



Dignificando el Final de la Vida en Cuidados Intensivos.

Dignifying the End of Life in the Intensive Care Unit.

Luis Alberto Computaro^{1*}, Miguel A. Muchico¹, Jose Angarola¹, Adrian Sarasino¹, Nestor Raimondi¹, Fernando Baccaro¹, Dinah Magnante¹, Ignacio Previgliano¹.

***Correspondencia:**

luiscomputaro@gmail.com

Teléfono [54] 11 4808 2600

1. Hospital General de Agudos "Juan A Fernández", Buenos Aires-Argentina, Unidad de Cuidados Intensivos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Fondos: [Ver la página 41](#)

Recibido: 15 Noviembre 2015

Aceptado: 11 Enero 2016

Publicado: 30 Agosto 2017

Membrete bibliográfico:

Computaro L, Muchico M, Angarola J, Sarasino A, Raimondi N, Baccaro F, Magnante D, Previgliano I. Dignificando el final de la vida en Cuidados Intensivos. Rev. Oncol. Ecu 2017;27(2):156-167.

DOI: <https://doi.org/10.33821/206>

Resumen

Con frecuencia, cuando una persona se enferma, comienza un complicado proceso de consultas médicas, utilización de sofisticados medios auxiliares de diagnóstico, e instauración de tratamientos cada vez más complejos y costosos. Cuando, en vez de curar la enfermedad progresa; el enfermo se ve abrumado por la aplicación de nuevas exploraciones altamente tecnificadas que persiguen alcanzar un diagnóstico más preciso de la enfermedad a fin de instaurar medidas terapéuticas más agresivas. Como es de esperar, en muchos casos la enfermedad sigue su curso y llega un momento en el que tanto el paciente como sus allegados y el equipo médico se preguntan hasta qué punto es razonable continuar. Esta encrucijada es el punto de decisión de aceptar el final de la vida como evento natural. Pero en muchos casos se percibe como un fracaso, y no como la historia natural de los procesos graves.

Palabras Claves: CUIDADOS CRÍTICOS, MUERTE, TANATOLOGÍA, AUTONOMÍA PERSONAL.

DOI: 10.33821/206

Abstract

Frequently, when a person falls ill, a complicated process of medical visits, use of sophisticated auxiliary means for diagnosis, and the establishment of treatments that are becoming more and more complex and expensive starts. When, instead of the patient's getting cured, the illness advances, the patient becomes overwhelmed due to the new and highly developed explorations that pursue a more precise diagnosis of the illness in order to establish more aggressive therapeutic measures. As it is expected, the illness, in many cases, continues advancing and reaches a moment in which both the patient and their close relatives, as well as the medical team, wonder until when it is still reasonable to continue with the treatments. This crossroads is the point of decision to accept death as a natural event. Most of the times, nevertheless, death is perceived as a failure, not as the natural story of serious processes.

 Copyright Computaro, et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License](#), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

Keywords: CRITICAL CARE, DEATH, TANATOLOGY, PERSONAL AUTONOMY.

DOI: 10.33821/206

Introducción

La evolución de la Medicina ha sido uno de los milagros de nuestra era. Esta evolución comprende desde los métodos diagnósticos del laboratorio e imágenes, a las nuevas terapéutica cada vez más dirigidas y específicas. El trasplante de órganos es uno de los grandes capítulos desarrollados en el último siglo. La posibilidad de reemplazar un órgano (o varios), logrando la sobrevida de pacientes que fallecían inexorablemente sin esta alternativa terapéutica hace tiempo atrás, puede considerarse casi como un milagro de la ciencia moderna [1].

Las imágenes permiten hacer verdaderas "disecciones virtuales" de nuestro paciente, dándonos información clara y nítida de las afecciones parenquimatosas que investigamos. No permite hacer diagnósticos impensados hace 50 años atrás, orientándonos además en los riesgos del paciente, colaborando en la construcción de Scores de gravedad. La evolución del laboratorio moderno nos permite más allá de lo clásico, dosar marcadores de todo tipo y en casi todos los humores de nuestro paciente; aguzando nuestra capacidad diagnóstica de las distintas patologías en estudio [2].

No debemos dejar de lado el reconocimiento de las nuevas patologías. Las pandemias del nuevo siglo han mostrado al hombre que su ignorancia no tiene fin. Nuevas enfermedades como el VIH a nivel mundial han promovido el desafío de la investigación en esta área, y ha movilizó a nuestros científicos al descubrimiento de un nuevo universo en el campo de la inmunidad. Toda esta alta tecnología nos ha alejado lentamente del paciente. En la actualidad no se concibe una consulta médica sin estudios complementarios. Inclusive, se llega a tomar medidas y conductas para con el paciente sin verlo en persona.

De hecho uno de los auges de la tecnología médica en la última década ha sido la telemedicina. Esto significa que a distancia, y solamente viendo una filmación del paciente más sus estudios complementarios dar una opinión de experto sobre como continuar la estrategia diagnóstica y/o terapéutica; y todo esto sin siquiera conocer la voz de nuestro paciente, o las preferencias respecto a su vida. Esta distorsión dificulta la aceptación del dolor y el morir como eventos fisiológicamente esperables por parte de los médicos, ante los cuales no pocas veces terminaremos rindiendo nuestro avanzado arsenal terapéutico [3].

Al analizar esto, surge también el sesgo de formación con la que se egresa de las Facultades de Medicina. Esta formación va en detrimento del aspecto humano del acto de curar, provocando mediante la transmisión académica una visión triunfalista sobre la enfermedad y la muerte a las nuevas generaciones, generando una distorsión de la concepción biológica del hombre [4]. El diario contacto dentro del ámbito del área de cuidados intensivos, con estas instancias tan cercanas muerte, ha determinado nuestro interés en este tema. Como primera aproximación, realizamos una encuesta sobre cuan familiar le es el tratar el tema del final de la vida al personal que desarrolla actividad en

cuidados Intensivos, con el objetivo de tener una aproximación a la vivencia del final de la vida en Cuidados Intensivos.

Materiales y Métodos

Una encuesta dirigida a profesionales de las áreas de cuidados intensivos fue realizada para medir las percepciones del final de la vida, la misma que tiene dos dominios con 13 preguntas. Las preguntas 1 a 4 investigaron los aspectos epidemiológicos (sexo, edad, profesión, años de profesión). Las preguntas 5 a 13 detallan los aspectos referidos a la percepción de la muerte propiamente dicho, y el acuerdo y adherencia a las órdenes anticipadas de no resucitar. La encuesta fue distribuida en tres instituciones diferentes, todas con estructura de Docencia pre y post-Grado, y asociadas a la Universidad de Buenos Aires. Los datos fueron compilados en una hoja electrónica. Se utiliza estadística descriptiva.

Resultados

Respondieron un total de 39 encuestados. Con una edad promedio de 37.3 ± 9.8 años (Rango: 24-59), mediana de 35 años. De sexo femenino 61.8 % y masculino 38.2 %. La profesión fue Médico de planta 23.1 %, Médico Residente 18 %, Enfermería 59 %. Los años de profesión están descritos en la **tabla 1**. El 53.9 % refiere que NO habla respecto a la posibilidad de fallecer de su paciente. Las causas por lo que no lo hace en **tabla 2**.

Tabla 1. Años de profesión

Cantidad de años	n	%
1 – 5 Años	13	33.3
6 – 10 años	7	18
10 -15 años	6	15.4
16 – 20 años	5	12.8
> 20 años	8	20.5

Tabla 2. Porque no habla respecto al riesgo de fallecimiento de su paciente

	n	%
Mis creencia religiosas	1	4.8
No me corresponde	9	42.8
No me lo permiten	1	4.8
No me siento capacitado/a	8	38.1

Interesa resaltar que a pesar de cualquier pre-juicio, las causas fueron fundamentalmente No me corresponde y No me siento capacitado/a; las causas religiosas quedan muy relegadas. Resultado razonable ya que el 66.7 % declaró no haber recibido entrenamiento

alguno en dar malas noticias en ningún estamento formativo. A pesar de ello el 53.9 % no se siente incómodo al dar la noticia de fallecimiento. El 74.3 % declara contar en su Servicio directrices anticipadas de no reanimar. El 100 % de los que tiene directrices en su servicio correspondiente acuerda con esta forma de limitar terapéuticas fútiles. El 25 % que no está de acuerdo con estas directrices, declara sus motivos en la **Tabla 3**. Se consultó al 71.8 % que acuerda que las órdenes anticipadas son un acto médico, quien debería tomar la iniciativa (**Tabla 4**).

Tabla 3. Motivos por los cuales no acuerda con las órdenes anticipadas

	%
Mis principios éticos	57.1
Mis principios religiosos	14.3
Mi educación familiar	0
Mi educación Medica	28.6

Tabla IV. Quien debe dar la primera iniciativa de orden anticipada

	n	%
El médico tratante	8	28.6
El médico de cabecera	2	7.1
El equipo médico de la UCI donde se ha internado	11	39.3
La familia	7	25

Un cuarto de la población encuestada deposita su expectativa en la decisión familiar, contraponiéndose al hecho cultural de "hacer todo por el paciente" que suelen esgrimir las familias.

Discusión

Visión de la Sociedad

Desde un punto de vista histórico junto con la evolución del hombre, la concepción social acerca del final de la vida también ha evolucionado. Durante las etapas tribales, era considerada en función del aspecto operativo del individuo dentro de la estructura social-tribu. Cuando uno de los integrantes de ese núcleo fallecía, la persona era abandonada debido a que ya no era más útil al conjunto de individuos al que pertenecía. El mecanismo de auto exclusión de las personas más viejas o enfermas del grupo tribal de pertenencia, que aún puede verse en comunidades prehistóricas de nuestros tiempos; con el fin de buscar su destino final retirándose al interior de las selvas, desierto o regiones árticas, queda fundamentada dentro de este marco conceptual [5].

Con el desarrollo de las civilizaciones de la antigüedad, el fallecer aparece acompañado de diversas modalidades rituales que buscaban dejar en claro ante la sociedad que esa persona efectivamente dejó de existir. El crecimiento demográfico de estos grupos sociales trajo consigo la necesidad de mantener en el tiempo el propio aporte de sustento, con lo

que las guerras, los sacrificios humanos y las grandes epidemias, otorgaron un sentido diferente a la muerte muy distinto del de la simple utilidad del individuo al conjunto social. Las religiones politeístas de la Era Antigua, establecían la creencia de una forma de existencia después de la muerte, por lo que los ritos que acompañaban los decesos, buscaban garantizar el pasaje de esta vida hacia la otra. Con el advenimiento de las religiones monoteístas del cercano oriente, esta visión sobre el final de la vida fue cambiando, ya que el hecho de fallecer, queda vinculado al concepto de reencuentro con el Creador, de forma tal de cerrar una suerte de ciclo vital único formado por dos etapas: la que todos conocemos y la postrera, en donde la persona proviene del Creador y regresa a Él luego de la muerte [6].

A pesar de este consuelo y la esperanza profesada por estas religiones no permitió sin embargo que el fallecer fuera simplemente el paso más sublime de la existencia personal. Los martirios en Roma, las Cruzadas, las guerras santas y hasta el accionar de grupos fundamentalistas de nuestros tiempos han encontrado y encuentran el marco de justificación de la muerte: Morir en nombre de Dios pasa a ser un Honor y con ello se asegura la Gloria Eterna, aunque en algunos casos se haya tenido que recurrir a la violencia, en vez de morir en paz. Las violentas sociedades de nuestros días, marcadas por desigualdades sociales, discriminación, odios étnicos, carencia de proyectos como realización personal, mantenidos y fomentados a través de las generaciones; han mostrado una estrecha correlación con el incremento de la delincuencia. Donde se combinan resentimiento y desprecio por la vida propia y ajena conduce a la manifestación del homicidio, mensaje del poco valor que se le asigna a la vida en este contexto [7].

Es posible así cerrar otro círculo, esta vez a partir de la muerte violenta, en lo referido acerca de que la muerte "La muerte existe porque existe el hombre" aunque sea con existencias miserables. Es evidente pues que si la visión social sobre el final de la vida ha cambiado a lo largo del tiempo y a través de las distintas culturas; y lo seguirá haciendo.

Visión de la Familia

Desde el Siglo XIX, el final de la vida ha encontrado de las personas, ha cambiado su domicilio. A principios de 1900, la mayoría de las muertes en las naciones industrializadas ocurría en el hogar, mientras que aproximadamente 50 años más tarde, lo hacía en instituciones de salud. Esta institucionalización progresiva de la muerte ha reforzado algunas de las visiones micro sociales acerca de ella y ha favorecido la aparición de una problemática más moderna y diferente. Si bien es aceptado racionalmente por todas las familias que la vida de los seres queridos algún día tendrá su fin, es también cierto que existe un grado de negación y mistificación al respecto. Es así que en este contexto, los niños van adquiriendo la idea que los fallecidos "van al cielo" o bien "duermen un sueño eterno" [8].

El paulatino alejamiento geográfico del escenario de la muerte, distanciándose del hogar ha permitido que cada vez se aborde menos el tema dentro del núcleo familiar. Este distanciamiento, junto con una disminución de las oportunidades de abordaje por parte de la familia le ha restado lugar y con ello, se ha llegado casi a ignorarla. La consecuencia esperable de la pérdida de oportunidad de abordaje y de oportunidad de vivenciar los

procesos previos y vinculados con la muerte de un familiar, ha restado también oportunidades de verdadero aprendizaje ante dichas situaciones. Esta ha conducido a mantener discrepancias de criterio respecto de las preferencias y decisiones entre las de la familia y las propias del paciente; simplemente motivadas por la ausencia de diálogo previo secundario al mecanismo de negación descripto [9].

Tal es la negación que muchas veces nos encontramos lidiando con familias que rechazan la participación en la toma de decisiones en momentos cercanos al final de la vida, así como también a mantener dentro del propio hogar del enfermo, hasta el momento de su fallecimiento. Dentro del equipo de salud es conocido que las últimas 24 a 48 horas de vida de un enfermo, cursa en general con dolor, disnea, pérdida de la lucidez, etc. Estos eventos pueden resultar abrumadores para la familia. Por lo que la intención del equipo médico, en el sentido de que quien esté próximo al evento final lo mejor sería que pase sus últimos momentos con su familia puede resultar inadecuada [10].

Como conductas, la ignorancia y la negación han llevado a mistificar el tema, convirtiéndolo en un verdadero tabú de nuestros tiempos. Dicha distorsión conceptual, familiarmente adquirida a través de lo tácito, cuando se acompaña de sentimientos de culpa, provoca verdaderos conflictos internos y externos que, como inmediata consecuencia desplazan ese sentimiento como reproches entre integrantes de la familia misma y como agresividad y exigencias desproporcionadas hacia el equipo de salud [11].

A pesar de todo, durante las últimas décadas se han establecido con mayor o menor uniformidad ciertos atributos calificados como deseables, al menos desde la perspectiva familiar, destinados a los cuidados del final de la vida. Las medidas que reúnen esas características son aquellas destinadas al confort físico y soporte emocional de quien está próximo a fallecer, junto con el reclamo de trato digno y respetuoso en todo momento hacia una persona que se encuentra en dicha situación [12].

Esto incluye atención psicológica para la familia misma y la necesidad de búsqueda de medidas consensuadas entre familiares y profesionales de la salud. Todo ello junto con una provisión coordinada de los cuidados críticos (o no) durante este período, terminan por resumir la visión y necesidades desde la perspectiva familiar [13].

Visión del Equipo de Salud

En los textos de medicina encontramos excelentes descripciones de distintas entidades nosológicas. Esto, junto con el desarrollo tecnológico; han proporcionado a la sociedad científica un espíritu triunfalista al que no resulta ajena las distintas estrategias actuales de formación de los médicos. A menudo, cuando tenemos la oportunidad de leer una clásica descripción sobre una enfermedad, enseguida llama la atención el detalle con el que se la realiza, aún con detalles de color. Esas minuciosas descripciones requieren de una gran capacidad de observación, seguramente relacionados a la gran cantidad de tiempo que los médicos dedicaban antiguamente al lado de sus pacientes [14].

En esos tiempos seguramente, poco pudieron hacer con respecto a la curación de aquellos pacientes; pero ese acompañamiento y esa presencia al lado de quien sufría y moría, les

otorgaba el respeto de la sociedad de sus tiempos, además de una clara ventaja semiotécnica respecto de quienes los sucedieron en la profesión. En la actualidad esa disponibilidad de tiempo y la remuneración que haga posible tales períodos de atención, resultan difícilmente viables y claramente evidente que a los clínicos de hoy, por todo lo anteriormente expuesto hayan quedado cada vez más lejos de la *klinos** [15].

Este distanciamiento, atenta de hecho contra el establecimiento del vínculo con quien está enfermo. Las cualidades de la relación médico-paciente-familia se deterioran perdiendo las necesarias características de la naturaleza humana. Las dificultades que se presentan entonces para el establecimiento de ese tipo de relaciones interpersonales, en donde el médico, no formado para construir este tipo de vínculo, y junto con el espíritu triunfalista de la ciencia de hoy, determinan que el resultado esté teñido de aspectos tales como la omnipotencia y el autoritarismo [16].

Estos aspectos tan egocéntricos hacen que la muerte sea vista como una espantosa frustración, que constituye ni más ni menos que una herida en el narcisismo del médico. La muerte tomada de esta manera como una cuestión personal: “- *No es posible que este enfermo se me esté muriendo...*” (Sí, a mí; en primera persona)..., constituyendo una manifiesta expresión del propio fracaso. Este fracaso no permitido en la medicina moderna, olvida que quien ha llegado a nuestras manos, no está exigiendo el éxito como un único resultado.

Visión del Enfermo

Conocer los verdaderos deseos de un ser humano en relación a cómo enfrentar la última etapa de su propia vida habitualmente resulta un aspecto esquivo, pero con la innegable característica de ser estrictamente personal y que obligatoriamente debe ser respetada, por el simple hecho de constituir la última de las voluntades. La mayoría de las veces dentro de la sala de cuidados intensivos el equipo tratante desconoce estos deseos. De hecho tampoco es habitual interrogar a los enfermos ni a sus familias para obtener el consentimiento que no deje dudas acerca de aceptar o rechazar una eventual internación en cuidados intensivos [17, 18].

La familia puede aportar su impresión al respecto pero no siempre estará desprovista del sesgo correspondiente al relato de quienes manifiesten en nombre de la persona próxima a su final, sus últimas expectativas. De todas formas si se analiza en forma fehaciente la perspectiva de pacientes terminales interrogados al respecto pueden categorizarse las cualidades correspondientes a un *buen final* y un *mal final*. Los atributos de un *buen final* podrían comprender: El que ocurre durante el sueño (el pasar de un sueño a “otro”); Rápido, lo más rápido posible; Sin sufrimientos, en especial sin dolor; En paz con Dios; Pacífico; Sin el conocimiento de su inminencia.

En cambio los atributos de una *mal final* podrían ser los siguientes: Con dolor incontrolable; Prolongado más allá de lo necesario para aceptarla; Con dependencia de aparatos de soporte vital; Con sufrimientos de diverso tipo; Con postración, constituyendo una carga para la familia; Con sensación de ahogo y falta de aire; Sin estar bien con la propia familia y con Dios.

Sin dudas resulta absolutamente deseable que el paciente y su familia transiten por las distintas etapas de la elaboración del duelo descritas por Kubler-Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; pero muchas veces, dado el rápido curso evolutivo de las enfermedades admitidas dentro de la unidad de cuidados críticos, no es posible acceder ésta sana y fisiológica forma de encontrar consuelo.

Reflexiones desde la visión del médico de cuidados intensivos

Primero fue el infarto agudo de miocardio en mejorar la expectativa de sobrevida gracias al advenimiento de las unidades coronarias, luego le siguieron la insuficiencia respiratoria aguda y el traumatismo cráneo-encefálico; más recientemente el éxito de los trasplantes de órganos y el control de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, han señalado claramente que los pronósticos de *cuasi* terminalidad de décadas pasadas hoy ya no lo son.

Este progreso contribuye al mantenimiento de la percepción propia de los médicos de áreas críticas, de que el límite se ha corrido y se sigue corriendo. Existen sin embargo, dentro del área de cuidados intensivos, dos situaciones de contexto que es posible diferenciar claramente.

Contexto de enfermedad aguda

En esta situación, el final se presenta en forma no anunciada a una persona con estado de salud aceptablemente conservado, durante el período previo al inicio de su enfermedad actual. La sorpresa ocupa el centro de la escena y el duelo aún sin elaborar, no encuentra siquiera una posibilidad de ubicación entre las hipótesis a considerar. Esta situación de duelo no elaborada, manifiesta la perplejidad como equivalente único de la etapa de negación. Expresiones tales como: "No es posible que esté sucediendo esto, Doctor. Todavía no lo puedo creer", demuestran desde lo semántico aquella realidad.

Contexto de enfermedad crónica

Contrariamente, en aquellos casos en los que una intercurriencia aguda, ocurrida dentro del desarrollo de una enfermedad crónica potencialmente fatal, lleve a un paciente a una unidad de cuidados críticos, el fallecimiento resulta un evento esperable, o al menos considerado desde lo racional por pacientes y familias. De acuerdo con el grado de sufrimiento previo experimentado, fallecer puede llegar a encontrar su lugar junto al alivio. El curso evolutivo prolongado de la enfermedad actual, en estos casos, permite que el duelo se vaya elaborando, pasando de fase en fase, hasta acercarse a la aceptación final que termina por proporcionar consuelo. Esta diferenciación de situaciones es de importancia ya que en la atención de pacientes dentro de las áreas críticas, muchas veces se presentan factores que interfieren con una adecuada interpretación de la realidad asistencial.

Conclusiones

El final de la vida en cuidados intensivos no escapa a las generalidades del entorno socio-cultural que nos rodea en cada momento histórico. La escasa formación académica sobre el tema y la negación generalizada, indican que como sociedad aún no hemos aprendido a aceptar el buen morir. Más aún al médico así provisto con limitadísimos conocimientos, se lo expone una y otra vez a situaciones de estrecho contacto con la muerte, exigiéndosele un trato más humano cuando no existe en nuestro medio un sistema que "asista al médico" dentro de este contexto. Su alta prevalencia como evento vivido por cada uno de los integrantes del equipo de salud en las Áreas de Cuidados Intensivos plantea la necesidad de ampliar su aceptación, conocimiento y comprensión. Generando instancias de formación que entrene al personal en estas áreas a lidiar con el hecho que la muerte es un evento natural.

En estas Áreas es donde se aprecia con mayor claridad que la aceptación como fenómeno biológico continúa siendo dificultoso para todo el personal comprometido en la atención de estos pacientes; ya que la tecnología nos ha hecho creer que la muerte es un evento evitable en todo paciente. La propuesta de abordaje desde un punto de vista docente, absolutamente perfectible, no hace más que generar un espacio de discusión y planteo interno que ayude al conjunto en su totalidad. Dado que por tratarse de una problemática compleja, en este caso, el conocimiento científico resulta insuficiente.

Ante el final de la vida la forma de aceptación del fenómeno solo es posible si se decide interponer lo afectivo como paso previo a un comportamiento propio de seres humanos, más que de expertos en medicina. Sobre todo en este momento tan singular en donde soltar una mano, puede seguir provocando sufrimiento por la sensación de abandono que puede aquejar a pacientes, familias y médicos.

Agradecimientos

Reconocemos a las personas que participaron indirectamente en el estudio tales como el personal técnico y otras en general del Hospital General de Agudos "Juan A Fernández", Buenos Aires-Argentina.

Información adicional

Abreviaturas

Ninguna.

Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

Nota del Editor

La Revista Oncología Ecu permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Fondos

Los fondos de la investigación fueron propios de los autores del presente artículo.

Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

Contribuciones de los autores

LC idea de investigación, análisis crítico del artículo. MAM, JA, AS, NR, FB, DM, IP realizaron la revisión bibliográfica, recolección de datos, escritura del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del artículo.

Aprobación de ética y consentimiento para participar

No aplica ya que es un estudio retrospectivo

Información de los autores

Luis Alberto Computaro, M.D., M.B.A., M.Sc., FCCM, FAHA trabaja actualmente en el área de cuidados intensivos del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández". Es coordinador del área de Neurovascular Neurointensiva en el Departamento de Cuidados Intensivos.  <https://orcid.org/0000-0003-3925-7682>

Miguel A. Muchico, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Jose Angarola, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Adrian Sarasino, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Nestor Raimondi, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Fernando Baccaro, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Dinah Magnante, Abogada Magister en Bioética, Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Ignacio Previgliano, Médico de la División de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández".

Revisiones por pares

Acceda a la revisión de pares académicos en el siguiente enlace:
<https://publons.com/review/3739804/>

Referencias

Abreviaturas en la referencias

DOI: Digital Object

Identifier

PMID: PubMed Identifier

SU: Short URL

1. Wandless W. Narrative Pain and Moral Sense: Toward an Ethics of Suffering in the Long Eighteenth Century. *Literature and Medicine* 2005;24 (1):5-61. **SU:** bit.ly/2CiRTb7
2. Bone R, Rackow E, Weg J, Butler P, Carton R, Elpern Ellen, et al. Ethical and moral Guideline for initiation, continuation and withdrawal of intensive care an ACCP / SCCM consensus panel. *Chest* 1990; 97(4): 949-957: **DOI:** [10.1378/chest.97.4.949](https://doi.org/10.1378/chest.97.4.949)
3. Carpio A. Principios de Filosofía Una introducción a su problemática. Ed. Glauco 2014; (4). Buenos Aires, 1977
4. Eichacker PQ, Natanson C, Danner RL. Surviving sepsis-practice guidelines, marketing campaigns, and Eli Lilly. *Rev N Engl J Med* 2006; 355 (16):1640-1642: **DOI:** [10.1056/NEJMp06819](https://doi.org/10.1056/NEJMp06819)
5. Lilly CM, Daly BJ. The healing power of listening in the ICU. *Rev N Engl J Med* 2007; 365(5): 513-525: **DOI:** [10.1056/NEJMe068253](https://doi.org/10.1056/NEJMe068253)
6. Luce JM, Rubenfeld GD. Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life. *Rev Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165(6):750-754: **DOI:** [10.1164/rccm.2109045](https://doi.org/10.1164/rccm.2109045)
7. Morrow RH, Bryant JH. Health policy approaches to measuring and valuing human life: Conceptual and ethical issues. *Rev AJP* 1995; 85(10):1356-1360: **DOI:** [10.2105/AJPH.85.10.1356](https://doi.org/10.2105/AJPH.85.10.1356)
8. Roberts RR, Frutos PW, Ciavarella GG, RN, MPH, MBA, et al. Distribution of variable vs fixed costs of hospital care. *JAMA* 1999; 281(7):644-649: **DOI:** [10.1001/jama.281.7.644](https://doi.org/10.1001/jama.281.7.644)
9. Sánchez Padrón A, Sánchez Valdivia A, Bello Vega M. Aspectos éticos de los cuidados intensivos. *Rev Cub Med Int Emerg* 2003; 2 (4):96-112.
10. Sprung CL, Carmel S, Sjøkvist P, Baras M, Cohen SL. et al. ETHICATH Study Group. *Intensive Care Med* 2007; 33(1): 104-110: **DOI:** [10.1007/s00134-006-0405-1](https://doi.org/10.1007/s00134-006-0405-1)
11. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334 (13): 835-840: **DOI:** [10.1056/NEJM199603283341306](https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306)
12. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2014; 370(26): 2506-2514: **DOI:** [10.1056/NEJMra1208795](https://doi.org/10.1056/NEJMra1208795)
13. Coucerio Vidal A. Bioética y medicina actual. En Masson Editorial. Capítulo 1: Pag 3-7. **SU:** goo.gl/Pvg7ev

14. Beauchamp T, Mc Cullpough L. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. Rev Veritas (Porto Alegre) 1987; 35(138): 307-308
15. Couceiro A. Comités de ética y eutanasia. En: Urraca S, ed. Eutanasia hoy. Un debate abierto. Madrid: Noésis, 1995.
16. Gracia D. Fundamentos de bioética. Triacastela 1989; 14(2): 224-227. DOI: [10.4067/S1726-569X2008000200014](https://doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200014)
17. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Triacastela 1991.
18. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical Ethics, 2a ed. New York: Macmillan, 1986.