

Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?

A current ethical dilemma: therapeutic savageness or adequate therapeutic effort?

Dr. Gilberto Lázaro Betancourt Reyes

Hospital Universitario Manuel Ascunce Doménech. Camaguey, Cuba.

RESUMEN

La medicina está estrechamente relacionada con el uso cada vez más de modernas tecnologías, muy sofisticadas y poderosas, que ofrecen posibilidades sin precedentes, en cuanto a la prolongación de la vida. En consecuencia, surgen y abundan nuevos conflictos de carácter ético. La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico continúa siendo un tema de reflexión médica vigente, demandado no solo por la comunidad científica, sino también por toda la sociedad. El trabajo tiene como objetivo fundamental realizar una breve reflexión teórica, desde un análisis ético acerca del desarrollo alcanzado por la ciencia y la tecnología a partir de la Revolución Científico Técnica y de su influencia en el campo de la medicina, específicamente en las unidades de atención al paciente grave, ante los problemas éticos que ocasiona este avance científico - tecnológico y el poder que se le otorga al equipo de salud que labora en este tipo de unidades para decidir entre la vida o la muerte, entre el ensañamiento terapéutico y la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Palabras clave: ensañamiento terapéutico, medidas de soporte vital, adecuación del esfuerzo terapéutico, muerte digna.

ABSTRACT

Contemporary medicine is more and more related with the use of modern, very sophisticated and powerful technologies offering possibilities without precedents for

life extension. As a consequence of this technological development, new conflicts of ethical character arise and proliferate. The adequate practice of the therapeutic efforts is still a theme of medical reflection in force, demanded not only by the scientific community, but also by the whole society. The main objective of this work is carrying out a brief theoretical reflection, on the basis of an ethical analysis of the development reached by science and technology because of the Scientific Technical Revolution and its influence in the field of Medicine, specifically in the Intensive Care Units, due to the ethical problems this scientific and technological advances cause and the power given to the health teams working in these units for deciding between life and death, between therapeutic savageness and the adequacy of the therapeutic effort.

Key words: therapeutic savageness, life support measures, therapeutic effort adequacy, right to die.

INTRODUCCIÓN

Entre los numerosos problemas del siglo XXI, la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, también conocida como limitación de tratamiento de soporte vital o limitación del esfuerzo terapéutico, constituye un tema de marcado interés social, al colocar al hombre en el centro de su discurso.

Desde el advenimiento de nuevas y modernas técnicas de soporte vital que permiten suplantar artificialmente las diferentes funciones vitales del organismo, han emergido nuevos dilemas éticos que obligan a replantear el límite del esfuerzo terapéutico.

De esta manera, la sofisticación de la tecnología en la medicina ha permitido en gran medida lograr prolongar la vida de enfermos terminales por tiempo indefinido, mediante el mantenimiento de sus funciones vitales artificialmente, convirtiendo el acto de morir en un proceso largo y penoso. Junto con esta expansión técnica se ha robustecido el principio de autonomía, tomando auge el consentimiento informado.

El empleo inadecuado del desarrollo científico tecnológico en el campo de la medicina permite, a veces, prolongar la vida del paciente durante un período de tiempo variable, pero en ocasiones lo que realmente se prolonga es el proceso de morir, con un coste muy elevado en términos de sufrimiento para el paciente, emocional para su familia, para el personal que lo atiende y de recursos para la sociedad.^(1,2)

Ciertamente, el surgimiento y auge académico de la bioética permite y facilita la reflexión sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo. Las responsabilidades de los profesionales de la salud crecen a medida que se incrementa el saber científico y aumenta también el poderío técnico.

En este sentido, la experiencia en el quehacer diario también demuestra que el acto médico va más allá de un simple acto científico-tecnológico, es todo un accionar en un ambiente cargado de valores que le acompañan siempre, donde sentimientos,

emociones, valores y valoraciones se funden en un único proceso en el juicio moral que se emite en el mundo asistencial, como modelo singular de comunicación humana, donde se requiere que la ética, el arte y la ciencia se combinen adecuadamente para que el resultado del acto médico sea satisfactorio.⁽³⁾

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 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.⁽⁴⁾

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.^(5,6)

Surgen así nuevas preocupaciones éticas en los profesionales de la salud en relación con la muerte, ante la posibilidad de la manipulación de las funciones vitales, donde se cuestiona la tarea del equipo de salud de hacer siempre todo lo posible, por impedir y postergar la llegada de la muerte de un paciente aún en situación terminal.

Los autores realizan una breve reflexión teórica del tema, con el objetivo de abordar desde un análisis ético el desarrollo alcanzado por la ciencia y la tecnología a partir de la Revolución Científico Técnica y su influencia en el campo de la medicina, específicamente en las unidades de atención al adulto grave, ante los problemas éticos que ocasiona este avance científico-tecnológico y el poder que se le otorga al equipo de salud que labora en este tipo de unidades para decidir entre la vida o la muerte, entre el ensañamiento terapéutico y la adecuación del esfuerzo terapéutico.

DESARROLLO

El término adecuación del esfuerzo terapéutico, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, en correspondencia al diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo de su enfermedad; la decisión de adecuar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir en realidad que el esfuerzo terapéutico finalice.^(5,7)

La adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica logra evitar así una forma de iatrogenia conocida como ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanásia. En la literatura anglosajona suele referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento de soporte para la vida: *withholding/withdrawing of life support*.⁽⁸⁾

Esta práctica clínica no entra en contradicción con los designios tradicionales del arte médico, pues es necesario destacar que sólo se limitan aquellas medidas de soporte para la vida, consideradas como heroicas, extraordinarias o

desproporcionadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que irremediablemente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios y proporcionados a la situación terminal del paciente.⁽⁴⁾

En este contexto, los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad. Por tanto, la limitación del soporte vital en aquellos pacientes que irremediablemente han de morir, no puede jamás ser considerada como una forma de abandono del paciente sino como una redefinición de sus necesidades y de las estrategias de cuidados. Se desarrolla en estrecho contacto con la medicina paliativa, que permitirá establecer cuidados de excelencia, y totalmente opuesta a la eutanasia.⁽⁹⁾

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.⁽¹⁰⁾ Es el procedimiento mediante el cual se le provoca de manera intencionada la muerte a otra persona.⁽¹¹⁾

Los autores consideran que limitar aquellas medidas de soporte vital que solo prolongan el proceso de la muerte al mantener artificialmente la vida cuando ya no hay posibilidad de recuperación, con el consenso del equipo médico y la familia o de su representante legal, es una práctica médica correcta, acorde a las recomendaciones para los cuidados al final de la vida.

Según Rincón Roncacio M y Garzón Díaz F,⁽¹²⁾ el Centro Hasting define como tratamiento de soporte vital (TSV) a toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o al proceso biológico causal.

La adecuación del esfuerzo terapéutico es considerada actualmente por la comunidad científica internacional como una práctica éticamente correcta y aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica,⁽¹³⁾ completamente justificada dentro del marco de la bioética.⁽¹⁴⁾

Cuando se habla de adecuación del esfuerzo terapéutico, uno de los elementos que se convierten en prioritarios a la hora de afrontarla es la definición de terminalidad. Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal reconociéndole cinco características citadas por el Dr. C. Ricardo Hodelín Tablada en su artículo:

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.⁽¹⁵⁾

Es reconocida de forma universal la existencia de derechos del enfermo en general y en particular los derechos del paciente terminal y moribundo, los cuales se centran fundamentalmente en procurar una muerte digna, humanizada, tranquila y en paz.

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.^(16,17)

La Asociación Médica Mundial en su 35 Asamblea Médica Mundial celebrada en Venecia, Italia, en el año 1983 sobre enfermedad terminal, establece en su declaración el derecho que tienen los pacientes a recibir toda la información necesaria y suficiente para la toma de decisiones adecuadas; es por tanto un derecho personal a respetar.⁽¹⁸⁾

En esta misma declaración se reconoce el derecho que tienen los enfermos para aceptar o rechazar un tratamiento, en reconocimiento del derecho que tienen los seres humanos para tomar decisiones de forma libre y voluntaria sobre una acción sanitaria.⁽¹⁷⁾ También establece que el médico no debe emplear medios que no reporten beneficios para el paciente.⁽¹⁸⁾

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.⁽¹⁹⁾

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, por lo que no deben ser limitadas. Ellas tienen la ventaja de ser sencillas, menos costosas, con menor incidencia de complicaciones y de gran importancia en la atención integral al paciente.

Con el desarrollo de la revolución científico-técnica, los hospitales del siglo XX dejan de ser instituciones mal equipadas. Su impacto en la medicina se manifestaría en la creación de las unidades de cuidados intensivos a fines de la década de los 60 del siglo pasado, convirtiéndose así en el escenario de los más avanzados desarrollos científico-tecnológicos, y como consecuencia en los centros de la atención médica más calificada, dotada de los recursos disponibles más modernos y sofisticados de la época para el soporte vital.⁽²⁰⁾

El sostén de las funciones vitales en las unidades de atención al paciente grave o en estado crítico permite intervenir en los procesos de la vida y la muerte; tal es el caso de la prolongación artificial de la vida mediante instauración y mantenimiento de medidas de soporte vital.^(21,22)

Esa gran explosión de actividad y desarrollo científico-tecnológico que la medicina ha experimentado en las últimas décadas, dio origen a la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico o limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos como inicialmente se le conoce,⁽²³⁾ pues se hizo evidente que los nuevos avances tecnológicos, usados inapropiadamente, pueden no salvar vidas, pero sí transformar la muerte en un prolongado, miserable e indigno proceso, tal como señalan algunos autores en sus trabajos.⁽²⁴⁾

La instauración y el mantenimiento de medidas de soporte vital en sujetos con enfermedades crónicas terminales o en situaciones sin esperanza de vida, es una realidad cada vez más cotidiana en las unidades de cuidados intensivos, cuando ya ningún tratamiento podrá restaurar la salud ni la vida, sino solo prolongarla horas o días y a un alto precio.^(1,25)

Esta situación da lugar a una forma de iatrogenia que ha recibido el nombre de distanasis, ensañamiento o empecinamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana.

La distanasis 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.⁽²⁶⁾

Las medidas de soporte vital cuando son consideradas como extraordinarias, desproporcionadas o no adecuadas a la situación real del enfermo, solo alargan el proceso de la muerte, el sufrimiento o la agonía del enfermo en situación terminal. Estas medidas por lo general requieren de un personal médico calificado y entrenado; el paciente ha de estar casi siempre hospitalizado en una unidad de atención al adulto grave; son medidas altamente costosas, que no están exentas de riesgos, y están relacionadas con diversas complicaciones que exigen la vigilancia clínica, analítica, radiológica y hemodinámica estrecha de los pacientes.

En la práctica médica cotidiana se presta muchas veces más atención al "hacer" que al "ser profesional".^(27,28) Esto último solo ocupa primeros planos en situaciones conflictivas de tipo moral, legal u otras. Las razones de abuso tecnológico pueden variar, desde un noble deseo de ayudar al paciente hasta un posible afán de lucro (especialmente en el contexto de los países capitalistas), pasando por la reafirmación del prestigio del facultativo en su entorno académico y hospitalario o el placer de aplicar un nuevo procedimiento.⁽²⁹⁾

El peligro de la deshumanización presente en la medicina contemporánea, como resultado del arrollador avance de la revolución científico-técnica, y la subvaloración de la relación médico-paciente-familiar, constituye una amenaza latente, al prevalecer hechos y logros científicos sobre valores humanos.^(27,30,31)

Como punto de partida los autores del trabajo condenan enérgicamente la eutanasia, ya sea activa o pasiva, y el suicidio asistido por un médico; estas no son formas de adecuación del esfuerzo terapéutico, ni están ellas para nada relacionadas por atentar contra la dignidad de la persona enferma; el objetivo buscado en este sentido es provocar deliberadamente la muerte, no siendo admitidas en la práctica clínica, ni aceptadas legalmente en el país. Ellas son una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable.

Los autores consideran que la respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal se encuentra en los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos pretenden ocuparse activamente de los pacientes cuyas enfermedades no respondan a tratamientos curativos. Resulta en estos casos fundamental el control del dolor, de otros síntomas, y 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 o meses y tengan una muerte digna.⁽³²⁾

De igual manera, por defender la dignidad de la persona enferma como ser humano, los autores condenan también el ensañamiento terapéutico, la obstinación terapéutica o distanasis: cuando no se deja morir tranquilamente al paciente y se prolonga inútilmente la vida con medidas heroicas, desproporcionadas y no adecuadas a la situación real del enfermo.

Los autores son del criterio que muy lejos deben quedar las actitudes agresivas con el empleo de aquellas medidas de soporte vital que resulten fútiles y desproporcionadas a la situación real del paciente por su estado de terminalidad, las reanimaciones cardiopulmonar-cerebral que solo contribuyen a prolongar la agonía del enfermo y el sufrimiento de la familia, así como el empecinamiento terapéutico en las unidades de cuidados intensivos ante enfermos incurables e irrecuperables. El sustento de esta actuación profesional se puede encontrar, en general, en los principios básicos de la ética médica.

El hecho de que una técnica esté disponible, no debe significar que necesariamente se deba hacer uso obligado de ella. En Medicina Intensiva no todo lo técnicamente posible resulta siempre beneficioso para el enfermo, y en ocasiones someterlo a determinados procedimientos puede ser perjudicial, con lo que se están infringiendo los principios de la ética. Esta actitud compulsiva de aplicar toda la capacidad técnica adquirida, de hacer efectivo todo poder de realización, es ciego a las implicaciones éticas que aparecen.

Enfatizan los autores del presente trabajo que la obstinación o encarnizamiento terapéutico es un error ético y una falta de competencia. El médico no debe iniciar o continuar tratamientos o acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinados. Es necesario comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas moralmente aceptables para el profesional de la salud.

Los acuerdos tomados en el colectivo médico, sobre la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico en cualquiera de sus formas, deberán quedar claramente recogidos en la historia clínica del paciente, donde se expondrán los criterios en los que se basa el colectivo para la toma de la decisión, a la vez que argumenta las decisiones consensuadas por el equipo, el paciente, familiar o representante legal.

El paciente, la familia o su representante legal, deberán ser tomados en cuenta durante el proceso de la toma de decisiones para la adecuación del esfuerzo terapéutico. Ellos deben participar en las decisiones y recibir una respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, además de darles toda la información que ellos puedan asumir e integrar. El personal de enfermería que se encuentra especialmente involucrado en los cuidados de atención al paciente y en relación directa con los familiares, debe participar inexcusablemente en estas discusiones colectivas, como un integrante más del equipo sanitario.⁽²³⁾

En la práctica médica diaria de la adecuación del esfuerzo terapéutico las Comisiones de Ética Médica (CEM) creadas en cada una de las unidades del Sistema Nacional de Salud, según resoluciones ministeriales dictadas por el Ministro de Salud Pública,⁽³³⁾ se convierten en un elemento clave y fundamental para ayudar a resolver los conflictos éticos que puedan originarse en el proceso de toma de decisiones por el equipo asistencial.

Cuando no ha sido posible llegar a un consenso entre el equipo de salud y el paciente, su familiar o representante legal, ellos constituyen una herramienta muy útil para ayudar a los profesionales de la salud a solucionar aquellas situaciones

complejas o de dudas por parte de los participantes implicados, lo que sirve de ayuda a los profesionales para tomar determinaciones moralmente adecuadas.

CONCLUSIONES

No todo lo técnicamente posible resulta siempre beneficioso para el enfermo; la distanasis, obstinación o encarnizamiento terapéutico es un error ético y una falta de competencia. Existen entonces sobradas razones para replantear el problema de la legitimidad moral del uso de tratamientos fútiles, del ensañamiento terapéutico o distanasis en las unidades de atención al adulto grave en las instituciones hospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Saravia Bartral MM. ¿Están siendo bien utilizadas las Unidades de Cuidados Intensivos? Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. [Internet]. 2013 [citado 25 Ago 2016].1:46–47. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/download/.../127>
- 2- Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, et al. Limitación del tratamiento de soporte vital en pacientes con ingreso prolongado en UCI. Situación actual en España a la vista del Estudio EPIPUSE. Medicina intensiva [Internet]. 2014 [citado 6 Sep. 2016].30(20). Disponible en: <http://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114001521?scrollTo=%231-s2.0-S0210569114001521-gr2>
- 3- Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Rev cubana Med [Internet]. 2013. [citado 8 Sep. 2016];52(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232013000300008&script=sci_arttext
- 4- Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON [Internet]. 2013 [citado 22 Ago. 2016]; (40):25-38. Disponible en: http://revistaeidon.es/index.php/file/getfile/1387468060.eff215fe487a8c2140ee3dc d22a20656.pdf/Adecuacion%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico %20en%20los%20pacientes%20con %20alteraciones%20cr%C3%B3nicas%20de%20la%20conciencia_Dr.%20Ara.pdf
- 5- Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun. 2015 [citado 8 Sep. 2016];(10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico>
- 6- Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Cuad Bioét [Internet]. . 2012 [citado 11 Sep. 2016];23(3):641-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>

- 7- Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, et al. 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 Ago 2016];17(2):216-26. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf
- 8- Barilan YM. Rethinking the withholding/withdrawing distinction: the cultural construction of "life-support" and the framing of end-of-life decisions. *Multidiscip Respir Med* [Internet]. 2015 [citado 2 Sep. 2016];10(1). Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25949813>
- 9- Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Núñez López MP, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva* [Internet]. May. 2012 [citado 11 Sep. 2016];23(3):104-114. 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)
- 10- Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: right to life vs right to die. *The Indian journal of medical research*. [Internet]. 2012 [citado 8 Sep. 2016];136(6):899-902. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612319/?report=printable>
- 11- Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. Ene.-feb. 2012 [citado 22 Ago. 2016];86(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-7272012000100002&nrm=iso
- 12- Rincón Roncancio M, Garzón Díaz F. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética* [Internet]. Jul.-dic. 2015 [citado 26 Ago. 2016];Edición 29.15(2): 42-51. Disponible en: http://www.umng.edu.co/documents/63968/14057269/03_BIO29_Retiro.pdf
- 13- Escudero D, Martínez K, Saralegui I, Simón P. Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos. *Med Intensiva*. [Internet]. 2014. [citado 5 Sep. 2016];30(20). Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691%2813%2900253-2.pdf>
- 14- 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 4 Sep. 2016];IV(1-3):29-34. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf
- 15- Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *MEDISAN* [Internet]. Jun. 2012 [citado 25 Ago. 2016];16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso
- 16- Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, et al. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado 25 Ago. 2016];14(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso

- 17- 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]. 2013 [citado 21 Ago. 2016];47(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200027&nrm=iso
- 18 - Declaración sobre enfermedad terminal. Adoptada por la 35^a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. *Cuad Bioét* [Internet]. May.-ago. 2010 [citado 10 Sep. 2016];XXI(72). Disponible en: <http://aebioetica.org/archivos/07-BIOETICA-72.pdf>
- 19- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista clínica española* [Internet]. 2012 [citado 26 Ago 2016];212(3):134-140. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>
- 20- Matos Santos I, Bacallao San Julián F. Participación del paciente y la familia en la toma de decisiones en UCI. *Rev Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [Internet]. 2012 [citado 11 Sep. 2016];18(2):117-122. Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewArticle/79>
- 21- Carlos Félix Z, Geraldo da Costa SF, Marques Pereira de Melo Alves A, et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúdecoletiva* [Internet]. 2013. [citado 11 Sep. 2016];18(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>
- 22- 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. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2011 [citado 11 Sep. 2016];11(2):246-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200002&nrm=iso
- 23- Vieira Galán O. Reflexión ética sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. España: Universidad Pública de Navarra; [Internet]. 2014 [citado 22 Ago. 2016]; Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/11321>
- 24- De Siqueira JE, Pessini L, Motta de Siqueira CE. Conflitosmorais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. *Revista Colombiana de Bioétic* [Internet]. 2013 [citado 26 Ago. 2016]; 8(2). Disponible en: http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/rev82/arti7_Josedesiqueira.pdf
- 25- Mendoza López I, Pichardo García LMG. Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *AnMed* (Mex). [Internet]. Abr.-jun. 2013 [citado 8 Sep. 2016]; 58(2):112-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc132g.pdf>
- 26- Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, et al. Terminología en bioética clínica. *Revista Médica del IMSS* [Internet]. 2015 [citado 26 Ago. 2016];53(6):750-761. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=Ith&AN=110960654&lang=es&site=ehost-live>

- 27- Peña Pentón D. El arte de la medicina: ética, vocación y poder. Panorama Cuba y Salud [Internet]. Sep.-dic. 2014 [citado 2 Sep. 2016]; 9(3):31-41. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/viewFile/322/pdf>
- 28- VII Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Biografía de conferencistas y resúmenes de plenarias [Internet]. Argentina: Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos; 2014 [citado 2 Sep 2016]; Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/viicongreso/uploads/2014/2/Plenaristas.pdf>
- 29- Parada Barroso Y, Hernández Rodríguez TE, Mesa Barrera Y. Ética médica en el uso de los medios diagnósticos en la especialidad de Neurología. Rev Hum Med [Internet]. Sep.-dic. 2013 [citado 22 Ago 2016]; 13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000300008&script=sci_arttext
- 30- Espinosa Brito AD. La clínica y la medicina interna. Presente, pasado y futuro [Internet]. La Habana: Ecimed; 2011 [citado 22 Ago. 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/clinica_medicina_interna/cap11.pdf
- 31- Martí García C, Paz García Caro M, Schmidt Riovalle J, et al. Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. MedPaliat [Internet]. 2014 [citado 22 Ago. 2016]; 30(20). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X14000251>
- 32- Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. New England J Medicine [Internet]. 2015 [citado 6 Sep. 2016]; 373(8):747-55. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684>
- 33- Amaro Cano MC. Ética Médica y Bioética [Internet]. La Habana: Ecimed; 2009 [citado 11Sep 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/etica_medica_bioetica/etica_medica_completo.pdf

Recibido: 16 de septiembre de 2016.

Aceptado: 18 de julio de 2017.

Gilberto Lázaro Betancourt Reyes. Hospital Universitario Manuel scunce Domenech. Correo Electrónico: bbgilbert.cmw@infomed.sld.cu

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Betancourt Reyes GL. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?. La motivación en los estudiantes de primer año de la carrera de Medicina. Curso 2015-2016. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017

Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 39(4). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2032/3569>