



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

Nº29

Enero 2013

www.um.es/eglobal/

ENSAYOS

Dilemas éticos en torno al cuidado de personas en estado vegetativo

Ethical dilemmas regarding the care of people in vegetative state

*Soto Núñez, Claudia, ** Rubio Acuña, Miriam ***Córdova Herrera, M^a Fernanda.

*Enfermera especialista en problemas cardiológicos del adulto. Instructor Adjunto y Enfermera educadora. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail: csoto@med.puc.cl

Enfermera con diploma académico en el adulto mayor. Profesor Asistente Adjunto. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.* Enfermera especialista en problemas renales del adulto. Diplomada en Geriátría y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Palabras clave: estado vegetativo; dilemas éticos; hidratación; alimentación

Keywords: Vegetative state; Ethical dilemmas; Hydration; Nutrition

RESUMEN

Antecedentes: El Estado Vegetativo (EV) corresponde a un diagnóstico clínico en el cual las personas mantienen espontáneamente las funciones vitales, el ritmo sueño-vigilia y carecen de actividad voluntaria. El propósito de este artículo es presentar un dilema ético sobre mantener o no la hidratación y alimentación de las personas en EV, al cual se ven enfrentados familiares y equipo de salud durante el cuidado de estos pacientes.

Metodología: Se realizó una búsqueda en la base de datos disponibles en el Sistema de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Scielo y Elsevier, entre los meses de abril y mayo 2012.

Resultados: Se hace referencia a algunos casos representativos descritos en la literatura internacional, como el de Terry Schiavo, Nancy Cruzat y Anthony Bland, los cuales fueron resueltos en tribunales. Los principales argumentos se encuentran centrados en determinar si la alimentación e hidratación corresponden a un tratamiento desproporcionado y a la importancia de las voluntades anticipadas o testamento en vida. Luego, se analizan los conceptos de dignidad humana, ser persona y muerte digna en torno al dilema ético.

Conclusiones: Desde el enfoque legal y considerando los aspectos éticos que emergen en torno al cuidado de estos enfermos, se concluye que es un dilema complejo y que es necesario analizar cada caso en particular y desde varias perspectivas para entregar el mejor cuidado a las personas con EV y sus familias, de manera de tener una postura ética al respecto.

ABSTRACT

Background: The vegetative state (EV) corresponds to a clinical diagnosis in which people spontaneously maintain vital functions, the sleep-wake rhythm but lack voluntary activity. The purpose of this article is to present an ethical dilemma to maintain, or not, the hydration and nutrition of people in EV, which are faced with family and team of health during the care of these patients.

Methods: We conducted a search in the data base available in the system of libraries of the Pontifical University Catholic of Chile, Scielo and Elsevier, between the months of April and May 2012.

Results: They refer to some representative cases described in the sources, like Terry Schiavo, Nancy Cruzat and Anthony Bland, which were resolved in courts. The main arguments are focused to determine if food and hydration correspond to a disproportionate treatment and the importance of the advance directives or living will. They then discuss the concepts of human dignity, personhood and dignified death around the ethical dilemma.

Conclusions: From the legal approach and considering ethical issues that emerge in the environment of the care of these patients, it can be concluded that it is a complex dilemma and it is necessary to analyze each case in particular and from various perspectives to deliver the best care to people in EV and their families, in order to have an ethical thereon stance.

INTRODUCCIÓN

El Estado Vegetativo (EV) es un término propuesto en 1972 por Jennett y Plum ⁽¹⁾, el cual corresponde a un diagnóstico clínico que se debe diferenciar de otras alteraciones del nivel de conciencia (coma, muerte encefálica, enclaustramiento, mutismo acinético y fases terminales de demencia). Las personas en EV mantienen espontáneamente las funciones vitales, el ritmo sueño-vigilia y carecen de actividad voluntaria ⁽²⁾. Las causas más frecuentes de EV son los traumatismos craneoencefálicos, trastornos cerebrovasculares, tumores cerebrales, encefalitis isquémico-anóxicas, entre otras ⁽¹⁾.

El EV se define como persistente cuando se mantiene durante un período superior a 1 mes ⁽²⁾. Es por esto que las personas en EV no se pueden considerar como un enfermo terminal, ya que su condición puede prolongarse de forma estable por largos periodos ⁽³⁾.

Entre algunas de las características clínicas del EV se pueden mencionar: alternancia de períodos de vigilia y sueño, mantenimiento espontáneo o ayudado de la respiración y las constantes cardiocirculatorias, y ausencia de: respuestas motoras precisas y dirigidas, vocalización verbal (son posibles gruñidos o ruidos primitivos), respuestas a órdenes verbales, persecución ocular mantenida, incontinencia de ambos esfínteres y otros signos neurológicos habituales (expresión facial vacía, posturas anormales, espasticidad muscular en las extremidades, marmoneo y chupeteo) ⁽²⁾.

El diagnóstico de EV, aún es eminentemente clínico y requiere una atenta y prolongada observación realizada por personal especializado y experto, con el fin de descartar cualquier tipo de actividad que suponga intención o contacto con el medio externo ^(2, 3). Las observaciones efectuadas por los acompañantes del enfermo y por el equipo de enfermería se deben considerar cuidadosamente, sin despreciarlas ni asumirlas directamente sin tener comprobación ⁽²⁾. Así también, para apoyar el diagnóstico se pueden realizar exámenes, como electroencefalograma (EEG), potenciales evocados, neuroimagen y exámenes isotópicos ⁽²⁾.

El tiempo de supervivencia de un paciente con EV es incierto, un estudio realizado por Minderhound y Braakman (1985) encontró que el 58% sobrevive más de 3 años, el 34% más de 6 años, y el 22% más de 8 años ⁽¹⁾.

Actualmente, ningún método específico de investigación permite predecir, en un caso concreto, cuál de los pacientes en estado vegetativo se recuperará y cuál no podrá lograrlo. Hasta ahora, las valoraciones de pronóstico de tipo estadístico sobre el estado vegetativo se han obtenido mediante estudios limitados en cuanto al número de casos y a la duración de la observación. Por ello, se recomienda renunciar definitivamente a términos equívocos como el de estado vegetativo “persistente”, limitándose más bien a la indicación de la causa y la duración del estado vegetativo ⁽³⁾.

Desde un punto de vista humanista, es necesario no perder la perspectiva de que a pesar de que el enfermo de EV está inconsciente, es persona y, en cuanto tal, tiene derecho al pleno respeto de sus derechos fundamentales, el primero de los cuales es el derecho a la vida y al cuidado de la salud ⁽³⁾. Según Levinas, el cuidado se encuentra centrado en la idea de una obligación moral que surge frente a la vulnerabilidad de cada persona. La presencia del otro compromete en tanto a ser sujeto moral: el deber del hombre hacia el otro es incondicional y a su vez un llamado a la responsabilidad y la justicia ⁽⁵⁾.

Para el equipo de salud y especialmente para la enfermera que debe atender a estos pacientes, es fundamental conocer el tema y tener una postura ética informada frente él. Uno de los principales dilemas éticos que se cuestiona la familia en estos casos, tiene relación con mantener o no la hidratación y alimentación de las personas en EV. Es por ello que se presentan algunos casos representativos de esta situación, descritos en la literatura a nivel internacional, y resueltos desde un punto de vista legal. También se revisan algunas consideraciones éticas que parecen relevantes para entender las diferentes posturas respecto al tema y poder reflexionar entorno al cuidado y orientación que se le puede dar a la familia, especialmente considerando que son los representantes de una persona que ha perdido su autonomía.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en la base de datos disponibles en el Sistema de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica de Chile (SIBUC), Scielo y Elsevier durante el mes de mayo del 2012. Las palabras claves utilizadas fueron: *vegetative state and ethical dilemmas*, *vegetative state and hydration*, *vegetative state and feed* y sus respectivas traducciones al español en buscadores en este idioma. Se seleccionaron solo los artículos publicados desde el año 2000, en idioma inglés o español. Los resultados hacen referencia a algunos casos representativos descritos en la literatura, en relación a la decisión de suspender la alimentación e hidratación de las personas en EV desde el enfoque legal y a aspectos éticos que emergen entorno al cuidado de estos enfermos.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Dilema ético en torno al cuidado de la persona en EV

A continuación se presentan algunos casos representativos de personas en EV descritos en la literatura, cuyas familias se han visto enfrentada al dilema si suspender o no la alimentación e hidratación de estos pacientes.

En 1983, Nancy Cruzan, estadounidense de 25 años, quedó en EV a causa de un accidente automovilístico. Sus padres solicitaron al tribunal de Missouri suspender la alimentación por sonda y la hidratación para continuar un proceso natural y no prolongar su agonía. En primera instancia, el tribunal rechazó esta petición, debido a que la ley establecía que sólo era posible aceptarla en caso de que existieran directrices anticipadas claras y convincentes, de las cuales carecían. Posteriormente, la familia apeló, presentando testigos que declararon que Nancy había mencionado que en caso de EV, preferiría no mantenerse con vida, si esta era apoyada por asistencia médica. Por lo que finalmente en 1990, fue desconectada de la alimentación artificial ⁽⁶⁾. La Corte Suprema estableció que los estados pueden regular las circunstancias en que los tratamientos de soporte vital pueden ser retirados, en caso de que la persona no pueda comunicarse por sí misma ⁽⁷⁾.

Este caso fue el primero en que se apeló a la Corte Suprema de los Estados Unidos por el derecho a morir. Finalmente, la decisión se redujo a establecer evidencia fidedigna en relación a la voluntad de Nancy ⁽⁷⁾.

Un situación similar ocurrió en el estado de Florida, con el emblemático caso de Terry Schiavo, diagnosticada de EV luego de sufrir un paro cardíaco quedando con daño cerebral hipoxico-isquémico, fue desconectada después de un largo y controversial debate judicial que duró aproximadamente 7 años. Las peculiaridades del caso Schiavo residen en el enfrentamiento entre sus padres y su esposo. Los primeros deseaban mantener las medidas de alimentación e hidratación, ya que consideraban que su hija no se encontraba en EV y que jamás había expresado el deseo de morir por inanición. En cambio, su esposo solicitaba suspenderlas, argumentando que Terry había manifestado en vida, que frente a una situación de este tipo, ella no deseaba mantenerse con vida artificial ⁽⁸⁾.

La evidencia en el caso Cruzan resultó ser el mismo que en Florida para Schiavo: testamento en vida ⁽⁹⁾, aunque solo fuera de manera verbal, haciendo a referencia a la prevalencia del derecho a decidir y la autonomía de las personas.

Otro caso, ocurrido en Inglaterra en 1989, es el de Anthony Bland, un joven de 18 años que como resultado de un accidente de grandes proporciones en un estadio de fútbol quedó en EV. Ante esta situación, sus padres solicitaron al Tribunal Británico de los Lores la autorización para interrumpir la alimentación e hidratación artificial, aludiendo al proceso de muerte natural para Anthony. Este es el primer caso en el que se solicitó la interrupción de estos cuidados para una persona en EV en los Tribunales ingleses ⁽⁶⁾. Según se menciona, Anthony no había expresado con anterioridad su opinión en caso de estar en EV, por lo que se desconocía su deseo en relación a esta situación ⁽⁶⁾.

Finalmente, el Tribunal autorizó la interrupción de la alimentación e hidratación, calificando estos procedimientos como un tratamiento médico y no solo cuidados, por lo que fue posible suspenderlos. Además, el Tribunal incluyó los principios de la imposibilidad de recuperación real y la limitación de los recursos sanitarios para su decisión final ⁽⁶⁾.

En Chile, no se conocen conflictos de esta naturaleza, sin embargo, existen algunos aspectos legales presentes en el Proyecto de Ley de los derechos y deberes de las personas en la atención de Salud (2006), donde se menciona que “mediante una declaración anticipada, una persona podrá manifestar su voluntad sobre los cuidados

y tratamientos a los que desearía ser sometida en caso de que se encuentre en una situación en la cual no esté en condiciones de expresar su consentimiento personalmente”⁽¹⁰⁾.

Además, en este mismo proyecto, se señalan los casos en que se acepta la voluntad del paciente y que pudieran acarrear como consecuencia su propia muerte, tal es el caso del paciente terminal y tratamientos injustificados que prolongan la agonía. Sin embargo, esta situación debe ser confirmada por una segunda opinión médica que no haya participado en el tratamiento del paciente⁽¹¹⁾.

Desde el punto de vista ético y basado en lo expuesto en los casos anteriores, frente a una persona con diagnóstico de EV, surge un importante dilema ético que es necesario analizar. Este tiene relación con preguntarse si mantener o no con hidratación y alimentación artificial a una persona que carece de posibilidad de realizar acciones voluntarias, con mal pronóstico y que se va deteriorando con el paso de los años.

Para poder comprender lo que involucra este dilema ético, se comenzarán por analizar los conceptos de dignidad humana, persona y muerte digna, para posteriormente hacer una exposición de los argumentos en relación a este tema.

La *dignidad humana* puede ser considerada a través de la expresión de la autonomía o capacidad de decidir⁽³⁾ o la libertad, por lo tanto, la defensa de ésta podría exigir elegir el momento de la propia muerte, poniendo fin a un sufrimiento al que no ve sentido⁽¹³⁾. Sin embargo, la autonomía nunca puede llegar a justificar decisiones o actos contra la vida humana propia o ajena, pues sin vida no puede haber libertad⁽³⁾.

En los casos de que las personas en EV que permanecen inconscientes, se puede decir que pierden su autonomía, ya que no son capaces de expresarse ni relacionarse con quienes lo rodean, pero esta pérdida de conciencia no se puede estar absolutamente seguro de que es completa o irreversible en el tiempo. Hay casos, aunque poco comunes, de personas que se han despertado de un coma profundo (incluso con electroencefalograma plano) y han contado después que tenían bastante claridad de lo que se decía en torno a ellos, aunque no manifestaban ninguna reacción en esos momentos⁽¹³⁾. Un ejemplo de esto, es un estudio de 84 personas diagnosticados de EV, en el cual el 41% de ellos había recuperado la conciencia dentro de los 6 meses subsiguientes y el 58% dentro de los 3 años. Un segundo estudio arrojó que el 33% de 370 pacientes en EV de hasta un año de duración se recuperó lo suficiente como para regresar al trabajo⁽⁴⁾.

Por lo que se ve no es fácil determinar la dignidad de la persona, a partir de su autonomía, sino se debiera considerar que ella es intrínsecamente digna en todo caso y situación y aunque no se pueda comunicar nunca pierde esta condición⁽¹²⁾. Muchas veces, al no tener claro este concepto de dignidad se ha llegado a plantear el inducir la muerte, como un acto de amor⁽¹³⁾.

Como se ha visto, abogar la muerte de la persona en EV en virtud de proteger su dignidad, no es un argumento válido en ninguna circunstancia y son las personas que la cuidan (familia, equipo de salud) y la sociedad en general, los llamados a tener siempre presente esta condición. Teniendo presente el principio de beneficencia y justicia, es necesario afirmar que la persona en EV mantiene su dignidad al proteger su derecho a:

- Un diagnóstico certero, con el fin de evitar posibles errores y orientar las mejores intervenciones de rehabilitación⁽³⁾.
- Asistencia fundamental que incluya la hidratación, alimentación, calefacción e higiene^(3,4,12).
- Prevención de las posibles complicaciones y el control de cualquier signo de recuperación⁽³⁾.
- A un trato afectuoso y debida asistencia, como cualquier otro paciente⁽³⁾.

Otro punto a analizar, para ir comprendiendo este dilema ético, es determinar qué significa *ser persona*, considerando que algunos autores consideran que los pacientes en EV, pierden esta condición. Según Singer, citado por Vilches, el ser persona está determinado por tener conciencia de serlo, llevar a cabo un proyecto de vida y manejarse racionalmente⁽¹⁴⁾. Esto determina el valor de la vida y su capacidad para vivirla de una determinada manera. Pero qué pasa con aquellas personas que no cumplen con estos requisitos o no en su totalidad, ¿tendrían otra categoría de personas?⁽¹⁴⁾. Si bien las personas en EV no pueden realizar acciones de forma voluntaria, como ya hemos visto, son seres humanos y poseen dignidad, sin discriminación, no importando la condición de salud en la que se encuentre⁽⁴⁾. Esta dignidad constituye un valor inmutable e intocable, que no puede depender de las circunstancias existenciales concretas, ni puede subordinarse al juicio de una persona⁽³⁾.

A estas alturas, resulta fundamental preguntarse qué significa realmente *morir con dignidad*. La muerte digna se produce cuando se acompaña al enfermo y a su familia, dejándolo morir como parte de un proceso natural, manteniendo los elementos mínimos y no utilizando tecnología que prolongue la vida. Se puede respetar la vida no solo preservándola, sino también permitiendo que llegue a su término de modo natural⁽¹³⁾. Esta idea asociada a la muerte digna que parece tan clara, es justamente uno de los puntos donde no se produce acuerdo, ya que para algunos “un proceso natural” es no intervenir ni con alimento ni hidratación, incluso en el caso de que la persona *no sea* un enfermo terminal.

Muchas veces son familiares que se hacen cargo del paciente, los que como hemos visto en los casos representativos, no tienen claro este concepto de muerte digna y no se dan cuenta de las implicancia bioéticas que conlleva una decisión apresurada. Facilitar este proceso y tener una postura reflexiva y clara, es el deber del personal de salud, su atención se debe centrar en proporcionar un cuidado integral, tanto a la persona enferma como a su familia, aliviando los sufrimientos físicos, psíquicos, sociales y espirituales⁽¹²⁾.

En relación al dilema ético que se genera a partir del cuidado de una persona en EV, un punto de permanente de debate es sobre mantener o no la hidratación y alimentación de estas personas y parte de este dilema se relaciona en precisar, si estos cuidados son considerados como un tratamiento proporcional (cuidados mínimos) o extraordinarios.

Algunos autores, a favor de la suspensión de estos cuidados, consideran que si bien a las personas con estas medidas se las mantiene hidratadas y nutridas, no logran ningún beneficio con ello⁽¹⁵⁾. Otro argumento se establece a partir del principio de *no maleficencia*, el cual no obliga a iniciar o mantener un tratamiento, en un paciente en las condiciones del EV, si este implica dolor, sufrimiento e incomodidad tanto de la persona con EV como de su familia⁽¹⁵⁾. Se establece entonces que el enfermo tiene el

derecho a evitar un proceso médico invasivo, que puede resultar degradante e innecesario, si no existe una esperanza real de recuperación ⁽⁶⁾.

Otro argumento para la suspensión del tratamiento, surge a partir de la justicia utilitarista, donde se establece que se produce un alto costo económico y social al tener a una persona viviendo en EV, haciendo uso de instalaciones hospitalarias y de recursos humanos ⁽¹⁵⁾. Del mismo modo, se considera el costo económico que genera para la familia, el cuidado y manejo de estos pacientes en el domicilio ⁽¹⁶⁾.

La decisión de suspender estas medidas, podría ser considerado también, en virtud del principio de autonomía, es decir, hacer cumplir la voluntad anticipada de las personas en EV. En este contexto, sería admisible no utilizar medios terapéuticos artificiales para el mantenimiento de la vida ⁽¹⁷⁾, si es que la persona lo expresó en vida o lo dejó por escrito.

Otro argumento, tiene relación con que la alimentación artificial requiere de tecnología, nutrientes especiales, supervisión por dietistas y uso de sondas, lo cual podría determinar que es un tratamiento médico ⁽⁶⁾. Este tratamiento podría ser desproporcionado, en relación a ciertas situaciones en que la familia del paciente no está en condiciones de asumir económicamente, ni técnicamente, estas medidas.

Contrariamente, otros autores consideran que estos cuidados no son transables, ya que de ellos depende tanto la vida misma como la calidad de ésta ⁽¹⁷⁾. Uno de los argumentos para justificar esta postura tiene relación con que la administración de alimentación y la hidratación, aunque se realice a través de vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida y no un acto médico. Estos no son considerados "medios extraordinarios", como las máquinas que mantienen la vida artificialmente cuando ha ocurrido la muerte total e irreversible del cerebro ⁽⁸⁾. Es así como la posible decisión de suspenderlos, resultaría en no respetar los principios de no maleficencia y justicia, presentes en toda intervención médica ⁽¹⁷⁾.

En relación a lo anterior, el equipo de salud conoce claramente lo que significa suspender la alimentación e hidratación a una persona totalmente dependiente; una muerte lenta que comenzaría con disconfort (que no podría expresar), resequedad de boca, sed, inquietud, piel agrietada, aumentaría el riesgo de úlceras por presión y estreñimiento, luego aparecería compromiso circulatorio e insuficiencia renal, hasta que después de varios días sobrevendría la muerte ⁽¹⁶⁾. En este contexto se demuestra por qué para el equipo de salud, el principio de no maleficencia estaría seriamente pasado a llevar.

En algunos lugares, como ciertos estados en EEUU, donde se acepta la cesación de la alimentación e hidratación, en relación a la aprobación de los argumentos vistos en los casos emblemáticos anteriormente expuestos, el profesional de enfermería debe tener una postura clara y estar ampliamente informado, considerando las leyes vigentes y ciertos códigos, como el de ética de la American Nurses Association y/o el estatuto de la voluntad de vivir de Missouri, para ejecutar una decisión con respecto a la suspensión de estos cuidados, en los pacientes a su cargo ⁽¹⁶⁾.

Como se ha dicho, se considera de vital importancia la participación activa de la enfermera para brindar cuidados de calidad a los pacientes en EV, debido a que es el profesional mejor preparado para tener una mirada integral, lo que significa interiorizarse por la condición social y personal de los pacientes en EV que atiende ⁽¹⁷⁾.

Desde esta perspectiva, es necesario estar atento a las necesidades de la familia de la persona en EV y prestar un apoyo constante en el ámbito humano, psicológico y económico, debido a que ellos se encuentran en una situación de sufrimiento diario ⁽³⁾ y muchas veces necesitan dar sentido a este.

Antes de finalizar esta reflexión, no se puede dejar de tocar otro aspecto fundamental relacionado con la persona que sufre, que en este caso, generalmente, son los familiares que cuidan al paciente en EV. En relación al sufrimiento humano, el Papa Juan Pablo II en el año 1984, plantea que dentro de cada sufrimiento experimentado por las personas aparece inevitablemente la pregunta ¿por qué?, que se relaciona con la causa o la razón; y la pregunta acerca de la finalidad (para qué) en la que se intenta comprender el sentido. Solamente las personas, cuando sufren, saben que sufren y se preguntan por qué y cuando no encuentran una respuesta satisfactoria sufren de manera aún más profunda. El sufrimiento, en efecto, es siempre una prueba, a veces, bastante dura, a la que es sometida la humanidad ⁽¹⁸⁾.

Al trabajar en el área de la salud, el personal que se enfrenta cada día a este sufrimiento, debe de haber reflexionado y cuestionado el sentido personal que tiene esto, solo así será capaz de establecer una relación de ayuda con la familia para que puedan enfrentar este delicado proceso de la mejor manera posible.

REFLEXIONES FINALES

A partir de esta reflexión se ha podido apreciar que el paciente en EV está en una condición no exenta de controversia incluso entre los especialistas en el tema. Determinar dejar vivir o dejar morir a una persona en EV, considerando sólo una perspectiva, sin considerar su individualidad y el respeto por la dignidad humana, parece ser injusto.

El personal de salud que se ve enfrentado a estos casos, debe tener una actitud reflexiva e informada y una conducta humanizada, ya que ellos guiarán a la familia en el proceso de manejo y aceptación de enfermedad que se ve enfrentado el paciente en EV. Esto se hace especialmente relevante, considerando las nuevas disposiciones legales que están surgiendo en Chile, en relación a las voluntades anticipadas expuestas en los deberes y derechos de los pacientes.

Determinar si mantener con vida o no a una persona inconsciente y con un futuro incierto, recibiendo alimentación e hidratación que perpetúan esta situación, es un dilema complejo que es necesario abordar desde varias perspectivas y en cada caso en particular, como se ha visto en los casos emblemáticos de EV revisados, para tener una postura ética al respecto.

Se considera que los esfuerzos no debieran estar centrados sólo en el debate, sino también en ayudar a la familia y a la persona en EV a vivir lo mejor posible esta difícil etapa. Proporcionar apoyo psicológico constante, procurar un trato cariñoso, facilitar ayuda económica, entregar cuidados integrales y mantener el compromiso de no abandono, son las premisas que deben guiar a la sociedad en el cuidado de estos pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. León-Carrión J, Domínguez-Roldán JM, Domínguez-Morales M. Coma y Estado Vegetativo: Aspectos médico-legales. *Revi. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2001; 3: 1-2, 63-76.
2. Grau Veciana JM. Estado vegetativo persistente. Aspectos clínicos. *Med. Intensiva.* 2004; 28(3):108-11.
3. Academia Pontificia para la Vida Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos. Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo. *Cuad. Bioét.* 2006;17: 241-243
4. Clowes B. Fact of life [Internet]. Virginia: Human Life International; 1997. Chapter 23, Euthanasia; [cited 2012 May 8]. Available from: <http://www.hli.org/index.php/component/content/article/40-facts-of-life/630-facts-of-life-chapter-23-euthanasia-why-euthanasia-is-wrong-from-a-secular-viewpoint>
5. Levinas E. De otro modo que ser, o, más allá de la esencia. Salamanca (España): Ediciones Sígueme; 1987. Chapter 5, La responsabilidad para con el otro; p. 52 – 54.
6. Negrón Delgado JL. La suspensión de la alimentación e hidratación artificiales al paciente en estado vegetativo permanente en la teología Católica. [PhD thesis]. [Madrid (ES)]: Universidad Pontificia Comillas de Madrid; 2002. 336p.
7. Serrano Ruiz – Calderón J. La alimentación artificial de personas en situación de fuerte dependencia. Nota sobre un debate jurídico estadounidense. *Bol Mex Derecho Comp.* 2011; 44(130). 237 – 282.
8. Novoa F. La historia de Terri Schiavo. *Rev. Chil. neuro-psiquiatric.* 2007; 45(3):232-234.
9. Fine R. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Bumc Proceedings.* 2005 Oct; 18(4). 303 – 310.
10. Proyecto de ley de derechos y deberes de las personas en salud. Mensaje N° 223-354. Gobierno de Chile, 2006.
11. Zúñiga Fajuri A. Derechos del paciente y eutanasia en Chile. *Rev. derecho (Valdivia).* 2008;21(2):111-130.
12. Associació Catalana d'Estudis Bioètics. Razones del “sí” a la vida y del “no” a la eutanasia. *Cuad. Bioét.* 2006; 17: 247-257.
13. Kauss L. Eutanasia y autonomía de la persona. Vivir y morir con dignidad [Internet]; [cited 2012 May 8]. Available from: <http://www.duoc.cl/etica/pdf/fet00/material-apoy/Eutan-persona.pdf>
14. Vilches L. Sobre la eutanasia. *Rev. de Psicología Universidad de Chile.* 2001; 10(1): 177-187.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Masson Barcelona. 2002.
16. Hall J K. After Schiavo, Next Issue for Nursing Ethics. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2005; 7(3): 94-98.
17. León F J. Bioética. Madrid.Palabra. 2011.
18. Vatican [Internet]. Italia. Carta Apostólica *SALVIFICI DOLORIS* del Sumo Pontífice Juan Pablo II a los Obispos, Sacerdotes, familias religiosas y fieles de la Iglesia Católica sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano; 1984 [cited 2012 May 8]. Available from: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_sp.html



ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia