

Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico

Worthy death and proper therapeutic efforts

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt.¹ Gilberto Lázaro Betancourt Reyes^{II}

I Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista de I y II grado en Medicina Interna. Especialista de II grado en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria y en Longevidad Satisfactoria. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intermedios. Ciudad de Camagüey, Cuba. Correo electrónico: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu

^{II} Doctor en Medicina. Residente de II año en la especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Unidad de Cuidados Intensivos. Ciudad de Camagüey, Cuba. Correo electrónico: enrich@nauta.cu

RESUMEN

Son múltiples y variados los aspectos éticos que se derivan de la práctica clínica de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida. La diversidad y complejidad que estos dilemas adquieren en la actualidad exige de los profesionales de la salud no solo constante actualización científico-técnica, sino también la necesidad de replantear las dimensiones éticas de cada una de sus acciones, para lograr una muerte digna y humanizada, donde decidir es todo un reto. Se presenta una breve reflexión ética con el objetivo de lograr una aproximación de los problemas éticos al final de la vida en relación con la adecuación del esfuerzo terapéutico y la muerte digna. Se realizó una revisión bibliográfica en los sitios web de reconocido prestigio, incluyendo revistas nacionales y extranjeras con certificación CITMA, de las cuales se seleccionó la bibliografía suficiente que abordara el tema de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida y la muerte digna en los pacientes terminales, se seleccionaron fundamentalmente aquellos artículos publicados en los últimos seis años y también se incluyó algunos documentos éticos y legales de permanente vigencia en el país. Se exponen los criterios de diferentes autores sobre el tema. Se concluye que el hombre tiene derecho a morir con dignidad, no a una muerte deshumanizada.

Palabras claves: conductas terapéuticas; ética basada en principios; derecho a morir; estado vegetativo persistente.

ABSTRACT

There are multiple and several ethical aspects, which are derived of the clinical practice of proper therapeutic efforts at the end of life. The diversity and

complexity that these dilemmas acquire now-a-days require not only the constant up-date of the health professionals, but also the necessity of modifying the ethical dimensions of each of their actions to reach a worthy and humanized death, where, to decide is a challenge. The authors only try to perform a brief ethical reflection with this article; with the objective of getting a proximity of the ethical problems at the end of the life in relation to renovating the therapeutical efforts and worthy death.

Keywords: therapeutic approaches; principle-based ethics; right to die; persistent vegetative state.

INTRODUCCIÓN

Tanto la vida como la muerte son inherentes a nuestra existencia. La muerte está tan estrechamente asociada a la vida, que es totalmente imposible separarlas y entender una sin la otra. Dado que la inmortalidad no es precisamente una de las cualidades inherente al ser humano, ni tampoco de ningún ser vivo, la aceptación de esta verdad irrefutable, permite entender la muerte como un proceso natural propio de todos los seres vivos, es un acontecimiento inevitable, por la propia condición humana.

Las posibilidades de morir de una enfermedad crónica avanzada aumentan con cada avance logrado en el campo de la medicina. Nuevos horizontes se abren para la medicina actual, dados por el impetuoso desarrollo científico-tecnológico ocurridos en los últimos tiempos en las ciencias biológicas en general y muy en particular en las ciencias médicas: disponibilidad de nuevos medios diagnósticos más precisos y certeros; intervenciones terapéuticas cada vez más invasivas, que son capaces de suplir muchas de las funciones vitales del organismo humano y por tanto intervenir en los procesos relacionados con la vida y la muerte.

Hace algunos años atrás no preocupaba el riesgo de prolongar indebidamente el acto de morir, convirtiéndolo en un proceso lento y penoso o de indicar tratamientos fútiles y desproporcionados al bien del paciente, pero los avances científicos y tecnológicos ocurridos en la medicina de hoy están cambiando esta situación.

Actualmente el fracaso respiratorio puede suplirse mecánicamente, de una manera casi perfecta con el uso de los cada vez más modernos equipos de ventilación mecánica artificial; de igual manera se puede lograr el soporte artificial de otras funciones vitales, como ocurre en el fracaso renal mediante el empleo de los procedimientos de depuración extrarrenal o métodos dialíticos: diálisis y hemodiálisis. Se es capaz de lograr el soporte de la función cardiocirculatoria con el uso de potentes drogas vaso-activas e inotrópicas como la dopamina, dobutamina y la norepinefrina, capaces de mejorar la función mecánica del corazón como bomba y mantener niveles de tensión arterial dentro de límites aceptables, gracias al enorme desarrollo alcanzado por la farmacología y la aparición de bombas de infusión para la administración controlada y precisa de estos medicamentos, favorecido por el desarrollo de la electrónica.

De igual forma, es posible lograr mantener constante el equilibrio del medio interno del organismo y la corrección de los trastornos del equilibrio ácido básico mediante la administración de fluidos endovenosos que permiten restablecer el déficit de electrolitos, y la administración de bicarbonato.

Las preocupaciones éticas surgen en los profesionales de la salud, como casi siempre ocurre, a partir de las posibilidades técnicas. En la medicina moderna

el poder de la tecnología es en la actualidad, tan poderoso que se puede afirmar sin dudas que determina el rumbo de los avances médicos.

Con los importantes avances logrados en la medicina en los últimos tiempos, se es capaz de prolongar la vida por tiempo ilimitado, traspasando en ocasiones límites, al conseguir prolongar no la vida de los enfermos, sino el proceso de morir, convirtiendo así el acto de morir en un proceso largo y penoso, caracterizado por la prolongación de la agonía del enfermo y el sufrimiento de sus familiares. La aplicación creciente de tratamientos agresivos, desproporcionados y fútiles plantea la siguiente cuestión dilemática: ¿dónde está el límite entre lo que es técnicamente posible y lo que es éticamente aceptable?

Desde esta perspectiva, el vertiginoso avance científico tecnológico, exige de los profesionales de la salud una continua actualización no solo de sus conocimientos científicos, y en adquirir las destrezas en el manejo de la nueva tecnología moderna, compleja y muy sofisticada con que están equipadas las unidades de atención a los pacientes graves, sino también en integrar los valores éticos y morales en el proceso de la toma de decisiones moralmente válidas, ante una especialización que exige del trabajo en equipo, donde las decisiones a tomar no deben ser unipersonales, sino consensuadas por los integrantes del equipo de salud que atienden al enfermo con peligro de muerte, proporcionándole al enfermo una atención médica adecuada.

La adecuación o restricción en el uso de determinados procedimientos o métodos extraordinarios y desproporcionados de tratamiento, se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas consideradas no adecuadas a la situación clínica del enfermo, ni a la etapa evolutiva de su enfermedad.^{1, 2}

Los autores del trabajo solo pretenden con el presente artículo, realizar una breve reflexión ética; con el objetivo de lograr una aproximación a los problemas éticos al final de la vida en relación con la adecuación del esfuerzo terapéutico, para garantizar una muerte digna de los enfermos terminales. Para obtener la información necesaria, se procedió a realizar una búsqueda en los sitios web de reconocido prestigio, incluyendo revistas nacionales y extranjeras con certificación CITMA, de las cuales se seleccionó la bibliografía suficiente que abordara el tema de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida y la muerte digna en los pacientes terminales, se seleccionaron fundamentalmente aquellos artículos publicados en los últimos seis años y también se incluyó algunos documentos éticos y legales de permanente vigencia en el país.

DESARROLLO

Hoy día nadie discute la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico y de que se realice con criterios claros. Desde el análisis ético existe consenso en afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible necesariamente y de ahí se colige que existen razones para adecuar el esfuerzo terapéutico, razones que obviamente, han de estar debidamente justificadas.^{3, 4}

La adecuación del esfuerzo terapéutico, por la bibliografía consultada, no es una práctica nueva entre los profesionales de la salud que laboran en las unidades de atención al adulto grave, por el contrario, es muy frecuente desde hace ya algún tiempo, actuación que cada vez se realiza más a menudo en los pacientes ingresados.^{5, 6}

En los últimos años se han publicado en diversas revistas nacionales y extranjeras múltiples artículos sobre la limitación de las medidas de soporte vital en pacientes terminales, con el objetivo de adecuar el esfuerzo terapéutico y mejorar así los cuidados en el final de la vida.^{7, 8, 9} La bibliografía consultada revela una enorme variabilidad en las opiniones y criterios con las que se lleva a cabo la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en los diferentes países.^{10, 11}

La literatura revisada recoge además la actitud en determinados países de acelerar el proceso de muerte además de adecuar el esfuerzo terapéutico, como ocurre en algunos países de Europa.¹² En Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza está aprobada la eutanasia.¹³ Bélgica además aprueba la eutanasia infantil.¹⁴ En los estados de Oregón, Montana y Washington de Estados Unidos, se pone en práctica el suicidio asistido por un médico.¹⁵ La Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) incluye el rechazo a ciertos tratamientos y la petición de eutanasia en determinados supuestos, condicionada a su legalidad.¹⁶ Cuba, en el Simposio Internacional de "Coma y Muerte" celebrado en el año 2008, reafirma su posición en contra de la eutanasia.¹⁷

Eutanasia es una palabra compuesta que proviene del griego eu, que significa bien, y thanatos, que significa muerte; el término se refiere por tanto a una buena muerte o buen morir, sin sufrimientos.¹⁸ Es el procedimiento mediante el cual se le provoca de manera intencionada la muerte a otra persona.¹⁹

La 44ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Marbella, España, en su declaración sobre la eutanasia y el suicidio asistido, reconoce que el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia no son éticos y deben ser condenados por el gremio médico. Sin embargo, reconoce el derecho básico de los pacientes a rechazar el tratamiento, y el médico no actúa en forma no ética aún si, al respetar ese deseo, resultara de ello la muerte del enfermo.²⁰

Los autores son del criterio que la adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica debe basarse fundamentalmente en la irreversibilidad e irrecuperabilidad del enfermo, dada la situación de terminalidad. Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal, reconociéndole cinco características:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, 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.²¹

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 que requiere cada enfermo. La asistencia médica de estos pacientes, por su condición terminal es uno de los más importantes y nobles deberes del médico, el cual está obligado a desempeñar su genuina función de atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente, útil y proporcionado. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar posible para el enfermo.

El criterio del autor es que la respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal se encuentra en los cuidados paliativos. Los cuales pretenden ocuparse activamente de los pacientes cuyas enfermedades no respondan a tratamientos curativos. Resulta en estos casos fundamental el control de los diversos síntomas que se presentan como el dolor, la disnea, los vómitos y otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar mejor calidad de vida para el enfermo y para su familia, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos días, semanas o meses y tengan una muerte digna.²²

Los objetivos del tratamiento médico son los de promover una mejoría en el estado de salud del paciente, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento. La justificación de cualquier tratamiento médico deriva de los beneficios que se espera se produzcan con su aplicación. Cuando ya no es razonable esperar que este beneficio se logre, el tratamiento pierde su justificación.

La futilidad se define como aquel acto médico inapropiado e inútil al no ser capaz de lograr el objetivo deseado. Por tanto, su aplicación a un enfermo está desaconsejada al ser clínicamente ineficaz, no lograr mejorar los síntomas, el pronóstico, ni las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, muy superiores a los beneficios esperados.^{23, 24}

El empleo de un tratamiento fútil no está justificado, ningún médico está obligado a proveer un tratamiento que a su juicio es fútil, aun cuando los familiares del paciente lo solicitaran. La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, basada en el criterio de futilidad o cualquier otro, debe ser analizada y aprobada en conjunto por el colectivo médico del servicio para evitar las decisiones unilaterales, e inmediatamente informada al paciente, la familia o su representante legal.

Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y percepciones precisas, a

quienes deben proporcionárseles los medios materiales necesarios, humanos y espirituales según sus creencias, para que el tránsito hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares. Sin acelerar ni retrasar la muerte. Morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas.^{25, 26}

La declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la Asociación Médica Mundial, en su 35ª Asamblea Médica Mundial, celebrada en Venecia, Italia, establece el derecho de los pacientes a una muerte digna, tranquila.²⁷ Los autores son del criterio que el reconocimiento del derecho de las personas a morir con dignidad, no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera y cuando se quiera.

Ellos concuerdan que, en los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar las dolencias del paciente y mantener en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, al evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas, que sean desproporcionadas a la situación clínica real del enfermo. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre. Los autores del trabajo destacan la importancia de que el médico rechace enérgicamente la obstinación y la inutilidad terapéutica en los pacientes en situación de terminalidad, donde se impone el deber deontológico de la atención paliativa al paciente terminal.

Se define tratamiento desproporcionado o medios desproporcionados como aquellas medidas que no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados que se podrían esperar. Es aquel tratamiento que no mantiene un balance adecuado de costos-cargas/beneficios en función de los objetivos perseguidos; no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga al paciente, su familia o a la sociedad. Lo contrario es un tratamiento proporcionado.²⁸

Sin nunca olvidar que el médico debe respetar la vida humana y su dignidad, así como cuidar la salud y el bienestar del individuo y de la comunidad; los autores consideran que el médico también dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados que solo prolongan el proceso de morir. Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad del enfermo.

La Ley de la Salud Pública o Ley No. 41, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, aprobada el 13 de julio de 1983, en su artículo 4 dispone que la organización de la salud pública y la prestación de servicios que a ella corresponde en la sociedad, se basan entre otros, en “la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales”.²⁹

Es posible preguntarse entonces, si están siendo aplicados adecuadamente los adelantos de la ciencia y la técnica médicas mundiales, cuando se intuba y se acopla un paciente a un ventilador mecánico artificial sin que exista la menor posibilidad de recuperación, por tratarse de un paciente con una enfermedad

crónica, progresiva, incurable, avanzada y en estadio terminal. ¿Solo porque la técnica esté disponible, hay que hacer uso obligado de ella?

En opinión de los autores, la adecuación del esfuerzo terapéutico es un procedimiento que forma parte del acto médico, de la buena práctica médica. No es admisible emplear medidas de soporte vital consideradas como extraordinarias o desproporcionadas en una persona sin que haya esperanza alguna de recuperación. Técnicamente es posible hacerlo, pero es tan maleficente como contraindicado, inmoral e indigno cuando se tiene la certeza de que con ellas solo se logra prolongar la agonía y el proceso de la muerte.

Preguntando, en otros términos: ¿se debe hacer siempre todo lo que se puede hacer? Ante la pregunta formulada, solo cabe una respuesta en el ámbito ético: no. El hecho de que la técnica esté disponible, no quiere decir que hay que hacer uso obligado de ella. Esta actitud compulsiva que se observa en algunos profesionales de hacer todo lo técnicamente posible, de aplicar todo el poderío técnico disponible, de hacer efectivo todo poder de realización por el solo hecho de estar disponible la tecnología, es ciega a todas las implicaciones éticas que de ello se deriva.

El uso indiscriminado de los recursos tecnológicos que se ha denominado como ensañamiento terapéutico o distanasia, se distancia progresivamente del respeto a los principios éticos básicos: beneficencia y no maleficencia. La distanasia del griego *dis*, que significa mal o algo mal hecho, y *thanatos*, que significa muerte, es etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, mediante medios desproporcionados, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece.²⁸

Ello plantea la necesidad de un nuevo comportamiento, con relación al uso de las medidas de soporte vital. No se trata de utilizar todos los medios tecnológicos posibles para mantener una vida a cualquier costo; se trata de utilizar todos los medios adecuados y proporcionados para dar la máxima calidad a esos últimos días, semanas o meses del paciente en estadio terminal, atendiendo a todas las necesidades de estas personas. Sin cambiar el curso natural de los acontecimientos; ni alargando ni tampoco acortando el tiempo de vida, buscando evitar el sufrimiento del enfermo terminal como ser humano hasta sus últimos momentos.

Las medidas ordinarias o proporcionadas de tratamiento médico en modo alguno alargan el proceso de la muerte, el sufrimiento o la agonía del enfermo; al ser utilizadas simplemente hacen más tolerable el período final de la vida. Ellas tienen la ventaja de ser sencillas, menos costosas, con menor incidencia de complicaciones y de gran importancia en la atención integral al paciente terminal. Estos proceder son de uso corriente y no son aplicados a un paciente como medios para prolongar el proceso de la muerte, sino que se aplican en aquellos enfermos que así lo precisan en razón de una asistencia éticamente obligada.

Los autores consideran que la vida es un bien básico y precioso que debe preservarse, merecedora del máximo respeto y cuidado; por tanto, hay que rechazar todas aquellas acciones que supongan la directa supresión de la vida o contradigan un bien concreto de la persona enferma. Pero el ensañamiento terapéutico, la obstinación terapéutica o la distanasia, dado por la tecnificación excesiva y la aplicación no adecuada de las medidas de soporte vital en los pacientes terminales, no forma parte de una correcta y buena praxis médica y desde luego se encuentra muy lejos de los objetivos de los cuidados paliativos. La elección o no de un determinado tratamiento de soporte vital es siempre una cuestión prudencial que plantea cuestiones científicas y éticas.

Deberán evitarse los casos cada vez más frecuentes de encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanasia, que forman parte habitual de la práctica hospitalaria actual, sobre todo en las unidades de atención al paciente grave, aplicándose la adecuación del esfuerzo terapéutico de forma oportuna, con el fin de evitar la prolongación de la agonía del enfermo y el sufrimiento de sus familiares, ante la inminencia de una muerte inevitable.

En la práctica médica es necesario decidir qué procedimiento diagnóstico o terapéutico va a beneficiar la paciente. La decisión de no iniciar un determinado tratamiento en un paciente puede ser éticamente menos apropiada si no se dispone de suficiente información pronóstica. En caso de duda razonable sobre el posible beneficio de la intervención y puesto que la consecuencia de no iniciar un tratamiento de soporte vital será en la inmensa mayoría de los casos, la muerte del paciente; se aconseja que la actuación sea a favor de la vida y se podría intentar un tratamiento de prueba durante un tiempo razonable, buscando el mejor beneficio para el paciente.³⁰

Conocer y respetar las creencias religiosas del enfermo terminal puede ser de gran ayuda, cuando no enfocan la muerte como un final definitivo, sino como un cambio hacia algo mejor; de manera que se debe favorecer la voluntad del paciente para que la muerte sea tratada según sus creencias religiosas.

La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe ser colegiada con mucha prudencia por el equipo de salud, con evidencia razonable de que la muerte es inminente, además se requiere de un consenso médico-paciente-familiar, que le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos enfermos que han de fallecer. El proceso de toma de decisiones clínicas para la adecuación del esfuerzo terapéutico, debe realizarse en el marco de la teoría general del consentimiento informado, entendida como toma de decisiones compartidas.

El éxito se basa fundamentalmente en la buena relación del equipo de salud con el paciente y sus familiares, ella determina la efectividad de la atención médica. Cuando existe una óptima comunicación del equipo de salud con la familia y la misma es fruto de una discusión colegiada sobre bases objetivas, tomadas sobre el principio de qué es lo mejor para el paciente, no deben existir problemas de ninguna índole para la toma de decisiones. La calidad de la atención médica está directamente relacionada con la calidad de la relación médico-paciente.³¹

La dignidad de la persona obliga al médico y al paciente al respeto mutuo de las ideas recíprocas, en cuanto ambos son considerados agentes morales autónomos, libres y responsables.

CONCLUSIONES

Los médicos deberán abstenerse de tratar agresivamente con terapias desproporcionadas e inútiles a sus enfermos; no deben emplearse gestos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, que buscan una curación ya imposible, donde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado. Es necesario comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas moralmente aceptables para el profesional de la salud. El hombre tiene derecho a morir con dignidad, no a una muerte deshumanizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun 2015 [citado 8 Feb 2017];(10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico>.
2. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, Ospina S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. Pers.bioét. [Internet]. 2013 [citado 25 Ene 2017];17(2). Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf
3. Partarrieu Mejías FA. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? Rev Medicina y Humanidades. Sección de Bioética y Filosofía [Internet]. 2012 [citado 24 Ene 2017];4(1-3). Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf
4. Uriarte Méndez AE, Vila Díaz J, Pomares Pérez Y, Prieto Apestequía A, Capote Padrón J. La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos. Aspectos éticos. Revista Medisur [Internet]. Feb 2014 [citado 22 Feb 2017];12(1). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2457>
5. Alonso Villán E y col. Mortalidad infantil en un hospital de nivel terciario. Limitación del esfuerzo terapéutico, correspondencia clínico-patológica y precisión diagnóstica. An Pediatr (Barc). [Internet]. 2012 [citado 20 Ene 2017];76(6). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311005042>
6. Gamarra MdP. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Revista Horizonte Medico. [Internet]. Ene 2011 [citado 26 Ene 2017];11(1). Disponible en: www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_I/Art6_Vol11_N1.pdf
7. Ceballos Alonso MJ; Betancourt Betancourt GJ; Suárez González KM. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos y de emergencia. Algunos aspectos bioéticos en los adultos mayores. Artículo publicado en: Revista de Geriátría y Gerontología. GEROINFO [Internet]. 2012 [citado 8 Feb 2017];7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista Humanidades Médicas* [Internet]. 2011 [citado 8 Feb 2017];11(2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>
9. Fernández R; Baigorri F. Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? En: García Jiménez A. *Limitación del esfuerzo terapéutico en UCI. Revista electrónica de Medicina Intensiva. REMI. España.* [Internet]. Octubre 2005 [citado 26 Feb 2017];5(10). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569105742558>
10. Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico como movimiento de signo positivo y sus problemas actuales. *Revista Humanidades Médicas.* [Internet]. 2011 [citado 26 Feb 2017];11(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/46/20>
11. Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de atención al paciente grave. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2011 [citado 26 Feb 2017];15(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Lorda PS, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. *Rev. Esp. Salud Pública. Madrid.* [Internet]. 2012 Ene [citado 25 Ene 2017];86(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272012000100002&script=sci_arttext
13. El Espectador [Internet]. Colombia: Comunican. S.A; 2013 [citado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo>
14. Que [Internet]. Madrid: Titanium Gournet. S.A; 2013 [actualizado 4 Dic 2013; citado 22 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.que.es/temas/senado.html>
15. Menon S. Euthanasia: a matter of life or death? *Singapore Med J* [Internet]. Marz. 2013 [citado 8 Feb 2017];54(3). Disponible en: <http://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/SMJ/5403/5403lec1.pdf>
16. Quijada-González C, Tomás y Garrido GM. Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado. *Persona y bioética* [Internet]. Jul 2014 [citado 27 Ene 2017];18(2). Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4245>
17. Creagh Peña M. Dilema ético de la eutanasia. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. Ene 2012 [citado 22 Ene 2017];38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100014&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: right to life vs right to die. *The Indian journal of medical research.* [Internet]. 2012 [citado 8 Feb 2017];136(6). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612319/?report=printable>.
19. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. Ene 2012 [citado 22 Feb 2017];86(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-7272012000100002&nrm=iso.
20. AMM [Internet]. Francia: Asociación médica mundial; ©2015 [citado 14 Feb 2017]. Disponible en:

<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p13/index.html>.

21. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *Medisan* [Internet]. Jun 2012 [citado 25 Ene 2017]; 16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso.

22. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2015 [citado 26 Ene 2017];373(8). Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684>.

23. 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. *Med Intensiva* [Internet]. Sep 2013 [citado 21 Ene 2017];37(5). Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/criterios-limitar-los-tratamientos-soporte/articulo/S0210569112002288/>.

24. Bagheri A. Medical Futility: is a policy needed? *Journal of Clinical Research & Bioethics* [Internet]. Oct 2014 [citado 8 Feb 2017];5(5). Disponible en: <http://omicsonline.org/open-access/medical-futility-is-a-policy-needed-2155-9627.1000e102.pdf>.

25. 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]. Ene 2012 [citado 25 Ene 2017];14(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso.

26. Torres-Mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. Abr 2013 [citado 21 Ene 2017];47(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200027&nrm=iso.

27. Declaración sobre enfermedad terminal. Adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. *Cuad Bioét* [Internet]. May 2010 [citado 14 Feb 2017];21(72). Disponible en: <http://aebioetica.org/archivos/07-BIOETICA-72.pdf>.

28. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista clínica española* [Internet]. Ago 2012 [citado 26 Feb 2017];212(3). Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>.

29. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley de la salud pública. Ley No. 41. *Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria*. 15 Ago 1983; Año LXXXI;(61):1-10.

30. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. *EIDON* [Internet]. Dic 2013 [citado 22 Feb. 2017]; (40). Disponible en: http://revistaeidon.es/index.php/file/getfile/1387468060.eff215fe487a8c2140ee3dcd22a20656.pdf/Adecuacion%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20en%20los%20pacientes%20con%20alteraciones%20cronicas%20de%20la%20conciencia_Dr.%20Ara.pdf

31. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos

épocas [Internet]. La Habana: Ecimed; 2013 [citado 26 Feb 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/la_clinica_metodo/cap04.pdf.

Recibido: 17 de abril del 2016
Aprobado: 9 de enero del 2017

MsC. Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista de I y II grado en Medicina Interna. Especialista de II grado en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria y en Longevidad Satisfactoria. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Unidad de Cuidados Intermedios. Ciudad de Camagüey, Cuba. Correo electrónico: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu