

Controversias en estado vegetativo persistente

Autores

Comisión de Bioética del Colegio de Médicos Distrito III (Morón, Pcia de Buenos Aires, Argentina):

Dres Mónica B. Glant, Ignacio Das Neves, Juan Carlos Orga, Guillermo Ajzenszlos, Jaime Mandel y Emilio Tugender.

Introducción

Ante las controversias que plantea el concepto de estado vegetativo persistente en los distintos ámbitos en los que este es discutido (religioso, jurídico, bioético, biológico, etc) creemos importante realizar un planteo que tienda a aclarar los puntos en discusión.

Desde el punto de vista biológico

Antes de la década del 70, los pacientes con daño encefálico agudo o grave, en pocas oportunidades podían prolongar su vida por más de dos o tres semanas, es así que permanecían en estado de coma hasta su muerte. Con los avances tecnológicos se comenzó a observar que algunos pacientes lograban sobrevivir más tiempo y así pasaban del coma a un nuevo estado clínico. No mostraban evidencia de conciencia de sí o de su entorno, pero presentaban apertura ocular que se organizaba en ciclos de sueño-vigilia. Este nuevo síndrome fue denominado por Jennett y Plum en 1972 como "estado vegetativo persistente" dejándose de usar otras nomenclaturas tales como: "coma vigil" y "muerte neocortical".

En el año 1994 se estableció por consenso una nueva denominación para los estados vegetativos persistentes que presentaban una duración mayor a los 12 meses en lesión traumática y a los 3 meses en lesión no traumática, a la que llamaron "estado vegetativo permanente". Esta definición tiene connotación pronóstica debido a la escasa probabilidad de recuperación después de transcurridos estos plazos.

Cabe destacar que durante los últimos cinco años se ha descrito un síndrome nuevo en pacientes que, a pesar de estar gravemente dañados, presentaban evidencia clínica de actividad cognitiva residual. Se lo ha denominado estado de mínima conciencia (EMC). Esta nueva entidad ha sido ampliamente debatida debido a que el compromiso de la conciencia sigue siendo un tema muy controvertido no solo para los neurólogos sino para el resto de los profesionales que se deban enfrentar con este tipo de pacientes.

La propia definición de estado conciente crea en muchas ocasiones una polémica puesto que sus límites son difíciles de establecer. Estos dependen de la apariencia externa del paciente y también de la impresión del clínico, lo que le da características subjetivas.

Se han formado grupos de estudio multidisciplinarios, tanto norteamericanos como europeos, para analizar el tema, intentado diferenciar este grupo de pacientes que muestran evidencias irrefutables de actividad cognitiva. El Congreso Americano en Medicina y Rehabilitación postula el término de "**Estado de mínima respuesta**" y el Grupo de Trabajo Internacional del Colegio Médico de Londres "**Estado de baja conciencia**". Ambos fueron reemplazados en 1997 por "**Estado de mínima conciencia**" del Grupo de Trabajo de Aspen, término que se ha mantenido hasta la fecha.

Los informes actuales sobre salud no proporcionan una estimación precisa de la frecuencia de los casos de personas que están en un estado vegetativo persistente a

nivel mundial. El número absoluto de casos ha aumentado apreciablemente, como consecuencia de las prácticas actuales en medicina crítica relacionadas con la nueva tecnología. Un problema cada vez más grave es cómo enfrentar este resultado emocionalmente doloroso, costoso y por lo general indeseado del tratamiento médico moderno.

La determinación de un médico de que una persona tiene pocas probabilidades de recuperar el conocimiento, da inicio a las deliberaciones sobre mantener o interrumpir la vida por medios artificiales. Aunque la familia puede ser la primera en plantear el problema mientras, va cambiando el sentimiento de lucha por la supervivencia y por una angustia por el futuro de la persona. En ellos se entremezclan la exigencia por conseguir aunque sea los más mínimos avances terapéuticos.

Desde el punto de vista filosófico

Partiendo de una caracterización de la medicina que hace un filósofo : " La medicina es el arte de cultivar la autonomía de los hombres mediante el cuidado de sus cuerpos. Pero, igualmente, este arte sólo es practicable si la lógica del simple deseo es quebrada por aquella del imperativo ético fundamental que instaura el campo de la convivencia." En esta caracterización de Malherbe, se encierra toda una ética para la medicina de corte personalista. En la concepción de la praxis médica se privilegia como fin el cuidado del cuerpo y la medicina de corte positivista ha privilegiado la terapéutica y el curar. Por lo tanto, ante el avance de la tecnología médica se ha producido una especie de milagro que está cambiando el sentido mismo de su praxis. Entonces podemos hablar de una medicina desiderativa y pigmaliónica que puede modificar la estructura corporal del hombre. Esta medicina está llena de poder y no suele preguntarse si lo que hace tiene un precio, si aquellos a los que beneficia, están satisfechos. El poder de esta medicina es que autoinduce la demanda.

De acuerdo a Malherbe la autonomía en medicina es un término clave y supone que el hombre hace uso de una libertad responsable, tomando sus propias decisiones. La autonomía según Kant, implica que obedecemos a aquellos principios que nos hemos dado. No es un derecho a la arbitrariedad, sino a la realización de nuestra genuina personalidad, y no se la puede pensar sin la exigencia de una reciprocidad con el otro. La autonomía real de cada uno se basa en la autonomía del otro, en un reconocimiento equivalente. Cuidar el cuerpo, significa entonces, restaurar sus funciones para que sirva a la autonomía. El deseo, en forma arbitraria, no legitima la libertad y hace del cuerpo un mero medio para el logro de cualquier fin.

Desde el punto de vista religioso

La defensa de la vida por parte de la Iglesia Católica nunca ha sido irrestricta. Si lo fuera, se contra diría con su tradicional aceptación de la legítima defensa, la guerra justa, la muerte altruista (el que muere para que otros vivan), el martirio. Más contemporáneamente, afirmar esto llevaría a negar la licitud del retiro de tratamientos de soporte vital en situaciones particulares, lo que es doctrina con Pío XII(24./5/1957) ratificado p. ej. en la Declaración vaticana sobre Eutanasia, en el Catecismo de la Iglesia Católica], en la Encíclica Evangelium . Pero lo tanto causó perplejidad el discurso de Juan Pablo II a los participantes en el Congreso sobre Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo (2/4/ 04) "por tanto, el enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica: alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc., y a la prevención de las complicaciones vinculadas al hecho de estar en cama. Tiene derecho también a una intervención específica de rehabilitación y a la monitorización de los signos clínicos de eventual recuperación". Exhortó también a los profesionales

médicos a custodiar celosamente el principio según el cual el verdadero cometido de la medicina es curar si es posible, pero prestar asistencia siempre. En conclusión se diría que la Iglesia Católica reconoce, a pesar de este último documento, que hay circunstancias ante las cuales el respeto que se debe tener por una vida, debe a veces ceder, frente a otros valores en conflicto.

En la creencia judaica, es importante discernir entre el prolongamiento de la vida del paciente y el alargamiento del sufrimiento de la agonía. Ese discernimiento sugiere la práctica de la Eutanasia pasiva, siendo siempre que el médico estuviere convencido de que la muerte pudiera ocurrir en tres días, puede suspender las maniobras de reanimación y también el tratamiento no analgésico, pero prohíbe la Eutanasia Activa.. Es un punto importante a ser comprendido y que, excepto para el movimiento de la reforma judaica, la decisión correcta no pertenece al individuo. Es tarea de las autoridades rabínicas usar sus capacidades para interpretar La Torah y relacionar la vida cotidiana y llegar a una decisión (Pessini. 1999, p. 325)

Para la iglesia Evangélica, no es necesario prolongar la vida o el proceso de morir de una persona que está gravemente enferma y tiene poca o ninguna esperanza de curarse. Permite la no utilización y la interrupción de sistemas de soporte de vida para que el paciente tenga una trayectoria natural en dirección a la muerte.

Según la Iglesia Ortodoxa Griega los medios mecánicos extraordinarios pueden dejar de ser utilizados o retirados, cuando los mayores sistemas físicos fallasen y no existieran razonables expectativas de recuperación.

Casi todas las religiones tienen el mismo pensamiento respecto de la utilización de medidas extraordinarias para prolongar la vida y algunas permiten la no utilización e interrupción de medidas de soporte vital.

Desde el punto de vista Jurídico

Lo más importante para plantear es si existe un derecho a morir con dignidad amparado en la Constitución Nacional. Este derecho a la muerte digna se halla en el derecho a la vida, la libertad e intimidad sin olvidar que la muerte es simplemente su culminación y parte de la vida misma. Es por ello, que en cada tratado internacional en donde se refiere al derecho de la vida, libertad e intimidad, se puede vislumbrar el concepto de dignidad, el cual abarca necesariamente el derecho a decidir en que circunstancias morir. Es importante tratar de tomar conciencia sobre la necesidad de regular el derecho que todos tenemos sobre nuestra vida. Manteniendo este enfoque, es que nos basamos en lo que muchos denominan una nueva forma de juridicidad, donde predomina el bienestar de la persona y la distinción de los hoy llamados derechos personalísimos, orientados hacia la resolución de casos concretos y el reconocimiento de los derechos humanos, que a su vez remiten a la dignidad de la persona como valor fundamental. Por el momento existe un abismo jurídico al respecto, tomando decisiones en cada caso en particular. Con sus primeros pasos en la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires existe afortunadamente un anteproyecto de ley respecto de la declaración de voluntades anticipadas perteneciente al diputado provincial Luis Bruni (UCR), donde explica que la aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de encarnizamiento terapéutico.

Concluyendo desde el punto de vista bioético

Hace algunos años Diego Gracia, ya nos advertía que, a veces, "el intento de respetar la vida puede acabar en trato inhumano o degradante, es decir, indigno". "El avance científico básico y sus aplicaciones tecnológicas han permitido a la medicina logros y metas impensadas hace apenas 50 años, pero también han transmitido a la sociedad un mensaje de omnipotencia y de poder que tiende a olvidar que la muerte es siempre el fin de la vida", refiere el doctor Carlos Gherardi. El conflicto sobreviene cuando los familiares piden un tratamiento que no se considera eficiente y que los médicos lo definen "sin ningún valor terapéutico", inútil o fútil. Estirar la vida innecesariamente no sólo perjudica a quienes se les priva del derecho a una muerte digna, puesto que también debemos considerar que estamos inmersos en un mundo donde los recursos públicos destinados al cuidado de la salud son finitos y por lo general insuficientes. Su uso irracional limita aún más el acceso de la población en general al cuidado de su salud. Este es el momento de preguntarnos hasta cuando es lícito extender la vida artificialmente y cuando interrumpir los medios de soporte vital. Cuál sería la decisión a tomar cuando el paciente se encuentra imposibilitado de expresar su voluntad como resultado de lo avanzado de su dolencia. Definitivamente debemos pensar que la muerte es una sola y este concepto puede ser interpretado como un problema netamente filosófico que no posee una respuesta biológica ni médica. Esta incertidumbre sobre los aspectos de la vida y de la muerte no encuentra en el presente ni encontrará en el futuro cercano una respuesta plena, sólo el debate multidisciplinario nos enriquecerá y la decisión nunca deberá tomarse sin el absoluto respeto por el paciente o su representante. El derecho a la vida y a morir con dignidad son de pertenencia individual.

Referencias bibliograficas:

*Jennet B. The vegetative State: medical facts, ethical and legal dilemmas. *New Engl J Med.* 2002; 347: 1386-7.

*Giacino JT. The minimally conscious: Definition and diagnostic criteria. *Neurology.* 2002; 58: 506-7.

Giacino JT. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology.* 2002; 58: 349-51.

Jennet B. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of name. *Lancet.* 1972; 1: 734-7.

Plum F, Posner JB. *The Diagnosis of Stupor and Coma.* Philadelphia. FA Davis Company. 1980.

Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient. *Neurology.* 1989; 39: 125-6.

Bernat J. Questions remaining about the minimally conscious state. *Neurology.* 2002; 58: 337-8.

Malherbe, Jean-Francois: Hacia una ética de la Medicina, Ed. San Pablo, Colombia, 1993, pag. 7.

Estévez, Agustín : El Cuerpo como patrimonio

Arribere, Roberto y Del Valle, Isabel. “La eutanasia y la necesidad existencial de la muerte”, capítulo XII, Págs. 377 a 408, en “Bioética y Bioderecho – Cuestiones actuales”, de Luis Guillermo Blanco. Editorial Universidad. 2002

Beauchamps, Tom L. y Childress, James F. “Principios de Ética Biomédica”, New York, Oxford University Press, 1979.

Bioderecho – Cuestiones Actuales” de Luis Guillermo Blanco (compilador). Editorial Universidad. 2002.

Gherardi, Carlos G. “La muerte intervenida – Soporte vital: abstención y retiro en el paciente crítico”, capítulo XI, Págs. 351 a 376, en “Bioética y Bioderecho – Cuestiones actuales” de Luis Guillermo Blanco. Editorial Universidad. 2002.

Manzini, Jorge Luis. “Las directivas anticipadas para tratamientos médicos”, Págs. 1 al 10, en “Directivas anticipadas – La historia clínica orientada a valores y la aplicación del método narrativo en bioética”, Segunda Edición. 2001.

Montoya, Mario Daniel. “El derecho constitucional a morir”, LL, T-1991-A, sección doctrina, Págs. 1065 a 1069.

“Conceptos generales en torno a la muerte digna”. Disponible en www.muertedigna.org/textos/eutan.htm