



Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina



IC
Innovación
Curricular

ASPECTOS BIOÉTICOS AL FIN DE LA VIDA

Dra. María José Puga Y.
Medicina Familiar/Cuidados Paliativos
© Mg Bioética
Docente FAME UACH
Unidad Alivio Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital Base Valdivia

Fin de vida: aspectos éticos

RESUMEN

PLANIFICACIÓN
ANTICIPADA

OBSTINACIÓN
TERAPÉUTICA

LIMITACIÓN DE
TERAPIAS

RECHAZO DE
TRATAMIENTO

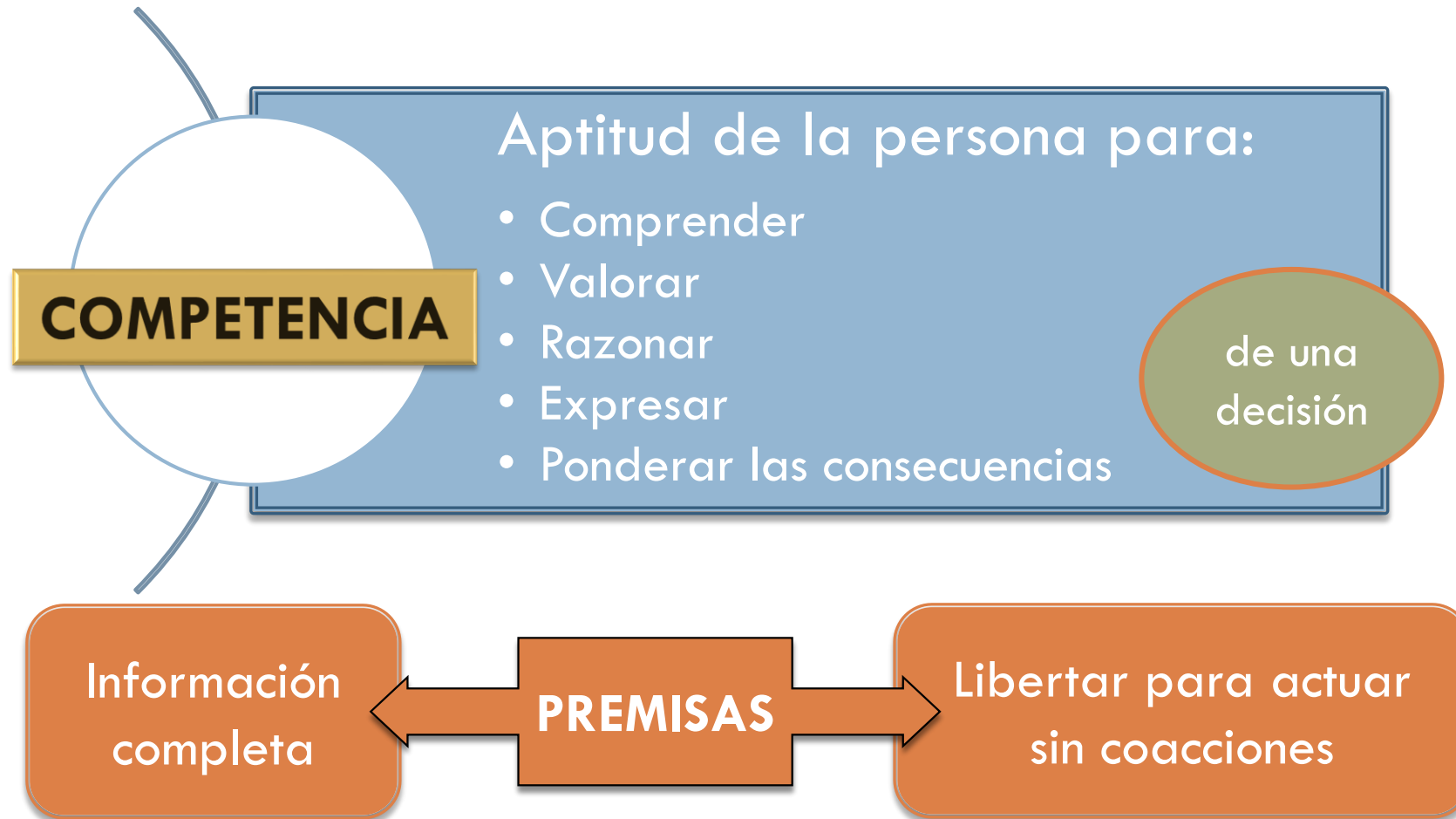
SEDACIÓN
PALIATIVA

EUTANASIA/SUICIDIO
ASISTIDO

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA



Competencia no es sinónimo de capacidad* legal



* En bioética se usan ambos términos indistintamente

Fin de vida: Variados obstáculos

1ª PREMISA

Información completa



CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO

En caso de información y comunicación alterada

Llegar a acuerdo con la familia respecto a la información

Siempre ofrecer algo:

- continuidad en la atención
- asegurar que se tratará el dolor
- respeto de las decisiones

No dar plazos ni probabilidades

Mantener la esperanza

No discutir la negación

2^{da} PREMISA

Actuar sin coacciones



Actuar sin coacciones

Si no firma...no se opera. Hay muchos esperando

Tienes que seguir luchando... por tus hijas, que te quieren

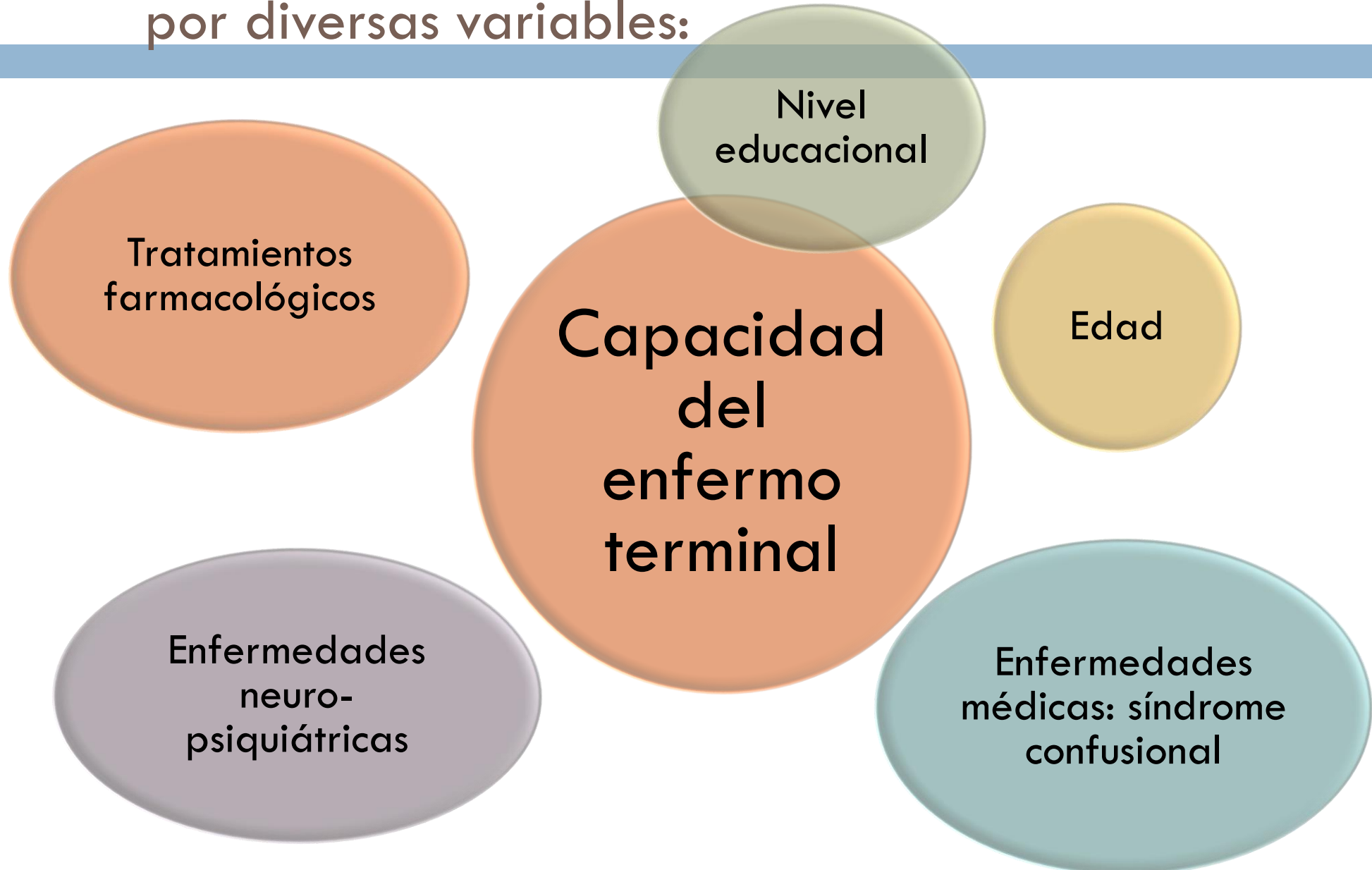
No tienes que rendirte, si no el cáncer te va a ganar

Si tomas morfina, te transformas en adicto

Ahh, es que si no se transfunde sangre, el doctor no lo seguirá atendiendo

¿ES POSIBLE?

Capacidad puede verse afectada
por diversas variables:



Problemas en torno a la capacidad

¿Cuándo evaluarla?

¿Cómo se determina?

¿Quién subroga cuando se pierde?

¿En base a qué criterios se deben tomar las decisiones por sustitución?

- Valoraciones y preferencias del sustituto
- Voluntad previa manifestada por el paciente
- Mejor interés del paciente

Subrogante y tutor legal

Subrogante y resto de la familia

Voluntades anticipadas

Voluntades anticipadas

Respeto y promoción
autonomía del
paciente

Hace al paciente
partícipe del
proceso terapéutico

Garante de muerte
digna

En Chile no existe
legislación al
respecto

En la práctica es importante
la sociabilización de las
voluntades previa, con
familiares, amigos,
profesionales de la salud.

Documentos escritos si bien
no tienen validez legal, son
útiles en comités de ética
frente a discrepancias

Experiencia de otros países dista de ser perfecta

Contenidos básicos de un documento de voluntades anticipadas:

- Valores y expectativas respecto a su vida y calidad de vida
- Descripción de situaciones en salud en las cuales se deben seguir la voluntades previas
- Instrucciones propiamente tal
- Designación del representante o subrogante
- Otras disposiciones, ej donación órganos



OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA



FINAL DE VIDA



Obstinación terapéutica

- Instauración o continuación de medidas médicas que no tienen ningún otro sentido que el de prolongar la vida biológica del paciente cuando este está destinado a una muerte próxima y segura.
- Normalmente lo que hace es alargar la agonía, para terminar en una muerte indigna, tras el uso de medios abusivos o **desproporcionados** (o extraordinarios) proporcionados por el imperativo tecnológico

Se conoce también como *encarnizamiento terapéutico*

Encarnizamiento terapéutico



Principio de proporcionalidad

“Un tratamiento médico es éticamente obligatorio en la medida que proporcione al paciente beneficios mayores que cargas”



Proporcionalidad entre fines y medios

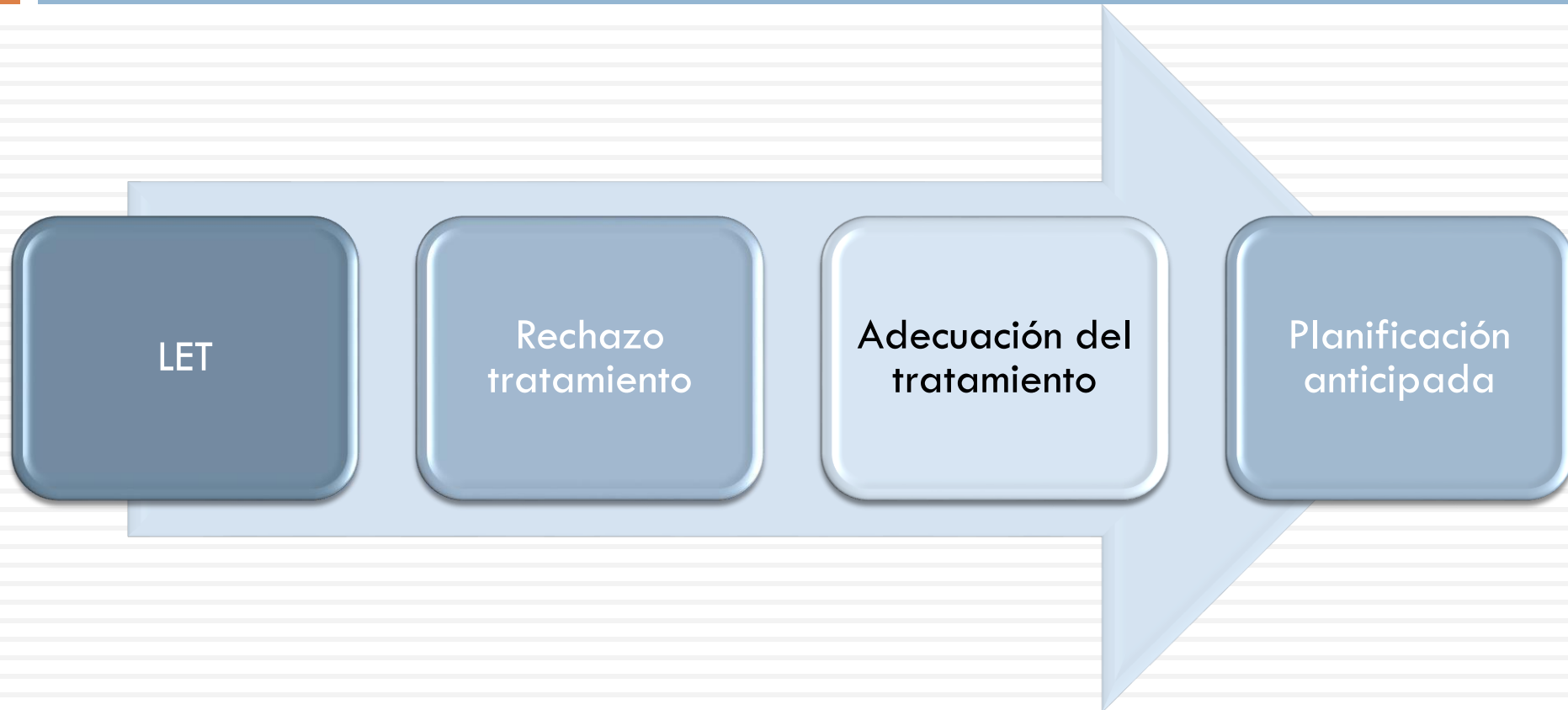


TRATAMIENTOS DESPROPORCIONADOS

LIMITACIÓN DE TERAPIAS



Limitación de las terapias



Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

“Retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el **profesional sanitario** estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional, con una calidad de vida mínima”

Tratamiento fútil

Objetivos

Se requiere, re-evaluación continua
según cambien los objetivos

“Es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico, síntomas ni enfermedades intercurrentes, o porque produciría presumiblemente efectos perjudiciales y razonablemente **desproporcionados** al beneficio esperado por el paciente o en relación con sus condiciones familiares, económicas y sociales.”

Sans J. Abel F, 2005

Una actuación **fútil** es aquella inútil en relación con el **objetivo** que se persigue en cada caso

JUICIO CLÍNICO
prudente

**Elementos
técnicos**

MBE
Probabilidad éxito
<1% ó <5%
Incertidumbre del
pronóstico

FUTILIDAD TRATAMIENTO

**Elementos
valorativos**

- Proyecto de vida
- Calidad de vida

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

- Restricción o paro de los tratamientos que tienen por finalidad prolongar la vida, y mantenimiento sólo de las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo.
- El objetivo es facilitar la evolución de la enfermedad hacia la muerte sin prolongar inútilmente la agonía.
- Incluye **no iniciar o retirar tratamientos** habituales como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, la nutrición artificial o la hidratación al final de una enfermedad incurable

LET implica también garantizar el bienestar del enfermo

NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA (9)

Nivel 1 *Reanimación cardiopulmonar*

Nivel 2 *Cuidados intensivos:*

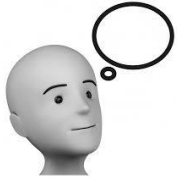
incluye el soporte avanzado de constantes

**EL NIVEL 4 NUNCA SE LIMITA:
ES OBLIGATORIO ETICAMENTE**

Nivel 4 *Cuidados de enfermería:*

los que se dirigen a que el enfermo se encuentre confortable: incluyendo alivio del dolor junto con hidratación y nutrición para aliviar la sed o el hambre del paciente

Para limitar tratamiento:



No se requiere ningún consentimiento explícito para retirar una medida fútil (por definición produce daño)



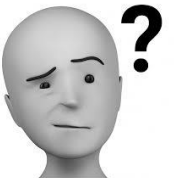
No se debe imponer a la familia el peso de esta decisión



Se debe eso si, informar con cuidado y explicar detenidamente las razones de la decisión



Si implica retiro de tratamiento de soporte vital, es conveniente dar tiempo (razonable) a la familia si lo requiere y hacerlo de forma gradual



En caso de desacuerdo, se puede pedir mediación al CEA

Al limitar tratamiento evitar discriminación



¿limitaríamos a otros de
distinto peso social o con otra
presión del entorno?
(familiar-periodística-política,
etc.)

Limitación de
tratamientos

- Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de **no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia**, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días.

RECHAZO DE TRATAMIENTO



Rechazo tratamiento o denegación de consentimiento

“Los pacientes pueden ejercer siempre su **autonomía** y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo o su salud, pudiendo denegar su consentimiento para realizar tratamientos, aunque esto acorte su vida.”

Otorgar o rechazar consentimiento

Numero de radicación del caso: _____		Fecha y hora: _____			
		Día	Mes	Año	Hora
Nombre completo de la persona a examinar: _____					
o Nombre del Representante Legal (en casos de examen de menores o personas incapaces): _____					
I. Yo _____ una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos, otorgo en forma libre mi consentimiento					
SI ☐ NO ☐ a: _____					
(Nombre de la entidad que realiza el examen)					
para la realización del examen médico legal de: _____					
solicitado por: _____					
II. Como parte de la realización de este examen médico legal autorizo efectuar:					
• SI ☐ NO ☐ La extracción de sangre y otras muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.					
• SI ☐ NO ☐ La toma de radiografías.					
• SI ☐ NO ☐ La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordida.					
• SI ☐ NO ☐ La realización del registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.					

Rechazo de tratamiento

COMITÉ DE ETICA DE CATALUÑA

- Los clínicos deben aceptar el rechazo a cualquier propuesta, a pesar de que pueda estar bien indicada y que pueda ser vital
- Después de haber informado bien al enfermo del beneficio y la oportunidad de la propuesta y del riesgo que corre al no aceptarla
- Debe asegurarse de su libertad y de su capacidad para decidir (de su competencia)

RECHAZO DE
TRATAMIENTO
○
DENEGACIÓN DE
CONSENTIMIENTO



Es una buena práctica
clínica, basada en el
respeto de la autonomía

Está plasmado en la
utilización del documento
de consentimiento
informado.



No puede considerarse
como **eutanasia pasiva**

Expresión incorrecta
éticamente y
jurídicamente en este
siglo



Rechazo de
tratamiento

2. Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, **tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida**, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO



Continuum en el tratamiento al final de la vida



Adecuación del esfuerzo terapéutico

“Adecuación proporcional del tratamiento, como consecuencia de la deliberación entre paciente y profesional, que se fundamenta en una relación asistencial terapéutica que busca la participación, y crece en mutua confianza”

Adecuación del esfuerzo terapéutico

Permite realizar acuerdos respecto a :

- Limitar esfuerzo diagnóstico
- Cambiar escenario asistencial (ej. Hospitalización domiciliaria)
- No hospitalizar en una próxima descompensación
- Evaluar tratamientos en plazos o intensidades acotados: ej. Antibióticos ev por 48 hrs. Ventilación no invasiva, disminuir tiempo o frec. Diálisis, etc.
- Es más lógico empezar un tratamiento cuando, por ejemplo, su utilidad es discutible y detenerla después si los hechos prueban que es fútil.
- SIEMPRE tratar síntomas y proporcionar cuidados paliativos

SEDACIÓN PALIATIVA



Sedación paliativa:

Administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo, con el objetivo de controlar síntomas refractarios, es decir, que no responden a los tratamientos habituales.

La intención NO es provocar la muerte, si no aliviar síntomas como dolor, agitación, ahogo, sufrimiento emocional a través de una sedación.

La muerte llega en el momento que corresponda según la evolución de la enfermedad, pero el enfermo se encuentra inconsciente .

Requerimientos éticos de la sedación paliativa

Enfermedad terminal en fase final de la vida

Se han agotado las opciones que no comprometen la conciencia para aliviar el sufrimiento

Intención: aliviar el sufrimiento (y no el adelantar la muerte)

Consentimiento informado del paciente (o subrogante), información detallada a la familia

En caso de sedación profunda y continua sin aporte hídrico parenteral la supervivencia estimada debe ser de horas o días

Principio del voluntario indirecto (doble efecto) aplicado a la sedación paliativa

SEDACIÓN

La acción debe ser

ALIVIAR SUFRIMIENTO

La intención del actor

**NO SE HA DEMOSTRADO QUE LA
SEDACIÓN PALIATIVA ADELANTE LA
MUERTE**

Maltoni, 2009

Cherny, 2009

...equilibrio entre los
dos efectos, el bueno
y el malo.

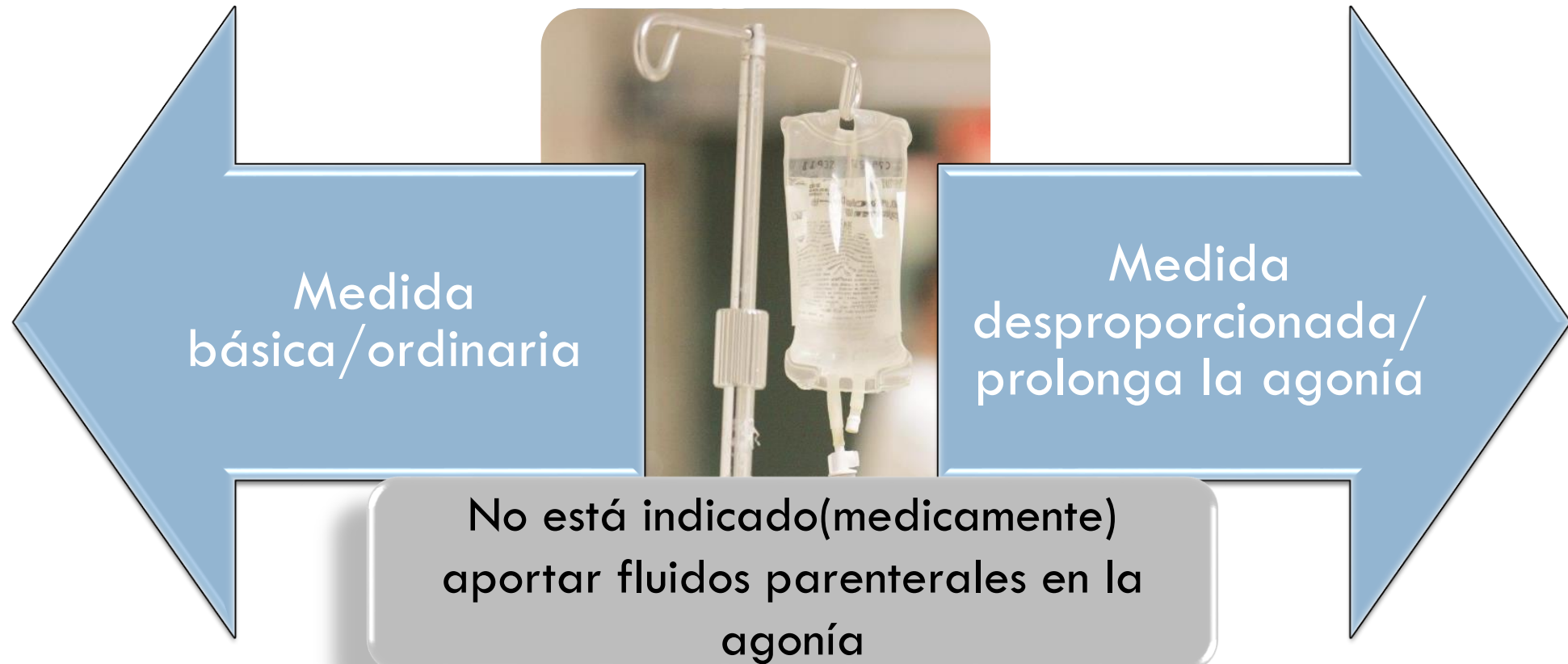
causado por un
efecto no deseado o
negativo.



ALIVIAR SUFRIMIENTO

**Posibilidad de
ADELANTAR LA MUERTE**

Hidratación y alimentación ~~parenteral~~ al final de la vida



Valores, significado, creencias individuales, familiares, religiosas

La hidratación parenteral no alarga la vida, pero puede generar sufrimiento innecesario

Sedación
Paliativa

Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos. El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

Catecismo Iglesia Católica

Sedación

Paliativa

2279. Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos.

El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, **incluso con riesgo de abreviar sus días**, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable.

Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.

Sedación y Eutanasia

	SEDACIÓN	EUTANASIA
Intencionalidad	Aliviar el sufrimiento refractario	Provocar la muerte para liberar el sufrimiento
Proceso	Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente	Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida
Resultado	Alivio del sufrimiento	Muerte

EUTANASIA/SUICIDIO ASISTIDO



Suicidio médicamente asistido:

Un médico que ayuda intencionalmente a una persona a poner fin a su vida mediante el suministro de medicamentos para la autoadministración, a petición voluntaria y competente de esa persona

Eutanasia

“Es el acto, de un médico u otra persona, que quita la vida a una persona administrando drogas por su requerimiento voluntario y competente.”

“Consecuentemente no deben usarse los términos pasiva, voluntaria, involuntaria o no voluntaria que corresponden a quitar la vida a un paciente sin su requerimiento explícito”

Eutanasia

Supuestos indispensables:

a) la **petición expresa** y reiterada del enfermo, y por tanto su consentimiento explícito en una situación de capacidad

b) la existencia de un **padecimiento físico o psíquico insoportable** y extremo para el paciente

c) una situación clínica irreversible o de **enfermedad incurable** que conducirá a **la muerte en un lapso breve** de tiempo

d) una actuación realizada por **profesionales sanitarios** que conozcan al paciente y mantengan con él una relación clínica significativa

En el siglo pasado surgieron algunos términos que desorientan (y que no están vigentes):



SE DESACONSEJA UTILIZAR ESTOS TÉRMINOS,
SÓLO CONFUNDEN A LOS CLÍNICOS Y LA POBLACIÓN GENERAL

Fundamentos para Eutanasia

Aceptarla

- **Vida: valor instrumental.** Es un vehículo para realizar lo que la hace valiosa. Calidad de vida v/s tiempo de vida
- Sociedad pluralista: no imponer moral única. Aceptar valores diversos
- Autonomía del paciente para decidir. Cada individuo decide cómo vive de acuerdo a sus valores
- Derecho a morir
- Forma eficaz de evitar sufrimiento. Beneficencia y compasión
- Justicia: prácticas clandestinas

Fundamentos para Eutanasia

Rechazarla

- **Vida valor intrínseco:** Vida (autónoma) como valor absoluto y dignidad de la vida. Inviolabilidad de la vida humana
- Obligación médica es curar y aliviar el sufrimiento: Principios de No Maleficencia y Beneficencia. Traiciona misión profesional del médico
- Decisión del paciente no obliga al médico
- Vida para y en significado para otros: Comunidad, tribu, familia
- Pendiente resbaladiza, poblaciones vulnerables
- Retrasar desarrollo de cuidados paliativos
- Justicia. Autonomía v/s bienes sociales relevantes (compasión, cuidado, medicina)
- Justicia: condicionantes sociales

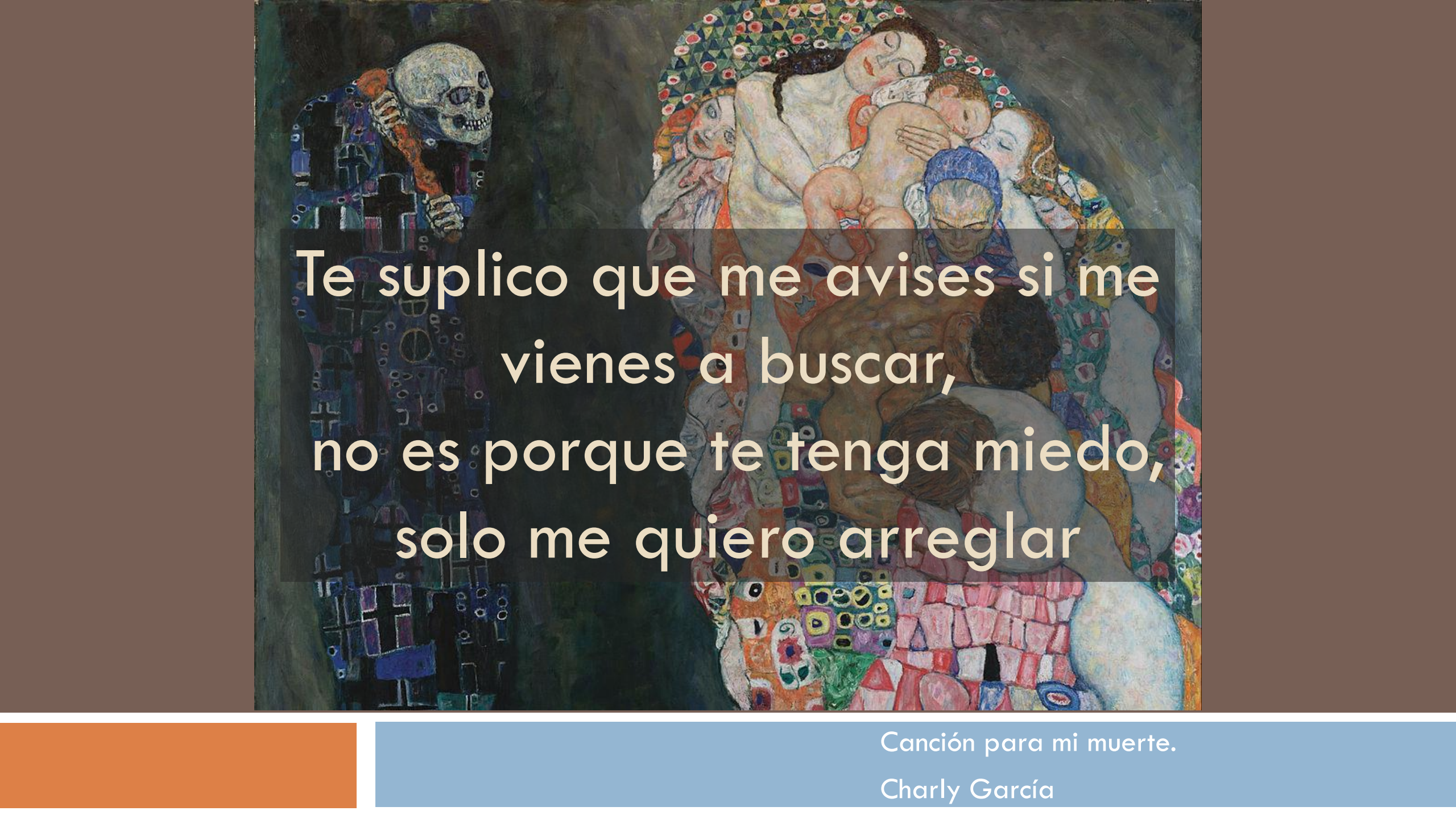
Para despenalizar eutanasia

Requisitos previos

- Sociedad tolerante, pluralista, con ética cívica de mínimos compartidos y sin máximos impuestos
- Cuidados paliativos accesibles, universales y de alta calidad
- Apoyo social, psicológico y espiritual
- Comunidades compasivas y altruistas
- Decisiones de LET oportunas
- Sedación paliativa eficaz
- Derecho a objeción de conciencia de los profesionales

PALABRAS FINALES





Te suplico que me avises si me
vienes a buscar,
no es porque te tenga miedo,
solo me quiero arreglar

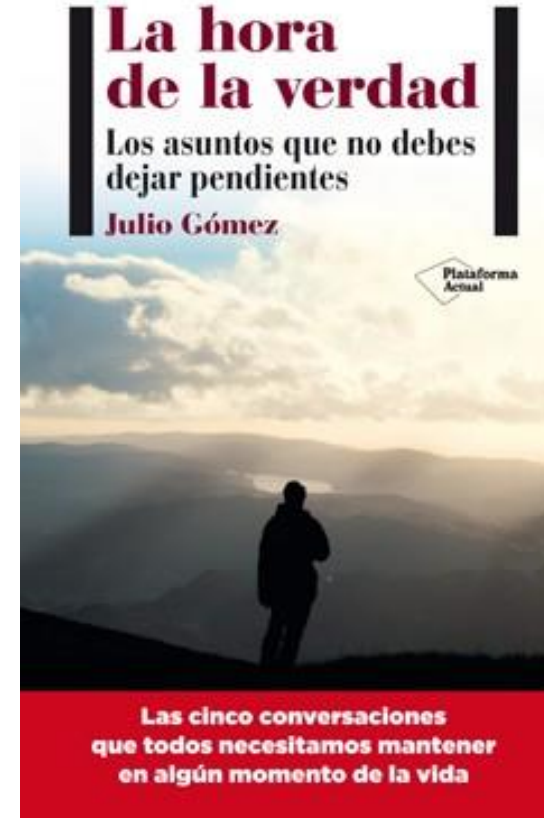
Canción para mi muerte.

Charly García

Cinco las tareas que todos necesitamos realizar para poder despedirnos en paz:

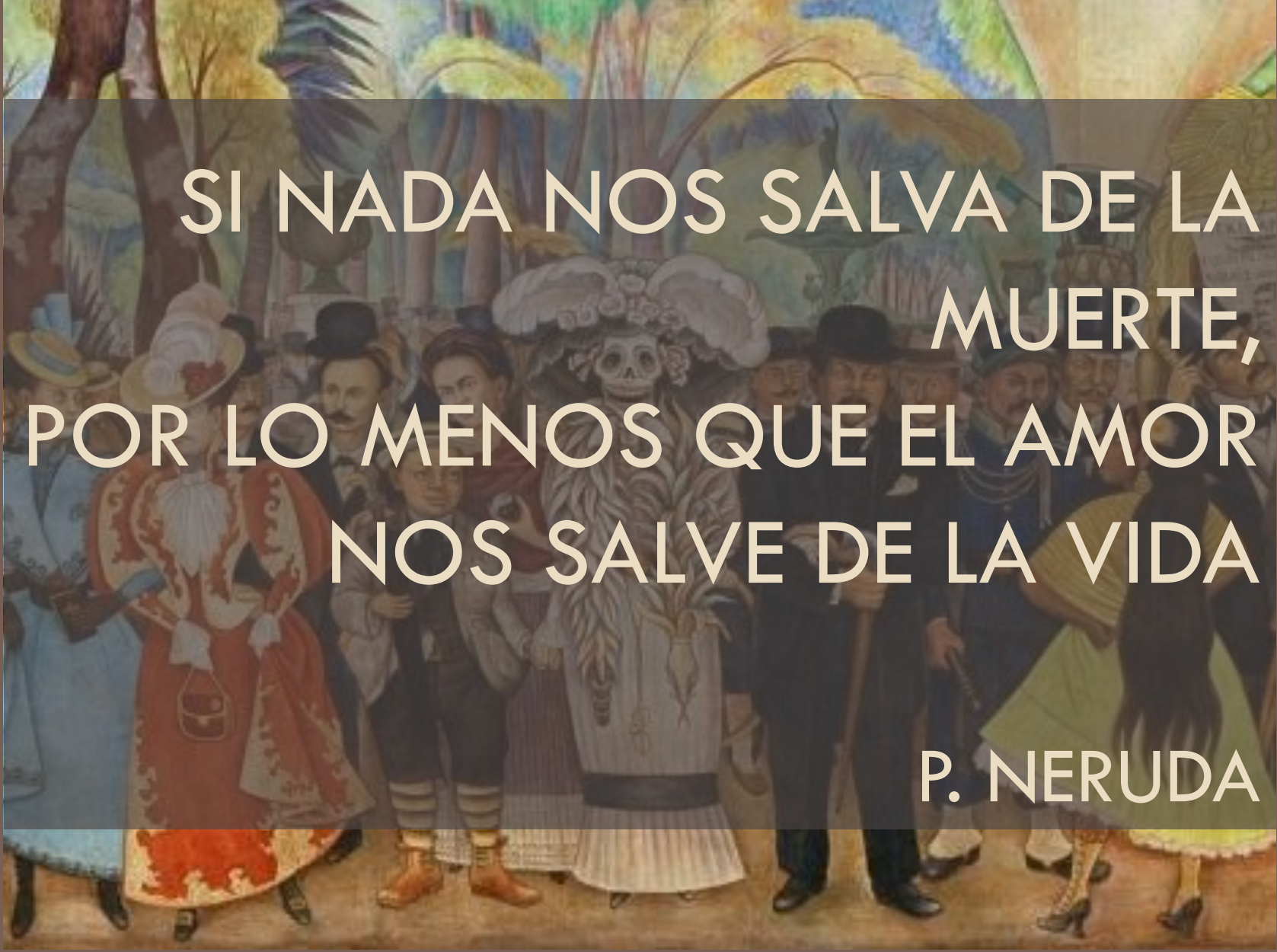
- Pedir perdón
- Perdonar
- Dar las gracias
- Decir “te quiero”
- Decir “adiós”

Julio Gómez Cañedo
Médico Paliativista español



Conclusiones

- En nuestro ejercicio médico debemos tener siempre presente las metas de la medicina
- El final de la vida es complejo y lleno de problemas valóricos que nos obligan a reflexionar al respecto
- Este análisis debería ser continuo y dialógico, con nuestros equipo, paciente y familia
- De esta forma tendremos una guía sólida para que nuestras acciones sean éticamente correctas
- Y así acompañar a nuestros pacientes de forma que tengan una muerte digna y en paz

A painting depicting a group of people in 19th-century attire. In the center, a figure wears a white dress and a mask with a human skull. To the left, a woman in a red dress and a man in a top hat are visible. To the right, a man in a dark suit and top hat stands next to a woman in a green dress. The background shows a lush, tropical landscape with palm trees and a body of water. The text is overlaid on a semi-transparent dark grey rectangle.

SI NADA NOS SALVA DE LA
MUERTE,
POR LO MENOS QUE EL AMOR
NOS SALVE DE LA VIDA

P. NERUDA

MUCHAS
GRACIAS