

ARTÍCULO ORIGINAL

Dilemas éticos de las decisiones médicas en cuidados intensivos

Ethical dilemmas of medical decisions in intensive care

MSc. Dra. Ana Luisa Alonso Mariño
MSc. Dra. Olga Lidia Alonso Mariño
Dr. Elvis Fermín López Rodríguez

Hospital Asistencial "Celestino Hernández Robau", Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Los cambios operados en los últimos años para prolongar la vida generan dilemas en la práctica médica diaria en cuidados intensivos; el análisis ético de las actuaciones médicas permite entenderlos y abordarlos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico en las Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes de los Hospitales Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" y Asistencial "Celestino Hernández Robau" de la Provincia de Villa Clara, Cuba, en el período de enero a junio de 2012 para describir los principales dilemas éticos relacionados con la toma de decisiones en la atención al paciente crítico que afrontan los profesionales de la salud; la muestra del estudio quedó constituida por 42 profesionales. Hubo un predominio de los Licenciados en Enfermería, del sexo femenino, en la cuarta década de la vida, con una experiencia profesional y en estas unidades de más de una década, más de la mitad no tienen creencias religiosas y respetan el derecho del paciente a la información y a su autonomía, así como su participación en la toma de decisiones con relación a la terapéutica. Los principales problemas bioéticos identificados fueron la decisión o no de ingreso, la reanimación del paciente en estado terminal y la limitación del esfuerzo terapéutico.

Palabras clave: cuidados intensivos, ética médica

ABSTRACT

The changes in recent years to extend life generate dilemmas in daily medical practice in intensive care, the ethical analysis of medical interventions can understand and approach them. A cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted in the intensive care units of polyvalent at "Arnaldo Milián Castro" and "Celestino Hernández Robau" Clinical Surgical Hospital respectively of the Province of Villa Clara, Cuba, From January to June 2012 to describe the major ethical dilemmas related to decision making in the care of critical patients facing health professionals, the study sample was composed of 42 professionals. There was a predominance of the Licensed in Nursing, female, in the fourth decade of life, with professional experience and in these units over a decade, more than half have no religious beliefs and respect the patient's right to information and its autonomy and participation in decision making regarding therapy. The main problems were identified bioethical decision or no income, the resuscitation of the patient in terminal condition and limitation of treatment.

Key words: intensive care, medical ethics

INTRODUCCIÓN

Tanto la Bioética -como cuerpo de doctrina- como la Medicina Intensiva - como especialidad- son dos disciplinas relativamente jóvenes y estrechamente vinculadas entre sí. Tres razones, al menos, hacen que esto sea así: a) la capacidad para utilizar recursos externos capaces de sustituir la

función de determinados órganos vitales en situaciones críticas sin expectativas razonables de recuperación -todo lo que médicamente se puede hacer no tiene por qué siempre hacerse-, b) la necesidad de atender los derechos de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos -especialmente al no haber códigos de moral "únicos"- y c) el coste de oportunidad relacionado con la necesidad de decidir qué paciente debe ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos y qué paciente no debe ingresar.¹

Existe una coincidencia temporal y no casual entre el reconocimiento de la Medicina Intensiva como especialidad y el surgimiento de la Bioética, que va a proporcionar el espacio de reflexión necesario para abordar sistemática y críticamente todos los dilemas morales que la tecnociencia genera en la Medicina y en las Ciencias Biológicas en general.²

La palabra dilema es esencialmente la duda o la disyuntiva entre dos cosas;³ se entiende por dilema ético aquel que compete a la naturaleza moral, es decir, aquel que plantea cómo obrar bien, cómo evitar hacer daño, cómo valorar las consecuencias y lograr lo mejor para la mayoría de las personas involucradas en una situación en el marco de unas reglas morales. Como menciona Rushworth Kidder un dilema ético no implica tener que hacer una elección entre lo correcto y lo incorrecto, sino tener que elegir entre dos cosas correctas.⁴

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se plantean a diario una serie de problemas muy particulares del trabajo en ellas en relación con la aplicación de los principios bioéticos derivados de la aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos invasivos, de la frecuente incompetencia del paciente, de la comprensión de lo que es o no fútil o de la necesidad de abordar la existencia del límite en la atención médica o del esfuerzo terapéutico.²

El personal de salud que está vinculado al cuidado del paciente en estas unidades debe ser capaz de resolver y tomar decisiones que son trascendentales para el futuro de una persona que se encuentra entre la vida y la muerte. A pesar de esta obligación moral y profesional no existe un consenso ampliamente conocido para la toma de decisiones que facilite al personal afrontar la situación de un paciente en estado crítico.⁵ Esto fue lo que motivó la realización de esta investigación, que tiene el objetivo de identificar los principales dilemas éticos en las decisiones médicas en la atención al paciente crítico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico en las UCI de los Hospitales Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" (AMC) y Asistencial "Celestino Hernández Robau" (CHR) de la Provincia de Villa Clara en el período de enero a junio de 2012 sobre las actitudes referidas por los médicos y enfermeros que laboran en dichas unidades en relación a los dilemas éticos a que se enfrentan en la toma de decisiones médicas. La población de estudio estuvo conformada por todos los médicos (44) y enfermeros (121) que trabajan actualmente en dichas unidades, lo que hace un total de 165 profesionales; la muestra del estudio, de tipo probabilística estratificada aleatoria, se conformó por fijación proporcional del 25% y quedó constituida por 42 profesionales y distribuida de la siguiente forma: médicos especialistas: siete, médicos residentes: cinco, licenciados en Enfermería: 21, enfermeros técnicos: nueve.

Para la recogida de la información se aplicó un cuestionario a los médicos y enfermeros incluidos en el estudio, se realizó la revisión documental del tema y de los programas de estudios vigentes actualmente para la formación de residentes en Medicina Intensiva y Emergencias, para la Licenciatura en Enfermería y para la Especialidad de Enfermería en la Facultad de Tecnología de la Salud y se entrevistaron a los Profesores de la Cátedra de Medicina Intensiva y Emergencias que imparten los temas sobre Bioética.

Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, la categoría profesional, los años de ejercicio de la profesión y como trabajadores de las UCI, las

creencias religiosas, los principios conocidos de la Bioética, el derecho del paciente a la información, las actitudes ante la toma de decisiones con relación a la terapéutica y los principales dilemas éticos en las UCI.

Técnica de procesamiento y análisis:

Los datos recolectados por el cuestionario aplicado fueron llevados a un fichero de datos en SPSS (versión 15.0). Se crearon tablas de distribución de frecuencias con valores absolutos (número de casos) y relativos (%). Se determinaron la media, el máximo y el mínimo en las variables que lo requerían para su mejor representación. Desde el punto de vista inferencial se aplicó la prueba de Chi cuadrado para bondad de ajuste con la hipótesis de equiprobabilidad de comportamiento de las categorías de la variable analizada. Los niveles de significación utilizados fueron del 0.05 y 0.01. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney para diferencia de medias entre los sexos pues se comprobó que no es normal dicha variable a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Del total de médicos y enfermeros que trabajan en las UCI de ambos hospitales en el período analizado y que conformaron la muestra (42) 24 (57.1%) correspondieron al sexo femenino y 18 (42.9%) al masculino y el mayor número (18) está entre los 30 y los 39 años de edad, lo que representa el 42.8% de la muestra y fue significativo desde el punto de vista estadístico, con una edad media de 35.2 (tabla 1). Como resultado de la aplicación de la prueba de Mann-Whitney no se apreciaron diferencias de valor estadístico ($p > 0.05$) de las edades medias entre los sexos.

Tabla 1. Descripción de la muestra encuestada

Edades Edad media: 35.2 p>0.05	<20 años	1 (2.4%)
	De 20 a 29 años	11 (26.2%)
	De 30 a 39 años	18 (42.8%)
	De 40 a 49 años	11 (26.2%)
	50 años y más	1 (2.4%)
Sexo	Femenino	24 (57.1%)
	Masculino	18 (42.9%)
Categoría profesional $\chi^2=14.762$ p=0.002	Médico especialista	7 (16.7%)
	Médico residente	5 (11.9%)
	Lic. en Enfermería	21 (50%)
	Téc. en Enfermería	9 (21.4%)
Ejercicio profesional en las UCI	De uno a cinco años	14(33.3%)/18(42.9%)
	De seis a 10 años	12(28.6%)/11(26.2%)
	De 11 a 15 años	2 (4.8%)/7(16.7%)
	De 16 a 20 años	4 (9.5%)/3(7.1%)
	Más de 20 años	10 (23.8%)/3(7.1%)
Creencias religiosas $\chi^2=0.857$ p=0.355	No	24 (57.1%)
	Si	18 (42.9%)

Fuente: Cuestionario aplicado

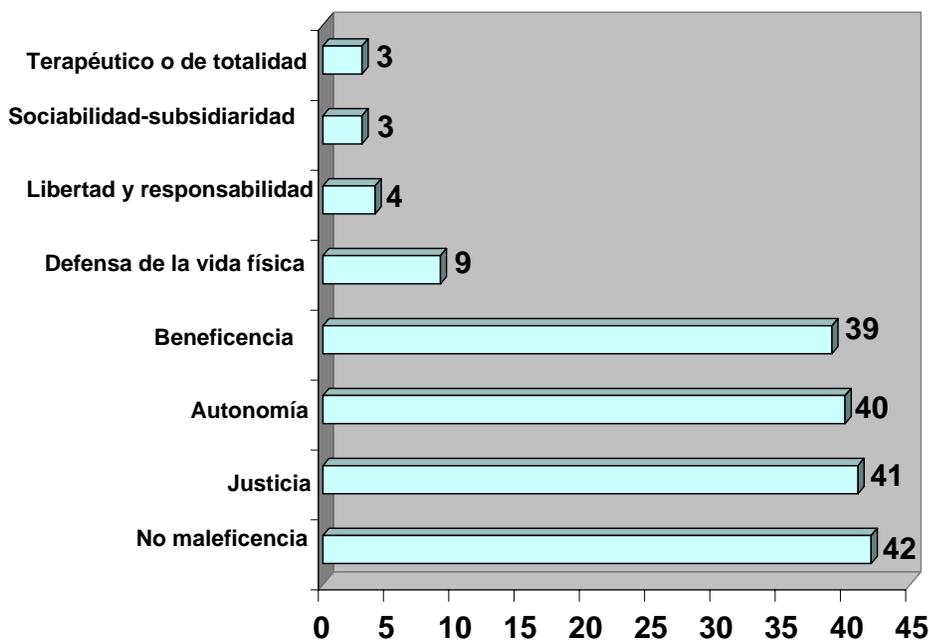
En cuanto a las categorías profesionales de los encuestados resulta notable el franco predominio de los Licenciados de Enfermería (50%), seguidos por los Técnicos de Enfermería (21.4%), lo que fue significativo desde el punto de vista estadístico ($p=0.002$).

Cuando se relacionaron los años de experiencia profesional y de trabajo en las UCI se constató que en ambos predominaron los grupos de uno a cinco años con el 33.3% y 42.9% respectivamente, seguidos por el grupo de seis a 10 años con 28.6% y 26.2%, con una media de 11.8 y 11.1 respectivamente.

Con respecto a las creencias religiosas de los profesionales encuestados el 42.9% refiere tener alguna y el 57.1% no -no se confirmó significación estadística ($p=0.355$)- (tabla 1).

Las consideraciones con relación a los principios de la Bioética (gráfico 1) muestran un franco predominio de los principios pertenecientes a la corriente principialista: no maleficencia (100%), autonomía (97.6%), beneficencia (95.2%) y justicia (92.8%), lo que está en correspondencia con lo impartido en pregrado y postgrado tanto en la carrera de Medicina como en la de Enfermería. Por otra parte, se debe señalar que todos los encuestados refirieron haber recibido la asignatura Bioética durante su formación profesional y consideraron importante su inclusión en el programa curricular de la carrera de Medicina; además fueron capaces de señalar correctamente el concepto de Bioética.

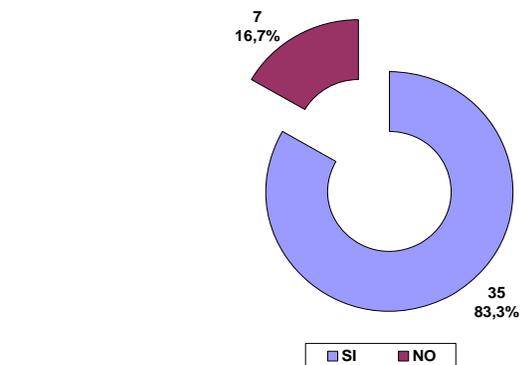
Gráfico 1. Consideración individual sobre principios de la Bioética



Fuente: Cuestionario aplicado

Con relación al derecho que tiene el paciente crítico pero orientado y conciente a ser informado sobre el estado de su enfermedad, su pronóstico y su tratamiento (gráfico 2) se comprobó que el 83.3% de los encuestados contestó afirmativamente; solo el 16.7% restante opinó lo contrario, lo que resultó altamente significativo ($p=0.000$) desde el punto de vista estadístico.

Gráfico 2. Derecho del paciente crítico a la información



$\chi^2=18.667$ P=0.000

Fuente: Cuestionario aplicado

Cuando se analizan las actitudes médicas ante la toma de decisiones en la UCI con relación a si los profesionales de la salud consultan a los pacientes y a los familiares (o a ambos) sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar se observó que el 59.5% de la muestra estudiada refirió que siempre lo hace y el 38.1% que casi siempre, algo altamente significativo ($p=0.000$) desde el punto de vista estadístico con relación a un solo encuestado que refirió no hacerlo nunca. En cuanto a la actitud de los profesionales ante la toma de decisiones con relación a la terapéutica se comprobó que 20 de los encuestados (47.6%) refirieron que decidirían

después de discusiones que comprometieran a otros médicos y pacientes y familiares (o a ambos), mientras que 19 (45.3%) lo harían después de alcanzar un consenso con otros médicos. Solo tres (7.1%) refirieron que lo resolverían por ellos mismos, lo que resultó altamente significativo ($p=0.002$) desde el punto de vista estadístico. En relación a la actitud que asumirían los profesionales ante la negativa de los testigos de Jehová a las transfusiones se observó que 33 (78.6%) respetarían la autonomía del paciente y solo nueve (21.4%) administrarían la transfusión, algo altamente significativo desde el punto de vista estadístico ($p=0.000$). En cuanto a la actitud referida por los encuestados ante la voluntad del paciente comatoso de no ser intubado y ventilado (o ambos) manifestada previamente sin estar avalado por ningún documento legal se constató que 22 profesionales señalaron que no respetarían la voluntad del paciente, mientras los 20 restantes harían exactamente lo contrario, lo que no tuvo significación desde el punto de vista estadístico ($p=0.480$). Al preguntarle a los profesionales que participaron en la investigación si el uso de la tecnología para alargar la vida del paciente y aumentar su sufrimiento y el de su familia está éticamente justificado el 50% respondió que nunca y el 11.9% casi nunca, lo que fue altamente significativo desde el punto de vista estadístico ($p=0.002$). Llama la atención que el 21.4% de los encuestados respondió que casi siempre (tabla 2).

Tabla 2. Actitudes médicas ante la toma de decisiones en UCI

Consulta a los pacientes y familiares sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar $\chi^2=20.837$ $p=0.000$	Siempre Casi siempre Casi nunca	25 (59.5%) 16 (38.1%) 1 (2.4%)
Toma de decisiones con relación a la terapéutica $\chi^2=13.000$ $p=0.002$	Decidiría después de discutir con otros médicos, paciente y familiares (o ambos) Decidiría después de alcanzar un consenso con otros médicos Decidiría por usted mismo	20 (48%) 19 (45.3%) 3 (7.1%)
Ante la negativa de los testigos de Jehová a las transfusiones $\chi^2=13.714$ $p=0.000$	No transfundirían Si transfundirían	33 (78.6%) 9 (21.4%)
Ante la voluntad del paciente comatoso de no ser intubado y ventilado (o ambas) sin estar avalado por ningún documento legal $\chi^2=0.500$ $p=0.480$	Si intubarían/ventilarían No intubarían/ventilarían	22 (52%) 20 (48%)
Uso de tecnología para prolongar la vida al paciente $\chi^2=14.762$ $p=0.002$	Nunca Casi nunca Casi siempre Siempre	21 (50%) 5 (11.9%) 9 (21.4%) 7 (16.7%)

Fuente: Cuestionario aplicado

Al analizar los principales dilemas éticos que se presentan en la UCI (tabla 3) se confirmó que el más frecuente fue la decisión o no de ingreso a estas unidades referido por el 88.1% de los profesionales, seguido de la reanimación del paciente en estado terminal y la limitación del esfuerzo terapéutico con 66.7% y 57.1% respectivamente.

Tabla 3. Principales dilemas éticos en las UCI

Dilemas éticos	No.	%
Decisión o no de ingreso	37	88.1
Reanimación del paciente terminal	28	66.7
Limitación del esfuerzo terapéutico	24	57.1

Transfusiones a testigos de Jehová	23	54.8
Encarnizamiento terapéutico	20	47.6
Atención médica al suicida	15	35.7
Petición de eutanasia	10	23.8

Fuente: Cuestionario aplicado

DISCUSIÓN

En este estudio se constató que las decisiones médicas que se toman en la práctica clínica en las UCI son plurales. Esta variedad en las respuestas obedece a que cada sujeto tiene sus propios valores y en la formación de los valores intervienen diversos elementos que van desde la tradición y las creencias hasta los conocimientos científicos.⁵

Las creencias religiosas pueden llegar a limitar las decisiones que deben tomarse: la religión cristiana, por ejemplo, acepta lo establecido por la ley en cuanto a la suspensión de las medidas de soporte en los pacientes en fases terminales, mientras que la judía prohíbe todo tipo de suspensión de medidas, el hacerlo es considerado como un suicidio; solo se acepta la orden de no-reanimación en pacientes en fase terminal.¹⁰

Pastor García LM.⁹ plantea que las convicciones religiosas, y especialmente las que derivan de la tradición cristiana, cuando son certeramente expuestas no solo ayudan a preservar de la degradación a la ética de la sociedad a través de un compromiso personal, sino que implican una propuesta para garantizar unos mínimos sociales que pueden ser recogidos en el ámbito del derecho.

La importancia que dan los profesionales de la salud a la enseñanza de la Bioética en el pregrado y el postgrado es contundente -algo similar plantean otros autores-.^{5,8} Llama la atención que aunque existen varios modelos bioéticos a partir de los que se pueden estudiar y justificar las elecciones que se realizan en los casos particulares que se enfrentan a diario el modelo principialista parece ser el más difundido y aplicado,^{8,11,12} lo que coincide con los resultados de este estudio.

Con relación al derecho que tiene el paciente crítico pero orientado y conciente a ser informado sobre el estado de su enfermedad, el pronóstico y el tratamiento la mayoría de los profesionales respetó el derecho de autodeterminación a la información, lo que también coincide con los hallazgos de otras series.^{5,6,8}

La información constituye uno de los principales problemas éticos en los pacientes críticos. No puede ser esquemática o para todos por igual pues la interiorización de la verdad no es igual para todas las personas y si bien el derecho a ella es parte de lo establecido, la aceptación y la forma de comunicación difiere de un paciente o familiar(es) a otro(s).¹

Los médicos intensivistas están sometidos a una importante presión psicológica. El agotamiento, el stress y la carga emotiva suele constituir un problema de comunicación efectiva entre el médico y el paciente.¹⁰

Cuando se analizan las actitudes médicas ante la toma de decisiones en la UCI con relación a si los profesionales de la salud consultan a los pacientes y familiares (o a ambos) sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar la mayoría respondió que siempre o casi siempre, algo que se muestra en otros trabajos.^{5,7}

El profesional de la salud que está integralmente formado debe ser capaz de entender el contexto del paciente y, dentro de su ética, involucrar a la familia en la toma de decisiones.⁵ También es de gran importancia la participación del personal de enfermería, no solo en la discusión junto con los médicos del servicio y en la información a los familiares, sino también como iniciadores del proceso de toma de decisiones, pues la percepción que tienen del enfermo y su entorno (familia, condicionantes sociales, hábitos, etc.) enriquece, sin duda, la visión de la situación clínica del paciente.^{13,14}

En relación a la actitud que asumirían los profesionales ante la negativa de los testigos de Jehová a las transfusiones la mayoría de los profesionales respetarían la autonomía del paciente, lo que coincide con otros estudios.^{15,16}

Iglesias Lepine y colaboradores⁶ en su serie constataron que el 38.9% de los médicos no respetaría la decisión de estos de negarse a la transfusión sanguínea y el 33.3% sí lo haría.

En la actualidad se plantea que el tratamiento ético de los pacientes supone respetar su autonomía. El paciente será más autónomo cuanto mejor comprenda su situación clínica, las alternativas de tratamiento y las ventajas y los riesgos de cada alternativa.¹⁷

Los conocimientos actuales acerca de las complicaciones asociadas a la terapia transfusional, principalmente desde el surgimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hacen cada vez mayor el número de personas que rechaza esta forma de tratamiento y también son cada vez más los profesionales de la salud que miran la medicina transfusional con ojos críticos.¹⁵

En cuanto a la actitud referida por los encuestados ante la voluntad del paciente comatoso de no ser intubado y ventilado (o ambos) manifestada previamente sin estar avalado por ningún documento legal llama la atención como en una situación donde están en juego los mismos principios éticos las respuestas son totalmente contradictorias, lo que coincide con lo señalado por otros autores.⁵⁻⁷

Si bien los adelantos en la tecnología han permitido disminuir las tasas de mortalidad, la disponibilidad de las herramientas técnicas no obliga a usarlas en todos los casos, es necesario tratar de estimar cuidadosamente las posibles consecuencias de su uso. Se considera contrario a la ética engañar al enfermo o a sus familiares al ofrecerles alternativas terapéuticas fútiles y que, por el contrario, prolongarían inútilmente el proceso de morir.^{5,10}

Con relación a los dilemas éticos se plantea que el primero comienza con la toma de decisión de si el paciente ingresa o no en la UCI.^{2,18-20} En opinión de la autora este es uno de los dilemas fundamentales pues constituye una forma de limitación del esfuerzo terapéutico, por lo que esta decisión no debe tomarse teniendo en cuenta solo el criterio de una persona, sino un criterio colegiado entre todos los factores que tengan que ver con la atención de este tipo de enfermo, criterios que a su vez deben ser revisados y analizados sistemáticamente y estar abiertos a cambios e interpretaciones individuales según la situación específica de cada paciente.

Otro problema ético es el cuestionamiento de si existe diferencia, desde el punto de vista moral, entre no iniciar un procedimiento de sostén de funciones vitales y el suspenderlo después de comenzada su aplicación por considerarlo inútil, así como el relativo al tipo de medidas que pueden ser omitidas o retiradas en razón de su utilidad si existe el criterio unánime de la imposibilidad de recuperación de un enfermo.¹

La ocurrencia de conflictos éticos en la UCI es muy frecuente, lo que evidencia que los profesionales enfrentan situaciones difíciles que podrían ser facilitadas o subsanadas si son adecuadamente entrenados y formados en Bioética.⁵

No cabe duda que aunque la ética no aporte las respuestas definitivas es muy útil para conocer que supone tomar la decisión y elaborar una metodología de abordaje de los dilemas morales que facilite ser consistente en las respuestas que se proponen; el elemento básico de la formación clínica en urgencias es el aprendizaje en la toma de decisiones racionales, tanto de tipo técnico como ético.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bembibre Taboada RM. Aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente crítico. Rev Cubana Med [Internet]. 2003 [citado 21 Feb 2011]; 42(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_1_03/med01103.htm
2. Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2003 [citado 21 Feb 2011]; 2(1): 84-92. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm
3. Mezquía de Pedro N. Dilemas bioéticos en cuidados intensivos [Internet]. 2008 [citado 11 Ago 2008]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos45/dilemas-bioeticos/dilemas-bioeticos2.shtml>

4. Gómez Córdoba AI, Latorre Santos C, Nel Carreño J. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Pers y Bioét* [Internet]. 2007 [citado 15 Sept 2012]; 1(11): 23-38. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1652/2085>
5. Rincón M, Carrillo Becerra LM, Camargo MA, Guerrero Guzmán MP, Gutiérrez Cardona NA, Orduz López A, et al. Educación, bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidados intensivos. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2011]; 8(2): 114–23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127012550010.pdf>
6. Iglesias Lepine ML, Pedro-Botet Montoya JC, Gutiérrez Cebollada J, Hernández Leal E, Pallás Villalonga O, Aguirre Tejedo A, et al. Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. *Emergencias* [Internet]. 2000 [citado 19 Mar 2013]; 12: 313–20. Disponible en: www.smme.org.mx/assets/analisiseticocasos.pdf
7. Llaja Rojas V, Sarria Joya C. Encuesta sobre soportes de vida y limitación del esfuerzo terapéutico en el departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins [Internet]. ©2012 [citado 19 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.academiaperuanadepsicologia.org/acad/TRABAJO%20GRUPO%20DRAZENER%5B1%5D.pdf>
8. Arce González MA. Representación social de la bioética en profesionales de la salud que intervienen en la hemoterapia [tesis]. Valencia: Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"; 2010.
9. Pastor García LM. Creencias religiosas y quehacer bioético. *Cuad Bioét* [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2011]; 19(3): 485–94. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/07-BIOETICA-67.pdf>
10. Viloría N, Mora F. Dilemas bioéticos presentes en una unidad de cuidados intensivos: enfoque multidisciplinario. *Memorias del II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica. La Habana* [Internet]. 2001 [citado 6 Feb 2010]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00322.pdf>
11. Bustamante MA. Limitación terapéutica y conflictos éticos. Proporcionalidad. *Rev Argentina Med Resp* [Internet]. 2006 [citado 21 Feb 2011]; 3: 137–41. Disponible en: http://www.ramr.org.ar/archivos/numero/ano_6_3_dic_2006/mere3_9.pdf
12. Lynch Pueyrredon D, Muracciole MB, Del Valle M, Giglio N, Benitez A. Encuesta sobre bioética en un hospital de pediatría. *Bases para futuras estrategias. Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2004 [citado 21 Feb 2011]; 64(2): 37-42. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802004000100007&script=sci_arttext
13. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva (Barcelona)* [Internet]. 2010 [citado 21 Feb 2011]; 34(8): 534-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000800006
14. Sulmasy DP, He MK, McAuley R, Ury WA. Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Crit Care Med* [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2011]; 36(6): 1817-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18496357>
15. Muradás Augier M, García Rojas R, Pérez Delgado Y, Sotolongo Molina Y, Vigoa Sánchez LP. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas de la terapia transfusional en el paciente Testigo de Jehová. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2011]; 47(1): 9-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000100016
16. González Pérez E, González Cabrera N, Arocha García A. Consideraciones bioéticas ante la negativa del paciente testigo de Jehová a ser transfundido. *Medicentro* [Internet]. 2005 [citado 21 Feb 2011]; 9(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1165/1172>
17. Siurana Aparisi JC. Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas* [Internet]. 2006 [citado 21 Feb 2011]; 1(15): 223–244. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2160713.pdf>
18. Martínez Hernández J, Vera Escolar F, Sáez Miravete S, Díaz Pastor A, González Sánchez A, Melgarejo Moreno A. Aspectos éticos en la evolución de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos. *Cuad Bioét* [Internet]. 2009 [citado 21 Feb

2011]; 20(1):102-4. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87512350019>

19. Sánchez Miranda JM, Gutiérrez CA. Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la vida en Unidades de Cuidados Intensivos. Rev Cubana Med Int Emerg [Internet]. 2004 [citado 21 Feb 2011]; 3(1):[aprox. 14 p.].

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_1_04/mie11104.htm

20. Monzón Marína JL, Saralegui Retab I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarrie S, Martín Delgado MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva [Internet]. 2008 [citado 21 Feb 2011]; 32(3):121-33. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n3/recomendacion.pdf>

Recibido: 16 -9-13

Aprobado: 21-11-13

Ana Luisa Alonso Mariño. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Cuba # 564, entre Hospital y Misionero. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200. Correo electrónico: alam@hchr.vcl.sld.cu