

# PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE, UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA

Dra. Mayumi de Jesús Muñoz Batista

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Intensiva y

Emergencia de Adultos. Máster en Urgencias Médicas. Máster en Bioética, 2012.



## Resumen

Se realizó un estudio observacional exploratorio, de corte transversal, en las Unidades de Atención al Grave del Hospital Manuel Fajardo, con el objetivo de caracterizar las actitudes éticas de los médicos en la toma de decisiones humanizadas al final de la vida en un caso hipotético en Estado Vegetativo Persistente. Se aplicó una encuesta anóni-

ma, previamente validada por el Dr. Yaguchi en su estudio. Se relacionaron algunas variables, a través de la aplicación de pruebas estadísticas, como la creencia religiosa de los encuestados, el sexo, el tiempo de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos y los conocimientos previos de Bioética acerca de la toma la decisión sobre la conducta médica a seguir, la orden de no reanimación y el tratamiento médico propiamente dicho. Se comparó la respuesta dada por los encuestados en relación con la orden de no reanimación en estos casos, con el estudio realizado por Yaguchi. La decisión en la conducta médica no se vio influenciada por el sexo; ni la orden de no reanimación por las creencias religiosas. Un gran porcentaje de médicos aplicó la orden de no reanimación, similar al patrón encontrado en Japón. Los conocimientos previos de Bioética, ni el trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos, guardan relación con la conducta ante el paciente estudiado estable o inestable.



## Introducción

Durante gran parte de la historia, la muerte fue percibida como una cuestión relativamente simple y ciertamente inexorable. En la actualidad, en una Unidad de Cuidados Intensivos el morir resulta mayormente consecuencia de una *decisión de morir* o de una *decisión de dejar morir*.<sup>1</sup>

El desarrollo de la ciencia y de la técnica en el siglo XX ha dado saltos agigantados, pero sobre todo en los últimos cincuenta años han sido catalogados como exponenciales. Uno de los problemas fundamentales de la llamada modernidad ha sido el desfase entre las disciplinas de carácter especulativo y las ciencias experimentales. Las primeras, de crecimiento más lento, se han demorado ocasionalmente en brindar respuestas adecuadas al hombre contemporáneo sobre las problemáticas que se suscitan en la vida diaria.<sup>2</sup>

Nunca el ser humano había tenido tanto poder para transformar el mundo y a sí mismo como en estos momentos. Hoy, más que nunca, corremos el peligro de subordinar la dignidad humana y el respeto debido a las personas, a la consecución de unos logros científicos, por tanto, tenemos la obligación de pensar el modelo de sociedad que queremos al hacer nuestras opciones éticas.

Los adelantos científicos y tecnológicos en Medicina Intensiva han creado dilemas éticos sin precedentes para los médicos. La ética clínica se enfoca a la centralidad constante en la relación médico-paciente-enfermera-familiares para llegar a un acuerdo mutuo sobre las decisiones clínicas que afectan al paciente.

El gran desarrollo en el campo de las Ciencias Médicas ha propiciado una mayor aplicación de técnicas para el sostén de la vida, como son las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar, la respiración artificial, la hemodiálisis, el uso de terapias antibióticas de amplio espectro, los hemoderivados, la nutrición y la hidratación enteral y parenteral, entre otros recursos que, si bien son capaces de contribuir a salvar la vida, también en algunos casos pueden prolongar la agonía y atentar contra la calidad de vida de los pacientes.<sup>2,3</sup> Cuba, a pesar de todas las limitaciones, no se ha quedado atrás en la aplicación de las tecnologías que han estado a su alcance y los científicos se han ocupado para que en el campo de la salud se apliquen técnicas de avanzada, paradójicamente esto ha ocasionado que permanezcan con vida pacientes que en otro contexto histórico hubiera sido impensable su supervivencia.

Ello ha propiciado que se hable actualmente de un tipo nuevo de paciente: el paciente en situación clínica límite. La técnica ha impedido su muerte, pero no consigue siem-

pre su curación y restablecimiento, lo que lo deja en un estado de gran incapacidad física o psíquica,<sup>4</sup> tal es el caso de los pacientes que sufren daños neurológicos irreversibles luego de maniobras prolongadas de Reanimación Cardiopulmonar. Tal deterioro le impide no solo el desarrollo de una vida autónoma, sino que además implica una dependencia de medios técnicos y de tratamientos más o menos especializados.

Asimismo, los cambios socioculturales y los avances biotecnológicos, entre otros, han supuesto un cambio interpretativo de la enfermedad. Las nuevas técnicas de mantenimiento de las funciones vitales pueden retrasar en gran medida el proceso de morir y la muerte de muchos pacientes acontece después de haber recibido múltiples intervenciones médicas.<sup>4,5</sup>

Los médicos que atienden a pacientes críticos sufren retos en cada dimensión de su persona. De hecho, la confrontación constante con la muerte puede fomentar el discernimiento y enriquecer la vida, encontrarle explicación a esta dimensión en muchas ocasiones resulta difícil para la persona humana pues hallarle sentido al sufrimiento no es una tarea fácil.

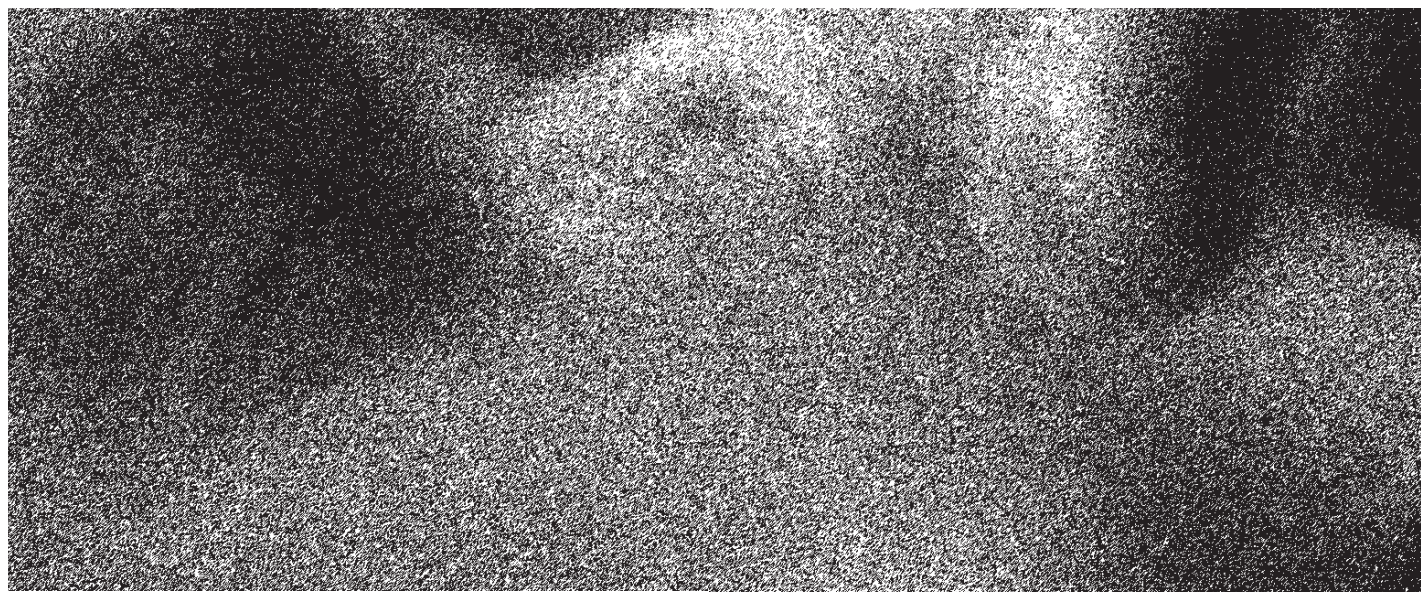
Las preguntas surgidas, en el contexto de la modernidad serán resueltas con la mayor sinceridad y honestidad, salvo que se corra el riesgo de que todo este potencial científico-técnico se vuelva en contra del hombre en alguna medida. Para dar respuesta a estas cuestiones resulta imprescindible la mutua interpelación de la ciencia y la ética, que considero merece una mayor extensión y profundización. Por tanto, se hizo necesario más que nunca el surgimiento de esta nueva disciplina considerada como una Ética de la vida, que aparece en el marco de una sociedad fuertemente medicalizada. La Bioética, como ciencia, como disciplina, que nos ayude y acompañe en este peregrinar, que es la existencia misma del hombre cargada de aciertos, dudas, desconciertos y también dolores.<sup>6</sup>

La Bioética es una disciplina nueva, cuyo valor probablemente consiste en brindar un marco referencial al hombre moderno que le ayude en su actuar diario, en la toma de decisiones morales, las cuales siempre son complejas y cargadas de una gran responsabilidad.<sup>6</sup>

Es la Bioética una ciencia práctica que, basada en principios morales, justos y razonables, trata de encontrar el camino del buen actuar humano para respetar la dignidad del paciente, la cual debe estar por todos los medios al alcance del facultativo que la ejerce, y especificarse en: estima, custodia y realización del sujeto, objeto de su estudio, centrada en la relación médico-paciente. Respecto a esta última, la Bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático, de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la Biología y a la Medicina.<sup>7</sup>

La ética humana es siempre una ética de la fragilidad. La respuesta ética ante el otro debe considerar a ese sujeto como fin en sí mismo. Esta preocupación central por el otro es el meollo de la responsabilidad. La responsabilidad ante





el otro es anterior a mi libertad y esa responsabilidad se acrecienta ante las experiencias vividas de fragilidad y de sufrimiento del otro.

Como vemos, la Medicina que, antiguamente era considerada como una mezcla de arte y ciencia por dedicarse a una labor eminentemente humanitaria y altruista, hoy día posee una fuerte carga experimental y surgen extrapolaciones desde el laboratorio de investigaciones que necesitan ser iluminadas por una reflexión ética que posibilite la preservación de la dignidad de la persona humana, la cual es mucho más que un sujeto de experimentación y el límite de sus fronteras no se encuentran en el ámbito de lo posible sino de lo debido.<sup>8</sup>

Después de dar un pequeño bosquejo de la Ética y la Medicina podemos concluir que ambas ciencias estudian al hombre, pero desde diversas perspectivas que se complementan. Es el hombre la fuente de valores, es él, el fin y no el medio.

El tema que nos ocupa constituye un pilar fundamental en el debate bioético a nivel mundial y está en relación con la decisiones médicas al final de la vida en pacientes en Estado Vegetativo Persistente, precisamente por su vulnerabilidad, fragilidad y falta de autonomía, lo que los pone totalmente en manos del personal que se encuentra a su cuidado.

El Estado Vegetativo Persistente constituye un tema polémico, en el capítulo de alteraciones de conciencia de las Neurociencias contemporáneas así como en el campo de la Bioética, por todo lo que entraña desde el punto de vista humano. Estos pacientes tienen posibilidades limitadas de supervivencia, así como una disminución potencial de autodeterminación y autonomía prácticamente abolida para llevar a cabo las actividades habituales de la vida diaria, por lo que las decisiones a tomar en lo que se refiere a su cuidado ha sido un tema de debate continuo en el campo de las Ciencias Biomédicas.

Con toda probabilidad, el desarrollo tecnológico fue un factor que provocó la redefinición de la muerte llevada a cabo por el Comité de Muerte Cerebral de Harvard. Mien-

tras estar vivo necesariamente equivalía a tener una vida consciente, intencional y proyectiva, no había problema en mantener el criterio tradicional de la muerte. El problema surgió cuando empezó a ser posible vivir durante periodos indefinidos sin que al mismo tiempo la persona fuera consciente de su existencia. ¿El Comité de muerte cerebral de Harvard estaba admitiendo otra excepción a la idea de que la vida humana debe ser mantenida durante el mayor tiempo posible? Lo que está claro es que se empezó a sospechar que los límites de la vida tal vez estaban siendo empujados más allá de lo deseable. P. Singer defiende que, en aquella ocasión, se aceptó por válido un cálculo utilitarista sobre el beneficio social, hasta el punto de justificar que se podía dar la muerte a una persona carente de calidad de vida y sin expectativa de recuperación.

En el Estado Vegetativo Persistente, el problema de su identificación biológica es aún mayor del que existe en la Muerte Cerebral desde que no hay ninguna prueba, test o número biológico que permita, fuera de las consideraciones evolutivas neurológicas, establecer un diagnóstico de certeza. Los pacientes en Estado Vegetativo Persistente han sido el paradigma de las situaciones clínicas que han llevado a desarrollar con mucho énfasis el criterio de muerte neocortical (*high brain criterion*) en los que la lesión neurológica irreversible se asienta en los centros superiores existentes en la corteza cerebral aunque con indemnidad del tronco cerebral, lo que preserva las funciones respiratoria y circulatoria. Los argumentos que defienden este criterio ponen todo el énfasis en que la pérdida absoluta de las funciones cognoscitivas superiores (conciencia, comunicación, afectividad, etc.) definiría más absolutamente la naturaleza y condición humanas que la falla neurológica que regula la homeostasis de las funciones vegetativas. Este criterio cerebral superior (*high brain criterion*) abandona completamente el sentido puramente biológico





de la vida y prioriza en cambio los aspectos vinculados a la existencia de la conciencia, afectividad y comunicación como expresión de la identidad de la persona.<sup>9</sup> Siguiendo esta línea de pensamiento la teoría de la identidad personal apunta a defender el *high brain criterion* considerando asimismo como razones espurias a la justificación biológica, pretendidamente inobjetable, de la Muerte Cerebral. Esta teoría argumenta que cuando queda abolida totalmente la conciencia como en el Estado Vegetativo Persistente la *persona* desaparece, quedando en cambio vivo el *cuerpo biológico* que la albergó.

En la revisión actual de la literatura vemos que existe una falta de consenso en lo que se refiere a la toma de decisiones al final de la vida en estos pacientes, en relación con la decisión en sí misma y en relación también con el hecho de que parte del equipo de salud participa en ella. Estos conocimientos no solo retan a la astucia y pericia médica sino que también lo hacen con el conocimiento, el cual está plagado de ambigüedades y lleno de hipótesis que sirven para conceptualizar y luego llevar a la praxis para así lograr lo mejor para nuestros enfermos.

La cuestión sobre quién debería ser responsable de la decisión es un tema difícil; el paciente está a menudo incapacitado para participar en esta decisión, y el rol del equipo médico, los familiares y el sistema legal son muy variables en diferentes partes del mundo, además de la variabilidad en las decisiones y la dificultad en alcanzar un consenso internacional en estos asuntos.

Como vemos, los criterios son diversos y entrañan innumerables aristas bioéticas, por lo que nos daremos a la difícil tarea de esclarecer desde nuestra modesta opinión,

los conceptos que consideramos más correctos a la luz de valores y principios morales y con un enfoque personalista.

Por tanto en este tema que se refiere al final de la vida humana en pacientes con autonomía ausente, pensamos que quedan muchas interrogantes por resolver, debemos ser muy cautelosos y examinar día a día nuestra conducta para con ellos, a la luz de valores y principios éticos y morales como demanda de nosotros la Bioética. De esta manera, no solo seremos buenos médicos, sino que nos convertiremos en médicos buenos.

Es precisamente toda esta polémica que se ha generado a nivel mundial en relación con el tema del fin de la vida en estos pacientes, la principal motivación de este trabajo. La idea original de la aplicación de una encuesta que evaluara aspectos éticos al final de la vida en pacientes en Estado Vegetativo Persistente fue tomada de una investigación llevada a cabo por Yaguchi y colaboradores llamada "International Differences in End-of-Life Attitudes in the Intensive Care Unit"<sup>10</sup>, la misma se aplicó a través de e-mail y fue contestada por 1961 médicos de 21 países del mundo. Un estudio similar se realizó en Argentina en 2007 a 967 cardiólogos, utilizando la misma encuesta, dirigido por un equipo del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, Buenos Aires, el cual se tituló "Encuesta sobre las actitudes médicas ante un caso hipotético de encefalopatía post-reanimación".<sup>11</sup> Ambos estudios evidenciaron la falta de consenso en lo que se refiere a estos temas del fin de la vida en pacientes con validismo ausente. En nuestro país no se tiene conocimiento de que se hayan realizado estudios de este tipo, por lo cual esto lógicamente también constituyó una motivación importante para realizar esta investigación. Además, el perfil intensivista hace pensar en que sería de utilidad conocer la posición de los médicos cubanos que laboran en Unidades de Cuidados Críticos ante situaciones que encarnan dilemas éticos importantes, para aplicar posteriormente labores éticas de intervención. Para lograr este objetivo se aplicó el cuestionario traducido al español diseñado por Yaguchi A y col. en su estudio,<sup>10</sup> con el propósito de conocer las opiniones de los médicos que están en contacto directo con el paciente crítico en el Hospital Manuel Fajardo en relación con dilemas éticos del fin de la vida en pacientes vegetativos, partiendo de revisión de literatura actualizada al respecto.

De esta forma, se podrá fundamentar criterios a partir de las experiencias transmitidas por los médicos encuestados y exponer argumentos actuales sobre las medidas de sostén en estos pacientes. La investigación se desarrolló durante el tercer trimestre del año en curso y pretendió demostrar cuál fue la opinión de estos médicos acerca del tratamiento al final de la vida del paciente en Estado Vegetativo Persistente y cuáles variables pudieran haber incidido en esta respuesta.

#### **Objetivo general:**

- Caracterizar las actitudes éticas del profesional médico en la toma de decisiones humanizadas en pacientes en

Estado Vegetativo Persistente en las Unidades de Atención al Grave del Hospital Manuel Fajardo.

#### Objetivos específicos:

- Enunciar las respuestas de los encuestados en lo que se refiere a quien toma la decisión del tratamiento en un paciente en Estado Vegetativo Persistente teniendo en cuenta consideraciones de naturaleza bioética.
- Determinar si el sexo influye o no a la hora de decidir quién toma la decisión en la conducta médica en estos pacientes.
- Comparar nuestros resultados con los del estudio de Yaguchi y col. en lo que se refiere a la orden de no reanimar en un paciente con diagnóstico de Estado Vegetativo Persistente e identificar si la creencia religiosa de los encuestados guarda relación con dicha orden.
- Identificar si los conocimientos previos de Bioética y el trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos pueden influir en la conducta médica seguida ante un paciente en Estado Vegetativo Persistente estable o inestable.

#### Material y Métodos:

Se realizó una investigación descriptiva-analítica, observacional, exploratoria de corte transversal en el Hospital Manuel Fajardo tercer trimestre del año 2012. Se trabajó con todos los médicos y residentes de las Unidades de Atención al Grave del Hospital Manuel Fajardo, de ellos 35 especialistas de diferentes especialidades que incluyeron: Terapia Intensiva, Medicina Interna, Neurología, Cardiología, Geriátrica y Nefrología y 7 residentes.

Los métodos que se utilizaron en la investigación y que condujeron a la comprensión, análisis y búsqueda de estrategias de solución a los problemas fueron: en primer lugar, los teóricos: analítico-sintético aplicados en diferentes momentos; los inductivo-deductivo fueron aplicados de manera permanente hasta llegar a conclusiones concretas; y el dialéctico, pues el proceso fue dinámico, cambiante a la luz de contradicciones existentes en la realidad. En segundo lugar, los métodos estadísticos a partir de una encuesta previamente validada por Yaguchi y col. en su versión traducida al español. Se agregaron algunos datos a la misma como edad, sexo, años de graduado, conocimientos previos de Bioética, tiempo de trabajo en Unidad de Cuidados Intensivos y creencia religiosa. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima, previo consentimiento informado. Se emplearon las técnicas de estadística descriptiva: media, desviación estándar, sumatoria, porcentaje, tasas de prevalencia y matrices de correlación. Las variables categóricas fueron resumidas en razones y proporciones. La presencia de asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente se realizó mediante la prueba de *Chi Cuadrado* ( $X^2$ ).

#### Análisis y discusión de los resultados:

De manera general se pudo constatar que el estudio estuvo constituido por 42 médicos que trabajan en los servicios de atención al grave del Hospital Manuel Fajardo, de La Habana, de ellos 19 pertenecían al sexo masculino

para 45,2% y 23 al sexo femenino para 54,8%. La media de edad de los participantes fue de 41,2 años con una desviación estándar de 9,2 años y donde el rango de edad osciló entre 26 y 63 años. Asimismo, la media de años de graduado fue de 16,9 años, con desviación estándar de 9,4 años para un mínimo de 2 años y un máximo de 40 años.

También en el estudio participaron 35 especialistas y 7 residentes que se encontraban en ese momento rotando por dichos servicios, en cumplimiento de su plan de estudios. La distribución según especialidad médica de los encuestados se comportó de la manera siguiente: la especialidad más representada fue Medicina Interna con 15 clínicos para 35,7%, seguido de cardiólogos e intensivistas que resultaron ser 7 de cada uno para 16,7%, igual número correspondió a los residentes. También participaron en la investigación 1 nefrólogo y 1 geriatra.

Según los datos obtenidos de la investigación, la mitad de los encuestados tomó la decisión sobre el tratamiento médico después del consenso con otros colegas, lo que representa 50% del total. Un 23,8% consultó la decisión con el Comité de Ética. En particular se destaca que solo 2,4 % de los encuestados decidió solo o se remitió al tribunal y solo un 9,5% contó con la opinión de enfermería en lo que se refirió a la conducta a seguir en nuestro paciente.

Un concepto importante a la hora de reconocer la necesidad de la participación de enfermería cuando se decide el final de la vida de un enfermo está dado por la ética del cuidar que se despliega de esta labor humana y altruista, por lo que consideramos fundamental incluir a la enfermera como parte importante y decisiva en las decisiones al final de la vida de estos pacientes.

En el estudio, comparando a otros datos que evidencian lo antes expuesto en Europa del Sur, Turquía y Brasil, no existieron diferencias significativas en Cuba, entre la orden de no reanimar escrita y la verbal aunque, predominó la primera con 47,6% contra la verbal con 33,3%. El patrón más parecido a nuestro estudio, fue el encontrado en Japón. Solo 19% de los encuestados optó por no dar la orden de no reanimar y por tanto ante la recurrencia de una Parada Cardiorespiratoria en el paciente en Estado Vegetativo Persistente con las particularidades anteriormente analizadas, comenzaron maniobras de resucitación.

La orden escrita de no reanimar fue dada por 12 creyentes para 48% contra 8 no creyentes para 47,1%, no constándose tampoco diferencias sustanciales.

De los que no dieron la orden de no reanimar, 6 fueron creyentes para 24% y solo 2 no creyentes para 11,8%, aunque no existió una gran diferencia entre estos, se observa un discreto predominio de creyentes que no dieron la orden de no reanimar en caso de recurrencia de una parada cardiorespiratoria. Por lo que tener creencias religiosas o no, no se relacionó de forma significativa con dar o no la orden de no reanimar en nuestro paciente, en caso de recurrencia de una Parada Cardiorespiratoria. Esta respuesta podría estar en relación con confusiones en los términos clínicos en lo que se refiere al estado de coma, la Muerte Encefálica y a otras situaciones de alteración de la conciencia y su





contenido, por una parte, y por otro lado podría deberse a la falta de conocimientos de Bioética del personal sanitario que los lleva a tener conductas utilitaristas y eugenésicas para con estos enfermos, que no pueden hacer valer su autonomía, corriendo el riesgo de incurrir en el concepto de la pendiente inclinada.

Otro aspecto que recoge la investigación se centró sobre la base de los conocimientos recibidos en bioética. Se constató que un número elevado de los encuestados que participó en encuentros de Bioética, también escogió la misma conducta, ellos representaron 47,4% de la muestra. En segundo lugar, en orden decreciente, le siguen los médicos que mantuvieron al paciente en Unidad de Cuidados Intensivos y aplicaron tratamiento conservador, esta opción fue preferida en este caso por los que tenían conocimientos previos de Bioética, 42,1% contra 26,1% de los que desconocían elementos bioéticos. De los médicos que tenían conocimientos de Bioética, ninguno optó por la decisión de enviar a la sala general con la intención de parar la alimentación enteral, mientras 8,7% de los que no tenían entrenamiento en Bioética si escogió esta opción. A pesar de que hubo algunas diferencias en la conducta médica aplicada entre los galenos que conocían de Bioética y los que no, estas no fueron significativas desde el punto de vista estadístico.

Más de la mitad de los encuestados que no tenían conocimientos previos de Bioética optó por realizar traqueostomía y transferir a la sala general para continuar la atención. Un porcentaje muy similar, aunque menor, también correspondió a la misma conducta en encuestados que sí tenían conocimientos previos de Bioética. Desde el punto de vista ético, consideramos que esta respuesta es la más correcta, pues se trata de un paciente estable, al cual se le puede brindar la atención en sala general sin los riesgos potenciales de la Unidad de Cuidados Intensivos que podrían incluir infecciones y otros, así se cumple con el principio de prevención, en el que se refleja la necesidad de evitar complicaciones en estos pacientes, en los cuales la salud se encuentra muy deteriorada y otra complicación asociada podría dar al traste con la vida del mismo.

Asimismo, pensamos que con esta respuesta se aplica el principio de proporcionalidad terapéutica, al ofrecer al paciente los cuidados necesarios de acuerdo a su diagnóstico, de enfermedad crónica en estos momentos estable, dado por la aplicación de intervenciones médicas que ofrecen una razonable probabilidad de beneficio en términos de preservar y/o recuperar su salud.

En cuanto a la relación entre la conducta médica en el paciente inestable y los conocimientos previos de Bioética. La respuesta más acertada en la conducta a seguir en el paciente inestable, fue dada en más de 50% de los encuestados que no tenían conocimientos previos de Bioética, los cuales optaron por mantener la ventilación mecánica y comenzar antibióticos y vasopresores en un paciente en Estado Vegetativo Persistente con diagnóstico de Shock Séptico por Sepsis Respiratoria, lo cual es moralmente correcto, pues este es el tratamiento de elección de un paciente con



dicha entidad, avalado por protocolos de tratamiento internacionales. Los entrenados en Bioética decidieron la misma conducta en un porcentaje menor. Aproximadamente 50% de los encuestados que tenían conocimientos previos de Bioética prescindió del uso de vasopresores, aunque decidió mantener la ventilación mecánica y comenzar con antibióticos, respuesta que no es del todo aceptable desde el punto de vista ético, ya que prescindir del uso de vasopresores en un paciente en shock, pensando que son medidas desproporcionadas, va en contra de la evolución favorable del enfermo y en realidad lo que el médico está aplicando en este caso constituye una limitación del esfuerzo terapéutico. Un 34,8% de los encuestados que no tenían instrucción bioética tuvo igual decisión.

La preferencia de los intensivistas por el destete terminal puede estar en relación con que, con esta técnica, el paciente no muestra signos de obstrucción de vía aérea, *esteriores de la muerte*, ni *hambre de aire*. Esto no solo mejora la comodidad del paciente, sino que también puede disminuir la angustia de la familia y sus cuidadores, al percibirse como menos activa que la extubación. Este proceder puede durar horas o días y aunque puede prolongar la ansiedad de la familia, también podría ayudar a preparar el proceso de duelo. También su indicación por parte de los intensivistas podría deberse a que estos especialistas con frecuencia se familiarizan con este tipo de términos, lo cual induciría a la utilización de los mismos, pasando por alto el principio de inviolabilidad de la vida. **B**

#### Conclusiones:

- La mitad de los médicos consultó con otros colegas la decisión médica al final de la vida del paciente en Estado Vegetativo Persistente, lo cual garantiza el intercambio de saberes de este grupo epistémico, se logra así un enfoque multidisciplinario en la atención.
- El sexo de los encuestados no influyó a la hora de decidir quién tomó la conducta ante el paciente en Estado Vegetativo Persistente.
- La orden de no reanimar fue dada por la mayoría de los encuestados, con un patrón similar al de Japón, y reflejó un carácter utilitarista en esta decisión y la creencia religiosa de ellos no tuvo relación con la aplicación de dicha orden.
- Los conocimientos previos de Bioética y el trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos no tuvieron repercusión en la conducta asumida por los encuestados en el tratamiento del paciente en Estado Vegetativo Persistente estable e inestable.

#### Recomendaciones:

Realizar otras investigaciones en relación con este mismo tema, en las cuales la muestra sea más representativa para así poder generalizar los resultados de esta investigación a otras Unidades de Cuidados Intensivos.

#### Referencias

- 1.- Drane J. Un rol para los “testamentos vitales” y las “subrogaciones por representantes”. JA (Jurisprudencia Argentina) 2007; 6: 8-14.
2. Carrillo ER, Carvajal RR, Villaseñor OP. La etapa terminal de la vida en la Unidad de Terapia Intensiva. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2004; 18:173-191.
3. Angus DC, Barnato AE, Linde WT, Weissfeld SA, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. Crit Care Med 2004; 32:638-643.
4. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA. 2004; 291:88-93.
5. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. Can J Anaesth. 2004; 51:266-272.
6. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, et al. Nurses' involvement in “do not resuscitate” decisions on acute elder care wards. J Adv Nurs 2007; 57: 404-9.
7. Zamora Marín, R: Fundamentación de la Bioética y su importancia en el mundo contemporáneo. Cuadernos del Aula “Fray Bartolomé de Las Casas”. Segundo número, La Habana, 1998.
8. Turner L. Bioethics in pluralistic societies. Med. Health Care Philos. 2004; 7(2): 201-8.
9. Gherardi CR. La muerte cerebral y la muerte. Medicina (Buenos Aires) 1997; 57: 114-8.
10. Yaguchi A, Truog RD, Curtis R, et al. International differences in end-of-life attitudes in the Intensive Care Unit. Results of a survey. Arch Intern Med 2005; 165: 1970-5.
11. Doval H, Boracci R, Giorgi M, et al. Encuesta sobre las actitudes médicas ante un caso hipotético de encefalopatía post-reanimación. Medicina (B. Aires) v.69 n.1.ene-feb.2009