

## Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico

CARLOS R. GHERARDI, CESAR BIANCOLINI, JUAN J. BUTERA, LIDIA CALVILLO, MARIA M. CANTELI, LUIS CARDONNET, FRANCISCO MAGLIO, MAURICIO MONTRUL, JUAN PACIN\*

La existencia de límites en la atención médica constituye una realidad en la práctica de la medicina que ya fue bien reconocida desde la época hipocrática en relación con el principio de no maleficencia ("*primum non nocere*") y a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. Sin embargo, y aun después de tantos siglos, en este tiempo existen tres circunstancias por las que el análisis de los límites de la atención en medicina crítica adquiere una importancia especial.

— *La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles*, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de *encarnizamiento terapéutico*.

— *La vigencia del principio de autonomía* que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del significado del "bien" para cada uno.

— *La creciente dificultad y complejidad para establecer la efectividad de un tratamiento* en cada paciente a pesar de los permanentes intentos derivados de una medicina basada en la evidencia (metaanálisis, *scores* pronósticos, medición de la efectividad, de la eficacia y de la eficiencia).

La aceptación de plantear *un concepto amplio de futilidad* podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside más en el análisis del objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza. De este modo,

si la determinación de los objetivos finales de un tratamiento están reservados exclusivamente al paciente, será a él a quien corresponda calificar de fútil una acción médica, teniendo en cuenta no sólo su respuesta fisiológica inmediata (la determinación de la futilidad fisiológica le corresponde con exclusividad al médico) sino el probable resultado final sobre el conjunto del organismo.

Si bien el concepto de limitación en el esfuerzo terapéutico es similar en toda la medicina, las dificultades operativas existentes para su aplicación en Terapia Intensiva surgen de la característica del paciente crítico y de la naturaleza intrínseca de los métodos de soporte vital, lo que establece una clara diferencia entre la toma de decisión en estas salas respecto de las otras modalidades de atención médica.

El *paciente crítico* se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima. La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El *soporte vital* es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parenteral.

Resulta indispensable comprender que *las decisiones sobre los métodos de soporte vital tienen una influen-*

\* Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva autoriza a la Revista Argentina de Cardiología a publicar copia del artículo aparecido en la revista Medicina Intensiva, Vol. 16, N° 2, págs. 53 a 56, 1999.

*cia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte del paciente crítico. Cada uno de estos métodos pueden no ser aplicados en cada paciente o suspendidos luego del comienzo de su indicación.*

En la práctica médica existe una diferencia operacional y de responsabilidad moral individual entre "actuar" y "dejar de actuar". En todas las encuestas efectuadas a los trabajadores de la salud se ha constatado que resulta mucho más difícil suspender un método de soporte vital que no aplicarlo y a su vez esta actitud abstencionista resulta mucho más fácil en un medio asistencial de autocuidado o de cuidado paliativo que en el área de Terapia Intensiva. Esta diferenciación, claramente percibida en la práctica, resulta cierta más allá del principio de equivalencia moral por el que no existiría diferencia entre ambas acciones.

Finalmente, toda esta problemática que simplemente se ha enunciado y que transcurre en el escenario médico forma parte de un complejo entramado cuyo debate se inserta en el marco interdisciplinario de la Bioética, dentro de la cual los conflictos y las tensiones que se suscitan en el fin de la vida ocupan un espacio muy importante.

Las profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas que tienen las acciones que son objeto de este comentario han llevado al Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva a proponer un conjunto de recomendaciones que puedan ayudar a guiar la conducta de los colegas frente a las habituales y crecientes dificultades que se plantean en la práctica cotidiana de esta especialidad. Estas pautas y recomendaciones resultan de la compilación de un conjunto de ideas destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.

1. La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente. Este derecho para autorizar el tratamiento es independiente de la naturaleza de la enfermedad y de su estado evolutivo.

2. La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.

3. La comunicación con el paciente deberá ser reemplazada por la familia sólo en caso de incompetencia del primero. A este respecto, en medicina crítica deberá recordarse que el concepto de competencia implica la consideración cuidadosa de la existencia de plena lucidez mental, comprensión de la información suministrada y libertad para la toma de una decisión voluntaria.

4. La comunicación con el paciente, o en su de-

fecto con la familia, debe ser diaria y establecida de modo permanente con miembros del equipo médico de planta. De este modo se facilitará un diálogo transversal y continuo que atienda a los objetivos del tratamiento y no solamente a los eventos ocurridos cada día. La información transferida diariamente sólo por los médicos de guardia (siempre distintos cada día), que también frecuentemente es necesaria, tiende a comunicar los hechos del día sin considerar exhaustivamente la valoración general del cuadro clínico y la idea directriz general del tratamiento. A este respecto también debe valorizarse la experiencia mayor de los médicos de planta en el difícil y complejo tema de la comunicación. En el caso particular de la comunicación con la familia, siempre debería mantenerse en lo posible con las mismas personas para favorecer la comprensión de los hechos y facilitar sus propias decisiones. El análisis permanente de la situación evolutiva y sus alternativas permitirá asimismo la eventual reconsideración de los acuerdos sobre el tratamiento.

5. La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un medio asistencial como Terapia Intensiva es en general dependiente de la iniciativa médica, salvo en los casos en que exista una directiva anticipada.

6. Es aconsejable que las decisiones en Terapia Intensiva, respecto de la abstención o retiro de los métodos de soporte vital, sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. En este debate, si existiera disenso y se lo considerara conveniente, puede darse intervención al Comité de Ética de la institución antes de tomar la decisión correspondiente.

7. Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud a tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del ingreso del paciente al área de Terapia Intensiva. La admisión inadecuada de un paciente puede ser el comienzo de un sucesivo y habitual conjunto de acciones médicas de difícil contención. También el equipo médico puede consensuar con el paciente o la familia, previamente a su ingreso, en qué situaciones se decidiría la externación del paciente para que éste no se exponga a ser sometido a determinados procedimientos difíciles de prever o limitar en la misma área.

8. Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o el retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:

8.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.

- 8.2. Cuando sólo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconsciencia permanente e irreversible (por ejemplo, estado vegetativo persistente).
  - 8.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.
  - 8.4. Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).
  - 8.5. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderá a los mejores intereses del paciente.
9. La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada, si fuera posible, al paciente, y si éste no es competente, deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar, cuyo acuerdo resulta, en principio, indispensable.
10. En medicina crítica existen especiales circunstancias en que, por la agudeza de la situación clínica (detención cardiocirculatoria, shock, insuficiencia respiratoria), por la urgencia en la toma de decisión (reanimación cardiopulmonar, intubación y colocación de un respirador mecánico, implante de un marcapaso transitorio), o por la valoración inmediata del resultado (futilidad fisiológica), la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previa.
11. En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significará privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y espiritual así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere. La aplicación de una ética del cuidado, que alivie el sufrimiento y mejore la calidad de vida remanente estará siempre presente en todas las situaciones.
12. Las dificultades en arribar a un acuerdo con los familiares del paciente generalmente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico. En la relación interpersonal establecida deberá tomarse especial resguardo en visuar que la opinión del familiar trata de expresar fielmente los verdaderos intereses del paciente.
13. Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica resultan posibles las siguientes alternativas:
- 13.1. Consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes.
  - 13.2. Consultar con el Comité de Ética de la institución.
  - 13.3. Si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del Comité de Ética. Si no obstante esto no fuera posible, convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.
14. Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior, existen las siguientes posibilidades:
- 14.1. Considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.
  - 14.2. Cuando lo anterior no fuera posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico (respirador, marcapaso), cuyo número es siempre limitado, el equipo médico podrá dejar constancia de que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptualizado como recuperable según el juicio del equipo médico.
  - 14.3. Siempre queda abierta para el equipo médico la solicitud de intervención judicial.
15. Todo paciente competente tiene derecho a rechazar todo tratamiento que le fuera indicado por el equipo médico aunque sean aquellos que puedan salvarle la vida. Esta afirmación incluye también a la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital. En esta circunstancia el médico o algún integrante del equipo asistencial puede plantear una objeción de conciencia que deberá ser respetada.
16. En todas las circunstancias posibles que se han mencionado, *todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada uno de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en la historia clínica correspondiente.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18: 1435-1439.

2. American Thoracic Society. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. *Ann Intern Med* 1991; 115: 478-485.
3. The Society of Critical Care Medicine. Ethics. Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med* 1992; 20: 320-326.
4. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1992; 267: 2229-2232.
5. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. Medical futility in end of life care. *JAMA* 1999; 281: 937-941.