

Pautas para el retiro o la abstención de tratamientos de soporte vital en pacientes en situaciones clínicas irreversibles

1. Se consideran tratamientos de soporte vital a todos aquellos que se instituyen con el objetivo de prolongar la vida del paciente. Incluyen algunos de alta complejidad como la reanimación cardiopulmonar, unidad de terapia intensiva, respiración artificial, diálisis, etc. y otros de complejidad decreciente como la quimioterapia antineoplásica, los antibióticos, las transfusiones, la oxigenoterapia y la alimentación e hidratación artificiales.

2. Estos medios terapéuticos no son siempre obligatorios. Pueden no iniciarse, o retirarse una vez iniciados, si de su prosecución sólo pudiera esperarse «una prolongación precaria y penosa de la existencia», como dice la Declaración vaticana sobre eutanasia de 1980.

3. En ese caso deberá asegurarse que la decisión que se tome no inducirá en el paciente más sufrimiento del que padece ya.

4. Asimismo, el diagnóstico de irreversibilidad de la situación debe verificarse con la máxima certeza posible.

5. Debe considerarse prioritaria la participación protagónica de quien efectivamente desempeñe el rol de médico de cabecera del paciente; en todos los pasos, desde el diagnóstico de irreversibilidad hasta la muerte y en la comunicación con el paciente, la familia y el resto del equipo.

6. Por tratarse de una decisión grave, deberá meditarla antes de su ejecución, sobre todo en cuanto a cargas y beneficios. Es decir, si se trata de un tratamiento proporcionado o desproporcionado para la situación particular de ese paciente en ese momento (se entiende como tratamiento proporcionado, aquel que justifica las cargas que produce para el paciente, la familia y la sociedad en su conjunto, por el beneficio que se espera de él). Deberán considerarse todas las consecuencias identificables de la decisión a tomar; inmediatas y mediatas, incluyendo las implicancias legales.

7. Dado el gran impacto emocional que producen en el equipo de salud, estas decisiones deben consensuarse entre sus integrantes, incluyendo a los enfermeros, trabajadores sociales y todo otro involucrado.

8. Debe mediar un consentimiento informado, en lo posible escrito, asentado en la historia clínica. Del paciente si lo puede dar o si hay directivas previas confiables. En su defecto, de la familia; no en función de su opinión, sino tratando de transmitir o al menos interpretar los deseos del paciente.

9. Todo el proceso de toma de decisiones y su seguimiento posterior deben también figurar en la historia clínica, de manera clara y explícita.

10. La renuncia a los tratamientos de soporte vital hace más necesaria aún por razones de buena práctica médica, la preocupación por el cuidado del paciente y la familia, tratando de descubrir y satisfacer sus necesidades, asegurando la continuidad de la asistencia hasta la muerte del paciente. También la buena práctica médica exige que, una vez tomada la decisión de renunciar a la prolongación de la vida, se desista asimismo de todo otro procedimiento de carácter diagnóstico, pronóstico, etc. que no sea esencial para el buen cuidado del paciente, cuidado que significa sobre todo el alivio del sufrimiento y la promoción de la calidad de la vida remanente.

11. La calidad de la comunicación, que circule entre todos los actores (paciente-familia-equipo de salud) es fundamental para que se pueda efectivizar lo postulado en los puntos 5 al 10. Todo el esfuerzo y el tiempo que se empleen para mejorarla estarán justificados por la facilitación que producirá para el logro de los objetivos y la reducción del nivel de la conflictividad inherente a circunstancias tan difíciles. Si es necesario deberá apelarse a los conocimientos y habilidades de los expertos en comunicación, que en el equipo de salud pueden ser el psicólogo, la trabajadora social o el capellán. La buena calidad de la comunicación incluye la coherencia entre lo que se dice y lo que se hace (lenguaje gestual) y entre los mensajes emitidos por los distintos comunicadores y la conveniencia de que haya de todos modos un comunicador principal, rol que también es, en principio, privativo del médico de cabecera.

12. Si a pesar de la consideración de estas pautas subsisten dudas sobre cuál sea la conducta correcta en el caso en cuestión, puede recurrirse a la consulta con el Comité de Ética. También se puede recurrir al Comité por cualquier otra cuestión que éste pueda canalizar, dentro de sus incumbencias.

*Comité de Ética
Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata*