

Eutanasia, calidad de vida y retiro de soporte vital. Estudio en 5 Centros de cuidados críticos

PASCUAL VALDEZ¹, CLAUDIA FUKUDA¹, DANIEL ELISABE¹, MARIO MARDYKS¹, BIBIANA ABAZ², NATALIA MANO³, SILVIA VERÍCI⁴, LEONARDO VASTA⁵

¹Hospital Vélez Sarsfield; ²Hospital Penna; ³Hospital Belgrano; ⁴Hospital Ramos Mejía; ⁵Universidad Abierta Interamericana

Centro coordinador: Hospital Vélez Sarsfield. GCBA. Calderón de la Barca 1550.
e-mail: rpascual46@gmail.com

Palabras clave

- eutanasia
- abstención
- retiro
- soporte vital
- futilidad
- bioética

Key words

- euthanasia
- withholding
- withdrawing
- vital support
- futility
- autonomy
- bioethics

Resumen

Objetivos. Evaluar opiniones y conductas acerca de métodos de abstención y/o retiro de soporte vital y de la eutanasia, en profesionales que trabajan usualmente en el ámbito de Servicios de Terapia Intensiva.

Métodos. Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se encuestaron 130 profesionales de 5 unidades de Terapia Intensiva. Encuesta abierta/cerrada. Estadística descriptiva, regresión lineal y logística.

Resultados. El 86.92% considera que la abstención (A) y/o retiro (R) de los métodos de soporte vital implica límites en la atención médica, el 63.07% piensa que A y R no son equivalentes. El 78.46% no consigna en las historias sus decisiones. El 36.92% no discute con el resto del equipo sus decisiones. Las variables más relacionadas con A y R son: irreversibilidad del cuadro agudo (80.76%) e ineficacia de medidas terapéuticas (70.00%). A es más frecuente que R (47.69% y 40.76%). El 24.61% consensúa con la familia. El 31.53% investiga preferencias previas del paciente. Los R más comunes son: suspensión de inotrópicos (50.00%) y de la ventilación mecánica (36.92%). El 15.38% está a favor de la eutanasia. De las variables mencionadas, no se hallaron predictores a favor de la eutanasia en el modelo multivariado. No se hallaron diferencias a favor de eutanasia entre Centros, ni entre médicos versus enfermeros, ni entre médicos experimentados versus en formación ($p < 0.05$ o más en todos los casos). La antigüedad en terapia intensiva no fue predictora de eutanasia en regresión lineal ($p > 0.6110$).

Conclusiones. La mayoría de los profesionales considera que abstención o retiro del soporte vital implica limitar la atención, sin consignar tal conducta en la historia, y basándose en general en la irreversibilidad del cuadro agudo; la minoría está a favor de la eutanasia, sin diferencias según profesión o antigüedad profesional.

Summary

Objective. To evaluate opinions and behaviors of professionals working in Intensive Care Units about withholding and withdrawing life-sustaining treatment.

Methods. a prospective, observational, transverse, analytical study through anonymous self-administered questionnaire to professionals working in the Intensive Care Units of five Centers. Descriptive statistics, linear and logistic regression.

Results. the survey was answered by 130 professionals (79% of the total); 86.92% considers that the withholding (A) and/or withdrawing (R) of vital support involves limits in the medical attention; 63.07% thinks that A and R are not equivalent; 78.46% does not write their decisions on the medical records. 36.92% do not discuss with the rest of the equipment their decisions. The variables most related with A and R are: irreversibility of the illness (80.76%) and inefficiency of therapeutic measures (70.00%). A is more frequent than R (47.69% and 40.76%). Only 24.61% of the professionals get the agreement of the family, and in 31.53% they search for previous preferences of the patient. The most common R were inotropics (50.00%) and mechanical ventilation (36.92%); 15.38% of the professionals are in favor of euthanasia. In the multivariate model, there were not variables associated with euthanasia support. Regarding opinions on euthanasia there were not differences between nurses and physicians, between Centers, and no connexion with the years of professional experience.

Conclusions. Most of the professionals think that withholding or withdrawing the vital support implies limitation in the treatment, without recording the decision in the medical records; the decision between A or R are based mainly on the irreversibility of the acute condition; the minority is in favour of euthanasia, regardlessly of profession or years of professional experience.

Introducción

“*Vivir es un derecho, no una obligación*”, dice el personaje de Ramón Sampredo en la película “*Mar adentro*”, poco antes de beber un vaso con cianuro. El Sampredo de carne y hueso, tetrapléjico, batalló ante los tribunales españoles pidiendo que se le autorizara a morir, después de 29 años de postración. Sampredo no quería morir en silencio. Expuso su caso ante la opinión pública y escribió un libro, “*Cartas desde el infierno*”. Finalmente se suicidó tomando cianuro ante una cámara de video el 12 de enero de 1998, a los 55 años, según el mismo dijo: “a escondidas, como un criminal”.

El desarrollo vertiginoso de la medicina intensiva durante la última década con la incorporación en nuestro medio de información y tecnología de avanzada así como también una utilización de recursos inadecuada, plantea en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro país problemas éticos legales, en el momento de la toma de decisiones, de muy difícil manejo. El avance de la tecnología ha posibilitado posponer la muerte (la expectativa de vida ha aumentado 10 años en las últimas 5 décadas), pero muchas veces sólo prolonga el proceso de agonía sin prolongar la vida. El médico ha actuado históricamente sumergido en el principio de “*El Deber de Asistencia*”. Son incuestionables premisas básicas como la de Ferrater Mora que expresa “vivir es preferible a no vivir”. Estas premisas que han caracterizado al paternalismo profesional entran hoy en colisión con el principio de autonomía. En 1939 el 37% de las muertes ocurridas en los Estados Unidos tenían lu-

gar en los hospitales, pero en 1989 esto era así hasta en el 85% de los casos¹. Alrededor del 70% de estas muertes seguían a una decisión de no indicar o suspender alguna forma de tratamiento².

Es común en observar los siguientes hechos en las UTI³: insatisfacción de la familia del paciente con la atención recibida en el final de la vida, comunicación insatisfactoria con el personal asistencial, insuficiente manejo del dolor. No existen programas de capacitación para el personal de salud en el cuidado del fin de la vida³. El objetivo principal de la ética clínica es mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes identificando, analizando, y contribuyendo a la resolución de problemas éticos que ocurren en la práctica de la medicina clínica⁴.

Los dilemas éticos giran alrededor de tecnología, límites en el tratamiento, elecciones de ingreso y alta, cambiar tratamientos, y relación médico paciente⁵.

A través de una encuesta efectuada a profesionales que trabajan en el ámbito de los cuidados críticos nos propusimos:

- Evaluar opiniones y conductas acerca de métodos de abstención (A) y/o retiro (R) del soporte vital, percepción del conocimiento de la sociedad acerca de la implicancia de los mismos, conductas médico legales, causas de aplicación de dichos métodos, interacciones con el resto del equipo de salud y con la familia, opiniones acerca de la euthanasia.
- Evaluación de las técnicas de retiro de soporte utilizadas: ventilación mecánica, la intubación endotraqueal, y la reanimación cardiopulmonar.

- Establecer diferencias conductuales y de opinión entre aquellos que están a favor o no de la eutanasia.
- Establecer en un modelo logístico variables predictoras de opiniones a favor de la eutanasia.
- Comparar opiniones entre Centros, entre médicos y enfermeros, y entre médicos experimentados y en formación.

Material y Métodos

Diseño: Prospectivo, observacional, transversal, analítico, a través de una encuesta efectuada al personal que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva (médicos, enfermeros, psicólogos y kinesiólogos) de 5 centros asistenciales. La encuesta se realizó entre los meses de agosto a octubre del 2004.

Se aplicó una encuesta auto-administrada. La misma fue esencialmente cerrada (opiniones SÍ-NO o bien elección múltiple o jerarquización de variables). Se dejó un ítem final abierto de opiniones respecto de la eutanasia.

Descripción del instrumento

Se interrogó: edad, sexo, religión, profesión, antigüedad profesional y en terapia intensiva, cargo, trabajo fuera de la terapia intensiva. La encuesta fue la siguiente:

1. La indicación de abstención o retiro, a su juicio indica: ¿límite de atención médica o abandono del paciente?
2. ¿Ud cree que la sociedad es consciente que las decisiones sobre el soporte vital tienen decisiva y cercana influencia en la muerte del paciente?
3. La abstención y el retiro del soporte vital, ¿son equivalentes?
4. Las medidas de abstención o retiro, ¿son escritas por Ud. en la historia clínica (HC)?
5. Si no se escribe en la HC, ¿la causa es temor legal, inseguridad moral o falta de hábito? (jerarquice de 1 a 3).
6. ¿Debate en grupo las medidas de abstención o retiro?
7. La indicación de abstención o retiro, ¿se relaciona con: ineficacia de cualquier medida terapéutica, presunta calidad de vida posterior del paciente, naturaleza de enfermedad crónica preexistente, irreversibilidad del cuadro agudo o costos de atención? (jerarquice).
8. ¿Lo más común es la abstención o el retiro?
9. ¿Consensúa con los familiares acerca de estas medidas?
10. ¿Investiga y respeta las preferencias del paciente?

11. ¿Conoce qué se haya requerido la opinión del Comité de Ética en algunos de sus ámbitos laborales?
12. En caso que sí, ¿fue por disenso entre el equipo, entre familiares o entre ambos?
13. ¿Cuál es el retiro más usado: ventilación mecánica, inotrópicos o alimentación/ hidratación?
14. La modalidad del retiro de ventilación mecánica, ¿es brusca (interrupción completa) o progresiva (disminución de oxigenación y del volumen)?
15. Al retirar la ventilación, ¿se extuba al paciente o se lo deja intubado?
16. ¿Qué frecuencia de RCP realiza?
17. Escriba opiniones, experiencias, observaciones respecto de la eutanasia.

Estadística

- *Descriptiva:* Media, mediana, porcentajes, ES, IC 95%.
- *Inferencial:* Test de X^2 .
- *Regresión:* lineal y logística.

Resultados

La población encuestada fue de 130 personas sobre un total de 163 trabajadores (79.75%). La edad promedio fue de 40.67 años, discreto predominio de varones (53.08%), en su mayoría profesan la religión católica (70.76%) estando el ateísmo en segundo lugar (22.30%), con 43.07% de médicos y 52.30% enfermeros, con un promedio de 13.35 años de profesión y 9.38 años en terapia intensiva (Tabla 1), distribuidos en 5 unidades de terapia intensiva (Tabla 2).

El 86.92% considera que la A y/o R de los métodos de soporte vital implica límites en la atención médica, en tanto que el 11.53% lo considera abandono del paciente. El 73.07% piensa que la sociedad no es consciente que las decisiones sobre el soporte vital tienen decisiva y cercana influencia en la muerte del paciente. El 63.07% piensa que la A y el R del soporte vital no son equivalentes. El 78.46% no deja constancia en las historias clínicas de estas decisiones, asumiéndose como causas en orden de importancia: temor legal (87.25%), falta de hábito (54.90%) e inseguridad moral (44.11%). El 36.92% no discute con el resto del equipo las medidas de abstención y/o retiro (Figura 1).

Las variables relacionadas con la indicación de A y/o R son: irreversibilidad del cuadro agudo (80.76%), ineficacia de medidas terapéuticas (70.00%), presunta calidad de vida posterior (64.61%), naturaleza de enfermedad crónica preexistente (53.84%), costos (46.92%) (Figura 2).

La A es la medida más frecuentemente tomada (47.69%), en tanto que el retiro ocurre en el 40.76%. El 24.61% intenta consensuar siempre con la familia,

TABLA 1
Datos epidemiológicos de la población encuestada

Edad		Sexo	
Media ± ES	40.67 ± 0.77	Mujeres 61 (47%); Varones 69 (53%)	
Religión		Profesión	
Católicos	92 (70.76%)	Enfermeros	68 (52.30%)
Judíos	3 (2.30%)	Médicos	56 (43.07%)
Evangelistas	3 (2.30%)	Kinesiólogos	5 (3.84%)
Ortodoxa rusa	1 (0.76%)	Psicólogos	1 (0.76%)
Ateos	29 (22.30%)		
No responde	2 (1.53%)		
Años de profesión		Años de trabajo en UTI	
Media ± ES	13.35 ± 0.63	Media ± ES	9.38 ± 0.57
IC 95%	12.09, 14.61	IC 95%	8.24, 10.52
Mediana ± MAD	14.00 ± 5.00	Mediana ± MAD	9.50 ± 5.50
Cargo en UTI		Lugar de ejercicio profesional	
Médico jefe	3 (2.30%)	UTI solamente	74 (56.92%)
Médico de guardia o planta	39 (30%)	UTI y otra área	55 (42.30%)
Médico en formación	14 (10.76%)	No responde	1 (0.76%)
Enfermero jefe	4 (3.07%)		
Enfermero asistencial	64 (49.23%)		
Psicóloga UTI	1 (0.76%)		
Kinesióloga UTI	5 (3.84%)		

TABLA 2
Distribución por hospital

Centro	Encuestados/personal UTI	% representado
Centro 1	41/41	100.00
Centro 3	36/45	80.00
Centro 5	20/26	76.92
Centro 4	17/28	60.71
Centro 2	16/23	69.56
TOTAL	130/163	79.75

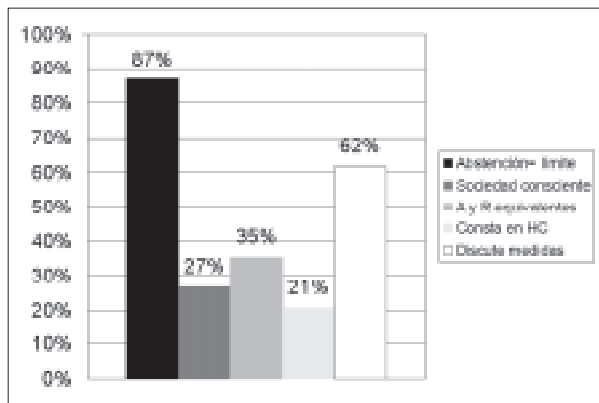


Figura 1. Prevalencia de opiniones y actitudes favorables

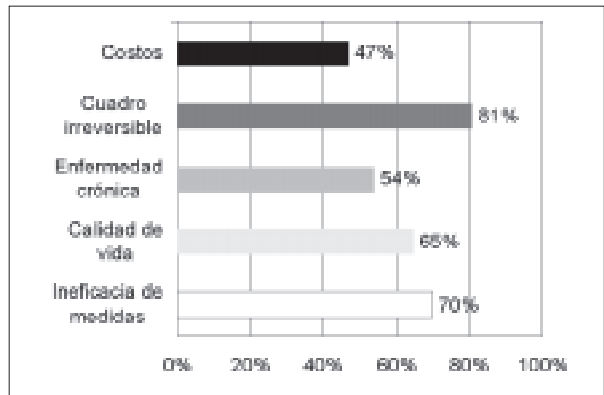


Figura 2. Variables relacionadas con indicación de abstención o retiro

el 22.30% nunca, y el 50.00% a veces. El 31.53% investiga siempre las preferencias del paciente, el 18.46% no lo hace nunca, y el 43.07% lo hace a veces. El 25.38% supo que alguna vez fue necesaria la intervención del Comité de Ética en su lugar de trabajo. Las causas por las que se consultó al Comité fueron por disenso: del equipo (66.66%), entre familia y equipo (36.36%) y entre familiares (39.39%) (Figura 3).

Los R de soporte más frecuente fueron: de inotrópicos (50.00%), de ventilación mecánica (VM) (36.92%) y de alimentación e hidratación parenteral (7.69%). La modalidad de retiro de VM es brusca en el 9.23%, y progresiva en el 75.38%. Tras retirar el respirador, el 71.53% deja intubado al paciente, en tanto que el 13.07% lo extuba.

La mayor prevalencia de RCP se da en el 44.61% de los profesionales, que reaniman el 50%-90% de los casos de paro cardíaco; esta cifra es seguida por un 34.61% de profesionales que reaniman a más del 90% de las detenciones cardiorrespiratorias. El 13.84% reanima a menos del 50% de los PCR.

Al analizar aspectos cualitativos de la encuesta, como ser opiniones a favor o en contra de la eutanasia, 20 encuestados (15.38%) se manifiestan a favor de la misma (Tabla 3).

Al estudiar relación entre opiniones y/o conductas respecto de definición personal acerca de si se está de

acuerdo o no con la eutanasia, surge una mayor cantidad de quienes piensan que abstenerse se debe al límite de atención, que la A y/o el R son equivalentes, y discuten más en equipo las medidas de A y/o R, con respecto a aquellos que no lo están, pero las diferencias no son significativas al realizar el test de Chi cuadrado.

Al realizar regresión logística con opinión a favor de eutanasia como variable dependiente y realizar discusión grupal, considerar equivalencia entre A y R, o considerar que A se debe a límite terapéutico, como variables predictoras, no surgen valores de significancia estadística con el estadístico de Wald en las 3 situaciones.

Al realizar regresión logística con opinión a favor de eutanasia como variable dependiente y probables indicaciones de A o R como variables predictoras, ninguna presentó significancia estadística (calidad de vida posterior, enfermedad crónica previa, irreversibilidad del cuadro agudo, costos de atención, ineficacia de tratamientos).

La antigüedad en cuidados críticos no se comportó como predictora de opiniones a favor de eutanasia en la regresión lineal, con p valor 0.6110.

Los Centros con mayores opiniones a favor de la eutanasia fueron el 2 y el 4 (25.00% y 23.58% respectivamente) en tanto que el centro 3 fue el de más baja aceptación (8.33%). En el global, hubo 15.38% de opiniones a favor (Tabla 4 y Figura 4).

Al comparar los Centros entre sí, no se observan diferencias de opinión entre los mismos.

Al comparar opiniones a favor entre médicos y enfermeros, la prevalencia fue 14.70% y 16.07% respectivamente, con diferencias no significativas (p valor χ^2 : 0.83), y comparando opiniones a favor

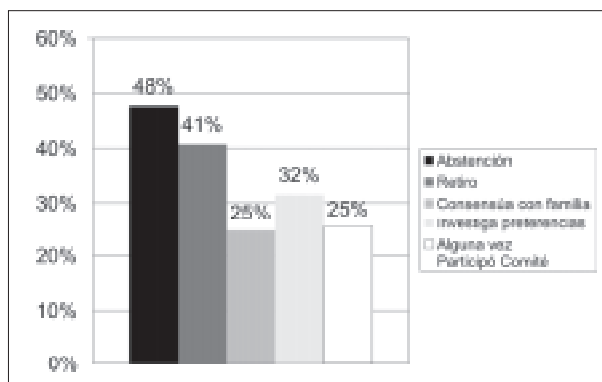


Figura 3. Conductas tomadas

TABLA 3
Análisis cualitativo de opiniones sobre eutanasia

Consideradas a favor	No consideradas a favor
<ul style="list-style-type: none"> - Debería hacerse en pacientes (pt) en situación terminal ("eutanasia activa"). - No la practico por falta de legislación. - Se administró potasio EV en un pt en muerte cerebral no donante. - Estoy de acuerdo con la ley de Holanda (eutanasia activa). - La eutanasia es un derecho del pt. - La familia iba a pedir la eutanasia en un pt irreversible, habiendo realizado ya el duelo. - Debe hacerse, pensando además en los receptores de órganos y tejidos. - Debe hacerse analizando cada caso y discutiéndolo en equipo. - La realicé en pt terminales a pedido de ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es común anotar intervenciones pero no realizarlas ("eutanasia pasiva"). - Algunos familiares han solicitado eutanasia pasiva en pt irreversibles. - No haría la eutanasia activa, sí la pasiva previo consenso con la familia. - Me han pedido la eutanasia activa y no accedí. - No estoy de acuerdo pues no figura entre las prácticas de enfermería. - No estoy de acuerdo pues siempre se debe luchar por la vida. - Dios no decide esta forma de morir.

TABLA 4
Comparación entre centros en relación a opiniones a favor o no de eutanasia activa. Estadística descriptiva.

Centro	No a favor	A favor	Total
Centro 1	35	6 (14.63%)	41
Centro 2	12	4 (25.00%)	16
Centro 3	33	3 (8.33%)	36
Centro 4	13	4 (23.52%)	17
Centro 5	17	3 (15.00%)	20
TOTAL	110	20 (15.38%)	130

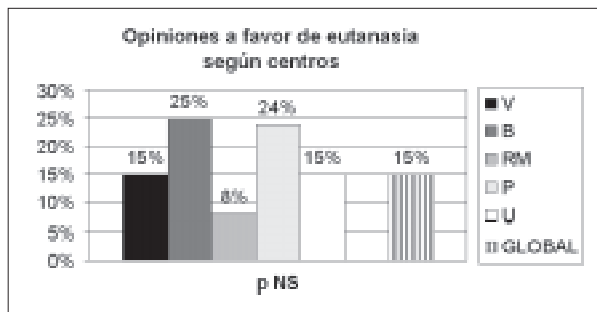


Figura 4. Comparación entre Centros según opinión a favor de eutanasia

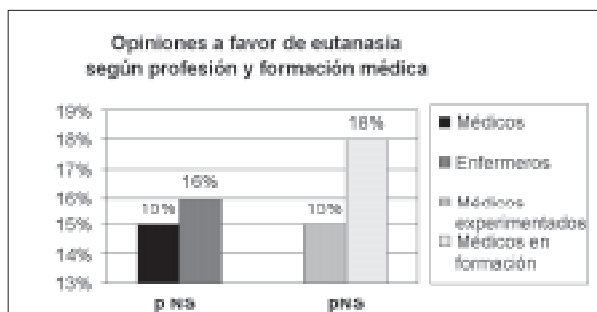


Figura 5. Comparación entre profesiones y antigüedad según opinión a favor de eutanasia

entre médicos experimentados y en formación, la prevalencia fue 15.38% y 17.64% respectivamente, con diferencias no significativas (p valor X^2 : 0.83) (Figura 5).

Discusión

El 86.92% considera que la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital implica límites en la atención médica. Esta cifra coincide con otros autores⁶ en cuyo estudio encuentran que el 84% de los profesionales es partidario de poner límites en la atención.

El 73.07% de los encuestados piensa que la sociedad no es consciente que las decisiones sobre el soporte

vital tienen decisiva y cercana influencia en la muerte del paciente.

La suspensión de la hidratación y la nutrición han sido particularmente difíciles de racionalizar para algunos^{7,8}, pero la mayoría de los médicos⁹⁻¹³, las opiniones de la corte^{14,15} y del público¹⁶ igualan todo el tratamiento. Es decir, todo tratamiento importante (con excepción de las medidas de confort) "mantiene la vida". No hay estudios publicados que revelen la realidad del conocimiento comunitario. La mayoría de las experiencias que incorporan a las familias hace referencia a compartir decisiones de limitar las terapias, como por ejemplo en Francia¹⁷, donde la familia estuvo involucrada en el 44% de las decisiones.

El 63.07% piensa que la abstención y el retiro del soporte vital no son equivalentes. Según la Universidad de Pittsburgh, no hay diferencias éticamente relevantes entre ambas situaciones¹. Un estudio en nuestro medio¹⁸ en 93 profesionales halló cifras similares: el 59% no percibe la diferencia moral entre no aplicar un método y retirarlo.

El 78.46% no deja constancia en las historias clínicas de estas decisiones, asumiéndose como primera causa el temor legal.

Más allá de toda discusión moral, hasta el momento nuestro país carece de legislación para dichas prácticas relacionadas con el fin de la vida en pacientes terminales, penalizando por igual la abstención como el retiro. La ayuda para cometer suicidio está penada con prisión según el artículo 83 del código penal¹⁹.

El 36.92% no discute con el resto del equipo las medidas de abstención y/o retiro. La discusión en equipo para estas medidas es poco común. Un estudio⁶ habla del desacuerdo entre médicos y enfermeros en cuanto a indicar el egreso de la unidad de cuidados intensivos de pacientes irrecuperables (83% y 50% respectivamente), pero no hay trabajos donde se mezclen ambas opiniones, ni las del equipo de salud mental, kinesiólogos, trabajadores sociales, etc. En otro estudio¹⁷ se menciona que las limitaciones de terapia de sostén vital fueron compartidas con enfermería en el 47% de los casos.

Las variables relacionadas con la indicación de abstención y/o retiro más comunes son: irreversibilidad del cuadro agudo (80.76%), ineficacia de medidas terapéuticas (70.00%) y presunta calidad de vida posterior (64.61%). Un estudio⁶ revela que el 80% de los profesionales toma en cuenta la calidad de vida posterior. En otro²⁰, los factores que se consideraron de mayor relevancia para tomar la decisión de limitar las medidas terapéuticas fueron: la calidad de vida previa (67%), la probabilidad de no sobrevivir a la estancia hospitalaria (61%), la cronicidad y severidad de la enfermedad de base (54%) y que tenga un problema agudo potencialmente no reversible (54%).

Otra experiencia, en España²¹, respecto al peso de las decisiones para limitar las medidas de soporte, mostró en primer lugar a la calidad de vida previa (78%) y luego a la futilidad del esfuerzo terapéutico (58%).

La abstención es la medida más frecuentemente tomada (47.69%). En otro estudio²², la abstención fue 3 veces más común que el retiro, y dicha situación se relacionó con la experiencia previa. En otro ensayo²³, se halló que la abstención fue más común en hospitales de comunidad, en tanto que el retiro fue más frecuente en hospitales universitarios.

Un trabajo realizado en el Hospital de Clínicas²⁴ registró la conducta terapéutica en 548 fallecidos sobre 2640 ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva, observándose limitación terapéutica del soporte vital en el 45.6%, con un predominio importante de la abstención y ONR (32.6%) por sobre el retiro del soporte vital (8.2%). La limitación terapéutica es similar a la vista en otros estudios, pero la incidencia de retiro se ubica entre España (6.6%) y Francia (11%) o el Ethicus Study (13.5%) que agrupó a 17 países europeos²⁵.

El 24.61% intenta consensuar siempre con la familia, el 22.30% nunca. La familia estuvo involucrada en el proceso de decisión en el 44% de los casos en un estudio en Francia¹⁷. En otra experiencia²⁶, se menciona un 69% de acuerdo con la familia. La encuesta de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva en 2002 halló que el 64% intenta consensuar con la familia a veces y el 15% nunca.

El 31.53% investiga siempre las preferencias del paciente, el 18.46% no lo hace nunca.

En un estudio francés¹⁷, solo 0.5% de los pacientes estuvo involucrado en las decisiones. La encuesta de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva en 2002 halló que se investigan y respetan las preferencias del enfermo en el 54% a veces, y en el 17% nunca.

El 25.38% supo que fue necesaria la intervención del Comité de Ética en su lugar de trabajo. Las causas por las que se consultó al Comité fueron por disenso del equipo (66.66%), entre familia y equipo (36.36%) y entre familiares (39.39%). Algunos grupos han dado pautas^{27, 28} para el manejo de los Comités de Bioética en estas situaciones. No obstante, no se han publicado experiencias de los mismos que sean relevantes en esta temática. La consulta a los mismos no es muy frecuente.

Los retiros de soporte más frecuente fueron: de inotrópicos (50.00%) y de VM (36.92%). La modalidad de retiro de VM es progresiva en la mayoría de los casos. Sólo la minoría de los profesionales declaró extubar al paciente luego de la desconexión de la VM. Sólo el 13.84% reanima a menos del 50% de los PCR.

Un estudio de la SCCM²⁰ halló que el 87% de los médicos había retirado las medidas de soporte, tenien-

do prioridad los inotrópicos (78%), seguidos por la VM (48%) y la nutrición (38%). En otro estudio²⁶, los principales soportes retirados fueron: drogas inotrópicas (74%), ventilación mecánica (43%) y diálisis (39%). En otra experiencia²⁹, se observa como en 10 años cambió la frecuencia de RCP practicada: desde 52% en 1982, hasta 9% en 1991.

Sólo el 15% declaró en la encuesta estar a favor de medidas de eutanasia. En un estudio²², el 7% dice haber practicado alguna vez eutanasia activa. Una encuesta entre los médicos del CEMIC (realizado por alumnos de la cátedra de Medicina Legal de la UBA y el CEMIC) publicada en 2002 por la revista "Oncología clínica" sobre eutanasia y suicidio asistido (sobre 120 encuestas se obtuvo un retorno del 63%) dio como resultado que el 26% de los encuestados aplicó una o más veces estos procedimientos (de ellos, un 45% dijo que a pedido del paciente y en el resto la iniciativa surgió de la familia o del médico) y el 63% sostuvo que estaría de acuerdo con la eutanasia si fuera legalizada (Clarín 07-02-05).

Hay mayor cantidad de quienes piensan que abstenerse se debe al límite de atención, que la abstención y/o el retiro son equivalentes, y que discuten en equipo las medidas de abstención y/o retiro, entre aquellos que están a favor de la eutanasia, con respecto a aquellos que no lo están, sin significancia estadística en el modelo multivariado. Ninguna de las probables indicaciones de abstención y/o retiro fue predictor de opinión a favor de eutanasia en el modelo multivariado.

El 13.07% que extuba post retiro de VM, el 13.84% que reanima a menos del 50% de los PCR, y el 13.58% que está a favor de la eutanasia representa en general al mismo grupo de personas. Por lo general este grupo tiene ideas más homogéneas en lo que respecta a autonomía del paciente, trabajo en equipo, muerte digna y calidad de vida, no alcanzando a marcar diferencias estadísticamente significativas, pero sí marcando una tendencia estadística. A su vez la antigüedad no fue predictor de opinión a favor de eutanasia en el modelo lineal. En otro estudio²², la antigüedad en cuidados críticos fue predictor de realizar abstención más que retiro de soporte vital en pacientes con escasa posibilidad de recuperación.

También respecto a la eutanasia, no hubo diferencias de opinión entre Centros, entre médicos y enfermeros, ni entre médicos de diferente experiencia en áreas críticas.

Otras experiencias encuentran diferencias de opinión entre médicos y enfermeros (6), en tanto que otros hallan concordancia¹⁷. También se encontraron posiciones encontradas entre médicos³⁰⁻³². Otros estudios marcan diferencias entre Centros^{20, 21}, en tanto que otros muestran similitudes^{23, 33}.

Conclusiones

1. Para la mayoría de los profesionales encuestados abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital implica límites en la atención médica.
2. Los profesionales perciben que la sociedad no es consciente que las decisiones sobre el soporte vital, tienen decisiva y cercana influencia en la muerte del paciente.
3. La mayoría no considera equivalentes a la abstención y el retiro del soporte vital.
4. La mayoría de los médicos no deja constancia en las historias clínicas de estas decisiones, asumiéndose como primera causa el temor legal.
5. La irreversibilidad del cuadro agudo es la variable más común relacionada con la indicación de abstención y/o retiro.
6. La abstención es más común que el retiro.
7. La mayoría de los médicos no refiere consensuar con los familiares o al menos sólo lo hace a veces. Asimismo no trata de conocer las preferencias expresadas con anterioridad por el paciente, no discute con el resto del equipo y no consulta al Comité de Ética.
8. El retiro de soporte más frecuente es el de inotrópicos.
9. La modalidad de retiro más común del soporte ventilatorio es la progresiva, para luego dejar intubado al paciente.
10. La mayoría no está a favor de la eutanasia.

La minoría, a favor de la eutanasia, presenta mayor proporción de quienes piensan que abstenerse se debe al límite de atención, que la abstención y/o el retiro son equivalentes, y discute en equipo las medidas de abstención y/o retiro (p NS). No se hallaron predictores en el modelo multivariado de conductas a favor de la eutanasia. No se hallaron diferencias entre Centros, ni entre profesiones, ni entre diferentes formaciones ni antigüedad en la profesión.

De acuerdo a esta encuesta es indudable la alta prevalencia de falta de formación en bioética, en los profesionales que asisten a pacientes críticos en nuestro medio. Es necesaria la adopción de medidas a través de instituciones relacionadas con la formación, educación continua, acreditación y recertificación, a fin de contribuir a modificar los perfiles profesionales y optimizar la relación equipo de salud-paciente-familia.

Bibliografía

1. De Vita M, Grenvik A. Decisiones relacionadas con el sosten vital en terapia intensiva. En: Shoemaker, W y col. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Editorial Panamericana 1996; pág.: 1802-1807.
2. Faber-Langendoen K, Barrels DM. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. *Crit Care Med* 1992; 20: 570-577.
3. Mularski R, Bascom P, Osborne M. Educational agendas for interdisciplinary end-of-life curricula. *Crit Care Med* 2001; 29 (Suppl.): N16-23.
4. Zimmerman J. Manual FCCS. 1998.
5. Zimmerman J, Knaus W, Judson J et al. Patient selection for intensive care: a comparison of New Zealand and United States hospitals. *Crit Care Med* 1988; 16: 318-326.
6. Gherardi CR, Biancolini CA, Cantelli MH. Decisión Médica en Terapia Intensiva. Encuesta de opinión. *Medicina Intensiva* 1995; 12: 84-90.
7. Ramsey P. The indignity of 'death with dignity', in *Death Inside Out: The Hastings Center Report*. Steinfels E Veatch RM (Eds). New York, Hatper & Row, 1974, pp 81-96.
8. Rosner F. Withholding therapy and anti-cruelty policies (Letter). *Ann Intern Med* 1986; 105: 468.
9. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association: Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991; 265: 1868-1871.
10. Steinbrook R, Lo B. Artificial feeding: Solid ground, not a slippery slope. *N Eng J Med* 1988; 318: 286-290.
11. Orentlicher D. The right to die after Cruzan. *JAMA* 1990; 264: 2444-2446.
12. Lo B, Dornbrand L. The case of Claire Conroy: will administrative review safeguard incompetent patients? *Ann Intern Med* 1986; 104: 869-873.
13. O'Rourke K. The AMA statement on tube feeding: an ethical analysis. *America* 1986; 155: 321-323.
14. Cruzan V Director, Missouri Department of Health, 110 S Ct 284 (1990).
15. In re Conroy, 98 NJ 321, 486 A 2d 1209 (1985).
16. Pinkhey D. "N.Y. law allows home-bound patients to refuse resuscitation" *American Medical News*, August 12, 1991, p 3.
17. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet* 2001; 357: 9-14.
18. Gherardi CR, Biancolini CA, Del Bosco CG. Ingreso de pacientes no recuperables en Terapia Intensiva. No aplicación y suspensión de métodos de soporte vital. Análisis de una encuesta de opinión. *Medicina Intensiva* 2000; 17: 15-20.
19. Código penal de la Nación Argentina. Vigésima Edición. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1994.
20. Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life-sustaining treatments. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med* 1992; 20: 320-326.
21. Abizanda R, Almendros Corral L, Balerdi Pérez B. Aspectos éticos de la medicina intensiva. Resultados de una encuesta de opinión. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 521-526.
22. Falcón JL, Álvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 369-377.
23. Keenan S, Busche K, Chen I et al. Withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit: A comparison of teaching and community hospitals. *Crit Care Med* 1998; 26: 245-251.
24. Gherardi C, Chaves M, Capdevila A, Tavella M, Irrazábal C. La muerte en un servicio de Terapia Intensiva. Influencia de la abstención y el retiro del soporte vital. *Medicina* 2006; 66: 237-241.
25. Sprung CI, Come SI, Sjovist P et al. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290: 790-797.
26. Kollef MH, Ward S. The influence of access to a private attending physicians on the withdrawal of life-sustaining therapies in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1999; 27: 2125-2132.

27. Comité de Ética del Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata. Pautas para el retiro o la abstención de tratamientos de soporte vital en pacientes en situaciones críticas irreversibles. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 429.
28. Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Medicina Intensiva* 1999; 16: 501-504.
29. Benumof J. Conceptos actuales en reanimación cardíaca. Interamericana 1995.
30. Finkielman S. ¿Eutanasia? La agonía es vida. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63: 85-86.
31. Gherardi C. ¿Eutanasia? La agonía es vida. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63: 267.
32. Kuminsky GD. Eutanasia, no dar muerte. *Medicina (Buenos Aires)* 2004; 64: 88-89.
33. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15-20.