

ARTÍCULO

Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones

Limits of the therapeutic effort and bioethical principles in decision making

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Unidad de Cuidados Intermedios. Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP 70 700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

Se realiza un estudio de los principios básicos o tradicionales de la bioética y su influencia en la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos, como condicionante que favorece su aplicación en los pacientes en estado terminal. Se aborda la necesidad de una bioética no importada de otros países, que se corresponda a las características de la realidad latinoamericana y a cada contexto sociocultural. El trabajo tiene como objetivo fundamental resaltar la importancia de estos principios básicos en la discusión ético-clínica para la toma de decisiones, a partir de una bioética que se corresponda a la realidad de los sistemas imperantes.

Palabras clave: bioética, toma de decisiones, unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

A study of basic or traditional principles of bioethics and its influence in the practice of the limits of the therapeutic effort in the intensive care units, as a requirement that favors its application in terminal ill patients was carried out. The need of having bioethics principles that match Latin-American reality and each sociocultural context, not imported ones from other countries, was stated. This paper main objective is to highlight the importance of these basic principles in ethic-clinic discussion for decision-making, taking as the starting point a bioethics that corresponds to the reality of the dominant system.

Keywords: bioethics, making decision, intensive care units.

INTRODUCCIÓN

En los umbrales del siglo XXI la humanidad se encontró en una encrucijada, 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 salto cualitativo que se denominó Revolución Científico- Técnica.¹

En las modernas y altamente tecnificadas Unidades de Cuidados Intensivos se lleva a la máxima expresión el 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.²

A través del tiempo la interacción ciencia-tecnología se ha venido haciendo cada vez más fuerte e interdependiente la una de la otra. A veces la tecnología va demasiado lejos; el desarrollo tecnológico constituye un hacer que trae consigo siempre significados de corte ético en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable.

El 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 una grave afectación neurológica u otro tipo de secuelas y con ello, la agonía del enfermo y el sufrimiento de sus familiares.³

El denominado encarnizamiento terapéutico, ensañamiento terapéutico o distanasia es sinónimo de indignidad humana y su causa es multifactorial, pues intervienen factores derivados del propio avance científico-tecnológico y de su aplicación excesiva en medicina, factores socioculturales dados por las desmesuradas expectativas de curación que a veces existe en la sociedad, del requerimiento de preservar siempre la vida biológica como valor sagrado y de la ausencia de una decisión unívoca que asume la existencia de límites en las acciones médicas.^{4,5}

Actualmente la humanidad ha adquirido nuevos conocimientos, valores éticos y recursos científicos para marchar hacia una nueva etapa histórica de verdadera justicia y humanismo. La bioética, está muy en boga, como resultado de las exigencias que en el orden ético le plantean al hombre, la aplicación del desarrollo científico técnico en la esfera de la medicina y de las necesidades de un fundamento ético-social a las crecientes necesidades de los servicios de salud.

Los problemas que se generan entre un paciente que se encuentre en estado terminal y su familia constituyen una realidad de todas las generaciones. En el ciclo de los seres vivos, en este caso del hombre, hace que el mismo se enfrente ante estos problemas que obligan a buscar ayuda en el personal de salud, este último, tiene que enfrentarse a la muerte día a día, al dolor, al sufrimiento de pacientes terminales, y a las dudas, miedos, e inquietudes de sus familias.

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se define como “la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente”.⁶ No cabe la

menor duda de que se trata de un concepto que es esencial en la práctica del profesional de la salud. La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice. En este contexto, los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad, con el acompañamiento de la familia.^{7, 8}

Es actualmente considerada una buena práctica clínica, éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica, y ello es reconocido por algunos autores.

El trabajo tiene como objetivo fundamental, destacar el incalculable valor de los principios éticos básicos o tradicionales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, en la discusión ético-clínica para la toma de decisiones en la práctica cotidiana de la limitación del esfuerzo terapéutico, como movimiento de signo positivo; de no copiar modelos bioéticos de otros países, de desarrollar valores que se correspondan a las características de la realidad donde ellos existen, y no de importarlos desde otras distintas al país, sin menoscabar la universalidad; se hace necesario estudiarlos, analizarlos, interiorizarlos, extraer de los mismos las experiencias valiosas que merezcan ser apropiadas y aplicadas a cada contexto específico.

Esto significa que los principios éticos a que se acaba de aludir necesitan ser adecuadamente aplicados, para poder humanizar el adelanto científico-tecnológico, a partir de la cultura, idiosincrasia, creencias religiosas, tradiciones, imperantes en cada región o país. La solución a los dilemas éticos no está en la bioética misma, ella es solo una valiosa herramienta intelectual.

DESARROLLO

El legado más importante de la Historia Antigua es “El Juramento Hipocrático”, que data de unos 400 años a.n.e y que mantiene principios aún vigentes. No fue el primero de los códigos de conducta para los médicos y desde entonces muchos más se han establecido, pero tiene el gran valor de ser el más

conocido y el que sentó cátedra para las generaciones posteriores. En su contenido se definen principios generales relacionados con la profesión en los que prima el derecho a la vida.⁹

El surgimiento 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, es una herramienta inestimable que debe usarse convenientemente a la luz de los conocimientos actuales.¹⁰

La muerte es el fin de la vida, forma parte de ella; sin embargo adoptar decisiones médicas en pacientes hospitalizados, máxime si se encuentran en situaciones críticas, plantea indisolublemente problemas clínicos y éticos.

Obviamente no existe acto médico de ninguna clase y en cualquier especialidad sin componente ético, pero los dilemas éticos que surgen en las Unidades de Atención al Paciente Grave y muy específicamente en las terapias intensivas, se intensifican enormemente; pues es el lugar donde el médico intensivista está siempre urgido a tomar decisiones con mayor dramatismo y responsabilidad, por el empleo de maniobras y procedimientos invasivos, así como por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inmediatez con que es necesario actuar y las posibles complicaciones secundarias de su actuación.

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética sirve para dar un valor metodológico en la toma de decisiones. Estos principios son:¹¹

- 1- No Maleficencia: consiste en no hacer daño. "*Primum non nocere*". Este principio se viola cuando se aplica a un paciente un tratamiento que no está indicado, que causa complicaciones evitables, daño o cualquier tipo de lesión. Los riesgos de la práctica médica solo pueden justificarse cuando el beneficio obtenido es superior al daño.

Es frecuente que en los Cuidados Intensivos las intervenciones no prolonguen realmente una vida aceptable, sino alargan el inevitable y doloroso proceso de la muerte. Como por ejemplo, al hacer maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes con enfermedades avanzadas, en situación

terminal, es evitarle una muerte indolora, para prolongar una situación agónica, que muchas, se acompaña de dolor y falta de dignidad.

- 2- Beneficencia: este principio es también para el médico y demás profesionales de la salud. Lo principal es el bien del paciente. Por este principio el médico tiene que responsabilizarse de cumplir los objetivos de la medicina, que se resume en tratar lo mejor posible el paciente, restaurarle la salud, preservarle la vida y aliviarle su sufrimiento. En la tradición médica del Juramento Hipocrático supone hacer siempre todo aquello que es posible hacer por un enfermo. Esto puede llevar a conflictos con los principios de autonomía y de justicia.
- 3- Autonomía: es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respeto a la atención a su salud. Se expresa al respetar los puntos de vista y decisiones de los pacientes ante diversas situaciones que se les pueda presentar durante el proceso de atención médica, como sucede con los procedimientos riesgosos, diagnósticos o terapéuticos, ante la alternativa de vivir o morir, según el sentido y significado que para él tenga. El respeto a este principio, llamado también “de permiso” por 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.

En los últimos años se ha tomado el trámite del consentimiento informado como garantía del respeto a la autonomía.¹² En el caso de que el paciente no esté mentalmente capacitado para este tipo de decisiones, como ocurre con frecuencia en la medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre los familiares o su representante legal. Si el paciente ha expresado previamente el deseo de rechazar algún tratamiento de soporte vital, es obligación ética respetarlo.¹³

- 4- Justicia: este principio es tributario de la sociedad. Debe servirle de guía para valorar éticamente la interrelación y conflictos entre los principios anteriores, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico técnica y humana. Es

decir, la atención a la salud de todas las personas debe ser igual, sin distingo o barreras económicas o sociales de ningún tipo.

En el caso de Cuba, que dispone de un sistema nacional de salud que abarca a toda la población, y cuyos servicios son gratuitos y accesibles, el estado asume en su totalidad la obligación de garantizar el mantenimiento de la salud de los ciudadanos. La política del estado es la de asumir los gastos, pero evidentemente no se disponen de todos los recursos deseables. Esto hace que justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos; y equidad no significa distribución igualitaria, sino distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades.

Los recursos son finitos y por tanto su uso y racionamiento deben hacerse bajo el principio de justicia. No sería correcta la decisión de ocupar una cama de alto coste en la Unidad de Cuidados Intensivos por una persona que, con cuidados básicos y paliativos, podría obtener el mismo o incluso mayor beneficio; se trata de proporcionarle al enfermo los cuidados que realmente requiere.

Cuando se habla de limitación del esfuerzo terapéutico, uno de los elementos que se convierten en prioritarios a la hora de afrontarla es la definición de terminal. Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal y se le reconocen cinco características:

- 1- "Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3- Presencia de varios 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".¹⁴

Actualmente, ante la posibilidad de mantener artificialmente la vida, cabe preguntarse si es justo que se utilicen los recursos materiales más caros, los recursos humanos más calificados, en la atención de pacientes en situación terminal, totalmente irreversibles e irrecuperables, cuya muerte es inevitable; mientras otros, totalmente recuperables, mueren por la falta de trasplante de un

órgano vital. Aún se discute por algunos autores, si deben ingresar en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes con cáncer.¹⁵ El autor es del criterio de que no se le debe negar el derecho a estos enfermos de ingresar en la terapia intensiva exclusivamente por el hecho de padecer un cuadro neoplásico, si este no se encuentra en situación terminal.

En las modernas y altamente tecnificadas Unidades de Cuidados Intensivos cada vez están más implementadas las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), cuando se valora que el paciente después de un intento terapéutico no tiene posibilidades razonables de recuperación.¹⁶ Pero, además de esta buena práctica clínica, en algunos países en la actualidad reconocen el derecho a morir,¹⁷ otros además de la limitación del esfuerzo terapéutico tienen aprobada la eutanasia,¹⁸ y el suicidio asistido.¹⁹

Se trata de un tema bastante controversial, en el que no existe una aprobación unánime y son muchos los que están incluso en desacuerdo. En Cuba no existe ningún tipo de dilema ético con respecto a estas prácticas consideradas como no éticas;²⁰ ellas no son legalmente aceptadas en el país, por ser una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable, las cuales socavan todos los principios y las normas más elementales de la profesión médica.

A través de la historia de la medicina, y como resultado de los objetivos eminentemente humanitarios de la misma, la labor del médico y los profesionales de la salud en general ha estado regida por principios y requisitos éticos-morales.

El Dr. Ricardo Abizanda Campos, cita en su artículo sobre la participación de los pacientes críticos en la toma de decisiones asistenciales, que: “[...] los derechos básicos de los pacientes no pueden ser ignorados. El individuo hará con ese derecho lo que quiera. Lo puede ejercer o no. Puede legarlo. Pero ese es su privilegio. El de él. No hace falta recordar ahora que el derecho a la vida y como consecuencia a la salud y su conservación, es uno de esos derechos básicos”. Es posible que el sanitario, el médico, sepan lo que es mejor para el enfermo, pero el paciente tiene el derecho a aceptarlo o no, cuando dispone de

los suficientes elementos de análisis, la capacidad para realizar este último y la posibilidad de actuar consecuentemente.²¹

Sin desvirtuar el valor de los principios éticos en la discusión ético-clínica para la toma de decisiones, estos pasan a un segundo plano cuando el enfermo no tiene siquiera la posibilidad de llegar al hospital; el acceso no existe, que es el caso más común en algunas de las sociedades latinoamericanas. Es de vital importancia tal consideración en el marco de una bioética latinoamericana, pues no es posible hablar de autonomía, beneficencia, no maleficencia o justicia, cuando el enfermo no tiene posibilidades ni de asistir a un hospital porque no existe o porque no cuenta con los recursos económicos para pagar por sus servicios.

La amenaza real proviene de importar modelos de pensamiento bioético. En modo alguno se trata de crear una bioética para cada región o país del planeta, sin menoscabar la universalidad de los principios bioéticos, se trata de desarrollar valores que correspondan a las características de la realidad donde ellos existen. Ellos deben ser redimensionados, desde la perspectiva de la ideología y cultura de cada país, lo cual los dotaría de la autenticidad necesaria para su funcionamiento eficaz.

La bioética debe insertarse en el contexto latinoamericano, por razones de identidad cultural y realidades socioeconómicas. Sin embargo, el esfuerzo realizado durante décadas por alcanzar una verdadera equidad y justicia social, hace que los principales problemas a los que se enfrenta en Latinoamérica, en particular la justicia sanitaria y el acceso a la atención médica, sean cuestiones ya resueltas en Cuba en lo fundamental.

Uno de los grandes retos de la cultura contemporánea 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: curar a veces, mejorar a menudo y consolar siempre.

El médico debe abstenerse de utilizar medios extraordinarios que no aporten beneficios comprobables.²² 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.

Al afrontar un problema tan fundamental, es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte digna. Así pues, el derecho del hombre a morir dignamente comporta una serie de exigencias que han de ser realizadas, sobre todo, por parte de la sociedad.^{23, 24}

Es necesario proporcionar al paciente una muerte sin sufrimientos innecesarios, íntima, silenciosa, apacible, sencilla, consciente, sin soledad, en compañía de sus seres más queridos, con el consuelo de la fe en los creyentes, en paz consigo mismo y con todo lo humano, en su momento, sin adelantarla ni alargarla con actitudes agresivas y desproporcionadas; así se ayuda al enfermo y a su familia a disminuir la pesadilla de la muerte, a comprender su significado y a convertirla en un hecho trascendente para la vida, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas o testamentos vitales del enfermo.²⁵

Morir con dignidad debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados adecuados y proporcionados.²⁶ La limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica cada vez más habitual, sobre todo en las dos últimas décadas, la cual muestra gran variabilidad en los países e incluso entre unidades de un mismo país, con respecto a la incidencia, las características de los enfermos a los que se aplica y la forma de llevarse a cabo; por tratarse de diferentes países, con sistemas socioeconómicos, sociopolíticos heterogéneos; en los que imperan principios y valores diferentes.²⁷

La obra de la Revolución cubana en el campo de la salud, en particular en materia de justicia distributiva, le ha dado solución, en un nivel social general, al dilema bioético más serio que enfrenta el mundo de hoy: el acceso de la población a los servicios de salud. No solo se ha brindado acceso universal y gratuito a los mismos, sino que se ha elevado su nivel científico técnico de forma acelerada, se ha extendido hasta las zonas más intrincadas y se ha

acercado a los lugares de residencia. En Cuba el modelo del médico y enfermera de la familia, permiten garantizar la atención al paciente terminal hasta su muerte, para hacer esta más digna.

La limitación del esfuerzo terapéutico es un tema de vigente actualidad, por estar en estrecha relación con la vida y la muerte, con la toma de decisiones por los profesionales de la salud al final de la vida; 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.

CONCLUSIONES

El tema, por su amplitud y complejidad, requiere un minucioso análisis que rebasa las posibilidades de este trabajo. Por ello, se ha preferido realizar un acercamiento inicial al mismo, mediante el reconocimiento de la limitación del esfuerzo terapéutico como buena práctica médica, bien conocida por todos los profesionales que laboran en las unidades de cuidados intensivos. Ciertamente, es en este ámbito donde más frecuentemente acontecen hoy los dilemas éticos que tienen que resolver el equipo de salud y, donde los principios universales y tradicionales de la ética son de un valor incalculable en el buen juicio clínico para la toma de decisiones moralmente aceptables, asentadas sobre las sólidas bases del pensamiento bioético cubano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cruz Oñoz Emilia. La Revolución Científico - Técnica: su impacto en la esfera de la salud. En: Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ecimed; 2005. p. 63 - 78.

- 2- Althabe M, Cardigni G, Vasallo JC, Codermatz M, Orsi C, Saporiti A. Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en Terapia Intensiva. Arch argent pediatr [Internet]. 1999 [citado 2008 Ago 12]; 97 (6). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/publi-arch-1999-nro6-consensorecom.php?menu=item3>
- 3- Bueno Muñoz MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. Enfermería Intensiva [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2014]; 24(4). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>
- 4- Bátiz Cantera J. Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida [Internet]. España: Paliativos Sin Fronteras; 2011 [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/cuidados-pal-labor-todos/18-LIMITAR-EL-ESFUERZO-TERAPEUTICO-AL-FINAL-DE-LA-VIDA-BATIZ.pdf>
- 5- María del Pilar G. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Revista Horizonte Médico [Internet]. 2011 [citado 25 Mar 2014]; 11(1). Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art6_Vol11_N1.pdf
- 6- 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 bioethica [Internet]. 2012 [citado 11 Nov 2013]; 18(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso
- 7- Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, NunezLopez MP, Espadas Maeso MJ, PerezFernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enferm Intensiva [Internet]. 2012 jul-sep [citado 11 Nov 2013]; 23(3): Disponible en: [http://www.elsevier.es/en/linksolver/ft/pii/S1130-2399\(11\)00096-4](http://www.elsevier.es/en/linksolver/ft/pii/S1130-2399(11)00096-4)
- 8- Tejeda Dilou Y. La familia como agente terapéutico en los cuidados paliativos. MEDISAN. [Internet]. 2011 Feb [citado 08 Abr 2014] ; 15(2): 197-203. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200008&lng=es

- 9- Marcano Sanz LE, Díaz Bertot E, Serrano Ricardo G, Lima Aguilera Y. Dilemas Bioéticos del postoperatorio en cirugía cardiovascular pediátrica: futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Hum Med. [Internet]. 2011 Ago [citado 08 Abr 2014]; 11(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200002&lng=es
- 10- Wilches Flórez ÁM. La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después. Opción [Internet]. 2011 [citado 7 Abr 2014]; año 27(66): Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3961004.pdf>
- 11- Partarrieu Mejías FA. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? Rev Medicina y Humanidades [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2014]; 4(1-3). Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf
- 12- Figueroa G R. Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. Revista médica de Chile [Internet]. 2012 [citado 25 Mar 2014]; 140(10). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000017&nrm=iso
- 13- Universidad de Navarra [Internet]. España: Asociación Médica Mundial; c2002 [citado 8 Abr 2013]. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammlisboa2.html>
- 14- Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 25 Mar 2014]; 16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso
- 15- García Vicente E. ¿Deben ingresar en la UCI los pacientes con cáncer? Revista Electrónica de Medicina Intensiva. REMI [Internet]. 2009 Febrero

[citado 12 Ago 2008];9 (2): Disponible en:

<http://remi.uninet.edu/2009/02/REMI1334i.html>

- 16-Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. Medicina Intensiva [Internet]. 2013 [citado 8 Abr 2014]; 37(5). Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569112002288>
- 17-Aloisi S. Italian Man Defies Government in Right-to-Die Case:Reuters health information [Internet]. 2009 Feb [citado 23 Feb 2009]; [about 2 p].
Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/587767>
- 18-Collado Madurga AM, Piñón Gámez A, Odales Ibarra R, Acosta Quintana L, Serra Larín S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 08 Abr 2014]; 49(3).Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300012&lng=es
- 19-Torres Lio-Coo V, García Gutiérrez E, Casamayor Laime Z, Torres Ruiz JR, GuidiVirues E; Abreu García MD. Consideraciones sobre la eutanasia como práctica médica. Rev Cubana Med Mil. [Internet]. 2009 abr-jun[citado 12 Mar 2013]; 38 (2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000200006
- 20-Declaración sobre Eutanasia. Adoptada por la 39a. Asamblea Medica Mundial, Madrid, España, octubre 1987. En: Montenegro RM. (ed). Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Documentos de las organizaciones internacionales. Argentina: Asociación Médica Mundial; 1998.p.43.
- 21-Abizanda Campos R. Sobre la participación de los pacientes críticos en la toma de decisiones asistenciales. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. [Internet]. 2002 [citado 12 Mar 2013]; 2 (1).Disponible en:
<http://remi.uninet.edu/2002/01/REMIED09.htm>
- 22- Declaración de Venecia sobre Enfermedades Terminales. Adoptada por la 35a. Asamblea Medica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. En:

- Montenegro RM. (ed). Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Documentos de las organizaciones internacionales. Argentina: Asociación Médica Mundial; 1998. p.27-28.
- 23-Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 25 Mar 2014]; 14(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso
- 24-Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte AnMed(Mex) [Internet]. 2013 [citado 8 Abr 2014]; 58(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>
- 25-Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2010 [citado 25 Mar 2014]; 24(6). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110002050>
- 26-Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista Clínica Española [Internet]. 2012 [citado 24 Mar 2014]; 212(3). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90104690&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=65&ty=2&accion=L&orig en=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=65v212n03a90104690pdf001.pdf
- 27-Linhares DG, SiqueiraJEd, Previdelli ITS. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. Revista Bioética [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2014]; 21(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200012&nrm=iso

Recibido: 31/03/2014

Aprobado: 16/05/2014

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Doctor en Medicina, Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Unidad de Cuidados Intermedios, Carretera Central Oeste Km 4½, Ciudad de Camagüey, Cuba, CP 70 700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu