía investigar para obtener esta información y poder trabajar en la consulta.

El contenido del trabajo era conocer el fenómeno, la manifestación más subjetiva de la gente, recoger las propias palabras de las personas, la conducta observable, comentando y debatiendo acerca del testamento vital; en su contexto y situación real.

Contenido humanista susceptible de investigación cualitativa con la técnica de "grupos focales" participando los líderes de las asociaciones registradas en el ámbito municipal. Posteriormente se invitó, desde las mismas asociaciones, a la participación de los ciudadanos en un "foro comunitario" - 70 personas - (F. Flordelís " Testamento vital en las historias clínicas". En TRABAJO SOCIAL Y SALUD. Diciembre de 2000. N º 37)

Las personas expresaron literalmente

- *"Preocupación porque los cuidados paliativos puedan ser prestados eficazmente por el equipo de primaria.*
- *" Tanto el nacer como el morir, son procesos naturales de la vida; que las personas alguna vez en su vida se hacen preguntas sobre la muerte.*
- *" Cuando las personas tienen capacidad de decidir, tienen derecho a hacerlo y no se debe privar a las personas de ese derecho, y así quién quiera se manifestará a favor o no"*
- *" No prolongar la agonía de las personas, proporcionarles una muerte natural. Lo que el enfermo necesita en esos momentos es tranquilidad y contacto con sus seres queridos. La asistencia sanitaria es mínima pero necesaria".*
- *"la asistencia a los pacientes agónicos ha funcionado muy bien desde el Centro de salud.*
- *" Informar sin herir la sensibilidad de las personas". Considero muy importante la asistencia desde el Centro de Salud a los pacientes en agonía y la necesidad de saber la voluntad de las personas acerca de su muerte".*
- *" Respeto y claridad en la relación médico - paciente".*
- *"Posicionarse ante la muerte no es una cuestión de edad sino de madurez personal".*
- *"Es necesario que exista constancia escrita acerca de la voluntad de las personas respecto a su proceso de morir".*
- *¿Se puede tratar a estos enfermos agónicos igual que en el hospital?*

- *"Todas la personas tienen DERECHO a expresar su voluntad y a que sea respetada por TODOS: Médicos, enfermeros, familiares, allegados... que es un derecho "*.
- *"Tanto el nacer como el morir son procesos naturales de la vida. Hay que decidir cuando uno tiene capacidad para hacerlo y posicionarse ante la muerte. Dice una canción de Serrat, que nada es mas duro y duele mas que la verdad "*.
- *"Es muy importante que estos pacientes estén atendidos como se ha dicho, veinticuatro horas al día los siete días de la semana, y saber que detrás hay un equipo especializado en estos cuidados".*

Han manifestado con toda claridad que les gustaría poder expresar sus voluntades anticipadas a los médicos de familia

Sin embargo también está claro que las personas valoran muy favorablemente el contenido de las VOLUNTADES ANTICIPADAS pero referido a los cuidados paliativos que pudieran recibir durante su proceso de morir en el domicilio - ámbito de atención primaria -.

Parece pues evidente que las personas a través de las voluntades anticipadas desean asegurarse que se paliará el posible sufrimiento durante el proceso de morir.

¿SE INTEGRA ESTE DESEO CON EL TRABAJO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA? .

Veamos

CALIDAD ASISTENCIAL DURANTE EL PROCESO DE MORIR

Desde nuestro trabajo en equipo en el centro de salud, establecimos un control de calidad en los registros de la historia clínica

Debe constar en el 100% de las historias clínicas:

- *Diagnóstico de agonía*
- *Informar a la familia*
- *Registrar los síntomas*
- *Tratamiento específico de síntomas*
- *Grado de control de síntomas*
- *Cuidados paliativos*
- ***Grado de confort***

¿Porqué el diagnóstico de agonía es tan importante?

Porque debemos considerar que durante la asistencia de una persona en situación de terminalidad llega un momento en el que su contexto clínico corresponde a una entidad clínica definida – la agonía - que va a conducir de manera natural e irreversible a la muerte.

Por tanto nuestro objetivo asistencial ya no será preservar la vida sino contribuir a una muerte confortable, respetando la voluntad de la persona expresada previamente o durante el proceso de morir. (¿ Recuerdan nuestra frase de partida?)

Puede ocurrir que el profesional no se "posicione" ante la agonía como tal y esto condicione la calidad de los cuidados paliativos. Si continúa en actitud de preservar la vida quizá sea en detrimento de los cuidados de confort y paliación.

Por tanto parece adecuado reflexionar sobre:

- 1) La muerte es vista por el médico como un enemigo, como la gran derrota para la que no está preparado.
- 2) Muchos médicos reaccionan con inquietud, irritación o desconcierto.
- 3) El personal sanitario, con frecuencia, vive la muerte como un fracaso
- 4) El que asiste a un moribundo no debe proyectar en él sus necesidades ni sus temores, conscientes o inconscientes.
- 5) Enfrentarse a la muerte va a ser un importante proceso de maduración.
- 6) Debemos contar con la voluntad del enfermo, para la toma de decisiones clínicas en el final de la vida

Es relevante para la calidad asistencial:

1. Puesta al día en cuidados paliativos. Tanto en conocimientos científico técnicos como en conducta en el trabajo diario.

- 2.** Considerar la asistencia médica al enfermo en el proceso de morir tan excelente como cualquier otra faceta de la medicina. Como señala Callagan " *Ya que todos vamos a morir, preservar la vida no debería contemplarse como un ideal más elevado que contribuir a una muerte en paz*".

- 3.** En las historias clínicas debería constar que al enfermo y familia, que lo desean, se les ha ofertado cuidados paliativos para alcanzar el máximo grado de confort posible y el respeto a la voluntad del enfermo.

Permítanme que a propósito del *confort* durante el proceso de morir exponga un caso clínico real para esclarecer este concepto, fundamental en paliación de síntomas, y valorar la actitud de respeto del médico ante la autonomía de la persona.

La señora C. de 72 años y en situación de terminalidad por un proceso oncológico, es remitida al domicilio, desde el hospital, de acuerdo con la decisión tanto de la paciente como de la familia.

Ya en casa atendida por su familia y los profesionales sanitarios la sintomatología de C. requiere para su control, aceptable, fármacos que con la intención de paliar el sufrimiento tienen como doble efecto la sedación ligera.

Cómo médico de cabecera le explico a C. que si los síntomas no se controlan bien con las dosis actuales quizá debamos aumentarlas, pero eso

podría significar que como efecto colateral pueda disminuir su nivel de conciencia y por tanto de relación con las personas.

En esta conversación de C. que sabe perfectamente que se encuentra en proceso de morir, refiere a su médico: *"para mí es muy importante estar un ratito con mi nieto y poder verlo y hablar con él". Por favor no me aumente la dosis.*

Dos días después los síntomas empeoran y C. expresa claramente su deseo de controlar ese sufrimiento a pesar del posible efecto de sedación profunda.

Cómo médico y a través de una conversación sencilla y natural estaba recogiendo las voluntades de C.; estaba respetando el grado y el confort subjetivo que ella decidía, respetaba por lo tanto su autonomía. Estaba integrando su autonomía con mi beneficencia, que como médico me obliga a ser garante de los cuidados paliativos más efectivos y evitar el sufrimiento hasta donde la persona consienta.

El contenido de estas conversaciones se transcribía a la historia clínica de C. y compartía la información con su familia.

Cómo médico cuando decidía el aumento de dosis, por la gravedad de los síntomas, sentía incertidumbre ante la posibilidad del doble efecto de una sedación profunda y terminal. Sin embargo tenía claro tanto mi intención de paliar el sufrimiento de C. como su consentimiento informado si llegaba a desconectarse de su conciencia, si fuera necesario. Cómo así ocurrió.

No hubo un documento de voluntades anticipadas, no hubo un papel firmado, pero el espíritu del testamento vital nos ayudó a todas las personas que intervinimos en este caso real.

JUSTIFICACIÓN PARA EL USO DEL TESTAMENTO VITAL EN EL ÁMBITO DE PRIMARIA

Los cuidados por los familiares del enfermo en situación terminal " sin salir del hogar ", tienen tradición histórica y no sólo son culturalmente bien aceptados sino con frecuencia demandados; tanto por los enfermos como por su familia.

Si entendemos por muerte digna el respeto a la intimidad del paciente, que esté rodeado de sus seres queridos, que reciba asistencia técnica necesaria y que no se le aisle de su entorno social, familiar, afectivo e individual, esto se consigue más fácilmente en el domicilio del enfermo.

Efectivamente un estudio llevado a cabo en nuestra Zona Básica de Salud - rural - durante el período 1988 – 1992 puso de manifiesto que:

- ✓ **Un 68 % de la población moría en casa.**
- ✓ Con un Índice de SWAROOP de 93%
- ✓ Tumores en el 20% como causa de la muerte

En el ámbito urbano la media de los resultados aportados por los ESAD de las Áreas 2-5 y 3 de Zaragoza ponen de manifiesto que un 70% de los pacientes en cartera de servicios, personas inmovilizados o en situación terminal, fallecieron en el domicilio.

El aumento del número de personas envejecidas con enfermedades oncológicas o no, pero crónicas y progresivas hasta situaciones terminales, con determinación de morir en casa, pone a los médicos de cabecera cada vez con más frecuencia en situaciones de decisión terapéutica difícil tanto desde el punto de vista técnico como ético.

Respetemos la voluntad de las personas por encima de la nuestra y/o la de sus familiares a veces confundidos o abrumados o cargados de sentimientos de culpabilidad, tratando de remediar antiguas desatenciones con excesos asistenciales en los últimos días de los enfermos. Condicionando ingresos hospitalarios y muertes fuera de casa o con medidas de soporte a veces desproporcionadas y en contra de la voluntad del enfermo.

Por tanto si recogiéramos las directrices anticipadas, la voluntad de las personas – testamento vital – como una hoja más de la historia clínica en nuestro quehacer diario, en distintos y oportunos momentos de la relación con nuestros pacientes, facilitaría mucho tanto a los profesionales como a la familia posteriores decisiones que quizá haya que tomar durante su asistencia en el proceso de morir.

COMO INTEGRAMOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD LA FILOSOFÍA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

Está claro que el "foro comunitario" que efectuamos produciría beneficios marginales a nivel de la población. Así, se obtendría al menos una información " boca a boca "y una sensibilización hacia este tema más o menos generalizado entre la población.

Una repercusión inevitable, consecuencia de esta metodología de trabajo, es un potencial cambio de las actitudes sociales en el posicionamiento frente a un tema que culturalmente suele estar definido como tabú.

Para la puesta en marcha inicial del testamento vital en el trabajo diario los profesionales del grupo decidimos posicionarnos ante la enfermedad mortal y el proceso de morir. Para hablar y trabajar con este tema tan grave debemos conocer nuestra propia actitud ante el contenido del testamento vital.

Manejándolo entre nosotros y para nosotros mismos, creímos que el tema nos suscitaría posteriormente menos ansiedad en nuestro trabajo. Así fue.

Para la puesta en marcha se debería iniciar la actividad en personas que conocemos profesionalmente desde hace tiempo, con un patrimonio en la relación favorable y de confianza. Priorizar en personas de riesgo clínico

elevado. Parece más adecuado ofrecernos a recoger las voluntades anticipadas a los pacientes mayores de 50 años.

Abundando en la oportunidad de la edad, a los 80 años la muerte representa un hecho esperable y natural. Por ello a las personas mayores les resulta más fácil aceptar sin angustia la idea de la muerte, incluso a veces la esperan y manifiestan espontáneamente como les gustaría que fuese. Escuchemos y recojamos la voluntad de nuestros pacientes. Que la angustia del profesional ante la propia muerte, no interfiera nuestro trabajo bien hecho.

El momento se suscitará durante la consulta, con frecuencia, si escuchamos a nuestros pacientes con actitud receptiva. En otras ocasiones deberemos propiciarlo.

Clarificar siempre que en el testamento vital las decisiones tomadas pueden cambiarse en cualquier momento por el paciente. Es un proceso dinámico, con seguimiento periódico.

Podemos utilizar diferentes modelos de "Documentos de voluntades anticipadas" – anexo – o escribir en la historia clínica el contenido de las conversaciones.

Ejemplo:

28 de junio de 2000

Conozco al paciente y he mantenido en la consulta, junto a su esposa, una conversación acerca de sus deseos relativos a la posibilidad de alimentación por

sondas o goteros para perfusión endovenosa en caso de enfermedad en situación irreversible y la posibilidad de prolongar el proceso de morir

El paciente solicita morir en casa si fuera posible, sin prolongar su muerte con goteros o sondas de alimentación que no desea recibir.

Me pide expresamente que utilice las medidas necesarias para aliviar el dolor e incomodidades

En cualquier caso cuando llegue el momento de asistencia médica en el proceso de morir, las medidas terapéuticas a adoptar serán compartidas con el enfermo y/o familia – cuidador responsable- “alrededor de una mesa en el hogar del enfermo”.

EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Personalmente, en el momento actual me siento *más* comprometido por tres circunstancias:

- a) La Ley de Salud de Aragón de 15 de abril de 2002 que regula las voluntades anticipadas. – Anexo -
- b) La relevancia social y el interés suscitado en los medios de comunicación ` por la puesta en marcha de la ley catalana de 21 de diciembre de 2000 y la ley gallega de 8 de mayo de 2001. Además de la ley de salud de otras Comunidades Autónomas que también recogen el testamento vital se prevé una ley nacional que podría aprobarse próximamente.

- c) Mi nuevo destino laboral con responsabilidades en la coordinación de los profesionales que trabajan en los centros de salud correspondientes al Área 3 de Atención Primaria en la provincia de Zaragoza.

Entiendo que el testamento vital, en el ámbito de Atención Primaria, debe basarse, más allá de cualquier documento - qué también - en un proceso de relación médico /paciente prospectivo que propicie una comunicación efectiva acerca del proceso de morir y las voluntades anticipadas de las personas.

Por tanto continuando la línea de investigación abierta con la primera parte del trabajo referida a la **población**, es importante conocer ahora la opinión y actitud de los **profesionales** ante la posibilidad de recoger en la Historia Clínica las voluntades anticipadas de sus pacientes.

Siguiendo la línea de investigación cualitativa se trataba de conocer la opinión y actitud de los profesionales que trabajan en Atención Primaria.

Con el objetivo de comprender el fenómeno, desde la perspectiva del profesional, interesaba conocer la idea y sensaciones que evoca el concepto de recoger en las historias clínicas las voluntades anticipadas de las personas y su utilidad para tomar decisiones durante la asistencia paliativa en el proceso de morir.

El trabajo de investigación está pendiente de publicación en TRABAJO SOCIAL Y SALUD probablemente en junio de 2002 pero me permito adelantar algunos resultados correspondientes a la participación de **209** profesionales en **17** grupos focales.

Profesionales pertenecientes a los equipos de Atención Primaria que trabajaban en los centros de salud con dependencia del Área III de Zaragoza..

Resultados de la opinión de los profesionales

Profesionales que opinan por escrito	Opinión favorable	Opinión negativa
184	179	5

USO REAL ACTUAL DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

La experiencia de los profesionales del Área 3 se obtuvo de manera oportunista durante la evaluación de la Cartera de Servicios de 2001.

Utilizamos las historias clínicas incluidas en el servicio de atención a las personas en situación terminal.

Resultados de la evaluación 2001

Nº de historias clínicas	Constan voluntades anticipadas	porcentaje
162	15	9.26%

Si consideramos que las Instituciones deben de acuerdo con la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.

- Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos -, afirmar y proteger el derecho de los moribundos a los cuidados paliativos, asegurar que la medicina paliativa se asienta en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina. Protegiendo el derecho de las personas en situación terminal o moribundas a la autodeterminación.

Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directrices anticipadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda.

Parece que la realidad de la que partimos está muy lejos de estos objetivos. Pero esto es así también en Estados Unidos y David Thomasma, catedrático de Bioética y Política Sanitaria de la Universidad de Loyola en Chicago – recientemente fallecido- afirmaba que:

"Después de 30 años de aplicación de Documento de voluntades anticipadas en Estados Unidos sólo el 10% de los pacientes lo utiliza"

Probablemente, y es mi propuesta, debemos alejarnos del manejo legalista de las voluntades anticipadas en el contexto clínico de atención

primaria si nos proponemos alcanzar efectividad. Remarco la propuesta con aportaciones mucho más significativas que las mías:

Así lo ha afirmado Jesús González Cajal, presidente del Comité Asistencial de Ética del Hospital La Princesa, de Madrid, que ha participado en el Congreso Mundial de Bioética, organizado por la Sociedad Internacional de Bioética. Cajal ha desarrollado los derechos del paciente al final de la vida simulando una conversación entre el enfermo terminal y su facultativo. Cajal ha abogado por la necesidad de "la comunicación y de crear acuerdos confidenciales entre el médico y el paciente regidos más por la ética que por la ley.

Es bueno y beneficioso para el médico y el enfermo consensuar sin interferencias en la gestión de la muerte, pues los llamados terceros lo único que hacen es interferir y molestar".

CONCLUSIÓN

Existe una evolución en la relación ética médico – paciente con clara tendencia a un predominio del principio de autonomía de las personas.

Probablemente conviene ajustar esa autonomía del paciente con el principio de beneficencia, para que así la última proposición del silogismo sea una decisión tomada **con** el paciente.

Se trata de una beneficencia sin paternalismo. Como señalaba el fallecido David C. Thomas en Diario Médico 25/05/01, "las voluntades anticipadas o testamento vital obligaran a los médicos a mejorar la relación

con el paciente, porque solo alcanzan su virtualidad cuando alcanzan una verdadera confianza con el médico. No es decidir por el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino decidir con el paciente; sus valores son bien conocidos por el profesional y el paciente le atribuye una cierta capacidad de gestión sobre ellos”.

Es en esa relación prospectiva y de confianza médico / paciente, donde debe fundamentarse la expresión de las voluntades anticipadas por parte de las personas y dónde deben ser recogidas por los profesionales.

Se trataría de acuerdos implícitos, contenidos de conversaciones, comunicación efectiva, con seguimiento periódico, y registro en la historia clínica, más allá de un documento – qué también -, que pudiera acabar convertido - al más puro estilo de los “impresos” de consentimiento informado que se están utilizando en el contexto hospitalario – en una rutina burocrática alejada de la filosofía de una mayoría de profesionales, que en mi trabajo de investigación se ha puesto de manifiesto.

La base de las voluntades anticipadas son el respeto y la promoción de la autonomía de las personas y en mi opinión el objetivo en el ámbito de primaria, respondiendo a la pregunta inicial, debería ser:

“Que todo ciudadano que lo desee y en el momento que lo considere oportuno pueda expresar sus sentimientos, sus preocupaciones, su voluntad, sus deseos, sus valores, los supuestos en los que basa su calidad de vida, su proyecto vital, su voluntad,

acerca de la asistencia médica que querría recibir en el final de su vida”

EPÍLOGO

Con la Ley de Salud de Aragón todos los profesionales sanitarios debemos conocer que cualquier persona puede ya aportar un Documento de voluntades anticipadas –DVA - durante una consulta habitual en nuestro centro de salud.

Por tanto debemos estar al día en la utilización práctica del DVA que obliga tanto a guardarlo en la historia clínica como a tenerlo en cuenta para adoptar decisiones clínicas.

Si bien lo que interesa realmente es el proceso de reflexión que la persona efectúa con el otorgamiento, cuando dicha reflexión se comparte con el médico de familia y se conocen así la voluntad y los valores de la persona, el DVA tiene unas consideraciones prácticas que debemos conocer.

Para ello les remito a la GUÍA SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Está en la red y también Publicado como artículo de opinión en la Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 417 – 423.

Más información relevante aporta el Comité de Ética de la SECPAL publicado en Diariomédico.com el 24 de abril de 2002 con sus tres documentos:

- CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CUIDADOS PALIATIVOS

- DECLARACION SOBRE LA EUTANASIA DE LA SECPAL
- ASPECTOS ETICOS DE LA SEDACION EN CUIDADOS PALIATIVOS

BIBLIOGRAFIA

Cito la bibliografía referenciada en mi trabajo "Testamento Vital en las historias clínicas". En Trabajo Social y salud. Diciembre de 2000.

1. Miranda Aranda, Miguel, " El enfoque cualitativo en las ciencias sociales". En "Trabajo Social y Salud". N º 27. Julio. 1997. Págss. 65 y ss.
2. Sudnow,David (1971). "La organización social de la muerte" Edit. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires.
3. Thomas, Louis-Vicent 1993 "Antropología de la muerte". Fondo de Cultura Económica. México.
4. Ruiz Olabuénaga, J.I. (1996) "Metodología de la investigación cualitativa." Universidad de Deusto. Bilbao.
5. Taylor, S.J. : Bogdan, (1994) "Introducción a los métodos cuallitativos" Edti. Paidós. Barcelona.

6. Vallés Miguel S. "Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional". Síntesis Sociología. Madrid.
7. Canals, J. " La reconstrucción imaginaria de la comunidad ". En "Trabajo Social y Salud". N º 29. Marzo. 1998. Págss. 267 y ss.
8. J. Irigoyen Sánchez- Robles, " La participación comunitaria en atención primaria ". En "Trabajo Social y Salud". N º 29. Marzo. 1998. Págss.279 y ss.
9. Allué Martínez, Marta " La gestión del morir: Hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal". En "Trabajo Social y Salud". N º 29. Marzo. 1998. Págss.387 y ss.
10. González Barón, M. (1995) " Tratado de Medicina paliativa ". Edit. Panamericana.
11. Gómez Sancho, Marcos (1999) " Medicina Paliativa en la Cultura latina " Edit. Arán.
12. Unidad de Medicina Paliativa, Hospital San Juan de Dios (1999) " La Medicina paliativa una necesidad sociosanitaria". Actas del Congreso Nacional de Medicina Paliativa. Bilbao. 1999
13. Ham. Richard J (1995) "Atención Primaria en Geriatría". Edit. Mosby.

Marius Morlans Molina, Francesc Abel Fabré, (1995) " La atención hospitalaria al enfermo moribundo". Quaderm CAPS, Nº 23. Bibliografía:

