

Gherardi, Carlos

Soporte vital y terapia intensiva. Muerte intervenida

Vida y Ética. Año 10, N° 2, Diciembre 2009

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”. Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la institución.
La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

GHERARDI, Carlos, “Soporte vital y terapia intensiva. Muerte intervenida”, *Vida y Ética*, año 10, n° 2, Buenos Aires, (diciembre, 2009).
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/soporte-vital-muerte-intervenida.pdf>

Se recomienda ingresar la fecha de consulta entre corchetes, al final de la cita Ej: [Fecha de acceso octubre 9, 2001].

SOPORTE VITAL Y TERAPIA INTENSIVA. MUERTE INTERVENIDA

*Ciudad de Buenos Aires,
viernes 18 de septiembre de 2009*

Dr. Carlos Gherardi

- Doctor en Medicina
- Ex Profesor regular de Medicina Interna de la Facultad de Medicina (Universidad de Buenos Aires)
- Consultor Honorario del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de Clínicas
- Miembro del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
- Director del Comité de Ética del Hospital de Clínicas

Palabras clave

- Muerte encefálica
- Muerte intervenida
- Decisiones al final de la vida
- Abstención y/o retiro de soporte vital
- Terapia Intensiva

Key words

- Brain death
- Intervened death
- End of life decisions
- Withholding or withdrawal of life-sustaining treatment
- Critical Care

RESUMEN

El concepto de muerte intervenida comprende todas aquellas situaciones clínicas en las que la abstención o retiro de algún método de soporte vital en el transcurso de la asistencia médica se propone como un límite en el tratamiento, quedando vinculado el mismo con la llegada de la muerte cardiorrespiratoria tradicional.

La presencia de una tecnología médica (soporte vital) común en todos los casos, permite la consideración comprensiva de todo su conjunto. Finalmente, en todos ellos la muerte se vincula a una acción u omisión de la tecnología médica. Una evaluación común de estos casos no sólo tiene una lógica derivada de la operatividad que hizo posible la existencia de estos pacientes sino que además promueve la interpretación verdadera y correcta de los hechos por parte de la sociedad. La reflexión sobre la muerte intervenida como un fenómeno emergente de nuestra cultura resulta imprescindible para que la sociedad se involucre y participe en un tema que le incumbe en forma absoluta y exclusiva.

ABSTRACT

To decide on the death of a person on life support includes all those clinical situations in which the withholding or withdrawal of technological life support treatment constitutes a limit to therapeutic action associated to the occurrence of traditional cardio-respiratory death. Presence of medical technology (life support treatment) common to all cases, allows a comprehensive consideration of the whole situation. Finally, in all these cases, death is related to an action in favour or an omission (to act or to refrain from acting) of the use of medical technology. Common evaluation of these cases is justified not only because of the factual situation that allows the existence of these patients but also because it stimulates the true and correct interpretation of facts on behalf of society. Reflection on assisted death as an emerging phenomenon of our culture is mandatory so that society may get involved in an issue of its absolute and exclusive interest.

INTRODUCCIÓN

Desde hace cuarenta años, el soporte vital se constituyó en el eje de una nueva modalidad asistencial llamada terapia o cuidado intensivo. Su existencia, que comprende todo medio farmacológico, mecánico o electrónico que pueda sustituir las funciones vitales y prolongar, en principio indefinidamente, la llegada de la muerte en la enfermedad grave, condicionó la elección de distintas actitudes sobre su abstención, aplicación o retiro según las circunstancias clínicas del paciente.

Actualmente, el concepto de soporte vital se ha extendido desde la primaria concepción de incluir sólo a los de gran sofisticación -como los respiradores mecánicos, oxigenación extracorpórea o diálisis- hasta muchos otros como la terapéutica farmacológica vasopresora, quimioterapia, antibióticos o nutrición e hidratación parenteral que, aunque requieren menos instrumentación, participan del mismo significado intencional de acción terapéutica en el paciente crítico. En realidad, la definición del Hastings Center por la que se considera soporte vital toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté dicho tratamiento dirigido o no a la enfermedad de base o al proceso biológico causal, sigue plenamente vigente.

Esta nueva circunstancia, presente en la asistencia médica habitual, generó la aparición de un vínculo real entre una indicación posible y la muerte, provocando importantes dilemas sobre cuál debía ser la decisión, y cuándo y quién debía tomarla.

Finalmente, y como un resultado circunstancial y no esperado de estos factores, aumentó sensiblemente el número de pacientes con trastornos cognitivos como resultado de la senectud (demencias de diversa etiología) o por influencia de eventos que, a través de mecanismos degenerativos, inflamatorios o vasculares, generaron encefalopatías productoras de comas prolongados, estados vegetativos crónicos y diversos síndromes con estado de conciencia mínima.

El conjunto de estas situaciones permitió la aparición de una nueva clase de pacientes vulnerables que se incorporan a la sociedad como verdaderos emergentes del progreso médico y en quienes la coexistencia de varias enfermedades crónicas afectan frecuentemente su auto-validez y, en numerosos casos, un deterioro cognitivo de diverso grado condiciona y limita severamente su inserción social.

En el mejor de los casos una serena senectud, aunque con enfermedades crónicas controladas, cierta fragilidad corporal y sin más trastorno cognitivo que el normal para una avanzada edad, se inserta correctamente en una sociedad que no

siempre está preparada para recibirla. También, durante una descompensación en su estable estado de salud, una medicina prudente estará atenta para su atención sin privarlo de todo lo necesario para su resolución pero con el cuidado de no someterlo a una invasividad tan frecuente en los recursos hoy disponibles.

LA MUERTE ENCEFÁLICA. INFORME HARVARD

En 1968, todavía en los comienzos de la instalación generalizada de las salas de terapia intensiva como hoy las concebimos, y antes del establecimiento formal de la especialidad médica correspondiente, se propuso una definición de muerte para ciertos pacientes que mostraban evidencias claras de evolución hacia la irreversibilidad. Esta muerte, todavía llamada cerebral o encefálica, fue propuesta por un comité *ad-hoc* de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard dirigido por Henry Beecher -hasta el momento coordinador de un grupo que estudiaba las cuestiones éticas referidas a la experimentación en seres humanos- e integrado por diez médicos con la asistencia de un abogado, un historiador y un teólogo, que trabajó urgido por el acelerado desarrollo de la trasplantología que en ese tiempo ya había efectuado trasplantes de riñón, hígado, corazón y pulmón.

Luego de un breve tiempo de análisis el comité de Harvard emite un informe en el cual aconseja una nueva definición de muerte basada en la irreversibilidad del daño cerebral producido en ciertos pacientes en coma. El trabajo original de sólo cuatro páginas, publicado en la Revista de Medicina Interna que edita la Asociación Médica Americana (JAMA), donde se propuso esta decisión, declara dos fundamentos centrales para su justificación: 1. la carga que los pacientes con coma irreversible significan para el propio paciente y/o para otros (familia, hospitales, pacientes recuperables -por la falta de camas-) y 2. la controversia existente sobre el momento en que era razonable efectuar la ablación de órganos para trasplantes.

No se trató de estudiar e indagar la vinculación entre el soporte vital y la muerte sino de declarar directamente como muertos a aquellos pacientes con determinadas características en su cuadro clínico neurológico. Este hecho debe ser calificado como trascendental en sí mismo por su significado y por la marcación de un rumbo que promovió consecuencias no resueltas en el debate instalado en las décadas posteriores sobre los límites en el tratamiento en el paciente grave. La decisión propuesta plantea las siguientes reflexiones que surgen del mismo texto del informe:

La muerte como un diagnóstico: la aparición de la muerte como un diagnós-

tico, sólo posible para expertos, constituye una novedad absoluta y es el resultado, como todos los diagnósticos en medicina, de un acuerdo convencional que se define por la presencia de un conjunto de signos y/o síntomas en un paciente. Esta primer muerte tecnológica, así convenida, se instala en el final de la vida por oposición a la muerte natural que era la única existente durante toda la historia de la vida del hombre.

La oportunidad de decidir la muerte por circunstancias ajenas al paciente: esta pareciera ser la primera reflexión de orden moral que sugiere el *Informe Harvard* cuando se expresa que la urgente necesidad de diagnosticar la muerte proviene de factores ajenos al paciente mismo y vinculados exclusivamente a terceros: la carga asistencial y familiar y la necesidad de normatizar la ablación de órganos para trasplante. La referencia del informe a la carga sobre el paciente no se comprende en términos de dolor o sufrimiento porque se trata de pacientes con pérdida absoluta de su conciencia (coma).

El vínculo entre la tecnología y la muerte: la visualización clínica de la irreversibilidad del cuadro de coma y ciertas características del cuadro neurológico y su muerte próxima, aun con la aplicación de toda la tecnología, legitimaba el retiro del soporte vital para precipitarla, o mejor dicho permitirla, aunque para ello hubiera que acordar que la muerte ocurría antes

de la suspensión de la respiración mecánica y no después.

El momento de la muerte: se estableció que era necesario, por razones legales de protección al médico, disponer de una norma jurídica que legitimara legalmente la existencia de la muerte para permitir el retiro del respirador. También se acude expresamente a una referencia religiosa del papa Pío XII –la única cita bibliográfica del trabajo– en la que habló de los medios extraordinarios y, en relación a su uso, de la verificación de la muerte, pero no ofreció precisamente una nueva definición de la misma, ajena al manejo de soporte vital.

El cambio del órgano que representa la vida: esta definición de muerte cambió el concepto y el criterio sustentado hasta entonces sobre la misma, que se basaba en la completa interrupción del flujo sanguíneo (paro cardíaco o asistolia) y la cesación consecuente de las funciones vitales (respiración, ruidos cardíacos, pulso, etc.). A partir de ese momento, el corazón (en cuanto ausencia de latido cardíaco) ya no podía ser considerado el órgano central de la vida y la muerte. La presencia de un coma irreversible impulsó a elegir el cerebro como el órgano cuyo daño debía definir el final de la vida.

Estas reflexiones marcan al *Informe Harvard* como un hito en la historia de los conflictos que surgen en esta era tecnológica de la medicina asistencial y cuyo es-

cenario fundamental fue la sala de terapia intensiva que, con la instalación de sus soportes vitales, permitió la existencia de estos pacientes. En la propuesta de la muerte encefálica ya están contenidos todos los componentes de las aporías, problemas y eufemismos que aparecen desde entonces cuando se examina el vínculo de la muerte con el soporte vital.

TERAPIA INTENSIVA

La medicina crítica, también llamada terapia intensiva, aparece en la medicina hace cuarenta años con la introducción en la práctica del respirador mecánico y es heredera directa de las *polio units* creadas con motivo de la epidemia mundial de poliomielitis de la década del cincuenta. La concentración de los pacientes graves recuperables con una amenaza real o potencial de muerte próxima en un área geográfica común marcó el comienzo de las salas de terapia intensiva y consecuentemente de dicha especialidad. El eje central de esta modalidad asistencial es el soporte vital cuya característica ya ha sido referida, y el paciente que se atiende es el paciente crítico que más adelante definiremos.

La meta inicial y excluyente en estas salas es evitar la muerte inminente, lo que se logra por la aplicación del soporte vital que corresponda (intubación, respirador, marcapaso, etc.) y el monitoreo de todas las funciones vitales que puedan ser afec-

tadas en ese momento o en el futuro inmediato. La incorporación de este nivel asistencial de alta complejidad a la medicina significó no solamente permitir la sobrevivencia de muchos pacientes, antes condenados a la muerte segura, sino también la posibilidad de someter a muchos otros a procedimientos clínicos y quirúrgicos de alto riesgo bajo condiciones de seguridad que los hacen viables y confiables.

La identificación de la naturaleza del padecimiento es esencial, ya que la irreversibilidad manifiesta de la enfermedad indica la obligatoriedad del retiro del paciente de esta área. Las salas de terapia intensiva surgieron para el rescate de la vida de pacientes que morían inevitablemente antes de este momento evolutivo de la medicina, y la inobservancia de este principio esencial puede conducir a la internación de pacientes terminales y moribundos.

No obstante, debe reconocerse que en algunas situaciones se torna borrosa la división entre lo reversible y lo irreversible, y la prolongación manifiesta de la internación en Terapia Intensiva por la sucesiva aparición de complicaciones potencialmente tratables genera dificultades en una toma de decisión que tendrá en cuenta siempre el estado cognitivo del paciente, sus preferencias -si son conocidas-, un examen objetivo de la situación médica singular en el caso examinado, la existencia real de una idea directriz en el tratamiento y la opinión de la familia o el

representante. El seguimiento obsesivo del tratamiento por mandato del imperativo tecnológico y de la sacralidad de la vida, observada como un valor absoluto, conduce al encarnizamiento terapéutico y a formas indignas de muerte con aislamiento, desfiguración y sufrimiento.

La consideración de la vida, más allá de lo biológico (presencia permanente de los signos vitales), debiera ser considerada incluso antes del ingreso de un paciente a Terapia Intensiva. La propuesta de un inadecuado ingreso en esta área puede ser el comienzo de una situación muy difícil de revertir. La sociedad debe saber que el soporte vital, como herramienta esencial de la acción terapéutica en terapia intensiva, puede sostener la vida biológica por un tiempo muy prolongado en cualquier paciente, pero su aplicación en una enfermedad irreversible resulta un error médico y un acto inmoral. El soporte vital no llegó para cambiar la meta de la Medicina, que no es evitar la muerte sino promover el bienestar de las personas a través de la curación de la enfermedad, prevenirla cuando esto es posible y aliviar el dolor y el sufrimiento.

LOS PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE. PACIENTE CRÍTICO

Los pacientes graves con riesgo de muerte deben ser categorizados según su situación clínica evolutiva, prescindiendo del tiempo de aparición de su enfermedad

(agudo o crónico) y de la etiología de la misma. Con esta pauta deben distinguirse cuatro estados: el crítico, el "sin esperanzas" (*hopelessly ill*), el terminal o muriente, y el moribundo o agonizante. Naturalmente, la muerte súbita queda excluida por cuanto sólo podría contabilizarse imperfectamente como vida el tiempo invertido en su resucitación cardiopulmonar si ésta se hubiera podido efectuar aun sin éxito.

El paciente en estado crítico se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que compromete su supervivencia de no tomar medidas activas sobre sus funciones vitales. Este estado crítico supone, además de la amenaza de muerte, dos circunstancias esenciales a tener en cuenta: la posibilidad de su reversibilidad si se aplican ciertas acciones terapéuticas efectivas y rápidas, y que su presencia es un momento evolutivo probablemente transitorio. Estas dos condiciones esenciales del estado crítico (reversibilidad esperable y transitoriedad posible) no siempre son predecibles ni evaluables primariamente en cada paciente. En el paciente con una enfermedad letal de base, la condición plena de irreversibilidad, frente a una descompensación aguda, deberá analizarse de acuerdo a calidad de vida, preferencias del paciente, pronóstico general, etc.

El cuadro crítico puede expresar toda

una enfermedad aguda de rápido comienzo, síntomas severos y evolución breve, o presentarse por la aparición de un evento agudo en el contexto de una enfermedad crónica de curso progresivo y persistente durante un largo periodo.

El paciente "**sin esperanza**" (*hopelessly ill*) se refiere al portador de una enfermedad de larga evolución (años), pero finalmente letal, que en su evolución sufre varios episodios agudos que, no tratados, conducen a la muerte, pero que, en el mejor de los casos, una vez superados dejan al paciente cada vez más cerca del final de su vida. Estos episodios son "potencialmente terminales" y el paradigma de esta situación son las enfermedades neurológicas degenerativas.

El paciente **terminal** o **muriente** se refiere al que sufre una enfermedad letal. Este término debiera aplicarse sólo a aquellos enfermos en quienes la experiencia indica que debieran morir en un plazo relativamente corto de tiempo, medido en días o semanas más que en meses o años.

La definición del paciente **moribundo** o **agonizante** implica considerar muy cercana la presencia probable de la muerte. Ciertas condiciones clínicas indican deterioro severo de los sistemas orgánicos por lo que la muerte podría esperarse en el transcurso de horas.

LA MUERTE INTERVENIDA. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO EN ESTADOS IRREVERSIBLES E IRRECUPERABLES

El paciente crítico, ya internado en terapia intensiva, puede haber superado la inminente amenaza de muerte, y también puede haber perdido su característica de transitoriedad, pero la condición de potencial reversibilidad debe mantenerse para no caer en el riesgo del encarnizamiento u obstinación terapéutica. Y en este punto, si el cuadro se torna irreversible, las acciones médicas sobre el soporte vital, en el sentido de su abstención o retiro, han recibido el nombre amplio de "límite en el esfuerzo terapéutico" (LET).

Puede hablarse así de **muerte intervenida** cuando la abstención o retiro de algún método de soporte vital en el transcurso de la asistencia médica se propone como un límite en el tratamiento, quedando vinculada dicha acción con la llegada de la muerte cardiorrespiratoria tradicional. La realización corriente de estas prácticas, que por acción u omisión son adistanásicas -que no provocan intencional y directamente la muerte sino el buen morir- no deben recibir la denominación de eutanasia pasiva, expresión que prácticamente se ha abandonado en el lenguaje biomédico habitual.

En un tiempo tecnológico como el actual, en que el soporte vital opera como

eje central asistencial de la medicina crítica, se debe obligar a precisar las definiciones con absoluta seguridad y claridad conceptual.

Los cuadros clínicos irrecuperables con soporte vital que se incluyen en este grupo constituyen un conjunto de situaciones que pueden ser agrupadas en las siguientes categorías:

1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función).

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

3. 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).

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

En el campo de la medicina crítica, las indicaciones de tratamiento o su contraindicación proceden siempre de la iniciativa médica que, aunque contando con

todo el respaldo técnico y profesional, constituyen decisiones que no son siempre absolutas ni indiscutibles desde el punto de vista estrictamente científico. Es frecuente que muchas de ellas den lugar a distintas opiniones y más aun cuando se trata de evaluar la razonabilidad de la aplicación de métodos invasivos de sostén vital.

La toma de decisión respecto de los métodos de soporte vital en estos casos críticos y complejos, implica fundamentalmente establecer activamente un límite de la atención médica que significa no aplicar un procedimiento terapéutico o su retiro, si éste ya ha sido comenzado. La muerte en Terapia Intensiva está precedida, aproximadamente en un 50% de los casos, por alguna de estas decisiones de abstención (no actuar) o suspensión (dejar de actuar) del soporte vital. La presunta equivalencia moral de ambas acciones no es percibida por la mayoría de los miembros del equipo de salud de las unidades de Terapia Intensiva y tampoco por quienes no actúan en estas unidades.

Los resultados de las encuestas, que son coincidentes en la mayoría de los países, indican que la no utilización de un método de sostén vital se visualiza en la práctica con una responsabilidad moral distinta al retiro de un procedimiento ya iniciado. El significado de indagar profundamente sobre esta distinta percepción es que, si la indicación de un soporte vital

ante una situación no claramente reversible no es acompañada por la eventual decisión de retirarlo ante su ineffectividad, su mantenimiento podría conducir al encarizamiento terapéutico. Inversamente, la elección de la abstención, por significar una menor carga moral, puede privar a algún paciente de cierta posibilidad de recuperación.

A pesar de la existencia real de estas decisiones en las áreas de cuidado crítico, siguiendo encuestas, pautas y normas que han emitido muchos países, las publicaciones que han descripto numéricamente la estrecha relación entre la muerte de los pacientes en estas unidades, recién comenzaron a aparecer en los Estados Unidos a fines de los noventa y en países europeos en los primeros años de este siglo veintiuno.

Si con un paciente incompetente, que es lo habitual por trastornos cognitivos de diverso grado o por la acción de fármacos depresores, no existiera esta información o algún indicio siquiera, como ocurre muchas veces, la toma de decisión médica deberá guiarse por alguna de estas dos posibilidades: el criterio del **juicio sustituto** o el de los **mejores intereses** para el paciente. El **juicio sustituto** significaría actuar según los deseos del paciente, si se pudiera conocer cual sería la elección del mismo, ya sea en una situación determinada (por ejemplo, el mantenimiento del soporte vital en un estado vegetativo per-

manente) o el uso de maniobras invasivas en la reagudización de una enfermedad preexistente (respiración mecánica en la bronquitis crónica o en una enfermedad neurológica degenerativa). Los **mejores intereses** para el paciente se refieren, en cambio, a tener en cuenta lo que se conceptúe qué es lo mejor para la evolución del mismo, prescindiendo de sus deseos personales si éstos no existieren. Cuando se apela a "los mejores intereses", más allá de una evaluación por demás objetiva y técnica, la decisión que se tome estará siempre impregnada de la consideración subjetiva que conlleva el significado del "bien" para cada uno.

Con ambos criterios sigue siempre vigente el planteo de quién toma realmente la decisión. Siempre se deberá contar con el necesario consenso de la familia, que para el médico es quien cuida al paciente, y en caso de desacuerdo con el equipo médico, la consulta con un Comité de Ética puede ayudar a resolver el problema. Llevar el conflicto a los estrados judiciales, que podrá justificarse como excepción, será siempre desaconsejable porque marcará lo que en definitiva será el principio del fin de la Medicina, tal como concebimos el ejercicio de esta profesión.

La realización de los actos médicos que se ejercen sobre el soporte vital en el paciente crítico es dinámica y cambiante, según el conocimiento de la reversibilidad del cuadro clínico basal, de la existencia

de una intercurencia tratable y de la calidad de vida deseada. Lo habitual es que, cuando de pacientes críticos se trata, no se conozcan desde el comienzo las tres variables citadas, por lo que la no realización de un acto o su suspensión no conlleva la intencionalidad directa de provocar la muerte aunque ésta efectivamente se produzca por la evolución de la enfermedad. La amenaza de muerte existe por definición en el paciente crítico y en el análisis de la conducta médica no se atenderá con exclusividad a la consecuencia ni deberá prevalecer necesariamente la visualización de la muerte como el resultado de la misma.

El análisis ético de los actos médicos consistentes en una omisión significa, en términos de pacientes críticos, no aplicar o suspender tratamientos que impliquen asistencia farmacológica (por ejemplo sostén hemodinámico) o reemplazo de funciones vitales (asistencia respiratoria mecánica). El análisis de la intencionalidad de la omisión respecto de provocar la muerte del paciente es complejo y más aún en pacientes internados en Terapia Intensiva. Como siempre es posible el reemplazo de una función vital, y hasta la reanimación en el paciente moribundo, su no aplicación o utilización puede verse como una omisión. Cuando la muerte es la alternativa posible que define por sí mismo al paciente crítico, el marco del "permitir morir" es el que adecuadamente expresa la realidad en estos casos y más

todavía en quienes atraviesan la fase terminal de su enfermedad. En el paciente crítico, en el que la amenaza de muerte está siempre presente, la expresión "dejar morir" (*letting die*) -de uso habitual en la discusión filosófica sobre eutanasia- comparada con el "matar" (*killing*), encierra en sí misma un planteo conceptual erróneo vinculado a la omnipotencia de pensar y creer que evitamos la muerte o que decidimos nosotros hasta en el momento final porque ahora es posible sustituir "*in extremis*" las funciones cardíaca y respiratoria (cuya detención es el sustrato de la muerte) con maniobras de resucitación aun cuando este final sea el resultado esperable de la enfermedad subyacente. La expresión "dejar morir" evoca el abandono (dejar= abandonar) y sugiere la posibilidad de poder siempre evitar la muerte (dejar morir "pudiendo evitarlo"), lo que sugiere la omnipotencia de "poder evitar siempre la muerte" y omite el conocimiento del concepto de futilidad.

El severo dilema ético que genera la toma de decisión en las circunstancias que analizamos es un tema que le concierne a toda la sociedad, porque a pesar de que los hechos transcurren en el escenario médico, todos estos temas le pertenecen a la sociedad en su conjunto, y no sólo respecto del conocimiento de la verdad sino de su participación en la toma de decisiones. Conocer la verdad significa transmitir claramente el concepto de la participación actual del acto médico, por

acción u omisión, en la llegada de la muerte. Algunas veces las decisiones son estrictamente médicas (futilidad fisiológica) pero otras (la mayoría) deben ser por la decisión del paciente, actual o previa (directivas anticipadas), o por consenso con familiares o con su representante.

El límite de atención más frecuentemente acordado es la abstención o suspensión de la asistencia hemodinámica (infusión de vasopresores), y luego las decisiones sobre la asistencia respiratoria que implican desde la abstención hasta el retiro progresivo de la respiración mecánica precedida generalmente por una disminución de la ventilación y de las fracciones inspiradas de oxígeno.

En los últimos años, el concepto amplio de soporte vital incluyó también procedimientos más simples (hidratación y nutrición) pero igualmente artificiales, privilegiando con mayor énfasis las características del paciente en quien se aplica y su intencionalidad que la naturaleza del procedimiento mismo. La obligatoriedad en la administración de hidratación y nutrición, que fuera sostenida reiteradamente por algunos autores, lo ha sido por su gran peso simbólico en nuestra cultura ("matar de hambre y de sed"), aunque sea ahora muy difícil argumentar una distinción moral válida con otros métodos de sostén vital. No existe hambre ni sed en los estados vegetativos ni en el coma, y el confort debe ser mantenido para una ade-

cuada humidificación de las mucosas que impedirán su laceración e infección. La discusión particularizada de las conductas posibles en los estados vegetativos, verdadero paradigma de un estado clínico generado por el progreso médico, es ajena a los propósitos de este trabajo. Sólo recordaremos que estos estados también plantean la circunstancia posible de no tratar alguna de las complicaciones (por ejemplo una infección respiratoria) u otra patología que se asocie (cáncer, abdomen agudo) y no solamente suspender la alimentación y la hidratación enteral o parenteral, lo que provoca la muerte por paro cardiocirculatorio en un lapso de 15 ó 20 días.

CONCLUSIÓN

Así las cosas, la intervención sobre el soporte vital -corriente en las salas de Terapia Intensiva- debe ser conocida por la sociedad, integrar su cultura acerca de la enfermedad y la muerte, y las decisiones deben ser compartidas por el paciente -con su decisión previa o actual- por su representante o por la familia. Lo que no debe ocurrir es que toda esta decisión quede en manos de los médicos. La vigencia del principio de autonomía exige este esfuerzo por parte de la sociedad porque el derecho de decidir hacer usufructo del progreso exige también la obligación y el deber de compartir las consecuencias de la decisión. Nuestra sociedad no conoce

claramente estos hechos y la medicina y los médicos no hacemos siempre lo necesario para su conocimiento. Aun más, incomprensiblemente se trasladan pacientes irrecuperables a áreas de cuidado intensivo donde pueden ser sometidos a procedimientos no indicados.

La aplicación de procedimientos superfluos y excesivos y el prolongado e innecesario mantenimiento de las funciones vitales generan frecuentemente formas de muerte que son la contracara de la dignidad personal. El encarnizamiento terapéutico, al que siempre se alude como ejemplo de indignidad, es el resultado de un fenómeno cultural muy complejo y multifactorial derivado de la excesiva aplicación de procedimientos tecnológicos en la medicina, de las desmesuradas expectativas de curación que se ha inculcado a la sociedad, del requerimiento de preservar siempre la vida biológica como un valor sagrado -que lo es siempre para cada uno más allá de la creencia religiosa- y de la ausencia de una decisión médica unívoca que asuma la existencia de límites en las acciones médicas.

La necesidad de considerar este aspecto central de la actitud médica en terapia intensiva dentro de las limitaciones del esfuerzo terapéutico alcanza una dimensión conceptual extraordinaria, porque marcará una clara oposición frente al llamado "imperativo tecnológico" que resulta de la necesidad imperiosa de "hacer siempre algo",

cualquiera fuera el pronóstico global de la enfermedad, la idea directriz general del tratamiento, el sufrimiento de los pacientes, sus preferencias y hasta los costos que los procedimientos implican. El olvido en la consideración de estos factores conduce invariablemente al llamado "encarnizamiento o furor terapéutico", nombre que la sociedad ha impuesto a la aplicación de una sobreatención médica divorciada de todo contenido humano. La prolongación excesiva de la agonía que demora la llegada inevitable de la muerte inevitable parece asociado a un presunto proyecto biomédico cercano a lograr la inmortalidad del hombre aun a costa de su sufrimiento, aislamiento y desfiguración. Es bueno recordar aquí que la disfunción orgánica múltiple de variada etiología y el estado vegetativo persistente son dos cuadros clínicos paradigmáticos de esta era tecnológica de la medicina y que frecuentemente requieren la crucial decisión ética de decidir sobre la abstención o suspensión de tratamiento.

Sin duda que es grande el desafío de aspirar a una confluencia entre el saber médico, siempre fluctuante y relativo, y la aspiración legítima de cada uno a elegir su calidad de vida, pero siempre existirá una bisectriz que permita encontrar el camino del consenso entre ambas visiones aun cuando éstas puedan ser contrapuestas o disímiles. La abstención y el retiro del soporte vital constituyen el escalón más importante que se debe transitar para el

logro de una muerte digna, requerimiento surgido frente al uso indiscriminado de acciones superfluas y perjudiciales para el paciente terminal. Pero el otro extremo de esta lucha por el "derecho a morir" puede ser la "obligación de morir" si este problema no se enfrenta con racionalidad y conocimiento pleno por todos los actores sociales involucrados, dentro de los cuales los médicos son sólo uno de ellos.

Con todos los avances disponibles en la medicina de hoy existe una conducta médica que será la de "permitir morir" en condiciones dignas que no impliquen dolor, desfiguración ni sufrimiento. Esta conducta, que no implicará abandono del paciente (como lo sugiere el "dejar morir"), puede comprender desde una analgesia suficiente y sedación profunda hasta la abstención o retiro de los métodos de soporte vital si se tratara de un paciente, que por sus características evolutivas críticas, estuviera sometido a toda la tecnología que hoy la medicina puede ofrecer. Esta actitud implicará hacer nuevas cosas, no hacer otras y hasta dejar de hacer algunas.

Una medicina digna, que va más allá de una muerte porque comprende a la vida misma que la incluye, indica que más medicina no es mejor medicina y que más acciones no son mejores acciones y que frente al imperativo tecnológico donde el sí está siempre asegurado (hacer todo lo que se puede y ofrece) debe oponerse la racionalidad de lo posible. Los medios de la téc-

nica ya se han legitimado tanto que con su presunta autonomía pretenden desprenderse de los fines, que en la medicina no es evitar la muerte sino promover el bienestar de las personas a través de la curación de la enfermedad, su prevención cuando fuera posible y, en toda circunstancia, procurar el alivio del dolor y del sufrimiento.

Debe confiarse en la generalización de la aplicación de una ética del cuidado, presente en la medicina paliativa para ayudar a morir, y rechazar en cambio a la creciente judicialización del acto médico que, además de transformar demasiadas veces un acto humano en un expediente judicial, siempre está sometida a las variables y disímiles interpretaciones de las normas del derecho positivo, cuando éstas existen.

El imperativo tecnológico aplicado al acto médico nos introduce en una etapa en que estas cuestiones que atienden a la llegada de la muerte y a la libre elección en las formas del vivir y del morir debieran quedar, ahora más que nunca, en la intimidad personal y familiar y en la búsqueda de superar la peligrosa fragilidad que hoy existe entre la medicina y la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

GHERARDI, Carlos R., *Vida y muerte en Terapia Intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2007.

GHERARDI, Carlos, "A 40 años del 'Informe Harvard' sobre la muerte encefálica", *Medicina*, 68, Buenos Aires, (2008), pp. 393-397.

"Ad hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma", *JAMA*, 205, (1968), pp. 337-340.

CALLAHAN, D., "Living and Dying with Medical Technology", *Critical Care Medicine*, suppl., (2003), pp. S344-S346.

"Report of the Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Guidelines of the Determination of Death", *JAMA*, 246, (1981), pp. 2184-2186.

SHEWMON, D. A., "Chronic 'Brain Death', Meta-analysis and Conceptual Consequences", *Neurology*, 51, (1998), pp. 1538-1545.

YOUNGNER, Stuart J., "Defining Death: A Superficial and Fragile Consensus", *Arch. Neurol.*, 49, (1992), pp. 370-2.

GHERARDI, Carlos R., "La muerte intervenida. De la muerte cerebral a la abstención o retiro del soporte vital", *Medicina*, 62, Buenos Aires, (2002), 279-290.

GHERARDI, C.; CHAVES, M.; CAPDEVILA, A.; TAVELLA, M.; SARQUIS, S.; IRRAZABAL,

C., "La muerte en un servicio de terapia intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital", *Medicina*, 66, Buenos Aires, (2006), pp. 237-41.

"Task Force on Ethics of Society of Critical Care Medicine Consensus Report on the Ethics of Foregoing Life-sustaining Treatments in the Critically Ill", *Critical Care Medicine*, 18, (1990), pp. 1435-1439.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, "Pautas y recomendaciones para el retiro y/o abstención de los métodos de soporte vital", *Medicina*, 59, Buenos Aires, (1999), pp. 501-504.

GHERARDI, Carlos R., "Pautas para la abstención y/o retiro del soporte vital en terapia intensiva. Reflexiones después de 7 años", *Medicina Intensiva 2007*, 24, (1999), pp. 44-51.

GRACIA, Diego, *Ética de los confines de la vida*, Colombia, Ed. El Búho, 1998.

JONAS, Hans, *Técnica, medicina y ética*. Ed. Paidós, 1997.

"Las metas de la medicina: establecer nuevas prioridades" [trabajo de un grupo internacional coordinado por el Hastings Center y el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, dirigido por D. Callahan], *The Hastings Center Report*, supl. especial, (nov.-dic. 1996).