

Suspensión – limitación de los tratamientos en el paciente crítico

Dr. Homero Bagnulo¹

Resumen

La medicina intensiva dispone actualmente de una amplia gama de soportes tecnológicos que permiten prolongar la vida de los pacientes. Frecuentemente esto brinda la oportunidad al organismo de iniciar sus propios procesos de restitución y por tanto alcanzar la recuperación anhelada tanto por el paciente y su entorno como por el equipo médico actuante. Sin embargo, en los últimos años hemos asistido en forma creciente a situaciones en que estas técnicas mantienen funciones vitales en forma prolongada sin que esto vaya acompañado de la curación de la afección causante.

Intentamos en el presente artículo algunas reflexiones sobre este aspecto de nuestro quehacer médico que tiene profundas implicancias asistenciales, psicológicas y económicas. Para ello nos hemos valido de artículos seleccionados de la literatura médica de conceptos vertidos en nuestro medio en ocasión de encuentros de la especialidad y de nuestra propia experiencia en la disciplina. Partiendo de las definiciones más aceptadas de futilidad médica, catalogamos las diferentes categorías de tratamiento en forma tal de ubicarnos evolutivamente ante cada situación que se presenta. Se analizan los diferentes niveles de limitación en las terapéuticas disponibles: orden de no resucitación, limitación del nivel de soportes, destete sin retorno, retiro de medidas. En relación a la suspensión de las medidas se considera su oportunidad, no antes de las 48 horas, el necesario consenso del equipo tratante así como la participación de la familia. Diferentes situaciones tomadas de la práctica diaria dificultan la suspensión o limitación de tratamientos: la juventud del paciente, la ausencia de una certeza diagnóstica, el compromiso emocional del equipo actuante, la instauración reciente de nuevas medidas. Se insiste en que el retiro de soportes no implica en forma alguna el abandono del paciente así como la necesidad de apoyar emocionalmente al entorno familiar del mismo en esta etapa.

Palabras clave: Cuidados críticos

Cuidados para la prolongación de la vida

Introducción

La tecnología de que dispone hoy la medicina crítica es capaz de mantener funciones vitales en forma indiscriminada, por largos períodos, pero sin que esto nos lleve a curar o reparar al menos parcialmente los procesos subyacentes que condujeron al paciente a esta situación. Por tanto, se comprometen recursos de alto costo y en oportunidades limitados en su número, como son las plazas disponibles de los centros de tratamientos intensivos, en

pacientes con escasas perspectivas de sobrevida y peor aun, cuya calidad de vida, de sobrevivir, será muy pobre: coma prolongado, dependencia absoluta de enfermería o de la familia para las actividades de la vida diaria. El problema está hoy en determinar qué paciente debe recibir cuidados máximos de la tecnología que disponemos y cuándo estos niveles de asistencia deben ser restringidos, limitados o aun suprimidos. Como se ve, en esta discusión están planteados principios éticos, filosóficos y religiosos que difieren en las distintas sociedades y en los individuos que las integran. Lo que es seguro es que el viejo criterio de: "La vida es sagrada a cualquier costo" hoy se halla en revisión.

El ingreso de un paciente a un área crítica implica en general una enfermedad aguda o una descompensación

1. Director CTI Hospital Maciel.

Correspondencia: Dr. Homero Bagnulo, CTI, Hospital Maciel. 25 de mayo 174, Montevideo, Uruguay.

Presentado: 10/9/99

Aceptado: 22/10/99

de una afección crónica. Si el paciente no tiene elementos que puedan revertirse con un tratamiento agresivo y su condición se debe sólo a la progresión de su afección o si su condición aguda es de tal entidad que la reversión del cuadro es imposible, el ingreso a medicina intensiva no está justificado. Sin embargo, con relativa frecuencia al momento de recibir al paciente no somos capaces de establecer claramente estas distinciones y, por tanto, necesitamos de un lapso en el cual implementar métodos diagnósticos y tratamientos esperando obtener una respuesta. Si ésta no se produce y no se evidencian factores capaces de revertir con un tratamiento apropiado cabe considerar la limitación o la suspensión de las medidas.

Los médicos actuantes debemos por ende estar preparados para el retiro de medidas o para limitar la aplicación de las mismas si la muerte que juzgamos inevitable está siendo demorada en forma irrazonable. Todo esto nos lleva al concepto de futilidad en medicina que representa una situación en la que tratamientos ulteriores parecen inútiles. Intervenciones médicas fútiles son aquellas que serán inefectivas e incapaces de alcanzar un objetivo o resultado deseado, en nuestro caso la mejoría o curación del paciente. Un acto médico debe ser capaz de permitirnos mejorar la calidad de vida del paciente al mismo tiempo que prolongar ésta de tal manera que el paciente pueda llegar a cumplir algunos objetivos que se ha propuesto antes de la muerte. Analizaremos ahora más detalladamente algunos aspectos prácticos de esta temática.

Categorías de tratamiento

El médico intensivista debe plantearse luego de la cuidadosa evaluación de un paciente dentro de qué categoría está ubicado, sabiendo que la misma puede no ser definitiva y en los días subsiguientes y de acuerdo con la evolución podrá ser reclasificado. En un extremo tenemos aquellos pacientes en los que existe una posibilidad cierta de que las medidas por nosotros implementadas lo mejoran; esto implica el soporte total del paciente y se le aplicará todo aquello que esté a nuestra disposición. En el otro extremo están aquellos pacientes en los que dada la progresión lesional y la falta de elementos de reversibilidad se permitirá que la afección siga su curso natural. A ellos se le aplicarán cuidados paliativos: analgesia y sedación, adecuada vía aérea, hidratación. Es de desear que el paciente pueda permanecer en un área con acceso de la familia y, por tanto, de acuerdo con las posibilidades, permanecerá en sala común o se dispondrá de una habitación, o mejor aun, de un área dedicada a cuidados paliativos con soporte de enfermería y psicológico para el paciente y su entorno.

En medio de estos extremos tenemos otras opciones, a saber: el soporte con límites preestablecidos. El paciente

tiene la posibilidad de beneficiarse de su permanencia en *eti* pero si sucede un evento adicional, por ejemplo un paro cardiorrespiratorio o un nuevo parénquima en falla que requiera de soporte artificial, éste pasa a ser irreversible y no se justifica implementar medidas adicionales. Ha descendido un peldaño por lo que su situación cambió de estatus.

Más aun en caso de que el paciente no responda al tratamiento que se estatuyó en un plazo determinado o que la evaluación realizada por el equipo permite objetivar que la calidad de vida residual será inaceptable (por ejemplo: injuria encefálica que no mejora) se considerará el retiro de medidas de soporte. Sin duda, a los médicos nos resulta de menor impacto emocional evitar instituir soportes que proceder a retirarlos.

En oportunidades menos frecuentes, en medicina intensiva que en otras especialidades, como es el caso de la hematología, nos vemos en la necesidad de decidir la instauración de medidas de confort (sedo-analgésia), incluso cuando las mismas pueden acortar la sobrevivencia de un paciente.

Causas de rechazo de ingreso a CTI

Estas pueden reducirse esencialmente a tres situaciones:

- a) *Ingreso no necesario*: pacientes de escasa complejidad cuyo manejo en sala o en un área de emergencia o en recuperación posoperatorio es factible. En nuestro medio es habitual que dada la pobre dotación de recursos de enfermería o materiales en sala común nos enfrentemos a solicitudes de ingreso que pueden ser solucionadas sin necesidad de ocupar camas de *eti* con el consiguiente abatimiento en costos institucionales y psicológicos para el paciente y su familia.
- b) *Ingreso no justificado*: se vincula en general a:
 - Pobre calidad de vida previa (pacientes con grave deterioro intelectual, que no deambulan, incontinentes, etcétera).
 - Con afecciones subyacentes en etapa final que sufren una brusca agravación (neoplásicos con metástasis ya tratados que agregan cuadros infecciosos por su propia inmunodepresión).
 - Aquellos que previamente presentaban un pobre pronóstico a corto plazo (cirróticos clase C de Childs en los que el trasplante hepático se ha descartado).
 - Aquellos pacientes en que la probabilidad de muerte durante su estancia en CTI es a priori mayor de 95%. La posibilidad que excepcionalmente algún paciente en esta categoría sobreviva no invalida el criterio ya que la futilidad es siempre un asunto de probabilidades. No importa el límite que se seleccione, siempre habrá un sobreviviente potencial en

el que no se predijo la sobrevida. Como se sabe, las inferencias estadísticas sobre lo que pasará a grupos de pacientes no nos permiten predicciones absolutas. Más aun, la tendencia natural a recordar los casos inusuales, sobre todo cuando son exitosos, predisponen a los médicos a tomar decisiones en base a ciertas experiencias de curaciones imprevistas, lo que es equivocado.

- c) *Escasa disponibilidad de camas*: todos reconocemos que lamentablemente esta es una condición que en determinadas situaciones determina el rechazo de ingreso de pacientes que sí debieran contar con los recursos apropiados. Para evitar esta situación es que debemos esforzarnos en impedir las dos previamente consideradas.

Evaluación de un ingreso potencial a medicina intensiva

Resulta llamativo cómo los siguientes elementos no son adecuadamente pesquisados antes de decidir el ingreso de pacientes. Siguiendo a Tuxen debemos conocer:

- a. Edad.
- b. Número de funciones en falla.
- c. Circunstancias vitales: si está en un hospital psiquiátrico, en un centro geriátrico, etcétera.
- d. Su nivel de dependencia: si es capaz de realizar su higiene personal, alimentarse, si necesita apoyo para estas tareas, si es capaz de manejar dinero, etcétera.
- e. Movilidad: si puede realizar tareas sencillas, caminar, solo o con ayuda, si no sale de su casa, si requiere silla de ruedas, si no se moviliza de la cama, etcétera.
- f. Estado mental: demenciado, desorientado, desmemoriado, incontinente, etcétera.
- g. Si tiene afecciones subyacentes y en qué etapa evolutiva se encuentran las mismas.

Limitación de la terapéutica

Luego de que el paciente ingresa a medicina intensiva puede requerir desde el inicio todas las medidas de soporte que actualmente disponemos (asistencia respiratoria mecánica, monitoreo invasivo, inotrópicos, hemodiálisis, antibioticoterapia, nutrición) pero la situación más corriente es que estos soportes se incrementan paulatinamente. Una medida que resulta adecuada en algunos casos es limitar el nivel de los soportes a los que el paciente está actualmente recibiendo y no incrementarlos. La justificación de esto está basada en que si el paciente no responde a los tratamientos ya instituidos y requiere de nuevas medidas, su pronóstico está empeorando y por tanto éstas no hallan justificación. Este concepto se aplica en la medida que no se hayan presentado nuevas intercu-

rrencias o peor aun iatrogenias que determinen el agravamiento.

El nivel más frecuente de limitación es la orden de no resucitación, pero también cabe limitar procedimientos dialíticos e inclusive nuevos soportes ventilatorios (paciente en ventilación no invasiva, al que se considera que la ventilación invasiva prolongará la estancia en UCI pero que no logrará sobrevivir).

Dentro de esta estrategia nos ha resultado de enorme utilidad el concepto desarrollado por la Sociedad Australiana de Medicina Intensiva conocido como "One Way Wean" (destete sin retorno). De acuerdo con esto el paciente es destetado (del respirador, de inotrópicos) de manera tal que sus posibilidades de éxito sean máximas. Habitualmente se trata de soportes prolongados en el tiempo, los que se retiran con todo el apoyo que el paciente requiera. Si el destete es exitoso se continúa con el óptimo nivel de cuidado, pero en caso de que este luego de realizado falle, el paciente es sedado y pasa a recibir únicamente medidas de confort.

Suspensión de medidas de soporte

¿Quiénes?

La consideración de retiro de medidas de soporte se realiza en circunstancias variadas. Analizaremos algunas de las más habituales en nuestra práctica.

Cuando el paciente tiene una completa dependencia del tratamiento que está recibiendo y aun breves interrupciones (para aspirar la vía aérea, para reponer las infusiones, etcétera) determinan un importante deterioro. En estos casos, y teniendo en cuenta que no quedan otros tratamientos disponibles de la afección causante, se impone la consideración de la suspensión de dichas medidas. Otra situación es cuando la afección determinante del cuadro no puede ser resuelta y compromete toda posible sobrevida; tal es el caso de aquellos focos peritoneales en los que el cirujano manifiesta no conseguir solucionar, así como en los comas mantenidos con niveles de escala de Glasgow bajos (menor de 6).

¿Cuándo?

La decisión de retirar soportes vitales se desarrolla durante el tiempo de permanencia en la unidad, y es excepcional que se adopte antes de las 48 horas. Se vincula a la evolución del paciente, a su peoría y a su falta de respuesta a los tratamientos instituidos. Se desarrolla un consenso progresivo del equipo médico, de enfermería y de los familiares con esta medida. La misma implica un diagnóstico certero, disponer de suficiente información pronóstica y sobre la calidad de vida previa del paciente.

Esto último puede insumir varias entrevistas con diferentes miembros de la familia.

¿Cómo?

Una vez planteado el tema se debe llegar a un consenso entre el equipo médico actuante. Pero en tanto este no se alcance no deben introducirse nuevas medidas terapéuticas. El resto del tratamiento continuará igual salvo las medidas que se hayan decidido retirar. Esta situación puede ser rediscutida a pedido de alguno de los integrantes del grupo tratante. La decisión alcanzada debe ser anotada en la historia clínica. Es importante la participación de enfermería en este proceso, ya que es habitual que se suspendan soportes y, sin embargo, se mantengan cuidados de enfermería fútiles, que no hacen al confort del paciente.

Papel de la familia

En medicina intensiva el paciente es raramente competente, por lo que la consideración de este tema se realizará primordialmente con la familia.

Involucrar a la familia es antes que nada un derecho que ella tiene; por tanto, es importante que esté en conocimiento de la situación clínica y de las implicancias pronósticas. En cada caso debemos preguntarnos si esa familia está en condiciones de tomar decisiones, si ha hablado con el paciente de sus expectativas vitales y sobre qué hacer ante estas situaciones. Esta temática está siendo introducida por los medios de comunicación progresivamente en las consideraciones de los pacientes con patologías crónicas y muy especialmente a partir de la epidemia de sida. Por tanto, debemos considerar si el paciente nominó subrogantes, cuánto conocen éstos de los sentimientos y si están capacitados afectivamente a decidir en situaciones límite. En nuestra experiencia, los familiares, en nuestro medio, si bien no quieren tomar la decisión, solicitan participar en el proceso de resolución. Consideramos que no debemos hacer caer el peso de estas decisiones sobre la familia por las implicancias negativas que esto llega a tener en ciertas circunstancias y que llegan a dificultar la elaboración del duelo.

Considerando distintas situaciones

Cuando uno debe vincular a la familia en la toma de decisiones respecto al retiro de medidas se presentan situaciones diversas que, siguiendo a Tuxen, pueden esquematizarse en cuatro niveles:

a. La muerte es inevitable e inminente (por ejemplo: hemorragia intracraneana masiva). En estos casos habitualmente la familia no está preparada por lo repentino

del suceso y la suspensión de medidas debe evitar comprometer a una familia profundamente afectada.

b. La muerte es inevitable, la familia está muy perturbada por la situación que no había sido discutida con el paciente, por ejemplo: sepsis con cuatro o cinco disfunciones orgánicas. En estos casos no parece brindar mayor utilidad al paciente ni a la familia ni al grupo médico comprometer a aquélla en la toma de decisiones.

c. La muerte es inevitable, el equipo médico ha elaborado la decisión de retirar soportes. Debemos introducir paulatinamente el tema de manera tal que puedan cuestionar, acordar, apoyar, sin cargar con el peso de la decisión.

d. La muerte es una condición posible, las perspectivas de sobrevida son pocas. Es importante que la familia aporte su propia opinión así como la que previamente hubiera referido el paciente. Esto ayudará en la toma de decisión del equipo médico. Esta situación se presenta en pacientes con enfermedad crónica (EPOC, sida, neoplásicos) que pueden haberle dejado una opinión expresa a sus familiares.

Algunas recomendaciones

De acuerdo con la literatura de consulta disponible hoy y a la experiencia desarrollada por nuestros grupos de trabajo sobre esta temática, parece oportuno tener en cuenta algunos elementos que ayudan en la situación de retiro de medidas.

Una vez que se ha acordado con la familia el retiro parcial de medidas, resulta de gran utilidad en esta situación darle tiempo a ellos para estar junto al paciente, antes de proceder a la suspensión de las mismas, de preferencia en una habitación individual. Pese a algunas opiniones en contrario nos parece preferible que el retiro se realice en forma paulatina y que no vaya seguido en forma inmediata del fallecimiento del paciente, ya que esto es a veces muy movilizador para el equipo actuante. Es importante mantener e incluso incrementar la sedación para evitar disnea, discomfort, y más aun el despertar del paciente si éste está acompañado de familiares que han solicitado la sedación del paciente, lo que ocurre frecuentemente.

Luego del fallecimiento es importante mantener nuevamente contacto con los familiares en una o dos oportunidades e inclusive estar disponible en días posteriores para preguntas que pudieran surgir. Es habitual que nos consulten sobre qué conducta adoptar en estas situaciones con los niños o con cónyuges o padres añosos.

Una asignatura pendiente habitualmente en nuestras unidades es hacerse cargo del estrés de quienes han estado a cargo del cuidado de estos pacientes, sobre todo en casos de enfermos jóvenes con estadías prolongadas. No está previsto en las estructuras habituales en nuestro me-

dio quién cumpla con esta función, lo que cada vez nos parece más relevante.

Cuando se dificulta la suspensión de los tratamientos

Siguiendo los conceptos expresados en un editorial de Kasrlawish y Hall hemos comprobado que en pacientes sin expectativa alguna de sobrevida se mantienen medidas sin que nadie del equipo tratante plantee el retiro de las mismas. Hay situaciones que indudablemente están favoreciendo o determinando esta actitud, a saber: a) En pacientes jóvenes; b) cuando no disponemos de un diagnóstico preciso; c) cuando hubo una iatrogenia que fue determinante en la situación actual; d) cuando existe compromiso emocional con el paciente o la familia vinculado fundamentalmente a estadía prolongada, múltiples ingresos previos, un conocimiento anterior del paciente o su familia. Situaciones estas que se dan más comúnmente en comunidades con mayor conocimiento entre sus integrantes; e) si recientemente se hubiere instaurado alguna técnica de soporte o nueva medicación, se hace más difícil proceder a la suspensión, de allí que no deban instaurarse nuevas medidas mientras el equipo no haya terminado de definir su conducta; f) se hace más difícil retirar un soporte que determinará la muerte en forma inmediata, y g) suspender una medida con la cual no estamos familiarizados por no ser de manejo habitual (por ejemplo: plasmaferesis) implica una dificultad adicional.

Por último debemos tener en cuenta que el retiro de los soportes no debe implicar el abandono del tratamiento. Lo que se inicia es un tipo diferente de cuidado en donde debemos tener primariamente presente aliviar el sufrimiento, brindarle compañía al paciente, proporcionar un ambiente silencioso y con cierto grado de bienestar. En esta etapa se debe privilegiar la comunicación con la familia y eventualmente el paciente, de mantener éste la lucidez. Es muy importante evitar procedimientos innecesarios y retirar equipos de la habitación. Es frecuente ver controles de enfermería reiterados en forma horaria que impiden el descanso y perturban la sedación, que perduran sólo por falta de comunicación del equipo actuante. Debemos cuidar del complejo familiar-paciente como un todo.

El concepto de cuidados paliativos en el crítico deberá desarrollarse rápidamente en nuestras unidades tal como existe ya en otros medios. Cada día existen más pacientes que entran en esta categoría. La calidad de los cuidados paliativos importa tanto como la medicina curativa actualmente en nuestras sociedades. Debemos educar al equipo médico para que estas tareas también puedan resultar gratificantes y enriquecedoras.

Hemos comprobado la utilidad de mantener los mismos interlocutores hasta el desenlace de la situación, tanto en el equipo médico como en la familia. Facilita esto la comunicación y permite un mayor apoyo y comprensión de la situación, de allí que puede resultar beneficioso a ambas partes mantener al paciente en la unidad, si bien el mismo no está recibiendo cuidados propios de la medicina intensiva.

En el Consenso Internacional en Futilidad, Crippen sostiene que: “Debemos estar preparados para retirar soportes tecnológicos cuando, en nuestro mejor juicio, se prolonga una muerte inevitable en lugar de una vida útil”. Nos ha llamado la atención la dificultad en el abordaje de esta temática en nuestro medio pese a que la misma lleva años de discusión en Australia, algunos países europeos y, con algunos matices vinculados a aspectos médico-legales, también en Estados Unidos. Consideramos de capital importancia que la futilidad médica, el retiro de medidas y los cuidados paliativos en el paciente crítico sean motivo de desarrollos futuros tanto en congresos como en trabajos científicos. Por otra parte, la comunidad en un todo debe tener presente esta temática, por lo que debe ser introducida su discusión en los medios de comunicación masivos.

Summary

Intensive care currently possesses a wide variety of technological devices that allow to extend patients' lives. Frequently that permits organisms to initiate their own restitution processes and to attain recovery, longed by both patients and physicians. During the last years we have noticed that these devices often maintain vital functions for a long time but without a cure of the affection in question.

The present paper indicates some reflections on this issue that holds deep care-related, psychological, and economic aspects to be pondered. We have considered selected articles from medical literature, concepts disclosed in meetings and conferences, and our own experience. On the basis of the most accepted definitions of medical futility we cataloged the different categories of treatments in order to analyze every situation. We have examined different kind of limitations of available therapeutics: order of no resuscitation, limitation of devices, weaning without return, measures withdrawal. Cessation of measures is considered to be done after 48 hours; its requires consensus of the team in questions and family participation. Everyday practice shows situations that make difficult cessation or limitation of treatments; patients youthfulness, lack of diagnostic certainty, emotional commitment of team, and initiation of new measures. Measures removal do not imply neither patient forlornness nor lea-

ving his family without emotional support during this stage.

Résumé

La Médecine Intensive dispose à l'heure actuelle d'une vaste gamme de supports technologiques permettant de prolonger la vie des patients. D'habitude, cela offre à l'organisme l'opportunité de mettre en marche ses propres processus de restitution et d'atteindre ainsi la récupération souhaitée par le patient, son entourage et l'équipe médicale impliquée. Cependant, au cours des dernières années, on constate de plus en plus que cette technologie maintient les formes vitales de manière prolongée, sans que cela soit accompagné de la guérison de l'affection responsable.

Le but de notre travail est de réfléchir sur cette réalité si courante qui a de profondes implications assistentielles, psychologiques et économiques. Pour ce faire, on a analysé des articles de la littérature médicale, des conceptualisations envisagées lors des congrès de la spécialité et notre propre expérience. À partir des définitions les plus acceptées de futilité médicale, on a classé les différentes catégories de traitement, afin de nous situer évolutivement face à chaque situation présentée. On analyse les différents niveaux de limitation des thérapeutiques disponibles: ordre de non-ressuscitation, limitation des supports, arrêt du respirateur, annulation des mesures. En ce qui concerne ce dernier point, on considère, pas avant 48 heures, l'accord de l'équipe responsable ainsi que la participation de la famille. Les différentes situations de la pratique quotidienne difficolitent l'arrêt ou la limitation des traitements: la jeunesse du patient, l'absence de diagnostic précis, l'engagement affectif de l'équipe, les nou-

velles mesures instaurées récemment. On insiste sur le fait que l'annulation des supports n'implique absolument pas l'abandon du patient ainsi que sur la nécessité d'appuyer la famille pendant cette période.

Bibliografía recomendada

1. **Civetta J.** A Practical approach to futile care. *Bull Am Coll of Surgeons* 1996; 61: 24-9.
2. **Karlawish T, Hall J.** Managing death and dying in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155:1-2.
3. **Koch K (ed).** Medical Ethics. *Crit Care Clin* 1996; 12: 1-197.
4. **Laserra J, Luzardo G, Bagnulo H.** Muerte en Medicina Intensiva. Análisis epidemiológicos de 296 pacientes fallecidos en un año. *Pac Crítico* 1993; 6: S-13.
5. **Luce J.** Making decisions about the formgoing of life-sustaining therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: 1715-8.
6. **Luce J, Raffin T.(ed).** Ethical Issues in Critical Care. *New Horizons* 1997; 5: 1-93.
7. **Mazza N, Benedetti R.** Decisiones en enfermos terminales. *Pac Crítico* 1994; 7: 179-84.
8. **Prendergast T, Luce J.** Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ILL. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15-20.
9. **Snider G.** Withholding and withdrawing. Life-sustaining therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 279-81.
10. **Society of Critical Care Medicine Ethics Committee.** Consensus statement on the triage of critically ill patients. *JAMA* 1994; 271: 1200-3.
11. **Tuxen D.** Conferencia: Death and dying in ICU. *Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva*. Montevideo 20/07/1999.

El CLAP (OPS/OMS) publicó en Noviembre 1999 el ya clásico compendio de estadísticas sobre el nacimiento en el Uruguay:

EL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL EN EL URUGUAY 2000

Publicación Científica del CLAP 1395, 78 páginas, 3 figuras, 25 tablas, 18 páginas de salidas del SIP y la lista de todas las instituciones de asistencia perinatal del país.

Los indicadores de salud perinatal (morbi-mortalidad, cesáreas, depresión neonatal), las estadísticas de servicio (número de controles prenatales, diagnósticos) y algunas características de la población (escolaridad, tabaquismo, embarazo adolescente) son presentados por sector de instituciones de asistencia. Se analizan los datos de las historias clínicas de los nacimientos del Uruguay de los años 1996 a 1998.

Puede obtenerse en la librería AEM de la planta baja del Hospital de Clínicas o ser consultado en las bibliotecas médicas.