

El derecho a vivir. El derecho a morir. Las Unidades de Cuidados Intensivos

Rafael Castillo

Inglaterra, es el año de 1650. El año anterior, 1649, el Rey Carlos I había sido acusado de traición, fue enjuiciado, declarado culpable y condenado a sufrir la pena capital, ser decapitado. La Cámara Baja declaró la República. El Gobierno lo desempeña un consejo de Estado, en el cual Cromwell ejercía la mayor influencia.

En la mansión de Sir Thomas Read, en Dunstew, condado de Oxford, trabajaba una criada de nombre Anne Greene, que según la descripción de Robertson (1), era de unos 22 años de edad, de mediana estatura, de constitución fuerte, carnuda, de buenas proporciones y no mal parecida. Esta modesta mujer fue seducida por Jeffreery Read, el nieto de Sir Thomas. El resultado no es difícil de imaginar, un niño a término, que inmediatamente al nacer fue asesinado. La madre fue señalada como sospechosa del infanticidio y por tal motivo trasladada a la ciudad de Oxford para ser juzgada. Encontrada culpable la condenaron a morir en la horca. Para cumplir la sentencia, la reo fue llevada al cadalso el día 14 de diciembre de 1650. Permaneció colgada, según Robertson, (1), por espacio de media hora. Algunos amigos, con el propósito de aliviar y hacer más corto el sufrimiento, le daban fuertes golpes en el pecho, otros se colgaban de las piernas con la idea de aumentar el peso, y algunas veces la levantaban y la dejaban caer bruscamente. Cuando ya todos los presentes estuvieron de acuerdo, Anne Greene fue declarada muerta. El cuerpo fue bajado y colocado en una urna.

Hubo una autorización de que el cadáver fuese llevado, por petición de unos médicos seleccionados, a una casa privada para practicar una disección. Al abrir el sarcófago, alguien notó la presencia de muy leves y tenues signos de vida, de inmediato golpeó y friccionó el tórax y la región gástrica. Luego llegaron el Dr. Petty, Profesor de Anatomía y Mister Thomas Willis del Christ-Church College (el título de Mister era reservado para los cirujanos), quienes,

por razones humanitarias y deber profesional, procedieron a actuar, le dieron a tomar licor caliente y le estimularon la garganta con una pluma de ave, la cubrieron con mantas tratando de calentarla, le practicaron una sangría y luego la sacaron de la urna y la colocaron en una cama. Notaron que abría los ojos y movía las partes inferiores del cuerpo. Convencieron a una mujer para que se acostara junto a ella, con el fin de darle calor y de que la friccionara. Su cara estaba hinchada y muy roja. Después de dos horas pronunció unas incomprensibles palabras. Al día siguiente ya estaba mejor.

El día décimo noveno, se levantó, caminó y comió parte de un pollo. El cuello le fue reparado. Poco tiempo después regresó al campo en compañía de sus amigos, llevando consigo la urna donde estuvo colocada, como un trofeo y recuerdo de su maravillosa odisea, la preservación de su vida.

Esta inaudita historia de Anne Greene, nos lleva a pensar y a hacer cruzar por nuestra mente la posibilidad de que algo semejante ha pasado o pudiera pasar nuevamente, con el dilema de ser uno mismo la persona involucrada en tan tenebrosa situación. En el supuesto de que un caso semejante, al que acabamos de describir, hubiese estado en las manos de alguien catalogado como poseedor de esos llamados, o mal llamados, poderes sobrenaturales, se hubiese hablado de una "resurrección" y si hubiese sido un profesional de una "resucitación". Resucitar, según el diccionario de la Academia de la Lengua Española (2) es: "Volver la vida a un muerto", y Resucitación es: "Acción de volver la vida, con maniobras y medios adecuados, a los seres vivientes en estado de muerte aparente".

Es, sin lugar a dudas, algo propio, innato en los seres humanos, el deseo de volver a vivir después de la muerte, ya sea aquí o en el más allá. Son innumerables los documentos que hacen mención de una vida futura. Muchos pueblos antiguos, como los egipcios (3), así lo creían. En el Antiguo Testamento hay mención de la resurrección, Ezequiel

dijo: “Abriré vuestras tumbas y haré que salgais de vuestros sepulcros” y también en Isaías “Tus hombres vivirán, juntos con mi cuerpo muerto se levantarán”. En el Nuevo Testamento, San Marcos menciona la resurrección de la hija de Jairo y San Juan refiere la resurrección de Lázaro y nos habla de las tan conocidas palabras de Jesús: Ego Sum Resurrectio et Vitae, Yo soy la Resurrección y la Vida. Aesclepios de los griegos, Esculapio de los romanos, dios de la medicina, recibió de Atenas la sangre que corría de las venas de la Gorgona, la del lado izquierdo era un veneno violento y la del lado derecho tenía poderes altamente beneficiosos. Aesclepios aprendió a utilizar estas propiedades para resucitar a los muertos. La idea de volverle la vida a un ser que la ha perdido, está presente en la mente de la humanidad desde el comienzo del género humano.

Con el progreso de los conocimientos médicos y el avance de la tecnología, los profesionales de la medicina han tratado y tratan con un sentido altamente humanitario, de practicar la resucitación. Algunos de los procedimientos han cobrado tanta vigencia, que con la idea de contribuir y ayudar, se ha hecho propaganda para divulgar técnicas, tales como el masaje cardíaco, la respiración boca a boca, etc., para ser practicadas, no sólo por profesionales, sino también por todas aquellas personas con sentido de responsabilidad, amén de los esfuerzos llevados a término en los servicios de emergencia, sala de operaciones, etc. Los exitosos logros alcanzados por medio de la resucitación, han hecho, que esta práctica se generalice y se haga más frecuente, aumentando por consiguiente el número de pacientes.

El problemático, lo difícil, es el criterio que debe existir para tomar la decisión de a quién se le debe practicar el procedimiento de la resucitación. Sabemos perfectamente bien, que un cerebro que no se oxigena adecuadamente (interrupción de la irrigación durante tres minutos) sufre daños irreparables y, como consecuencia, la imposibilidad de lograr una recuperación satisfactoria, con la alta posibilidad de quedar el paciente en un estado vegetativo. Pero ¿qué puede hacer el profesional médico ante un paciente con un paro respiratorio o cardíaco? No le queda otra alternativa sino la de proceder a utilizar procedimientos heroicos, para tratar de lograr el retorno de las funciones fisiológicas, sin poder decir, ni mucho menos garantizar, los resultados finales, con la esperanza, el anhelo, de que sean satisfactorias.

Los resultados altamente positivos obtenidos,

justifica la conducta de los profesionales de la medicina a intentar y continuar la práctica de los procedimientos de la resucitación.

Como necesidad para poder ejecutar procedimientos que requieren excelente tecnología, ha nacido la situación imperante de crear y organizar equipos, tanto mecánicos como humanos y de ambientes adecuados para sostener y mejorar los resultados logrados. La consecuencia fue la creación de las salas de recuperación y más luego las unidades de cuidados intensivos. Todos estos ambientes y muy especialmente las unidades de cuidados intensivos, tienen que estar diseñados adecuadamente, para poder lograr un funcionamiento altamente satisfactorio y equipadas no solamente con una muy especializada tecnología, sino con un personal que haya sido entrenado para realizar las actividades que una unidad de cuidados intensivos requiere.

El sostenimiento de estas unidades implica costes, que podrían clasificarse como astronómicos, lo cual se traduce en “gastos” al paciente. La cama día está, en los presentes momentos, en Bs. 24 000. En esta suma no están incluidos los exámenes de laboratorio, radiológicos, ni la terapia respiratoria, rehabilitación, fisioterapia, resonancia magnética, ecosonografía, medicinas, ni los honorarios médicos.

No es difícil pensar lo que tendrá que pagar el paciente o sus familiares, por una pasantía en una de estas unidades de cuidados intensivos. Prácticamente no hay clínica, hospital o instituto, que no tenga o pretenda tener y ofrecer los servicios de cuidados. Pero, ¿Son en realidad unidades instaladas adecuadamente para efectuar un tratamiento satisfactorio y eficaz o son sólo pretensiones, para poder hablar de la existencia de tales instalaciones? ¿Será acaso que los directivos de los institutos que dispensen salud y los profesionales de la medicina consideran que están en la obligación de ofrecer, por principios humanitarios, los servicios de cuidados intensivos? ¿Estarán todas estas unidades en condiciones de poder efectuar, lograr y cubrir todos los requerimientos mínimos para poder sostener y ayudar a los pacientes en verdaderas condiciones críticas? Y algo más preocupante, ¿Cuánto tiempo debe permanecer un paciente en una unidad de cuidados intensivos? ¿Será necesario repetir en forma mecánica la batería de exámenes complementarios o auxiliares? ¿Habrà justificación para continuar y ampliar la terapia intensiva en pacientes que van a estar o están ya en un estado vegetativo? y, cuando esta condición se establece y afinca en forma

definitiva, ¿Cuál es la conducta a seguir? Ya hay en algunas instituciones unidades de cuidados intensivos especializadas, para neuro-cirugía, cirugía cardiovascular, con la idea de proporcionar una mejor terapia. Se nos vienen a la memoria las sabias palabras de Cassin (4): “El deber del cuerpo médico es defender la vida, pero llega un momento en que este deber cede al derecho del enfermo de morir en paz”.

En 1960, Kouwenhoven y col. (5), describieron la técnica del masaje cardíaco externo: “cualquiera persona, en cualquier parte, puede hoy día iniciar el procedimiento para lograr la resucitación cardíaca. Todo lo que se necesita es dos manos ... el verdadero valor del procedimiento estriba en el hecho de que puede ser usado en cualquiera emergencia que se presente ya sea en el o fuera del hospital. Esta técnica aunada a la muy popular y conocida respiración boca a boca, animó al público en general y a personas en particular, con algunos conocimientos médicos a practicar dichos procedimientos, movidos por nobles y humanitarios sentimientos. La interrogante es: ¿Valía la pena recurrir a practicar estas maniobras, sin tener las bases ni los recursos, para continuar y poder lograr un resultado satisfactorio?”

En el Código de Deontología Médica (6), Cap. I, podemos leer: “El respeto a la dignidad de la persona humana constituye en todo momento deber primordial del médico”. La responsabilidad médica va más allá de la responsabilidad penal y reposa en un concepto moral que se llama conciencia individual”. Tanto en la ley de Ejercicio de la Medicina (7), como en el Código de Deontología está escrito: “El médico que atiende a enfermos irrecuperables no está obligado al empleo de medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida. En estos casos, de ser posible, oír la opinión de otro u otros profesionales de la medicina”. Y el artículo 29 de la misma ley es muy claro y muy preciso, reza así: “El ingreso y la permanencia de los enfermos en las unidades de cuidados intensivos deberá someterse a normas estrictas de evaluación, destinadas a evitar el uso injustificado, inútil y dispendioso de estos servicios en afecciones que no las necesitan y en la asistencia de enfermos irrecuperables en la etapa final de su padecimiento”. En el Código de Ética de la Asociación de Cirujanos Neurológicos (8), hemos encontrado el siguiente párrafo: “El cirujano neurológico será el defensor del paciente terminal para permitirle morir con dignidad mientras proporciona alivio al dolor y al sufrimiento, evitando

innecesarias cargas financieras para el paciente y la familia. Los deseos legales del paciente mentalmente competente deben ser respetados”.

Pero también debemos tratar de analizar y comprender la situación en que se encuentra un profesional de la medicina, cuando tiene en sus manos, a un paciente que amerita que se le practiquen los procedimientos para efectuar la resucitación, conoce de los muchos casos en que se ha logrado una recuperación altamente satisfactoria, pero también sabe que no puede predecir cual será el resultado final. Tanto del lado positivo como del lado negativo están presentes, la conciencia del médico, las presiones familiares y profesionales y las condiciones particulares a cada caso. El problema para el facultativo puede presentarse más tardíamente, ya sea durante la evaluación o durante la evolución del proceso que afecta al paciente. Una vez más entran en juego las condiciones morales, la conciencia y los conocimientos adquiridos durante el ejercicio de la profesión. No es fácil en un momento dado, bajo gran presión, tomar una decisión, especialmente cuando hay uno de, o los familiares que exigen en forma determinante, que los procedimientos deben ser continuados con el fin de preservar las condiciones de vida, aunque precarias, pues siempre hay la esperanza, el milagro, de lograr una condición de vida, que si no es perfecta, puede ser aceptable. Hay sin lugar a discusión, situaciones muy difíciles para el profesional médico, por una parte sabe que es prácticamente imposible lograr una recuperación satisfactoria y, por la otra, se ve obligado a continuar la terapia de sostén. Se sabe de casos en los cuales el médico ha sido acusado de negligente, con las desagradables consecuencias de procedimientos legales. Son muchas las ocasiones en que un facultativo se ve en una encrucijada de dos caminos, uno el deber, la obligación de acuerdo a su conciencia, de proceder con la ejecución de la resucitación y el otro, la de frenar los mecanismos del procedimiento de la resucitación, porque conoce que no vale la pena prolongar la existencia a un ser, que no podrá lograr el statu quo de una condición funcional aceptable, pudiendo terminar en un estado de vida vegetativa.

Dagi (9) sugiere las siguientes recomendaciones: “Siempre se debe tratar de revivir. No hay condición alguna para proceder con la resucitación. La verdadera resucitación es una obligación prima facie. Cronológicamente, la edad no es un factor determinante, siempre y cuando el esfuerzo requerido

logre el objetivo, la edad biológica sí puede serlo. Los deseos del paciente predominar y todo esfuerzo debe ser hecho para apoyar lo que el paciente ha expresado. Cuando no hay deseos expresos del paciente o cuando se presentan condiciones imprevistas, la obligación para restaurar y prolongar la vida debe ser predominante. Por consiguiente, debe solamente detenerse la resucitación cuando hay dudas del éxito o cuando nos enfrentamos con los deseos del paciente. En otras circunstancias, estamos obligados a tratar de restablecer la vida. Por encima de todo es importante que resistamos a las presiones para poder sostener los valores morales fundamentales de la medicina sin que en ello influya el factor económico”.

La obligación social del médico según Dickey (10) es: “Sostener la vida y suprimir el sufrimiento del paciente”. El mismo autor agrega: “Por razones humanitarias el médico puede hacer lo que médicamente es necesario para aliviar el dolor o cesar u omitir el tratamiento para permitir que un paciente en estado terminal cuya muerte es inminente, muera. Aun si la muerte no es inminente, pero el coma es sin dudas irreversible y existen correctos soportes para confirmar lo exacto del diagnóstico y con el consentimiento de todas las personas que son responsables del cuidado del paciente, no es contra la ética discontinuar todos los medios del tratamiento médico para prolongar la vida. Lo cual incluye, medicamentos, nutrición, tecnología para sostener la respiración artificialmente, hidratación. Cuando se trata de un caso terminal o de un coma irreversible, el médico debe determinar si los beneficios deseados valen la pena el esfuerzo. En todo momento la dignidad del paciente debe ser mantenida”.

Todo ser humano tiene el derecho a vivir y sabe que tiene que morir. Pero es una verdad absoluta que todo ser humano, con una inteligencia funcionando dentro de los límites de la normalidad, desea vivir con dignidad y por consiguiente, también desea morir con dignidad. Dignidad según León (11) es: “Respeto a si mismo. La dignidad en el caso de moribundo debiera ser sinónimo de tranquilidad”. Todo ser viviente desea, anhela vivir en un estado de felicidad, como también rechaza un estado de sufrimiento y de degeneración de sus funciones, tanto físicas como mentales. No resulta nada fácil para un profesional de la medicina tener que decidir, en un momento dado, la conducta a seguir, prolongar la vida o suprimirlas en casos considerados como

desauciados. No deseo entrar en el complejo y difícil terreno de definir la muerte, no es el propósito de esta modesta comunicación. Pero, ¿Quién se siente autorizado para cortar el fluido eléctrico y parar el respirador, quién retira el equipo de la alimentación artificial, quién es el ejecutor: el familiar más allegado, cónyuge, hijos, padres, hermanos o el médico? Todos conocemos de casos que han permanecido días, semanas, meses y años en estado vegetativo y nadie se ha atrevido u osado a interrumpir la vida. Todo este complejo problema está sostenido en una trípode, cuyas bases son: el paciente y su enfermedad, el médico con sus conocimientos, eficiencia, valores morales y éticos, y el económico que provee y regula las necesidades para lograr un honesto y satisfactorio funcionamiento de las condiciones de la o del paciente.

El temor que se ha suscitado, debido a los fracasos, tan dolorosos como aterradores, en pacientes que han sido o podrían ser sometidos al procedimiento de la resucitación y a las complicaciones de estados patológicos, han llevado, por el deseo decidido de los pacientes, a algunas instituciones hospitalarias a elaborar un documento, tipo testamento, con la idea de solucionar en un futuro y en la mejor forma posible, el penoso estado de la descerebración.

Para demostrar una vez más lo complejo del problema, me voy a permitir citar el caso publicado en la revista TIME, en marzo de 1990, bajo el título de “Love and let die” (Ama y deja morir) (12). La Sra. J.C. sufrió un accidente cerebro-vascular muy grave, una hemorragia cerebral masiva. Entró en coma y después de varias crisis, se estabilizó en estado vegetativo. Cuatro años más tarde, el esposo, después de haber hablado con sus hijos, fue a la corte en la ciudad de Baltimore, a pedir autorización para desconectar el respirador. El juez negó la petición, seis días más tarde la Sra. J.C. recuperó el conocimiento. La recuperación ha sido total, con la sola excepción de haberle quedado algo de pérdida de la memoria reciente.

Documento tipo Testamento

“Yo..... Datos personales

Por medio del presente documento deseo expresar mi voluntad y dar las siguientes instrucciones: a mi esposo o esposa, y a cualquiera o a todos los médicos, enfermeras y otros profesionales de la medicina y a los hospitales, que en un posible futuro me proporcionen servicios médicos y a todos las autoridades

legales y a todos los tribunales que tengan jurisdicción con este asunto. Si llega el momento cuando no tenga más la facultad de tomar decisiones para el futuro, quiero que ustedes conozcan de esta declaración de mis deseos.

Es mi profundo pedimento y ferviente deseo y por medio del presente documento autorizo y expreso, que en caso de que la recuperación sea imposible y la continuación de la vida esencialmente sin objeto, o si puedo llegar a tener una enfermedad terminal con daño cerebral irreversible que me hace incapaz de reconocer a la gente o a tragar, que no se me practique técnica mecánica o artificial o medidas heroicas, o procedimiento mecánico o artificial para sostener la vida, o resucitación cardio-pulmonar para estimular las contracciones cardíacas o el uso de un respirador, si es que no puedo respirar, o alimentación por medio de un tubo al estómago, tratamiento con antibióticos, si hay neumonía o alguna otra infección que aparezca, o respiración artificial, alimentación y también agua, por intubación para la nutrición, o hiperalimentación intravenosa, o medicación anti-psicótica o terapia con electro-shock o psicocirugía, o diálisis o trasplante o transfusión sanguínea, con el fin de ser usadas para asegurar mi sobrevivencia o la continuación de mi vida. No deseo ser expuesto o expuesta a padecer de la indignidad de la deterioración, o la dependencia, al sufrimiento doloroso sin esperanza, si no hay posibilidad razonable de mi recuperación, agrego además sin lugar a dudas, el uso en mi persona de alguna o de todas las drogas o medicamentos, en la cantidad necesaria, para reducir el sufrimiento aunque pudieran acelerar el momento de mi muerte.

Deseo morir con dignidad y evitar lo inútil y lo cruel para la prolongación del momento de morir.

Este pedimento es hecho mientras estoy en buenas condiciones de salud física y mental. Reconozco que ello pone una carga de responsabilidad en ustedes, lo hago con la mejor buena intención de compartir esta responsabilidad y, poniendo a un lado mis sentimientos de culpa, es que hago este pronunciamiento y doy estas instrucciones.

Firmo en conjunto de los testigos y ejecuto este mi testamento.

En.....fecha.....

Firma

Pero no siempre se puede lograr el deseo de

escoger la forma de morir, Séneca escribió: “Así como yo escojo un barco para navegar o una casa para vivir, también escojo una forma de morir durante mi tránsito por la vida”. Pero ¿pudieron escoger la forma de morir, César, Sócrates o Antonio José de Sucre?

Para terminar me gustaría citar el tan conocido y olvidado aforismo de Hipócrates, “vitae brevis, ars longus”, la vida es breve y el arte largo; la ocasión pasajera, la experiencia falaz y el juicio difícil. El médico no sólo debe estar preparado para hacer lo que según él es correcto, sino también hacer que el paciente, los que lo asisten y los que lo rodean cooperen.”

En resumen, el éxito logrado en pacientes sometidos al procedimiento de la resucitación, ha llevado a los profesionales de la medicina al establecimiento y organización de las unidades de cuidados intensivos. Por los requerimientos, aún mínimos, tanto del personal como de los equipos, altamente especializados, los gastos llegan a límites muy elevados, y no siempre al alcance de las posibilidades de los pacientes que tales servicios requieren.

Se plantea el grave problema de los pacientes en estado vegetativo, así como de la difícil situación en que pueden encontrarse los médicos y tener que decidir sobre la conducta que crea que es la correcta de acuerdo a su conciencia.

Se expone lo que podría llamarse “el testamento médico” o “biológico”, cuya finalidad es la de ayudar tanto al paciente como al médico tratante.

REFERENCIAS

1. Robertson WA. Recovery after judicial handing. Br Med J 1935;1:121-122.
2. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Vigésima edición. Madrid Editorial Espasa Calpe S.A. 1984.
3. Leca P. La médecine égyptienne en temps des pharaons. Paris, Roger Dacosta Edit. 1971;409-410.
4. Cassin R. Citado por Gil Yépez C. El médico, el paciente y la muerte. Caracas, Edit Médica Venezuela 1969;96.
5. Kouwenhoven EB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed Chest cardiac massage. JAMA 1967;173: 1064-1067.
6. Código de deontología médica venezolana, Caracas,

1985.

7. Ley de ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial. 1982, N° 3002.

Nota de la Dirección-Redacción

En la discusión del presente trabajo se acordó anexar el texto elaborado por S Bok y reproducido por León Cechini A (Testamento biológico. Rev Fund José María Vargas 1987;11:21-25).

“Instrucciones para mi atención Médica”

Yo.....quiero participar en mi propia atención médica, hasta donde sea posible. Pero reconozco que un accidente o una enfermedad me pueden incapacitar para ello. Si esto llegara a suceder, este documento intenta orientar a los que deberán tomar decisiones en mi nombre. Lo he preparado cuando todavía soy legalmente competente. Si estas instrucciones crean un conflicto entre mis deseos y los de mis familiares, o con la política del hospital, o con los principios de quienes me suministrán cuidado, exijo que mis instrucciones prevalezcan, a menos que coliden con disposiciones legales o expongan al personal médico o al hospital a riesgos sustanciales de orden penal.

Deseo vivir una vida larga y completa, pero no a cualquier precio. Si mi muerte es cercana y no puede ser evitada, y si he perdido la capacidad de

relacionarme con otros y no tengo posibilidades de recuperar mis capacidades, o mi sufrimiento es intenso o irreversible, no deseo que mi vida se prolongue. Pido no ser sometido a procedimientos quirúrgicos o de resucitación. No deseo medidas de soporte de la vida tales como ventiladores mecánicos, servicios de terapia intensiva o cualquier otro procedimiento de prolongación de la vida, incluyendo administración de antibióticos o de sangre. Deseo, más bien, ser sometido a medidas de confort y soporte, que faciliten mi interacción con otros hasta donde sea posible y que me permitan morir en paz.

Con el fin de que estas medidas se cumplan y para su debida interpretación autorizo a..... para aceptar, planificar y rehusar tratamiento, en cooperación con los médicos y el restante personal de salud. Esta persona conoce cuánto le atribuyo a la experiencia de vivir y cómo temo a la incompetencia, sufrimiento y agonía. Si no es posible localizar a esta persona autorizo a..... para que tome decisiones en mi nombre. He discutido con ellos mis deseos concernientes al cuidado terminal y creo que su juicio interpretará el mío.

Finalmente, he tratado con ellos las siguientes instrucciones de carácter específico relativas a mi cuidado: (notas al reverso).

Fecha.....Firma.....

XV Encuentro de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas

Programa

7:30 a 8:00 am Inscripción
 8:00 a 8:20 am Actualización de las Normas de Vancouver.
 Dr. Herbert Stegemann
 Servicio de Psiquiatría del Hospital Vargas de Caracas.
 8:20 a 8:40 am Bibliografía, según las normas de Vancouver.
 Dr. Federico Fernández Palazzi.
 Jefe Servicio B de Ortopedia. Hospital San Juan de Dios.
 8:40 a 9:00 am Calidad de las Revistas Biomédicas Venezolanas.
 Dr. Oscar Agüero.
 Director de Gaceta Médica de Caracas.
 9:00 a 9:20 am Etica y publicaciones científicas.
 Dr. Augusto León.
 Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina.
 9:20 a 9:50 am Preguntas.
 9:50 a 10:00 am Demostración de Equipos de Audiovisual. Cortesía casa Hellmund.

10:00 a 10:30 am Refrigerio.
 10:30 a 11:00 am Sistema de ayuda audiovisual
 Dr. José Noriega Bastardo.
 Médico Radiólogo Adjunto. Hospital “Miguel Pérez Carreño”
 11:00 a 11:30 am Técnicas y servicios audiovisuales. Presente y futuro.
 Prof. Elvira Coronel.
 Profesora de Matemáticas y Física.
 Instituto Universitario Pedagógico de Caracas.
 11:30 a 11:50 Preguntas.
 11:50 a 12:50 Asamblea General de Asereme.
 Informe de actividades y tesorería.
 Elección Junta Directiva 1994-1996.
 Varios.

Lugar: Auditorium del Instituto de Medicina Experimental. PB. UCV, Ciudad Universitaria, Caracas.

Fecha: Sábado 16 de julio de 1994.

Inscripción: Bs. 1000,00