

La adecuación del esfuerzo terapéutico en el contexto actual

The adequacy of therapeutic effort in the current context

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3217-2854>

Alexis Culay Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-0572-6172>

Gilberto Lázaro Betancourt Reyes³ <https://orcid.org/0000-0002-7594-030X>

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Unidad de Cuidados Intermedios. Camagüey, Cuba.

²Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Politrauma. Camagüey, Cuba.

³Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Amalia Simoni Argilagos”. Unidad de Cuidados Intensivos. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: bbgilbert.cmw@infomed.sd.cu

RESUMEN

Son múltiples y variados los dilemas que se derivan con la práctica clínica de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en la actualidad. La diversidad y complejidad que estos conflictos adquieren exige de los profesionales de la salud no solo una 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. El objetivo de este trabajo fue describir la situación actual en la práctica médica diaria de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Palabras clave: adecuación del esfuerzo terapéutico; principios éticos; contexto actual; práctica médica diaria.

ABSTRACT

There are multiple and varied dilemmas that arise with clinical practice of the adequacy of therapeutic effort at the end of life today. The diversity and complexity that these conflicts acquire demands, from health professionals, not only a constant scientific-technical update, but also the need to rethink the ethical dimensions of each of their actions, to achieve dignified and humanized death, when deciding is a challenge. The objective of this paper was to describe the current situation in the daily medical practice of the adequacy of the therapeutic effort.

Keywords: adequacy of therapeutic effort; ethical principles; current context; daily medical practice.

Recibido: 29/03/2020

Aprobado: 28/08/2020

Introducción

Durante las últimas décadas, la medicina moderna ha estado dominada por la ciencia y la tecnología. Esto ha creado extraordinarias posibilidades en lo referente a la atención al hombre y a su salud, de manera tal que ha generado expectativas en el tema de la prolongación de la vida de un paciente en estado grave, crítico o terminal, no existentes anteriormente. Ello se debe al impacto de la revolución científico-técnica en el campo de la salud, a la enorme potencia tecnológica con la que cuenta el hombre, que no las tenía en el siglo pasado.⁽¹⁾

A lo largo de los años, la interacción ciencia-tecnología se ha hecho cada vez más fuerte y dependiente una de la otra. Pero, a veces, la tecnología va demasiado lejos y el desarrollo tecnológico constituye un hacer que trae consigo siempre significados éticos en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable, por tanto, no todo lo que se puede hacer necesariamente se debe realizar desde un punto de vista ético.⁽²⁾

El desarrollo tecnológico dentro de la medicina intensiva ha llevado a que, en ocasiones, se les apliquen a los enfermos procedimientos excesivos para el mantenimiento de las funciones vitales, los cuales solo logran, en muchos de los casos, prolongar la agonía del paciente y el sufrimiento de sus familiares. La prolongación de la vida con medios artificiales puede llegar a ser, en ocasiones, una acción degradante que viola los más elementales principios éticos y, por tanto, es incompatible con el respeto a la dignidad humana.⁽³⁾

La bioética está muy en boga en la actualidad, 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.⁽⁴⁾ El desarrollo vertiginoso de la bioética ha puesto en discusión temas de vital importancia en relación con los derechos y deberes de los pacientes. Es precisamente la adecuación del esfuerzo terapéutico uno de los más importantes y polémicos a nivel mundial, pues están en juego aspectos de primer orden como son la vida del paciente, el dilema familiar y la toma de decisiones por el equipo de salud.

Al examinar la literatura actual acerca de la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, se puede apreciar que prácticamente todas las obras, trátase de un artículo, de un grueso volumen o de una investigación teórica, enfocan el problema de la gran variabilidad que existe a nivel mundial en cuanto a criterios y opiniones con que se lleva a cabo.⁽⁵⁾ Es alta la incertidumbre, no existe un consenso explícito en la toma de decisiones y en qué se basan estas decisiones.⁽⁶⁾ Existe una enorme variabilidad en la práctica clínica por múltiples factores.^(7,8) Las diferencias entre países e, incluso, entre centros del mismo país son notables.^(9,10)

Por todo lo anteriormente planteado, el objetivo de este trabajo fue describir la situación actual en la práctica médica diaria de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Dilemas actuales en la adecuación del esfuerzo terapéutico

El término limitación del esfuerzo terapéutico se refiere a la “decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente”.⁽¹¹⁾

Recientemente, el Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva ha propuesto el nuevo término de limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) en lugar del usualmente utilizado de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), por la posible connotación negativa del término, y con la intención de destacar que, en verdad, no se limita el esfuerzo terapéutico, este no finaliza, sino solo se adecuan los tratamientos de soporte vital.⁽¹²⁾

En realidad, esta práctica clínica significa usar las medidas de soporte vital de una manera adecuada y proporcionada a la situación real e individual de cada enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad, para evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.^(2,5)

Es por ello, que otros autores prefieren usar en sus trabajos publicados el término de adecuación del esfuerzo terapéutico para referirse a esta buena práctica clínica, con la intención de significar que solo se limitan aquellas medidas de soporte vital que son consideradas como extraordinarias, heroicas, desproporcionadas o no adecuadas, y, por tanto, capaces solo de prolongar el acto de la muerte en aquellos enfermos que irremediamente han de morir. Se mantienen, en cambio, aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios, proporcionados y adecuados a la situación del paciente. Se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo.⁽¹²⁾ En la literatura anglosajona suele referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento de soporte para la vida: withholding/withdrawing of life support.⁽¹³⁾

Los términos limitación del esfuerzo terapéutico, limitación de tratamientos de soporte vital o adecuación del esfuerzo terapéutico se utilizan por diferentes autores en la literatura revisada con el mismo significado, para referirse a la decisión de reajustar los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos, a la situación clínica real del paciente, a la etapa evolutiva de su enfermedad, en el sentido de evitar actuaciones fútiles y desproporcionadas que se consideran que no van a mejorar al paciente.

La Medicina Intensiva y de Emergencia es una especialidad dedicada a la atención de los enfermos en situación crítica, con disfunciones orgánicas graves o

potencialmente graves, con riesgo real o posible de muerte, pero potencialmente reversibles y recuperables.⁽¹⁴⁾

Un paciente está grave cuando existe una amenaza importante que compromete su vida, con peligro de morir a corto plazo, o hay alto riesgo de que ocurra la muerte.⁽¹⁵⁾

Un enfermo está crítico cuando durante el estado de gravedad comienzan a presentarse las fallas orgánicas múltiples o secuenciales, de funciones vitales con inminente peligro de muerte, que requiere asistencia especializada y continuada en un área hospitalaria altamente tecnificada, donde sea posible la aplicación de las medidas de soporte para la vida. No todos están condenados a morir irremediablemente como consecuencia de su afección, pues muchos son recuperables en potencia.⁽¹⁶⁾

Se plantea que el tratamiento de soporte vital (TSV) es “toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un enfermo para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal”.⁽¹⁷⁾

El debate se centra, a menudo, en el concepto de 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.^(18,19)

La aplicación de tecnologías cada vez más poderosas en el ámbito de la vida en general y de la humana en particular, ha propiciado un esfuerzo de reflexión sobre los límites y orientación de la tecnología, pues, aunque nadie puede poner en duda el balance positivo que representa la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, no es menos cierto que, a veces, se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte.

Esta situación ha recibido el expresivo nombre de distanasia, ensañamiento o empecinamiento terapéutico, el cual es sinónimo de indignidad humana. 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.⁽²⁰⁾

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.⁽²¹⁾

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, a partir de cinco características mencionadas por el Dr. C. Ricardo Hodelín Tablada:⁽²²⁾

- 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.

La respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal se encuentra en los cuidados paliativos. Estos se ocupan 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 una mejor calidad de vida para el enfermo y su familia, para conseguir que los pacientes vivan con plenitud sus últimos días o meses, y tengan una muerte digna.

Se entiende por muerte digna, 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.⁽²³⁾

Es necesario diferenciar la eutanasia con la adecuación del esfuerzo terapéutico, considerada esta última como una buena práctica clínica, de calidad, tanto desde el punto de vista técnico, como ético y jurídico;⁽²⁴⁾ plenamente acreditada. Pues, quizás se pudiera pensar que la eutanasia está de algún modo relacionada con la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, y no es así.

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

Evidentemente, aunque ambas posturas podrían parecer compatibles, la eutanasia en sí misma es contraria a la ética, porque atenta contra la propia dignidad de la persona enferma. El objetivo buscado es poner fin a la vida de un paciente, por tanto, es moralmente ilícita. En este sentido, el pensamiento a favor de la eutanasia minimiza el valor de la vida.

En cambio, 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, completamente justificada dentro del marco de la bioética.⁽²⁵⁾

La adecuación del esfuerzo terapéutico en perfecta sintonía con el juramento Hipocrático, no entra en contradicción con los designios tradicionales del arte médico. En verdad, ella permite la muerte del paciente en estadio terminal, pero no la provoca, porque deja a la enfermedad seguir su curso natural hasta concluir su victoria sobre la vida, lo cual la diferencia de la eutanasia. En este contexto, los cuidados de enfermería pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad.

Es obvio que existe diferencia entre producir y permitir la muerte de aquellos pacientes con una enfermedad crónica de base, bien conocida y en estadio terminal. Por tanto, la adecuación del esfuerzo terapéutico 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 es opuesta a la eutanasia.

Realmente, la eutanasia y el suicidio asistido justifican el uso de procedimientos aparentemente médicos para darle solución a una decisión personal de abandonar la vida y es, por tanto, ajena a la esencia de la profesión médica y a la solidaridad humana. La eutanasia, en el fondo, es un fenómeno análogo al ensañamiento terapéutico o distanasia.

El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre en cuenta los intereses de sus pacientes. Hay, por tanto, deberes profesionales que cumplir, como mantener en lo posible la calidad de la vida que declina, y ser guardianes de la dignidad de todo ser humano y del respeto que se le debe. Estas medidas por su naturaleza e importancia hablan a favor de lo ordinario del trato humano hacia los enfermos.

La adecuación del esfuerzo terapéutico, como decisión médica en las unidades de atención al paciente grave, se basa predominantemente en el pronóstico de una muerte que es inevitable y evidente a corto plazo, más que sobre el resto de los otros criterios o factores posibles a considerar en la práctica médica. La asistencia médica de estos pacientes, por su condición de moribundos, es uno de los más importantes y nobles deberes del médico, el cual está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender a sus pacientes por medio de un tratamiento competente, útil y proporcionado. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar posible; ha de favorecer, según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo; prestará también apoyo a sus allegados.

El médico, además, dignifica la muerte cuando se abstiene de recomendar tratamientos dolorosos e injustificados que solo prolongan el proceso de morir. Así, la acción de dejar que la muerte siga su curso natural, cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría dentro de las

prácticas reconocidas como éticas. La conducta de los profesionales de la salud debe estar dirigida a no menospreciar nunca la vida de sus enfermos, pero deberán aprender a respetar la vida y aceptar la inevitabilidad de la muerte en determinadas circunstancias.

En los últimos años, el problema de la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir han cobrado fuerza en algunos países. La muerte es un hecho real, que afecta al ser humano, y ha sido analizada de forma muy heterogénea, según la concepción filosófica que se tenga del mundo, así como de los principios y valores que imperen en esa sociedad.

La eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir no son formas de adecuación del esfuerzo terapéutico, con las cuales no está nada relacionada. No son admitidas en la práctica clínica, ni tienen aceptación legal en el país, puesto que ellas son una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable, que socava todos los principios y las normas más elementales de la profesión médica. Los falsos argumentos de los defensores de la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir, suelen apoyarse en los casos de enfermedades crónicas terminales, oncológicas o no, en particular en ancianos.

La respuesta a la desesperación de quien reclama la muerte no puede ser la eutanasia o el suicidio asistido, sino la solidaridad, el respeto a la dignidad, el humanismo, los principios sagrados de hacer el bien y no el mal, con el empleo de tratamientos adecuados y proporcionados a su situación clínica real, que les permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos pacientes que han de fallecer. La respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal, está en los cuidados paliativos.

En la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, acordar el no empleo de medidas extraordinarias o desproporcionadas de mantención vital, o suspender todo tratamiento, cuando ya se ha instaurado el proceso de muerte, como ocurre en los pacientes con muerte encefálica, no son realmente concesiones hechas al movimiento proeutanasia, ya que no se dan los elementos básicos de un acto de eutanasia: falta la voluntad explícita y ratificada del paciente a morir, ni tampoco existe la intencionalidad del equipo de salud de provocar la muerte.

El médico debe tener especial sensibilidad e integridad moral y humana para encarar las decisiones al final de la vida de sus pacientes. Se impone la

observancia de buenas prácticas clínicas, donde el conocimiento y aplicación de la ética médica que guía al galeno en el proceso de la toma de decisiones, son imprescindibles para conseguir ordenar el actuar humano. Adquirir la sensibilidad para brindar la mejor asistencia a estos pacientes, debe ser el objetivo y el compromiso primordial de la atención médica.

En determinados países, además de adecuar el esfuerzo terapéutico, se acelera el proceso de muerte, como ocurre en algunos países de Europa. En Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza está aprobada la eutanasia. Bélgica, además, aprueba la eutanasia infantil. En los estados de Oregón, Montana y Washington, de Estados Unidos, se pone en práctica el suicidio asistido por un médico. 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. Cuba, en el Simposio Internacional de “Coma y Muerte”, celebrado en el año 2008, reafirmó su posición en contra de la eutanasia.^(26,27)

La Asociación Médica Mundial en su 44ª asamblea sobre la eutanasia y el suicidio asistido, celebrada en Marbella, España, declaró que el suicidio con ayuda médica, así como la eutanasia no son éticos y deben ser condenados por el gremio médico. Sin embargo, reconoció 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.⁽²⁸⁾

En Cuba, la organización de la salud pública y la prestación de sus servicios, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y otras instituciones, conforme a lo establecido en el artículo 2 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública. En la bibliografía revisada no existe ninguna legislación sobre la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico en el sistema de salud cubano. No hay, por tanto, normas de regulación jurídica de obligatorio cumplimiento con relación al tema, que establezcan los límites en la actuación terapéutica de los facultativos, salvo en lo que concierne a la muerte encefálica.⁽²⁹⁾

En Cuba, el planteamiento del diagnóstico de muerte encefálica tiene su fundamentación inicial en el Decreto No. 139 del año 1988, que es el Reglamento de la Ley de la Salud Pública y más tarde en la Resolución No. 90 de Salud Pública, publicada en la edición ordinaria del 21 de septiembre de 2001, en la Gaceta

Oficial de la República de Cuba, que definitivamente da respuesta al Código Civil actual para la determinación y certificación de la muerte en Cuba.⁽³⁰⁾

Constituye, pues, una responsabilidad de los profesionales de la salud, ofrecer otras alternativas que ayuden a mitigar estas difíciles situaciones. Se crea así una nueva atmósfera en torno al morir, donde las decisiones prudentes se encuentran en el justo medio, equidistante de dos prácticas opuestas como la eutanasia y la distanasia, que para este caso será la adecuación oportuna y sólidamente justificada de aquellos tratamientos de soporte vital que se consideran extraordinarios, desproporcionados y, por tanto, no adecuados para cada caso en particular.

Hasta el momento, prácticamente no se conoce el comportamiento de la adecuación del esfuerzo terapéutico como práctica clínica en las unidades de atención al adulto grave en el contexto local, ni nacional.

En el país no se cuenta con investigaciones que muestren pautas de conductas a seguir por los profesionales de la salud, tampoco existen criterios para la toma de decisiones moralmente válidas y justificables, que permitan mejorar la prestación de los servicios a estos enfermos en el nivel de atención secundario. La mayoría de los artículos que abordan el tema son de opinión. El manejo general de los pacientes que ingresan en este tipo de unidades es el recomendado en la literatura internacional, con una gran variabilidad entre países. Por tanto, hasta el momento no existen estudios nacionales cuantitativos en Cuba que permitan comparar la evidencia científica, con los resultados cuantitativos alcanzados en el mundo acerca de la práctica de esta temática actualmente.

En el contexto nacional el tema de la adecuación del esfuerzo terapéutico no se ha estudiado exhaustivamente. El Grupo Nacional Cubano de Medicina Intensiva y de Emergencia, al abordar algunos temas específicos en el libro básico de la especialidad, realiza recomendaciones con relación a la conducta a seguir solo en determinadas situaciones.

En el ámbito nacional e internacional, llama la atención que el tema de investigación ha ido ganando terreno en la última década, como resultado del reclamo social creciente a nivel mundial para unificar criterios y pactar recomendaciones en relación con la toma de decisiones, con vistas a lograr una mejor atención de los pacientes que irremediablemente van a fallecer. Muestra

de ello es el incremento progresivo de artículos publicados en los últimos años, tanto nacionales como extranjeros que abordan este interesante y controvertido tema.

Se pretende aportar un documento de reflexión acerca de la importancia extraordinaria que demanda el tema con relación a la toma de decisiones moralmente adecuadas y con la mayor certeza posible por los profesionales de la salud que laboran en las unidades de atención al paciente grave. Se aspira a mejorar la calidad de la asistencia médica a los enfermos que irremediablemente han de fallecer por su situación de terminalidad y protegerlos de las prácticas deshumanizadas que, en ocasiones, se aprecian en la prestación de dichos servicios; como consecuencia del uso incorrecto de las medidas de soporte vital y la terquedad terapéutica. La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico favorece, además, el uso racional de los recursos y la disminución de los gastos en el sistema nacional de salud.

Conclusiones

La medicina actual, grandemente tecnificada, implica actitudes y valores que trascienden con mucho lo meramente clínico. Tal como se describe en el artículo, la adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica, obliga a reflexionar sobre la importancia de considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo. De manera que surgen nuevos problemas que requieren solución, no solo en la teoría del conocimiento, sino también en el terreno de los fenómenos sociales. El uso de tecnologías de punta se vuelve cada más una tendencia en la actualidad, las cuales, en varias ocasiones, su uso se torna indiscriminado; se violan los principios más elementales de la bioética y del derecho a una muerte digna, en aquellos enfermos en los que el desenlace fatal es esperado en una enfermedad subyacente. La comunidad científica aún le queda mucho por discutir y ponerse de acuerdo en cuanto a estrategias y conductas a seguir en este tipo de pacientes. Se debe evitar el abuso tecnológico, el empleo de medidas extraordinarias o desproporcionadas y tratamientos fútiles. Decidir en estas complejas situaciones es todo un reto.

Referencias bibliográficas

1. Hernández Pino M. La revolución científico-técnica y su impacto en las ciencias médicas. Universidad Virtual de Salud Manuel Fajardo. 2013 [citado: 22/03/2020]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/la-revolucion-cientifico-tecnica-y-su-impacto-en-las-ciencias-medicas>
2. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus. 2015 [citado: 22/03/2020];(10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico>.
3. Saravia Bartral MM. ¿Están siendo bien utilizadas las Unidades de Cuidados Intensivos? Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2013 [citado: 22/03/2020];1:46-7. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/3456790/%C2%BFest%C3%A1n-siendo-bien-utilizadas-las-unidades-de-cuidados-in>
4. Martínez Abreu J, Laucirica Hernández C, Llanes Llanes E. La ética, la bioética y la investigación científica en salud, complementos de un único proceso. Revista Médica Electrónica. 2015 [citado: 22/03/2020];37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400001&nrm=iso
5. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Cuad Bioét. 2012 [citado: 22/03/2020];23(3):641-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>
6. Restrepo BD, Cossio C, Ochoa FL, Jaramillo JC, Bedoya J, Duque D, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la limitación de esfuerzos terapéuticos en personal de salud de un hospital universitario. Pers. bioét. 2013 [citado: 22/03/2020];17(2):216-26. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revista_revista_abril_2014.pdf
7. Manalo MFC. End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations. Palliative Care. 2013 [citado: 22/03/2020];7:1-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147759/>.

8. Hernández-Tejedor A, Martín Delgado M, Cabré Pericas L, Algora Weber A. 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. 2015 [citado: 22/03/2020];30(20). Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0210569114001521?scrollTo=%231-s2.0-S0210569114001521-gr2>.
9. Linhares DG, Siqueira JEd, Previdelli ITS. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. Revista Bioética. 2013 [citado: 22/03/2020];21(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200012&nrm=iso
10. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. Intensive Care Med. 2015 [citado: 22/03/2020];41(9):1572-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3810-5>.
11. 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. 2012 [citado: 22/03/2020];18(2):163-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso
12. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON. 2013 [citado: 22/03/2020];(40):25-38. 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%20Dr.%20Ara.pdf>
13. Barilan YM. Rethinking the withholding/withdrawing distinction: the cultural construction of "life-support" and the framing of end-of-life decisions. Multidiscip Respir Med. 2016 [citado: 23/03/2020];10(1). Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25949813>.

14. Castellanos-Ortega Á, Rothen HU, Franco N, Rayo LA, Martín-Loeches I, Ramírez P, et al. Formación en Medicina Intensiva. Un reto a nuestro alcance. Medicina Intensiva. 2016 [citado: 23/03/2020];38(5):305-10. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/formacion-medicina-intensiva-un-reto/articulo/S0210569114000175/>.
15. Espinosa Brito A. Particularidades del enfermo grave. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. T. 1. 2.ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 11-8.
16. Caturla Such JM. Limitación del tratamiento de soporte vital. Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana. Valencia: RAMCV; c2016 [citado: 23/03/2020]. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/3433594/la-limitaci%C3B3n-del-soporte-vital---real-academia-de-medici>
17. Rincón Roncancio M, Garzón Díaz F. Problemas éticos del retiro o limitación de tratamiento vital en unidades de cuidados intensivos. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016 [citado: 23/03/2020];15(2):42-51. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/534>
18. 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. 2013 [citado: 23/03/2020];37(5):333-8. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/criterios-limitar-los-tratamientos-soporte/articulo/S0210569112002288/>
19. Bagheri A. Medical Futility: Is a Policy Needed? Journal of Clinical Research & Bioethics. 2015 [citado: 23/03/2020];5(5). Disponible en: <http://omicsonline.org/open-access/medical-futility-is-a-policy-needed-2155-9627.1000e102.pdf>
20. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos RA, Valenti E. Terminología en bioética clínica. Revista Médica del IMSS. 2016 [citado 23/03/2020];53(6):750-61. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=110960654&lang=es&site=ehost-live>
21. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista clínica española. 2012 [citado: 23/03/2020];212(3):134-40. Disponible en:

<http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>

22. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MEDISAN. 2012 [citado: 23/03/2020];16(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso.

23. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. New England Journal of Medicine. 2016 [citado: 23/03/2020];373(8):747-55. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1404684>.

24. juntadeandalucia.es [Internet]. España: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; c2014 [actualizado: 12/03/2014; citado: 23/03/2020]. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>

25. Math SB, Chaturvedi SK. Euthanasia: right to life vs right to die. The Indian journal of medical research. 2012 [citado: 23/03/2020];136(6):899-902. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612319/?report=printable>

26. 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. 2012 [citado: 23/03/2020];IV(1-3):29-34. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf

27. El Mundo. Debate sobre eutanasia y suicidio asistido se reabre en Europa. 2013 [citado: 23/03/2020]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo>

28. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica. Francia: Asociación médica mundial; 2015 [actualizado: abr. 2015; citado: 23/03/2020]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p13/index.html>.

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. Consejo de Ministros. Decreto No. 139. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 22 Feb. 1988; Año LXXXVI (12):11-26

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.