

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Mariela Andrea López

DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN TERAPIA INTENSIVA

2015

Citar como: López, M. A. (2015). Decisiones al final de la vida en terapia intensiva. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice de contenidos:

	Pagina
1. Introducción	1
2. Hipótesis y objetivos	2
3. Metodología.....	3
4. Marco teórico	4
4.1. Cambios en la cultura de morir	4
4.2. Fundamentos bioéticos	6
4.3. Temas y conceptos vinculados con el final de la vida y la UTI	7
4.3.1. Soporte vital	8
4.3.2. Futilidad	8
4.3.3. Distanasia:Obstinaciónterapéutica	9
4.3.4. Ortotanasia: Limitación del esfuerzo terapéutico	9
4.4. Derecho a muerte digna	9
4.4.1. Limitación del esfuerzo terapéutico	10
4.4.2. Rechazo al tratamiento y directivas anticipadas	13
4.4.3. Eutanasia y Suicidio asistido	16
4.4.4. Sedación paliativa	18
4.4.5. Suspensión de la atención medica por fallecimiento	20
5. Conclusión.....	21
6. Bibliografía.....	23
7. Anexos.....	25
8. Lecturas sugeridas.....	26

1. Introducción:

Las decisiones al final de la vida son aquellas que involucran a las personas cuyas funciones vitales se encuentran comprometidas y que pueden afectar su dignidad e integridad, así como tener un impacto significativo de la calidad y tiempo de morir.

Las decisiones que deben tomarse en terapia intensiva son siempre difíciles y esa complejidad se debe a múltiples factores. Por un lado los pacientes que están en terapia intensiva se encuentran en estado crítico, por definición. Esto debe relacionarse con los avances de la medicina y la sensación que acompaña al profesional de que siempre es mejor hacer todo lo posible antes de abstenerse a actuar.

Las profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas que tienen las acciones que son objeto de este trabajo han llevado a médicos de Terapia Intensiva a la búsqueda de recomendaciones y avales que puedan ayudar a guiar la conducta de los colegas frente a las habituales y crecientes dificultades que se plantean en la práctica cotidiana de esta especialidad, destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.

En este trabajo se presentara una breve reseña histórica que muestra los cambios ocurridos en occidente en el morir y lo que significan las decisiones en la terapia intensiva a la luz de estos cambios.

Luego se expondrá conceptos básicos de bioética, como así también un breve análisis a los efectos de diferenciar los términos y conceptos que se encuentran relacionados con el "derecho a una muerte digna" en los que se proponen cinco escenarios diferentes, de manera práctica y de fácil identificación.

También se expondrá los factores que inciden en la toma de decisiones al final de la vida y la confusión ante los diferentes términos, teniendo en cuenta además principios de bioética y lineamientos de comité de bioética de la sociedad argentina de terapia intensiva.

Haciendo como parte fundamental de este trabajo de revisión tratar el marco legal vigente que avale los diferentes accionares médicos ante situaciones críticas al final de la vida, en nuestro país.

2. Hipótesis

Las prácticas propias de la terapia intensiva conllevan nuevas dificultades: éticas, legales y morales para la toma de decisiones al final de la vida.

Objetivo general:

- Determinar lineamientos de actuación ante situaciones en la práctica cotidiana donde se planteen situaciones al final de la vida.

Objetivos específicos:

- Identificar las variaciones en el concepto de morir en las distintas culturas.
- Definir conceptos claves bioéticos y legales en terapia intensiva.
- Reflexionar acerca de los escenarios a enfrentar en la toma de decisiones al final de la vida en Unidades de Terapia Intensiva.(UTI)
- Analizar la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y su modificación: ley de muerte digna.
- Analizar la vinculación entre el concepto de eutanasia y limitación del esfuerzo terapéutico.

3. Metodología:

Se utilizó como metodología de trabajo la revisión de la literatura para consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio; se intentó recopilar la información relevante y necesaria que atañe a nuestro problema de investigación

Fuentes de información para llevar a cabo la revisión:

Los artículos científicos, enciclopedia y libros utilizados para realizar este trabajo se seleccionaron en base a los contenidos actualizados y por responder a los objetivos planteados.

Se utilizaron fuentes secundarias en sitios web especializados y calificados: libros, revistas científicas, conferencias, resúmenes y listados de referencias publicadas, etc.

4. Marco Teórico:

4.1. Cambios en la cultura de morir desde la edad media hasta nuestros días:

Las decisiones en terapia intensiva son particularmente difíciles porque muchas de ellas están relacionadas con el fin de la vida, lo que implica directamente el morir.

Esta situación nos lleva a reflexionar sobre el significado de muerte: ¿qué es?, ¿cómo la interpretamos?, ¿siempre significo lo mismo?.

Aunque en estos tiempos nos parezca que morir es un evento que ha tenido el mismo sentido a lo largo de la historia, esta creencia es errónea.

De hecho los ritos funerarios han cambiado significativamente desde la edad media hasta nuestros días, y con ello también ha cambiado la manera con la que nos relacionamos con la muerte. Comprender que la muerte está lejos de ser un evento esencialista, sin que se refiera a variaciones históricas, es un primer paso para poder pensar en las decisiones al final de la vida.

En su libro *Morir en occidente Desde la edad media hasta nuestros días*, Philippe Aries narra las transformaciones sufridas en la forma de morir del hombre occidental. Nos cuenta como, en las sagas medievales, para el caballero era muy importante saber el momento exacto de su muerte. Ignorarlo convertía a este evento en un hecho terrible.

Las señales de la muerte no tenían que ver con hechos sobrenaturales o mágicos sino con signos naturales y una fuerte convicción. La muerte sucedía con sencillez. El moribundo se colocaba boca arriba y comenzaba con el lamento por abandonar la vida, en el que recordaba y evocaba a los seres y cosas queridas. Luego se continuaba con el perdón de los asistentes, casi siempre numerosos, para pasar a olvidar el mundo y pensar en dios a través de oraciones. Finalmente, el sacerdote ponía incienso en el cuerpo, lo rociaba con agua bendita y le daba absolución.

En este contexto, la muerte era algo público, el moribundo, que conocía bien el protocolo, la presidía. Los parientes, amigos, niños y vecinos estaban presentes. La razón por la que se mantenía tanta cercanía con la muerte era el miedo que se tenía a las muertes; la intención última era mantenerlos alejados una vez que esta aconteciese temía que volvieran de la muerte a perturbar a los vivos. Por esta misma razón, los cementerios se encontraban alejados de las ciudades. Esta forma medieval de morir ha sido llamada por Aries: muerte doméstica, dado que transcurría en el cuarto del moribundo. La familiaridad del hombre con la muerte en este periodo histórico está relacionada con su aceptación del orden de la naturaleza.

A partir del siglo XII comienza un cambio lento y progresivo de los ritos mortuorios.

Hasta el momento el hombre tenía una concepción colectiva del destino y estaba totalmente socializado. El proceso de cambio iniciado en el siglo XII implica una toma de conciencia individual. Aparece el juicio en el que se creía que los justos y pecadores eran separados. El moribundo veía su vida condensada en un momento y era tentado por la gloria de sus buenas acciones y los bienes materiales. Su actitud en esta circunstancia crucial definían su biografía entera. Así en este nuevo periodo, el moribundo tenía un papel aún más destacado en el momento de la muerte, la cual transcurría alrededor del lecho, como en el periodo anterior, pero era más dramática que antes.

Por el apego que el hombre tenía por los bienes materiales entre los siglos XII y XV, la muerte se convirtió en el momento en que el hombre adquirió mayor conciencia de sí mismo. Esa conciencia de sí mismo también podía verse en las tumbas que comenzaron a identificarse con efigies y grabados. Así al promediar la edad media, el hombre rico, poderoso o letrado, se reconocía a sí mismo en su muerte. Por esta razón, Aries llama a esta etapa la muerte propia.

En el siglo XVIII aparece una nueva representación de la muerte que la dramatiza y la exalta, pretendiendo que sea impresionante y acaparadora.

En el siglo XIX, puede observarse alrededor de la cama del moribundo a la familia rezando, llorando, actuando como si fuera la primera vez que participara de la ceremonia en la habitación en la que el moribundo aun es el centro de la escena y la dirige. Esta ceremonia, que en el periodo anterior se repetía de manera solemne y casi ensayada, ahora se presenta extremadamente dramática.

La sola mención de muerte se ha tornado intolerante, la separación resulta insoportable. Lo que cambia radicalmente es la actitud de los asistentes al momento de la muerte. Otro cambio significativo es el duelo, que se extiende más que en periodos anteriores y es ostentado más allá de las costumbres previas. Esto se relaciona con las nuevas relaciones de afecto sincero que estaban surgiendo en la familia del siglo XVIII. Es el periodo llamado por Aries de la muerte del otro.

Ya en la segunda mitad del siglo XIX, la familia comienza a ocultarle al moribundo la gravedad de su estado. Esto empezó como una sobreprotección del enfermo, pero poco a poco fue acentuándose como producto del malestar por la agonía. La vida debía ser feliz o parecerlo, y la muerte era concebida como una irrupción de la felicidad de la vida y por eso debía ser ignorada, tapada o disimulada.

A partir de 1930 poco a poco surgió una nueva actitud entre aquellos más comprometidos con la modernidad, ya no se moría en la casa, rodeado de la familia, sino en el hospital y a solas.

El hospital comenzó a ser como el lugar en que se daban cuidados que no podían brindarse en la casa. Así la muerte ya no era un acontecimiento que sucedía en el hogar, sino que era una decisión técnica del equipo médico que suspendía los

cuidados, y esto se hizo más evidente con la aparición de las unidades de terapia intensiva.

La emoción que acompañaba a la muerte fue desterrada al ámbito de lo privado. Las emociones debían quedar fuera del hospital. La muerte se convirtió en un evento confuso y fragmentado.

El enfermo primero perdía la conciencia para luego, en algún otro momento perder sus signos vitales. Una muerte aceptable paso a ser la que podía ser soportada por los sobrevivientes. El resultado fue que la muerte debía pasar lo más inadvertidamente posible, lo que Aries llamo la muerte prohibida, ya que la muerte se había transformado en un tabú.

4.2. Fundamentos Bioéticos

El legado más importante de la Historia Antigua es "El Juramento Hipocrático", que mantiene principios aún vigentes. No fue el primero de los códigos de conducta para los médicos y desde entonces muchos más se han establecido, pero tiene el gran valor de ser el más conocido y el que sentó en su contenido principios generales relacionados con la profesión en los que prima el derecho a la vida.

El surgimiento de la bioética en 1971, introducida por el oncólogo Van Rensselaer Potter como ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de salud, es una herramienta inestimable que debe usarse convenientemente a la luz de los conocimientos actuales.

La muerte es el fin de la vida, forma parte de ella; sin embargo adoptar decisiones médicas en pacientes hospitalizados, en situaciones críticas, plantea problemas clínicos y éticos.

Obviamente no existe acto médico de ninguna clase y en cualquier especialidad sin componente ético, pero los dilemas éticos que surgen en las terapias intensivas, se intensifican enormemente; pues es el lugar donde el intensivista está siempre urgido a tomar decisiones con mayor dramatismo y responsabilidad, por el empleo de maniobras y procedimientos invasivos, así como por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inmediatez con que es necesario actuar y las posibles complicaciones secundarias de su actuación.

La utilización de los cuatro principios básicos de bioética sirve para dar un valor metodológico en la toma de decisiones.

Estos principios son:

La no maleficencia que obliga a no dañar a los demás (*primum non nocere*) y a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recojan las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento médico debe proporcionar más beneficio que riesgo o peligro para el paciente.

La Justicia, que obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación o marginación y a la correcta administración de los recursos sanitarios en su mayoría públicos.

La Autonomía, que es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas. Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o de delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando él no lo pueda hacer.

La Beneficencia, que obliga a hacer el bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El médico debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad.

4.3. A continuación se abordaran algunos temas y conceptos vinculados con las decisiones al final de la vida y la terapia intensiva.

Los pacientes candidatos a ingresar en cuidados intensivos son aquellos en estado crítico, Según Carlos Gherardi supone 3 componentes que deben darse en forma conjunta y ninguno de ellos puede estar ausente para que realmente pueda definirse la situación del paciente como crítica:

- Amenaza actual o potencial de muerte.
- Posible transitoriedad de ese momento evolutivo
- Posibilidad de reversibilidad si se aplican de manera rápida ciertas acciones terapéuticas.

La transitoriedad del episodio que motivo la internación en terapia intensiva puede ser medida rápidamente por los resultados de las intervenciones realizados para solucionarlo.

La condición de reversibilidad depende de múltiples variables que dificultan su definición. Para medirla, debe realizarse una observación prolongada de la evolución del paciente o conocer la historia clínica previa al episodio agudo para descartar la existencia de una enfermedad preexistente mortal e irreversible, dado que la UTI es un lugar de paso en el que se intenta solucionar situaciones puntuales.

Cuando un paciente extiende su estadía el análisis de reversibilidad debe realizarse de manera continua.

El hecho de que un paciente continúe por mucho tiempo en terapia intensiva vuelve borrosa la línea divisoria entre aquellos que deben permanecer en estas unidades y aquellos que no.

Esto sumado al periodo de aislamiento y sufrimiento que vivirán el paciente y sus familiares en estas salas, hacen extraña la aceptación y la sensación de que los pacientes tengan un paso obligado por la terapia intensiva. Por un lado esto puede deberse, que estas salas mantienen a la familia alejada del dolor, que tiende a ser tapado en la forma contemporánea de morir.

4.3.1. Soporte vital: es común la utilización de estos términos cuando hablamos del tratamiento de los pacientes en estado crítico en la UTI.

Carlos Gherardi lo define como toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, este dirigido o no a la enfermedad de base o al proceso biológico causal.

Según la sociedad Argentina de Terapia Intensiva(SATI), se refiere a toda técnica o tratamiento que, en el paciente crítico, pueda reemplazar la función fisiológica de un órgano cuando su afectación lo ponga en riesgo de vida, entendiéndose de tal manera que su abstención o retiro causara la muerte del paciente. Estas medidas comprenden actualmente desde la asistencia respiratoria mecánica, el sostén hemodinámico, la diálisis renal, la oxigenoterapia, la nutrición, la hidratación en el paciente terminal.

En ambos conceptos el objetivo de este soporte vital es evitar la muerte, sin embargo para su correcta utilización, es necesario realizar un estudio minucioso de la historia clínica del paciente, a fin de encontrar las causas que originaron la enfermedad. Una mala reconstrucción de los eventos puede resultare en interpretaciones erróneas y cuanto más se aleja uno del momento del evento inicial, más difícil esta reconstrucción, lo que puede traer aparejado errores insalvables.

4.3.2. Futilidad: La palabra es de raíz latina y significa "de poca importancia", o bien se puede considerar como una acción (con un defecto intrínseco), que no puede cumplir con su objetivo final.

Este término aparece como tal en la década del 90, y puede ser entendido de más de una manera. Así en una excepción simplista, un tratamiento será fútil cuando no consiga restablecer el funcionamiento del órgano para el cual se ha utilizado. Pero en esta interpretación, solo se tiene en cuenta el aspecto fisiológico y se pierde de vista el paciente como un todo.

Es preciso tener siempre presente el objetivo global del tratamiento y no el objetivo de una acción puntual, ya que una acción por si misma puede obtener su resultado, pero si no se observa el cuadro completo ese tratamiento puede perpetuar una situación de irreversibilidad.

Si se considera la acción médica relacionada con un objetivo social, será dirigida a la calidad de vida, definida por el paciente o su familia, en función del principio de autonomía y a la valoración exclusiva del significado del bien para cada uno, este bien no debe ser determinado por el médico tratante.

4.3.3. Distanasia: Se refiere a la posibilidad de posponer la muerte sometiendo al paciente medidas terapéuticas y al uso de tecnología de manera desproporcionada, pese a la seguridad de que no hay opción alguna de recuperar la salud, con el fin de prolongar la vida sin objetivos claros de sobrevivencia factible, ni teniendo en cuenta la calidad de vida futura del paciente. En estos casos, el plan directriz se pierde de vista y parece que lo único importante es preservar la vida a toda costa.

Conocido como encarnizamiento terapéutico, término adecuado para describir el accionar de animales depredadores, con intencionalidad de producir daño a otros individuos. Es decir, su utilización necesariamente implicaría cometer una injusticia. Es una expresión que debería ser borrada del léxico médico y coloquial; las palabras obstinación o empeñamiento parecerían ser más adecuadas ya que generan la noción de poca racionalidad pero sin daño intencional.

4.3.4. Ortotanasia: proviene del vocablo griego *ortos*, que significa recto y ajustado a la razón, y *thanatos* que significa muerte. En la actualidad se relaciona con el concepto de muerte digna, se refiere a morir a tiempo, sin usar medidas desproporcionadas para mantener la vida. En varios países de Latinoamérica este término se relaciona con el límite del esfuerzo terapéutico.

4.4. Derecho a Muerte digna

En ese momento, resulta oportuno hacer un breve análisis a los efectos de diferenciar los términos y conceptos que se encuentran relacionados con el "derecho a una muerte digna" en los que se proponen cinco escenarios diferentes.

Según Pablo Lorda y otros autores, serían:

- 1) Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).
- 2) Eutanasia y suicidio asistido.
- 3) Rechazo al tratamiento.
- 4) Sedación paliativa.
- 5) Suspensión de atención médica por fallecimiento.

Esta diferenciación nos permite también, referirnos a la legislación vigente en nuestro país.

4.4.1. Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

"La limitación del esfuerzo terapéutico es retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima."

Lo que produce que la enfermedad siga su curso normal y natural permitiendo que la muerte acontezca. Es la enfermedad lo que produce la muerte del enfermo, la LET permite la muerte en el sentido que no la impide, pero en ningún caso la "produce" o "causa. Esta diferencia entre "permitir" la muerte y "producir" la muerte es clave, pues es lo que separa la LET de la eutanasia.

Así y todo, este termino de limitación del esfuerzo terapéutico, tuvo críticas razonables ya que "limitación "podría generar la percepción equivocada del abandono de cuidado, por ello resulta preferible el concepto de adecuación del esfuerzo terapéutico, como resultado del encuentro participativo entre médicos y paciente, anclado en la confianza y el mutuo respeto.

El comité de bioética de sociedad Argentina de Terapia intensiva ha elaborado un esquema de procedimiento para la decisión de LET

Conceptos involucrados en la toma de decisiones:

El doctor C. Gherardi señala que al pensar en la toma de decisiones en la terapia intensiva hay que tener presente que estas van a estar relacionadas con una de dos situaciones:

Abstención: implica la decisión de no indicar, no implementar o no agregar nuevos procedimientos.

No debe aplicarse soporte vital en:

- .Pacientes con una enfermedad de evolución irreversible y en estadio terminal
- .Casos en los que se ha demostrado la ineficiencia de dicho tratamiento en un paciente crítico.

Retiro: Se refiere a la remoción de medidas instauradas que han dejado de tener beneficio o cuando no se logró el objetivo fijado.

Este retiro de tratamiento se realiza en:

- . Enfermedad aguda con compromiso sucesivo y grave de todos los órganos

. Tratamiento aplicado que resulte desproporcionado con la enfermedad principal. En ambos casos se trata del análisis de la aplicación del soporte a situaciones en las que no se sabe cuál será el resultado de la acción u omisión.

Medida terapéutica: estoda intervención médicacuyo objetivo es lograr la curación. Comprende el soporte vital como los tratamientos utilizados. También las extracciones de sangre y métodos diagnósticos; la hidratación y alimentación parenteral merecen un apartado especial, ya que tiene mayor connotación emocional para los médicos y familiares. Pudiendo a veces considerarse tratamiento para suspender y, otras, dentro del cuidado ineludible que debemos mantener.

Pautas para la abstención y retiro del soporte vital:

Para el proceso de toma de decisiones debemos tener en cuenta que el medico es el experto en la enfermedad y el paciente/familia son expertos en su humanidad. Corresponde entonces al equipo de salud evaluar los *datos objetivos* como el cuadro clínico y la eficacia esperada de cada medida tomada. El *aspecto subjetivo* en cambio es competencia del paciente y su familia, de acuerdo con sus valores y deseos. (ver figura I en anexo).

Se han sugerido diferentes estrategias para llevar a cabo el proceso de LET en forma apropiada: El retiro de las medidas terapéuticas puede hacerse desescalonado en etapas o forma completa desde un inicio.

Cuando el cuadro clínico del paciente se percibe como irrecuperable, es necesario que primero se tome una posición dentro del equipo de salud en UCI, y luego con otros equipos que lo atienden. Si no se logra un acuerdo, puede realizarse una prueba terapéutica de 48-72 horas con tratamiento completo y se reevalúa .Si se llega a un acuerdo, se participa a la familia.

En estos casos, lo recomendable es recurrir a la consulta del Comité de Ética de la Institución o el más cercano, en caso que no se contara con un Comité en el lugar de atención.

Así también lo expresa el decreto 1089 que reglamentó la ley 26529 modificada por la ley 26742, art. 2º, inc. e). El Comité de Ética puede intervenir a los efectos de aclarar la situación con los profesionales y/o los familiares sin que necesariamente deba emitir un dictamen.

Con anterioridad a la sanción de esta ley, el Comité de Ética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva elaboró las "Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el Paciente Crítico", documento emitido en el año 1999, como guía de procedimiento para LET.(Lectura sugerida – pag 25)

En ese sentido, es recomendable implementar protocolos de actuación en los servicios que resulte necesario debidamente aprobados por un Comité de Ética.

Tipos de conflictos que pueden presentarse :

Pese a una condición inicial potencialmente fatal, el proceso de lidiar con la muerte intervenida requiere de un tiempo variable, la comunicación adecuada es el eje para afrontar el periodo final de la vida en UTI y permite lograr acuerdos en toma de decisiones, mejorar la satisfacción y reducir la conflictividad.

El grado óptimo de información dependerá de cada grupo familiar: puede ser explícita y exhaustiva ("hablemos de la conveniencia de la diálisis"), implícita ("trataremos que no sufra más") o incluso en ocasiones, se comunican las medidas ya tomadas ("suspendimos la operación").

Es conveniente explicitar en quien recae el peso de la decisión: en el paternalismo clásico, el medico tomaba la decisión solo. Posteriormente, quizá por una desmesurada valoración del principio de autonomía, el medico se siente obligado a abrir un menú de opciones dejando que el paciente/familia decidan solos.

Pero en esto la cultura latina, ha sido motivo de conflicto y malestar. Se enfatiza que la decisión compartida entre los seres queridos del paciente y el equipo de salud es fuente de mayor satisfacción, menor incidencia de ansiedad de las familias. Pese a ello en la práctica, el paciente o su familia no siempre comprenden cabalmente las opciones o su pronóstico y participar de la decisión supone de una carga adicional.

Por este motivo, actualmente se habla de neo paternalismo, en el que el equipo de salud asume la responsabilidad de utilizar su conocimiento y experiencia para ofrecer solo las opciones que considera adecuadas, orientando a las familias que desean participar de las toma de decisiones vitales, pero requiere un mayor compromiso del equipo con la comunicación. Es preferible que esta sea realizada por un mismo medico a través del tiempo, para poder conocer e integrar los valores y preferencias del paciente.

También suele suceder que el equipo médico de un servicio, generalmente de terapia intensiva, que recibe a un paciente derivado de otro servicio, luego de evaluar que los tratamientos no son adecuados y decidir el retiro o la abstención de medidas terapéuticas juntamente con los familiares, se interpone el profesional que tenía a cargo el paciente y trata de revertir la decisión consensuada entre el equipo médico y los familiares.

Esto lleva a que el familiar vuelva atrás con la decisión envuelto en un manto de dudas con la situación real.

Un LET tardío puede ser causa de una inadecuada comprensión por parte de la familia o incluso una tardía aceptación. Muchas veces sucede que médicos con muy buen criterio, luego de haber evaluado que una medida terapéutica ya no es aconsejada para la situación de un paciente no competente, son sus allegados los

que se niegan a limitar los tratamientos e incluso, llegan a presionar para que se continúe con tratamientos en detrimento de la dignidad de su familiar.

4.4.2. Directivas anticipadas y rechazo al tratamiento

Considerando el binomio paciente/familia, en nuestra cultura, es frecuente que los familiares al tener que tomar una actitud, en representación del enfermo, desconocen las preferencias previas del mismo, como así también es difícil valorar en el contexto crítico el sufrimiento que implicarían medidas actuales o las secuelas futuras.

Marco legal

La Ley 26.529 de *Derechos del Paciente*, fue promulgada el 19 de noviembre de 2009. Si bien marcó un avance en los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, no alcanzó a resolver dos cuestiones claves: el encarnizamiento terapéutico y el encarnizamiento judicial.

Lo que aprobó el Senado de la Nación, puede ser comprendido en la incorporación de cinco aspectos:

- 1- El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación o reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría o que produzcan sufrimiento desmesurado.
- 2- El derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.
- 3- Los que deciden, en caso que el paciente no pueda expresar su derecho, son el cónyuge no divorciado o la persona que tiene una relación conyugal no menor a tres años (convivencia); cualquiera de los hijos mayores de 18 años; cualquiera de los padres; cualquiera de los hermanos mayores de 18 años; cualquiera de los nietos mayores de 18 años; cualquiera de los abuelos; cualquier pariente consanguíneo; cualquier pariente por afinidad y, en último orden, el representante legal, tutor o curador.
- 4- La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. La declaración podrá ser revocada en todo el momento por quien la manifestó.
- 5- Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal ni administrativa derivadas del cumplimiento de la misma.

En la Argentina, aun con anterioridad a la vigencia de la ley de derechos del paciente que incorpora las directivas anticipadas (DA) expresamente, estas tenían pleno efecto legal, más allá de su escasa utilización. A pesar de ello, diversas interpretaciones, basadas en el temor infundado al síndrome judicial y el ejercicio de la medicina a la defensiva provocaron limitaciones para el acceso al efectivo derecho a formular directivas anticipadas, promoviendo la consiguiente judicialización.

Esta repercusión mediática promovió la rápida sanción de la ley de derechos del paciente (ley N° 26529) y una posterior modificación, mal llamada ley de muerte digna (N° 26742).

Directivas anticipadas: consisten en la declaración de voluntad de una persona rechazando la implementación de métodos que considera extraordinarios, y desproporcionados que prolongan artificialmente la vida. No son consentimientos, se trata de actos unilaterales sobre las condiciones y circunstancias preferidas para un buen morir.

Existieron precedentes judiciales que estimaban que las directivas anticipadas no podían reclamarlas los representantes de pacientes incompetentes, esta restricción injustificada tenía un profundo impacto en las UTI, dados los trastornos cognitivos, en el paciente crítico, la ley ha traído una respuesta a este dilema estableciendo el derecho del cónyuge y parientes hasta el cuarto grado para tomar decisiones subrogadas.

La ley reconoce el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad. Pueden ser objeto de rechazo de procedimientos quirúrgicos, soportes vitales, entre ellos la alimentación y la hidratación artificial cuando su único objetivo es la prolongación de la agonía.

Un aspecto controvertido de la ley consiste en el requerimiento de que la expresión debe realizarse ante escribano público o sede judicial. Esta disposición desconoce la realidad asistencial y hospitalaria, es francamente desproporcionada y de dudosa constitucionalidad. La intervención notarial o judicial debe entenderse como una cuestión formal en cuanto a la prueba del acto, bajo ningún supuesto debería considerarse que la ausencia de dicha intervención afecte la validez de la directiva anticipada. Este es un obstáculo para que las personas decidan o puedan ejercer ese derecho. No obstante ello, varias instituciones tanto públicas como privadas cuentan con modelos de DA que se adecuan a las necesidades de las personas y de forma gratuita. Esta modalidad lleva muchos años y es la forma que debió regularse en la ley 26742 (art. 11).

El propio decreto reglamentario de la ley (decreto 1089/2012) establece que la revocación de las directivas anticipadas en situación de urgencia o internación

puede documentarse con la presencia de dos testigos en la historia clínica con la firma del médico tratante.

2.Rechazo al tratamiento:

El rechazo al tratamiento por parte de los pacientes es una situación de relativa frecuencia en nuestro medio. Sin embargo, cuando sucede es un problema ético que necesariamente debe ser resuelto de manera tal que no genere daños irreparables.

Cada caso debe ser analizado cuidadosamente, teniendo en cuenta el respeto del principio de autonomía de los pacientes y el resguardo de los intereses críticos de cada persona, ya que el cuidado de la salud es una actividad compleja que apunta a facilitar el bienestar integral de los individuos.

El principio de autonomía reconoce el derecho que tiene cada ser racional de autogobernarse eligiendo, en la medida de lo posible, el tipo de vida que quiere realizar.

El principio de autonomía no es una noción simple sino que presenta una serie de matices. La autonomía absoluta no existe, un ser solo puede sobrevivir en una red social formada con multiplicidad de sentimientos y estrictas reglas de convivencia. La autonomía esta matizada por la existencia de solidaridad, compasión, lealtad, altruismo y benevolencia.

Ciertos sujetos como los niños o un discapacitado mental (por falta de desarrollo cognitivo o pérdida de la capacidad racional), no pueden considerarse como individuos capaces de ejercer su autonomía. En estos casos, un tercero (padres, amigos ,tutores) es la persona responsable de guiar en pos lograr el bienestar del no autónomo. Estos casos no tienen derecho al retiro de tratamiento.

4.4.3.Suicidio medicamente asistido

El suicidio asistido por el médico es definido como la ayuda intencional de un médico hacia una persona para que esta se suicide, a través de la provisión de drogas para su auto-administración, por el pedido voluntario de esa persona competente.

El suicidio médicamente asistido es legal en Oregon (USA) desde noviembre de 1997. La ley que lo permite, la Oregon's Death With Dignity Act (DWDA), fue aprobada por los votantes del Estado en 1994, no se hizo operativa hasta noviembre de 1997. Este período de suspensión se debió a una sentencia dictada por el juez federal Michel R. Hogan, de la Corte de Distrito de Oregon, que bloqueó la entrada en vigencia de la ley al declararla inconstitucional por considerar que violaba la Equal Protection Clause de la 14ª Enmienda de la Constitución de los

Estados Unidos, según la cual todas las personas, en circunstancias similares, deben ser tratadas de modo similar.

Asimismo, los votantes de Washington aprobaron su ley en 2008 que fue implementada en el 2009.

En 2013 los legisladores de Vermont, promulgaron también su ley.

Oregon, Washington y Vermont son los tres estados de USA en los que está permitido el suicidio asistido.

Para acceder al suicidio asistido se requiere cumplir con ciertos requisitos que se encuentran establecidos en las legislaciones respectivas. Los pacientes terminales que deseen obtener la prescripción deben tener su residencia en alguno de esos tres estados y seguir una serie de pasos en función de que se les otorgue el certificado.

Entre otros requisitos, la ley requiere ser mayor de 18 años, capaz de tomar y comunicar decisiones respecto a su atención médica y ser diagnosticado con una enfermedad terminal que conducirá a la muerte dentro de los seis meses. Dos médicos deben determinar si se han cumplido estos criterios. Tanto el médico tratante como el médico consultor deben confirmar que el paciente es capaz, que su petición es voluntaria, y que no sufre depresión u otra enfermedad que lo incapacite. El paciente que requiere la colaboración del médico para terminar con su vida ha de solicitarlo dos veces verbalmente, con un intervalo mínimo de 15 días, y una vez por escrito, antes de poder obtener la prescripción letal. La petición escrita tiene que estar firmada por dos testigos, y han de transcurrir al menos 48 horas entre la petición escrita y la entrega de la receta. La ley aconseja, pero no obliga, que se realice una pericia psiquiátrica del paciente que solicita el suicidio, antes de llevarlo a cabo, si en opinión de uno de los médicos el paciente sufre algún problema psicológico que hace dudar de su capacidad mental. Asimismo, la ley sugiere notificar a la familia la solicitud del paciente.

Queda claro en la ley que es el paciente el que se provoca la propia muerte. No exige que existan dolores insoportables como tampoco cuidados paliativos previos, por lo que el suicidio asistido es una opción más y no la última opción. En Suiza no se encuentra legislado el suicidio asistido pero, la ley no castiga la ayuda al suicidio asistido siempre que las drogas mortales sean suministradas por el propio paciente. En ese país funciona una clínica llamada "Dignitas", a la que acuden pacientes de otros países afectados generalmente de cáncer, casos terminales de parkinson y de esclerosis múltiple para poner fin a sus vidas.

Eutanasia

La eutanasia consiste en terminar con la vida de alguien a su pedido y es definida como: "la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente".

Esta definición también es compartida por muchos autores y entre ellos Carlos Gherardi, quien expresa que "eutanasia significa básicamente provocar la muerte 1) efectuada por un tercero; 2) de un paciente portador de una enfermedad mortal; 3) a su requerimiento; 4) en su propio beneficio, y 5) por medio de la administración de un tóxico o veneno en dosis mortal."

Es necesario que se verifiquen todos estos requisitos de manera que se pueda distinguir la eutanasia del homicidio.

La acción de un tercero que provoca la muerte, que generalmente es un médico, distingue la eutanasia del suicidio asistido por el médico, en el que este último pone al alcance del paciente la droga necesaria para provocar la muerte siendo el mismo paciente quien la auto-administra.

El Grupo de Tareas de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos(EAPC) interpreta que por definición la eutanasia es "activa", con lo cual la expresión eutanasia "pasiva" no existiría. En ese sentido también se expresan varios autores. En Europa, la eutanasia y el suicidio asistido se encuentran legislados en Holanda, que en 2002 se convierte en el primer país del mundo en legalizarla. En abril de 2001 el Parlamento holandés realizó los cambios necesarios en el código penal para legalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido en ciertas circunstancias. Poco después Bélgica siguió los pasos de Holanda, en mayo de 2002. En 2009 los diputados de Luxemburgo aprobaron una ley que despenalizó la eutanasia. Luxemburgo se convirtió así en el tercer país de la Unión Europea que autoriza la eutanasia y el suicidio asistido. A principios de este año Bélgica amplió a los menores de edad la ley que autoriza la eutanasia, vigente desde el 2002, convirtiéndose así en el segundo país del mundo en autorizarla después de Holanda.

La diferencia radica en que la ley holandesa autoriza la eutanasia a partir de los 12 años de edad mientras que los parlamentarios belgas prefirieron la noción de "capacidad de discernir" del menor

Recordemos que en nuestro país la eutanasia y el suicidio asistido están prohibidos. La eutanasia se encuentra tipificada en nuestro Código Penal como homicidio (artículo 79) y la instigación al suicidio es la figura que corresponde al suicidio asistido (artículo 83)

Legislación sobre el tema en argentina:

Las disposiciones vinculadas con la eutanasia están contenidas en el código Penal, la ley N° 17.132 del ejercicio de la Medicina y en el código de ética para el equipo de salud.

Código Penal: en el artículo 79 se expresa la figura de homicidio simple. No se contempla la figura del homicidio por piedad ni consentido, ni la conmiseración ni sentimientos similares obran como atenuantes. En el artículo 83 se sanciona con prisión de 1 a 4 años, al que instigare a otro al suicidio, o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiere

tentado o consumado. Como veremos, no se sanciona a quien intenta quitarse la vida, sino a quien ayude o colabore sea cual fuere la circunstancia en que se produjese, independientemente de la condición de médico o no, del autor del hecho.

Ley de ejercicio de la medicina: establece en el artículo 19, inciso 3 la obligación que tienen los médicos de "...respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alienación mental, lesiones graves por causas de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos"

Código de Ética para el equipo de salud: De la Asociación médica argentina (2001) refiriéndose al capítulo 34(de eutanasia y suicidio asistido) señala lo siguiente:

Art.552: en ningún caso el medico está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la éticamédica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo pero nunca provocársela.

Art. 553: Es conforme a los dictados de la ética médica de la abstención y retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías intercurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente a raíz de grave accidente o enfermedad, cuando se juzgare desproporcionadas. Tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implementación o mantenimiento ocasionaría al asistirlo, en relación con su nula o escasa efectividad, y se contare con su acuerdo libre y expreso, actual o previamente formalizado, el consentimiento de sus representantes legales y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante.

Art. 560: no está permitido al médico bajo ninguna circunstancia por ser contrario a la ética y a la ley, la realización de procedimientos que conformen la figura legal de suicidio asistido.

4.4.4.Sedación paliativa o terminal

No podemos dejar de referirnos en este punto a los cuidados paliativos. De acuerdo a la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), "los Cuidados Paliativos son un abordaje que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares que padecen problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, evaluación de excelencia y el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales."

Cuando se hace referencia a la sedación "paliativa" o "terminal" estamos hablando del uso de medicamentos sedantes, administrados en dosis apropiadas e indicados para el control de síntomas intolerables y refractarios a los tratamientos sintomáticos vigentes.

"El objetivo de la sedación paliativa es inducir el sueño y la pérdida de conciencia de aquella persona que, por razones de su situación clínica, padece un sufrimiento que no puede ser aliviado de otro modo."

Los fármacos sedativos se administran de un modo progresivo y testeando el resultado alcanzando una sedación leve, pero si el sufrimiento persiste, se incrementan las dosis hasta lograr el sueño profundo. Esta sedación suele ser intermitente, pero puede transformarse en una sedación profunda y continua en el caso que sea imprescindible.

La sedación profunda también se utiliza en los casos en que se requiere la desconexión de la respiración asistida. En general, se encuentra determinado en los protocolos como uno de los pasos a seguir para la práctica de ese acto médico.

Se diferencia sustancialmente de la eutanasia, fundamentalmente en la intención y en las dosis y proporción de los fármacos que se utilizan.

Esto se encuentra vinculado al "principio del doble efecto", en atención a que la intención del agente tiene una finalidad positiva que es paliar el dolor por lo que, entonces el efecto directo será positivo mientras que sea proporcionado y no puede ser sustituida por otros remedios exentos de efectos negativos, aunque de ello resulte la muerte, resultado secundario y no deseado. El principio del "doble efecto" ha sido desarrollado por los moralistas de la Iglesia Católica.

La sedación profunda forma parte de los cuidados paliativos y por lo tanto es una práctica que además de ser ética también, es legal en nuestro país.

Estos cuidados deben ser brindados por un equipo interdisciplinario puesto que el trabajo en equipo es el componente esencial. El equipo base debe estar integrado por médico y enfermera, a quienes se suman el trabajador social y el psicólogo y, de ser posible, otros integrantes: ministros de la fe, kinesiólogo, farmacéutico, terapeuta ocupacional y voluntarios no profesionales.

En ese sentido podemos decir que en nuestro país es un derecho reconocido en la ley 26529 modificada por la ley 26742. Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación realizó en 2002 algunas modificaciones que derivaron en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y que incluyen un conjunto de prestaciones básicas esenciales. En ellas se subraya la necesidad de desarrollar programas que contemplen "el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitutionalización de estos pacientes cuando sea posible". Esta cobertura se extiende a las empresas de medicina prepaga que establece que las mismas deben incluir en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias exigidas a las obras sociales.

Es indudable que los cuidados paliativos han tenido un gran desarrollo en nuestro país y junto a diversas asociaciones han logrado que en algunos hospitales públicos existan los servicios de cuidados paliativos. No obstante ello, resta mucho por hacer y debería ser una

política de estado a los efectos de que estos cuidados se realicen en todos los hospitales de nuestro país que además de beneficiar la calidad de vida de los pacientes, contribuiría a la optimización y una mejor distribución de los recursos en salud. Se estima que menos del 10% de la población en el final de la vida tiene acceso adecuado a los cuidados paliativos.

En julio de 2012 la Cámara de Senadores de la Nación aprobó el proyecto de ley "Plan Nacional de Cuidados Paliativos" y lo giró a la Cámara de Diputados. Lamentablemente ha perdido estado parlamentario por falta de sanción en esta Cámara.

La Ciudad de Buenos Aires a través de la resolución N° 587 del año 2010, publicada en el Boletín Oficial CABA N° 3385 del 22/03/2010 creó el Programa de Cuidados Paliativos, pero no tiene asignación de presupuesto.

4.4.5. Suspensión de la atención medica por fallecimiento

Los criterios de muerte encefálica están claramente definidos en la ley 24193 modificada por la ley 26066 "Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos". Cuando un paciente cumple con estos criterios, no iniciar o retirar todas las medidas terapéuticas de soporte vital no produce ni permite la muerte del paciente, porque en realidad ésta ya ha acontecido. Si el paciente ya fallecido es potencial donante de órganos, la única diferencia es que, antes de proceder a la desconexión final, se le realiza una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la extracción de órganos. No hay aquí ningún tipo de conflicto ético ni jurídico ni cabe hablar de eutanasia ni limitación de esfuerzo terapéutico. Todas estas expresiones tienen sentido cuando se habla de pacientes vivos.

5. Conclusión

Lo expuesto precedentemente pretende aclarar algunas cuestiones médicas con connotación jurídica y ética; se ha comentado las dificultades para la implementación de la ley 26742 de "muerte digna" en el año 2012 modificatoria de la ley 26529, que reconoce los derechos de los pacientes en cuanto a rechazar tratamientos y el acceso a los cuidados paliativos; todo indica que se deben aumentar los esfuerzos a los efectos de capacitar a todos los operadores de la salud respecto a las cuestiones éticas y legales involucradas en esta temática. Cuanto mayor sea el grado de conocimiento, mejor será la comunicación con sus pacientes o sus familiares, como así también el acompañamiento que se requiere para que los pacientes y familiares logren tomar decisiones acordes a la ética y al buen morir.

Por otro lado, la implementación de protocolos de procedimientos en los servicios, aprobados por un Comité de Ética, constituye una herramienta importante para los médicos como así también, la existencia de las Directivas Anticipadas (DA).

Se reconocen cinco escenarios, en cuanto a la toma de decisiones al final de la vida ayudan a la optimización y distribución de los recursos en salud. Tener en claro la legislación vigente, concordante a protocolos de actuación según normas bioéticas e institucionales actúa a favor del "principio de justicia", uno de los principios de la bioética, referido a la distribución de recursos.

También se resaltó la necesidad de que los cuidados paliativos se proporcionen en todas las instituciones de nuestro país, tanto en el sector público como privado. Además de proporcionar un beneficio inestimable en cuanto a mejorar la calidad de vida de las personas, su implementación muchas veces evitaría que la muerte ocurra en una terapia intensiva en los casos que podría acontecer en su propio domicilio o en salas destinadas a estos pacientes y rodeados de sus seres queridos. Esos recursos utilizados de forma innecesaria, deberían beneficiar a otros pacientes con necesidad de mayor tecnología en relación a sus posibilidades de recuperación.

Es conveniente diferenciar eutanasia de LET, en la primera se decide realizar una acción o bien no implementar medidas que serían proporcionadas para la situación clínica con el objetivo de acelerar la muerte del paciente. En el LET, la terapia que se retira o no se instaura no es proporcionada para la situación concreta. Se podría decir que aun cuando se permita la muerte no se causa la muerte.

Aspectos culturales y religiosos muy arraigados en nuestro país indican que el debate sobre eutanasia y suicidio asistido difícilmente pueda realizarse. Agregaría a ello, la inoportunidad para el planteo de estas opciones como un derecho.

Concluyo por todo esto que en definitiva que la única opción válida, sería la eutanasia y/o el suicidio asistido, en situaciones en que los cuidados paliativos no bastarían. Continuar el debate anida a un futuro la posibilidad de legitimar la ayuda a morir.

Inmediatamente, nos aparece otra vez el recuerdo de numerosos casos mediáticos en donde familiares y muchas veces pacientes, suplican el permitir morir y entonces, surge obligadamente la interpelación hacia nosotros mismos y hacia la sociedad, preguntándonos si posee el derecho a obligar a una persona a vivir en contra de su voluntad. Aún más, crea el ámbito de reflexión personal, planteándonos que llegado el momento de decidir con nuestras vidas, contar con la opción legal de disponer el momento y forma de morir con dignidad.

6. Bibliografía:

1. Definición consensuada por el grupo de trabajo "Decisiones al final de la vida" creado por la comisión directiva del Consejo académico de ética en medicina. Academia Nacional de Medicina .
2. Aries P. Morir en Occidente. Desde la edad media hasta nuestros días. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora; 2007.
3. Lorda, Pablo y otros. "Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras".
4. Cuenca Trabado, José Antonio. "Entorno social, Eutanasia y Suicidio Asistido: Una Propuesta Intuitiva", Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, "La Bioética y el Arte de Elegir" 2º Ed. 2014, p. 518.
Libro de comunicaciones del XI Congreso de Bioética de la ABFyC celebrado en León en octubre de 2013.
5. "Eutanasia y Suicidio Asistido: perspectiva del Grupo de Trabajo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC)" Publicado en Palliative Medicine, Vol. 17 Nro. 2, 2003
6. La práctica del suicidio asistido en Oregon y la «pendiente resbaladiza» Cuadernos de Bioética [en línea] 2007, XVIII (Enero-Abril): Disponible en: ISSN 1132-1989.
7. Gherardi, Carlos. "Vida y Muerte en Terapia Intensiva", Buenos Aires, Ed. Biblos, año 2007, p. 152
8. Lossetti, Oscar. La medicina legal y el derecho. 1ª ed. Buenos Aires. Rojo editores, 2011. p 417.
9. Código Penal de la Nación Argentina-Editorial A-Z. Buenos Aires 2004
10. Código de Ética para el equipo de salud-Asociación Médica Argentina (AMA)- Buenos Aires .2001.
11. Ley de ejercicio de la Medicina N° 17132/67.
12. PROATI. Programa de Actualización en Terapia Intensiva .Décimo séptimo ciclo. módulo 3. Decisiones al final de la vida .pág. 171
13. Comité de ética de SATI. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. Disponible en [http:// www.sati.org.ar/index.php?option=com_content](http://www.sati.org.ar/index.php?option=com_content).
14. Farrell MD .Eutanasia. En Guariglia O., ed. Enciclopedia iberoamericana de filosofía XII. Cuestiones Morales. Valladolid: Trotá; 1996.
15. Ley 26520: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Disponible en

<http://www.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/195000199999/978597/norma.htm>.

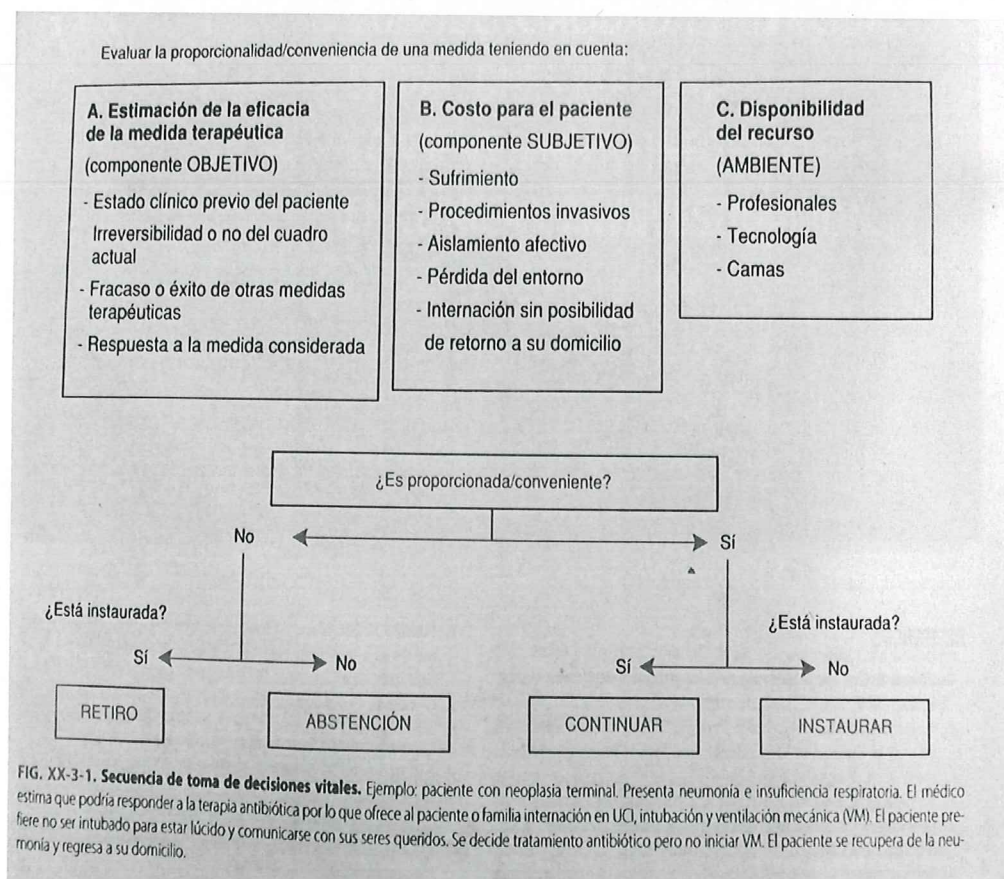
16. Ley 26742. Derechos del paciente en su relacion con los profesionales e instituciones de la salud. Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar>

Sitios de internet:

- a) www.asociacionbioetica.com/publicaciones-asociacion-bioetica
- b) www.deathwithdignity.org/access-acts
- c) [www. Aabioetica.org](http://www.Aabioetica.org)
- d) www.pallium.org
- e) www.muertedigna.org
- f) www.rnw/informar/html/eutanasia
- g) www.vidahumana.org

7. Anexos:

Figura 1



8. Lecturas sugeridas:

Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el paciente Crítico.

Comité de bioética de la sociedad argentina de terapia intensiva* Año 1999.

La existencia de límites en la atención médica constituye una realidad en la práctica de la medicina que ya fue bien reconocida desde la época hipocrática en relación al principio de no maleficencia ("primum non nocere") y a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. Sin embargo y aun después de tantos siglos, en este tiempo existen tres circunstancias por las que el análisis de los límites de la atención en medicina crítica adquiere una importancia especial.

- La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de encarnizamiento terapéutico.
- La vigencia del principio de autonomía que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del significado del "bien" para cada uno.
- La creciente dificultad y complejidad para establecer la efectividad de un tratamiento en cada paciente a pesar de los permanentes intentos derivados de una medicina basada en la evidencia (metaanálisis, scores pronósticos, medición de la efectividad, de la eficacia y de la eficiencia). La aceptación de plantear un concepto amplio de futilidad podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside más en el análisis del objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza. De este modo, si la determinación de los objetivos finales de un tratamiento están reservados exclusivamente al paciente será a él quien corresponda calificar de fútil una acción médica, teniendo en cuenta no sólo su respuesta fisiológica inmediata (la determinación de la futilidad fisiológica le corresponde con exclusividad al médico) sino el probable resultado final sobre el conjunto del organismo.

Si bien el concepto de limitación en el esfuerzo terapéutico es similar en toda la medicina, las dificultades operativas existentes para su aplicación en Terapia Intensiva surgen de la

característica del paciente crítico y de la naturaleza intrínseca de los métodos de soporte vital, lo que establece una clara diferencia entre la toma de decisión en estas salas respecto de las otras modalidades de atención médica.

El paciente crítico se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima. La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El soporte vital es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parenteral.

Resulta indispensable comprender que las decisiones sobre los métodos de soporte vital tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte del paciente crítico. Cada uno de estos métodos pueden no ser aplicados en cada paciente o suspendidos luego del comienzo de su indicación.

En la práctica médica existe una diferencia operacional y de responsabilidad moral individual entre "actuar" y "dejar de actuar". En todas las encuestas efectuadas a los trabajadores de la salud se ha constatado que resulta mucho más difícil suspender un método de soporte vital que no aplicarlo y a su vez esta actitud abstencionista resulta mucho más fácil en un medio asistencial de autocuidado o de cuidado paliativo que en el área de Terapia Intensiva. Esta diferenciación claramente percibida en la práctica resulta cierta más allá del principio de equivalencia moral por el que no existiría diferencia entre ambas acciones.

Finalmente, toda esta problemática que simplemente se ha enunciado y que transcurre en el escenario médico, forma parte de un complejo entramado cuyo debate se inserta en el marco interdisciplinario de la Bioética dentro de la cual los conflictos y las tensiones que se suscitan en el fin de la vida ocupan un espacio muy importante.

Las profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas que tienen las acciones que son objeto de este comentario han llevado al Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva a proponer un conjunto de recomendaciones que puedan ayudar a guiar la conducta de los colegas frente a las habituales y crecientes dificultades que se plantean en la práctica cotidiana de esta especialidad. Estas pautas y recomendaciones resultan de la compilación de un conjunto de ideas destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.

-
1. La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente. El derecho para autorizar el tratamiento es independiente de la naturaleza de la enfermedad y de su estado evolutivo.
 2. La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente, convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.
 3. La comunicación con el paciente deberá ser reemplazada por la familia sólo en caso de incompetencia del primero. A este respecto en medicina crítica deberá recordarse que el concepto de competencia implica la consideración cuidadosa de la existencia de plena lucidez mental, comprensión de la información suministrada y libertad para la toma de una decisión voluntaria.
 4. La comunicación con el paciente o en su defecto con la familia debe ser diaria y establecida de modo permanente con miembros del equipo médico de planta. De este modo se facilitará un diálogo transversal y continuo que atienda a los objetivos del tratamiento y no solamente a los eventos ocurridos cada día. La información transferida diariamente sólo por los médicos de guardia (siempre distintos cada día), que también frecuentemente es necesaria, tiende a comunicar los hechos del día sin considerar exhaustivamente la valoración general del cuadro clínico y la idea directriz general del tratamiento. A este respecto también debe valorarse la experiencia mayor de los médicos de planta en el difícil y complejo tema de la comunicación. En el caso particular de la comunicación con la familia siempre debería mantenerse en lo posible con las mismas personas para favorecer la comprensión de los hechos y facilitar sus propias decisiones. El análisis permanente de la situación evolutiva y sus alternativas permitirá así mismo la eventual reconsideración de los acuerdos sobre el tratamiento.
 5. La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un medio asistencial como Terapia Intensiva son en general dependientes de la iniciativa médica, salvo en los casos en que exista una directiva anticipada.
 6. Es aconsejable que las decisiones en Terapia Intensiva, respecto a la abstención o retiro de métodos de soporte vital, sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. En este debate, si existiera disenso y se lo considerara conveniente, puede darse intervención al Comité de Ética de la Institución antes de tomar la decisión correspondiente.
 7. Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud a tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del ingreso del paciente al área de Terapia Intensiva.

La admisión inadecuada de un paciente puede ser el comienzo de un sucesivo y habitual conjunto de acciones médicas de difícil contención. También el equipo médico puede consensuar con el paciente o la familia, previamente a su ingreso, en qué situaciones se decidiría la externación del paciente para que éste no se exponga a ser sometido a determinados procedimientos difíciles de prever o limitar en la misma área.

8. Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o el retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:

8.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitieran presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.

8.2. Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente irreversible (p.ej. estado vegetativo persistente).

8.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

8.4. Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).

8.5. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

9. La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada, si fuera posible, al paciente, y si éste no es competente, deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar, cuyo acuerdo resulta, en principio, indispensable.

10. En medicina crítica existen especiales circunstancias en que, por la agudeza de la situación clínica (detención cardiocirculatoria, shock, insuficiencia respiratoria), por la urgencia en la toma de decisión (reanimación cardiopulmonar, intubación y colocación de un respirador mecánico, implante de un marcapaso transitorio), o por la valoración inmediata del resultado (futilidad fisiológica), la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previas.

11. En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significará privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y espiritual así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere. La aplicación de una ética del cuidado, que alivie el sufrimiento y mejore la calidad de vida remanente, estará siempre presente en todas las situaciones.

12. Las dificultades en arribar a un acuerdo con los familiares del paciente generalmente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico. En la relación interpersonal establecida deberá tomarse especial resguardo en visualizar que la opinión del familiar trata de expresar fielmente los verdaderos intereses del paciente.
13. Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica resultan posibles las siguientes alternativas:
- 13.1. Consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes.
- 13.2. Consultar con el Comité de Ética de la institución.
- 13.3. Si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del Comité de Ética. Si no obstante esto no fuera posible convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.
14. Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior existen las siguientes posibilidades:
- 14.1. Considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.
- 14.2. Cuando lo anterior no fuera posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico (respirador, marcapaso), cuyo número es siempre limitado, el equipo médico podrá dejar constancia que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptualizado como recuperable según el juicio del equipo médico.
- 14.3. Siempre queda abierta para el equipo médico la solicitud de intervención judicial.
15. Todo paciente competente tiene derecho a rechazar todo tratamiento que le fuera indicado por el equipo médico aunque sean aquellos que puedan salvarle la vida. Esta afirmación incluye también a la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital. En esta circunstancia el médico o algún integrante del equipo asistencial puede plantear una objeción de conciencia que deberá ser respetada.
16. En todas las circunstancias posibles que se han mencionado, todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada una de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en la Historia Clínica correspondiente.
-

Referencias Bibliográficas:

1. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine: "Consensus report on the ethicsof foregoing life-sustaining treatments in the critically ill", Crit. Care Med., 1990; 18, 1435-1439.
 2. American Thoracic Society: "Withholding and withdrawing life-sustaining therapy", Annals ofInternal medicine, 1991;115, 478-485.
 3. The Society of Critical Care Medicine. Ethic. Committee: "Attitudes of critical care medicineprofessionals concerning forgoing life-sustaining treatments", Crit. Care Med., 1992; 20,320-326.
 4. Council on ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Decisions near the endof life", JAMA, 1992; 267, 2229-32.
 5. Report of the Council on Ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Medicalfutility in End of life Care", JAMA, 1999; 281, 937-94.
- * Gherardi, Carlos R. (Director); Biancolini, Cesar; Butera, Juan; Calvillo, Lidia; Canteli, Maria; Cardonnet, Luis; Maglio, Francisco; Montrul, Mauricio; Pacin, Juan.