

ARTÍCULO

Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética

Limiting life-sustaining medical treatment versus euthanasia: a bioethical reflection

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt¹

I. Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Unidad de Cuidados Intermedios, Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

La práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico no es novedad en las unidades de atención al paciente grave. Es necesario diferenciar la eutanasia de la limitación del esfuerzo terapéutico, considerada esta última como una buena práctica clínica. En este trabajo se realiza una reflexión teórica que tiene como objetivo fundamental el análisis bioético acerca de las diferencias fundamentales entre ambas.

Palabras clave: ÉTICA CLÍNICA; CUIDADOS PARA PROLONGACIÓN DE LA VIDA; CUIDADOS PALIATIVOS; EUTANASIA.

ABSTRACT

The practice of limiting life-sustaining medical treatment is nothing new at intensive care units. Euthanasia should be distinguished from limiting life-sustaining medical treatments, which is considered as a good practice. This paper presents a theoretical reflection based on a bioethical analysis of the main differences between both of them.

Keywords: ETHICS, CLINIC; LIFE SUPPORT CARE; PALLIATIVE CARE; EUTHANASIA.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el progreso científico-tecnológico en las ciencias médicas representa una posibilidad de transformar el proceso salud-enfermedad en el hombre, incluida la generación de expectativas en cuanto a la prolongación de la vida de un paciente en estado grave, crítico o terminal.

El desarrollo tecnológico constituye un hacer que trae siempre consigo significados de corte ético en sus aplicaciones sociales, donde no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justificable.

Se ha manifestado que salvar, curar y sanar al paciente enfermo han sido las funciones que, tradicionalmente, se le han asignado a los médicos; hay casos en que cumplir con estos objetivos ocasiona la prolongación de la agonía y el sufrimiento; es tan compleja la situación, que cuando ya no es posible curar o evitar la muerte el personal médico, tiene entonces la obligación de cuidar y aliviar.

La bioética médica está apta para ofrecer un fundamento ético a las crecientes necesidades de los servicios de salud, enjuiciar y sentar pautas en las comunidades de

profesionales. El desarrollo de la bioética, ha puesto en discusión temas de vital importancia en relación a los derechos y deberes de los pacientes. Es precisamente la limitación del esfuerzo terapéutico uno de los más 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 médico especialista.

Al médico siempre se le han exigido determinadas cualidades y conductas morales, así como un conjunto de obligaciones ineludibles respecto a sus colegas de profesión y a los enfermos que asiste, a partir de la determinación de los principios y normas que rigen en la sociedad, que deben ser acatados por los profesionales para garantizar así la excelencia y el prestigio de la profesión.

El tema de la limitación del esfuerzo terapéutico es parte de un debate actual. La complejidad y sutileza de los asuntos a considerar y de su fundamentación, es fuente de confusión y error, con otras malas prácticas que se llevan a cabo en algunos países. Este artículo se refiere a algunos de los problemas que se plantean, con respecto a la temática, pues no cabe dudas de que limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia y cuidados paliativos, son conceptos esenciales en la práctica del profesional de la salud.

Poseer claridad conceptual en torno a estos términos, se hace indispensable para el dominio del tema objeto de análisis y para abordar los dilemas morales en el manejo de las enfermedades y de los enfermos, a los que se enfrenta el equipo de salud en su quehacer diario en las unidades de atención al paciente grave en el momento de la toma de decisiones, en la que entran en juego conflictos de valores.

El elemento central de la ética médica ha sido, precisamente la relación médico-paciente, pues es a partir de ésta que adquieren sentido el resto de los procesos que se establecen durante el proceso asistencial. De ahí que, no hay justificación para confundir los cuidados intensivos con los cuidados paliativos, ni tampoco la limitación del esfuerzo terapéutico con la eutanasia. En este sentido, es necesario destacar la importancia de reflexionar sobre tan polémico tema a la hora de orientar el acto médico,

de saber colocar la línea de demarcación que permita distinguir lo admisible de lo inadmisibile.

Estos son temas muy sensibles, pero lo suficientemente trascendentes y relevantes como para suscitar un debate amplio, plural, tanto en el plano ético como en el legal, que involucre no solo a la comunidad científica, sino que exprese el sentir de toda la sociedad, tanto a nivel nacional como internacional; que permita obtener los mejores frutos y que la sociedad y a cada uno de sus miembros cobren mayor conciencia de sus responsabilidades ante las cuestiones fundamentales relacionadas con la defensa de la dignidad humana y la preocupación porque la práctica médica recobre el sentido humanista que la ha caracterizado siempre.

DESARROLLO

El reconocimiento de la relevancia de estos temas animó a la redacción de este artículo, donde es necesario diferenciar de forma bien clara la eutanasia de la limitación del esfuerzo terapéutico, considerada esta última como una buena práctica clínica acreditada por múltiples autores en sus trabajos.^{1,2} Es necesario distinguir la eutanasia de la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Esta última, es definida como "[...] la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente."³

En la actualidad nadie discute la necesidad de limitar esfuerzos terapéuticos 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 y de ahí se colige que existen razones para limitar el esfuerzo terapéutico, razones que obviamente, han de estar correctamente justificadas. Los médicos deberán abstenerse de tratar agresivamente con terapias desproporcionadas e inútiles a sus enfermos; no deben emplearse gastos terapéuticos carentes de razonabilidad y buen juicio clínico, que busquen un tratamiento, donde el sufrimiento es inevitable y desproporcionado al beneficio esperado.

Eutanasia es un término propuesto por primera vez por el filósofo Francis Bacon, es una palabra compuesta que "[...] proviene del griego eu, bien, y thanatos, muerte; por consiguiente, no significa otra cosa que buena muerte o buen morir."⁴ La eutanasia es el procedimiento mediante el cual se le provoca la muerte al paciente sin sufrimiento físico."⁵

Evidentemente, aunque ambas posturas podrían parecer compatibles, la eutanasia en sí misma no es ética porque atenta contra la propia dignidad de la persona enferma, el objetivo buscado en este sentido, es provocar deliberadamente la muerte,⁶ es por tanto moralmente ilícita.⁴ En este sentido, el pensamiento a favor de la eutanasia minimiza el valor de la vida. En cambio la limitación del esfuerzo terapéutico, es considerada actualmente por la comunidad científica como un recurso éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica.⁷ En perfecta sintonía con el juramento Hipocrático, la limitación del esfuerzo terapéutico no entra en contradicción con los designios tradicionales del arte médico. Realmente la eutanasia o muerte asistida, justifica 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 limitación del esfuerzo terapéutico en cambio, no provoca la muerte, como práctica clínica significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación clínica real del enfermo, de esta manera se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.⁸ 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.

La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo terapéutico finalice. 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. La limitación del inicio de

determinadas medidas de soporte vital, se refiere a la toma de decisiones de no emplear determinados procedimientos o terapéuticas específicas en un paciente que irremediablemente va a fallecer. Por supuesto, que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido según los criterios médicos actualizados. En ocasiones se limita la incorporación de nuevas medidas de soporte vital, pero se mantienen las ya instauradas.

La limitación del esfuerzo terapéutico, como práctica médica, significa a su vez la redefinición de las necesidades y de las estrategias de cuidados del paciente. Se desarrolla en estrecho contacto con la medicina paliativa, que permitirá establecer, no cuidados mínimos, sino en verdad cuidados de excelencia, y opuesta por tanto a la eutanasia. El autor de este artículo, coincide plenamente con el criterio de otros autores cubanos quienes destacan que: "Si bien en Cuba la eutanasia es considerada como un delito de homicidio, debe también evitarse el otro extremo, la distanasia, con la aplicación de exageradas medidas que excedan a las necesarias de sostén del paciente."⁹ La eutanasia, en el fondo, es un fenómeno análogo al ensañamiento terapéutico o distanasia. Este proceder, al igual que la eutanasia debería ser penalizado por la ley.

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 ha representado la aplicación de los modernos recursos terapéuticos, no es menos cierto que a veces se transforman en un cruel procedimiento de retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida. Esta situación ha recibido el expresivo nombre de encarnizamiento terapéutico,"¹⁰ el cual es sinónimo de indignidad humana.¹¹

Distanasia (obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico): "[...] del griego dis, mal, algo mal hecho, y thanatos, muerte. Etimológicamente lo contrario de la eutanasia; es decir, retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios,

proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos sobreañadidos."¹²

El deber del médico es curar y aliviar en la medida de lo posible el sufrimiento, teniendo siempre a la vista 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. Los pacientes tienen el deber de preservar su vida y de aceptar los tratamientos para salvarla, si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin graves inconvenientes o sufrimientos. Estas medidas por su naturaleza e importancia se sitúan entre el ordinario trato humano hacia los enfermos.

La limitación del esfuerzo terapéutico como decisión médica en las unidades de cuidados intensivos, 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 los allegados de éste.

Y es que el médico también 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.

El vigoroso desarrollo de la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina, no puede hacer olvidar a los profesionales de la salud que el objetivo fundamental es y debe ser siempre la salud humana. Es cierto, que el alto costo de estas tecnologías encarece la atención médica en los últimos años y establece el dilema de quienes deben beneficiarse principalmente de ellas, para propiciar su uso más eficaz, e incluso consideraciones sobre la proporcionalidad de los tratamientos y relación costo-riesgo-beneficio. Llega un momento en que los recursos tecnológicos más avanzados y las actuaciones del intensivista son inoperantes, inevitablemente finitos. El médico no debe iniciar o continuar tratamientos o acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas.¹³ La obstinación o encarnizamiento terapéutico es un error ético y una falta de competencia. Al respecto se considera que 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 empleo inadecuado de la tecnología 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 le atiende y de recursos para la sociedad. La limitación o restricción en el uso de determinados procedimientos o métodos extraordinarios de tratamiento, se refiere a determinar cuándo es legítimo y bueno para el paciente abstenerse de algunas acciones terapéuticas. Los enfermos tienen derecho a una muerte con dignidad, no a una muerte deshumanizada.¹⁴

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 literatura revisada recoge la actitud en determinados países de acelerar el proceso de muerte además de limitar el esfuerzo terapéutico, como ocurre en Holanda,¹⁵ Bélgica¹⁶ y en otros países de Europa¹⁷ donde está aprobada la eutanasia. En los Países Bajos y el Estado de Oregón se pone en práctica el suicidio asistido.¹⁸ Se habla de eutanasia como de un proceso que hace menos doloroso el

proceso de muerte inminente. Es la elección entre morir en un plazo y en condiciones determinadas, y la alternativa de que el proceso de muerte se prolongue en forma impredecible y se acompañe de padecimientos intolerables. El suicidio, en cambio, se plantea como el deseo de extinción en ausencia de muerte inminente porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada. En Francia se aprobó por la Asamblea Nacional una nueva ley que reconoce el "derecho a morir", considerada como una vía diferente a la eutanasia o al suicidio asistido que otras legislaciones han aprobado.¹⁹

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 ancianos.

La eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir, no son formas de limitación del esfuerzo terapéutico, con las cuales no está nada relacionada por atentar estas 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 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.

La respuesta a la desesperación de quien reclama la muerte no puede ser la eutanasia, el suicidio asistido o el derecho a morir, 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 le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos pacientes que han de fallecer. El autor de este trabajo es del criterio que la respuesta profesional y científica a las necesidades del paciente en situación terminal, se encuentra en los cuidados paliativos.

Según una definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "[...] 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 la mejor calidad de vida para el enfermo y para su familia,"²⁰"[...] para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte."¹²

Constituye una responsabilidad de los profesionales de la salud ofrecer otras alternativas que ayuden a mitigar estas difíciles situaciones, sin por ello caer en la distanasia. 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 limitación oportuna y sólidamente justificada de aquellos tratamientos que se consideran extraordinarios y desproporcionados para cada caso en particular.¹⁹ Se trata de conjugar el rigor científico y el más escrupuloso respeto a la dignidad del paciente.

En la práctica de la limitación 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 pro-eutanasia, ya que no se dan los elementos básicos de un acto de eutanasia: falta la voluntad explícita y ratificada del paciente a morir. Con la limitación del esfuerzo terapéutico no se le provoca la muerte. La obligación de respetar los principios éticos, los valores y derechos que de ellos se derivan, constituyen la fuerza moral para desarrollar la teoría y la práctica de la limitación del esfuerzo terapéutico, que erradique de las unidades de cuidados intensivos el error de la distanasia o ensañamiento terapéutico.

En los últimos años se ha iniciado el interés por el conocimiento, valoración y adecuado tratamiento de los pacientes en situación terminal; son numerosas las publicaciones que abordan el tema. Se trata de la medicina paliativa, que se ocupa de la atención global y soporte de los pacientes durante el estadio final de su enfermedad y el apoyo a su familia; con medidas adecuadas y proporcionales a la situación clínica real del paciente, sin acortar ni tampoco prolongar el proceso de la muerte.

CONCLUSIONES

La limitación del esfuerzo terapéutico es una buena práctica clínica, que se diferencia de la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a morir, que no son alternativas aceptables en la medicina; por ser contrarias a la deontología y a la ética médica, por tanto no son ni moral ni legalmente aceptables en la sociedad cubana. 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.

RECOMENDACIONES

Instar a las instituciones de salud en el país a que apoyen tanto la formación en bioética de los miembros de las Comisiones de Ética Médica, así como de todo el personal hospitalario en general, para no descuidar la educación humanística de los profesionales y técnicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bátiz J. Limitar el esfuerzo terapéutico. Proyecto de Bioética en la Red [Internet]. 2007 [cited 2008 ag 12]. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/blogcategory/83/837/6/42/>
2. Hernando Robles P, Diestre Ortín G, Baigorri F. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: Cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? Anales del sistema sanitario de Navarra. [serie en Internet]. 2007 [cited 2008 ag 12]; 30 (3):1.
3. Fernández Fernández R, Balgorri González F, Artigas Ravento A. Limitación del Esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Medicina Intensiva 2005; 29(6):2.
4. Correa Casanova M. La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Veritas. 2006;1(15):2.
5. Dueñas Becerra J. Muerte encefálica: una reflexión bioética. Revista Cubana de Psicología 2003; 20(1):8.
6. 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, Octubre 1987. Declaración sobre Eutanasia. En: Montenegro RM. (ed). Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Documentos de las Organizaciones Internacionales. Buenos Aires: EDIGRAF; 1998. p. 43.
7. Proñosa E, Salerdi B, Heras A, Reig R, Selles A, Abizanda R. Limitación del esfuerzo terapéutico. Influencia de la evaluación subjetiva de supervivencia. [página web en Internet]. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opiniones y debates. Disponible en: <http://www.medynet.com>
8. Cristo Pérez V, Hernández Hernández I, García Jiménez E. Limitación del esfuerzo terapéutico. El punto de vista médico frente al de la población general. Revista Electrónica de Medicina Intensiva [serie en Internet]. 2008 [cited 2008 ag 12]; 8 (3): Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2008/03/REMI1210.html>

9. Ponce Zerquera F, Suárez Mella R. Estado Actual y Perspectivas de la Nueva Deontología Médica Cubana. En: Acosta Sario JR. Bioética desde una Perspectiva Cubana. La Habana: Centro Félix Valera; 1997. p. 192 - 196.
10. Althabe M, Cardigni G, Vasallo JC, Codermatz M, Orsi C, Saporiti A. Consenso sobre recomendaciones acerca de la limitación del soporte vital en Terapia Intensiva. Arch argent pediatr. 1999;97(6):2.
11. Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. [serie en Internet]. 2003 [cited 2008 ag 12]; 2 (1): Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2103/mie12103.htm>
12. Cerdá Olmedo G. Al Filo de la Muerte: Cuidados Paliativos VS Eutanasia. En: Tomás Garrido GM. Manual de Bioética. Barcelona: Editorial Ariel Ciencia; 2001. p. 445 - 461.
13. Gafo Fernández J. La Tradición Católica. En: Gafo Fernández J. Bioética y religiones: El Final de la Vida. Madrid: Universidad Pontificia; 2000.
14. Tarquis Alfonso P. Bases teológicas de la ética protestante. En: Gafo Fernández J. Bioética y religiones: El Final de la Vida. Madrid: Universidad Pontificia. Comillas; 2000. p. 49 - 64.
15. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La Eutanasia en Niños en Holanda: ¿El final de un plano inclinado? Cuad. Bioét. [serie en Internet]. 2005 [cited 2008 ag 12]; No. 57 Disponible en: <http://www.aebioetica.org/archivos/05-BIOETICA-58.pdf>
16. Royes I, Qui A. La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Psicooncología. 2008;5(2-3): Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2873875>
17. Griffiths J, Weyers H, Adams M. Euthanasia and Law in Europe. JAMA. 2008;300(14):1.
18. Martínez Urionabarrenetxea K. Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(7):2.
19. Beca JP, Ortiz PA, Solar PS. Derecho a Morir: un debate actual. Rev Méd Chile. 2005;133(5):3.

20. Armas Castro J, Angell Valdéz S, Rondín Hernández L. La atención integral al paciente en estadio terminal en el nivel primario de atención médica. Archivos de Medicina [serie en Internet]. 2008 [cited 2008 ag 12]; 4 (6): Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>

Recibido: 14/04/2011

Aprobado: 1/06/2011

Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y de Segundo Grado en Medicina Interna y en Medicina Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas y en Longevidad Satisfactoria, P-rofesor Auxiliar, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Unidad de Cuidados Intermedios, Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. bbgilbert@finlay.cmw.sld.cu