

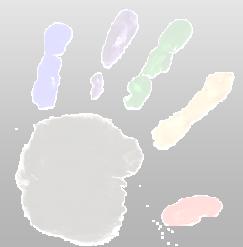


Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Juan Manuel Romero Cortado

DILEMAS ÉTICOS *en el FINAL de la VIDA*





DILEMAS ÉTICOS en el FINAL de la VIDA

Principios de Bioética Clínica

Derechos del paciente terminal

Toma de decisiones al final de la vida

Consentimiento informado

Renuncia al tratamiento

Distanacia

Eutanasia. Suicidio asistido

Sedación



PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA

Los principios de la ética básica son criterios generales que sirven de base a las normas de actuación de un grupo social o profesional.

El término Bioética aparece en 1970 y recibe un fuerte impulso gracias a:

-Informe Belmont (1978), guía de criterios en investigación con seres humanos.

-Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (1979), propuesta de un método deontológico en la toma de decisiones de la práctica clínica y asistencial



Bioética y Relación Asistencial

- *Búsqueda de soluciones concretas a casos clínicos concretos, cuando se originen conflictos.*
- *Actúa cuando existe la posibilidad de elegir entre varias opciones, que a veces podrán ser completamente contradictorias.*
- *A falta de una certeza absoluta, el dilema consistirá en buscar la forma más adecuada para tomar la mejor decisión, es decir diferenciar lo correcto de lo incorrecto, lo que es bueno de lo que es malo o incluso cómo escoger la mejor opción entre varias opciones correctas.*



- *Aún así, hay quien afirma:*

La bioética es una disciplina que para bien o para mal, en ocasiones se caracteriza por generar más dudas o preguntas que soluciones o respuestas, ante cualquier cuestión o dilema que se plantee.



PRINCIPIOS DE BIOÉTICA CLÍNICA

DERECHOS FUNDAMENTALES

No maleficencia

→ *Vida*

Beneficencia

→

Autonomía

→ *Libertad*

Justicia

→ *Igualdad*



NO MALEFICENCIA

primum non nocere

Principio básico que se sitúa en un orden anterior al establecimiento de la relación clínica.

No se puede hacer mal al otro.

Un profesional sanitario no puede hacer un mal físico a un paciente aunque este se lo pida, aunque su decisión sea libre y autónoma.



BENEFICENCIA

Se ha de procurar el mayor bien del otro

Es un concepto elaborado dinámicamente por la práctica clínica, el juicio profesional y el criterio de los pacientes.

¿qué es “el mayor bien” ?

¿quién decide que lo es?

Evolución de la RME



AUTONOMÍA

- *Respeto que merece toda persona, por el hecho mismo de ser persona.*
- *Debe ser protegido cuando la capacidad de decisión esté disminuida o alterada.*
- *Implica derecho a la información y a tomar decisiones sobre “su persona”.*
- *Consentimiento Informado. Voluntades Anticipadas.*



Respetar la autonomía es:

- *Dar valor a las consideraciones de las personas autónomas, conocer como vive su enfermedad, su proyecto vital.*
- *Favorecer, desde la empatía, situaciones en las que las personas expresen su opinión.*
- *Tener en cuenta estas decisiones cuando ya no puedan ejercer su autonomía.*
- *La RME es el entorno adecuado para desarrollar la autonomía, y no debe ser sustituida por la firma de documentos.*



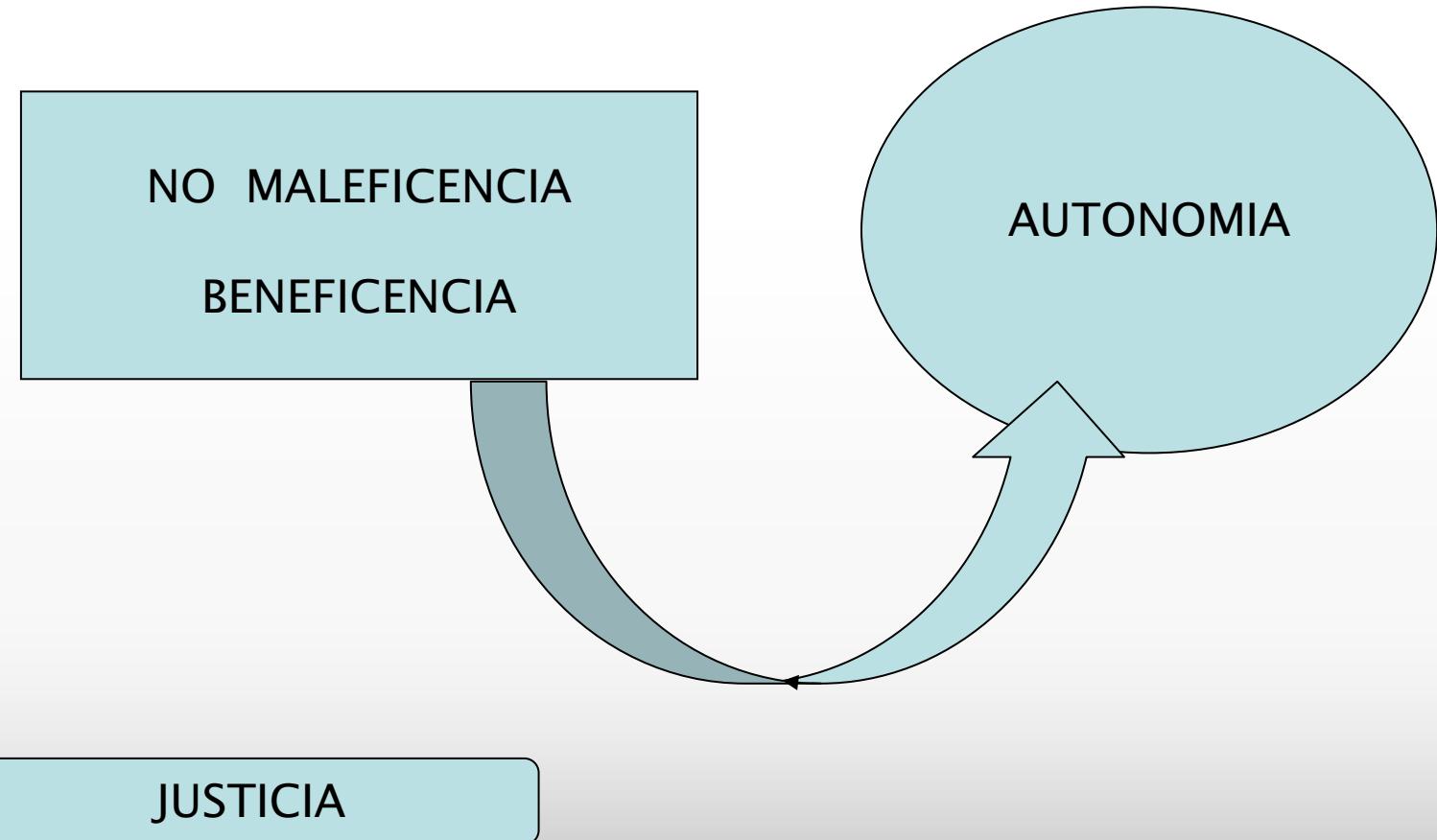
Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



JUSTICIA

*Imparcialidad en la distribución de recursos
EQUIDAD*

*Evitar cargas indebidas
Favorecer el acceso a los recursos necesarios*





Declaración de los Derechos del Enfermo Terminal

*ser humano vivo
sensación de optimismo
ser cuidado
expresarme
participar en las decisiones*

*atención continuada
transformar curación en bienestar
no morir solo
no experimentar dolor
sinceridad
ayuda para aceptar mi muerte
morir en paz y con dignidad*

*mantener mi individualidad
no ser juzgado
inviolabilidad de mi cuerpo
ser asistido espiritualmente*

*ser cuidado
por personas
solicitas,
sensibles y
entendidas*



TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Es un ejercicio de reflexión sobre la situación clínica del paciente, entendiendo sus actitudes y valores respecto a la vida, conocer la situación social y sus repercusiones sobre él, y establecer un diálogo desde la autonomía compartida.

Debemos analizar:

1. *Autonomía*
2. *Competencia*
3. *Estrategia terapéutica*



1. Autonomía

Ejercicio dinámico y constante que implica por parte del paciente:

- *Conocimiento*
- *Comprensión*
- *Ausencia de coacción interna y externa*

Por su parte, el equipo debe:

- *Dar la información adecuada*
- *Conocer sus capacidades cognitivas*
- *Entender su proyecto existencial*



También influyen en el respeto a la autonomía

La existencia o no de familiares

Las actitudes y valores de los miembros de los equipos

Metodología básica del proceso de toma de decisiones

Debería incluir información sobre:

-Repercusiones en la calidad de vida del paciente

-Actitudes y valores del paciente

-Información que tiene el paciente

-Capacidad del paciente para la toma de decisiones

-Personas de referencia para la toma de decisiones



2. Competencia (capacidad)

Valorar siempre, si la competencia en la toma de decisiones está o no afectada, por alteraciones de tipo sensorial o cognitivo, y si estas son reversibles o no.

Los pacientes competentes han de estar involucrados en las decisiones sobre el tratamiento y ser corresponsables con el equipo.

En el caso de pacientes no competentes la responsabilidad de las decisiones cae sobre el equipo, que se apoyará en la información de familiares o cuidadores sobre los valores y deseos del paciente. Si existe un tutor este decide como si fuera el paciente.



3. Estrategia Terapéutica

Antes de dar un paso, considerar que “pequeñas decisiones” sobre la situación clínica del paciente pueden tener grandes repercusiones sobre su confort.

Las decisiones de la ET pueden afectar a:

- *Tipo de actitud clínica (paliativa o curativa).*
- *Ubicación del paciente para los cuidados.*
- *Intensidad de las intervenciones:*

- 1. Soporte vital avanzado**
- 2. Ventilación mecánica**
- 3. UCI**
- 4. Hospital de agudos sin SVA, VM, ni UCI.**
- 5. Unidad de larga estancia. Solo trmto específico cuando esté indicado.**
- 6. Cuidados de confort: Sólo nutrición enteral o hidratación si es necesario.**
- 7. Sólo cuidados de confort, sin nutrición ni hidratación.**



En una situación clínica determinada la intervención puede ser:

OBLIGATORIA

*Eficaz en dicha situación
(analgésicos, laxantes, diuréticos, bd...)*

OPCIONAL

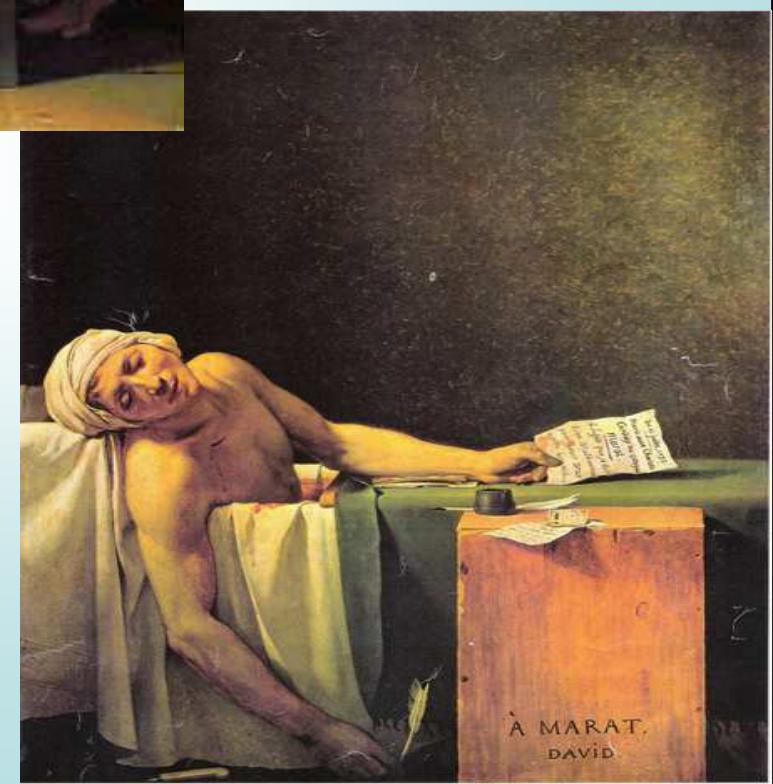
*Eficacia dudosa
(diálisis en IR avanzada, hidratación i.v.,
antibióticos, sonda NG...)*

NO INDICADA

*Ineficaz en dicha situación
(gastrostomía, SVA o VM en enfermedad
terminal muy avanzada)*



- *La selección de opciones iniciales es responsabilidad del equipo.*
- *Se proponen actitudes y acciones de buena práctica médica:*
 - no alargar la vida innecesariamente*
 - no utilizar medidas desproporcionadas*
- *Posibilidad de delegar en uno o varios interlocutores.*





Voluntades Anticipadas

Son una expresión de autonomía y libertad de elección de los medios terapéuticos, debiendo ser respetadas por el equipo y el sistema sanitario.

No pueden incluir la demanda de eutanasia, por ser ilegal y contraria a una buena práctica médica.

Hay dos modalidades:

- Voluntades Subrogadas o Decisiones de Sustitución, se delega en un representante.
- Testamento Vital, el paciente firma un documento de VA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

- *Instrumento al servicio de la toma de decisiones, inmerso en la RME, facilitado por el diálogo.*
- *Culmina con la elaboración de un documento en el que quedan plasmadas las decisiones compartidas.*
- *Objetivo: respetar los derechos de las personas enfermas y asegurar una información adecuada (COMPETENCIA, VOLUNTARIEDAD)*
- *Su burocratización, convirtiéndolo en mero trámite, es una perversión de sus objetivos, pasando a ser un escudo jurídico de los profesionales.*



Peculiaridades del C.I. al final de la vida

1. *Vulnerabilidad en la capacidad de discernir.*
2. *Sintomatología que puede afectar a la competencia.*
3. *Tiempo limitado para informar y conocer deseos de enf.*
4. *Incertidumbre elevada sobre el pronóstico.*
5. *Aparición de complicaciones.*
6. *Gran penetrancia de la familia en la toma de decisiones*
7. *Vínculos intensos con el equipo*



Inmaculada Echevarria.
Distrofia muscular (30 años)
Rechaza soporte vital



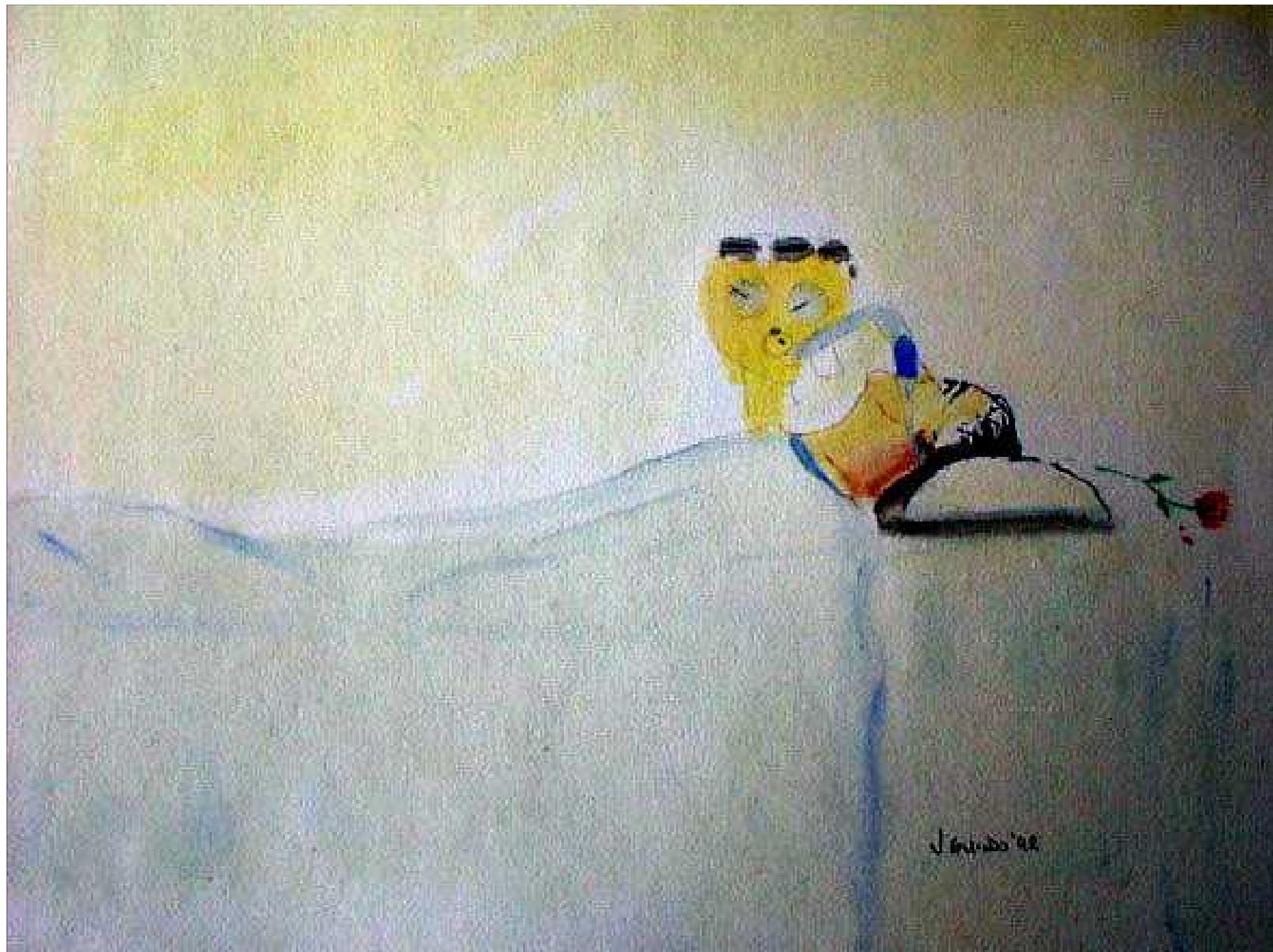
Hannah Jones 13 años Leucemia.
Cardiopatia por QT. Rechaza Tx
Corazón





RENUNCIA AL TRATAMIENTO

- *Cuando la persona es competente la renuncia ha de ser respetada (LGS, Códigos deontológicos)*
- *Ante esta situación los profesionales deben analizar **qué hay de razonable** en dicha renuncia, para:*
 - *Ofrecer alternativas, estableciendo los límites entre los tratamientos curativos, los que alargan la vida, y los de mejoría sintomática.*
 - *Establecer estrategias que permitan vencer las resistencias si se sospecha coacción, miedo irracional, fantasías, tópicos.*
 - *Todo desde la humildad, escucha, reflexión y RESPETO, entendiendo que es un diálogo entre personas no entre concepciones.*





DISTANASIA

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

- *Adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con fines curativos, desproporcionadas y no indicadas en fases avanzadas y terminales.*
- *Uso de medidas extraordinarias con objeto de alargar innecesariamente la vida, en situación claramente definida de agonía.*

Causas:

*Dificultad en la aceptación del proceso de morir.
Ambiente curativo
Falta de formación
Demanda del enfermo y/o familia
Presión para el uso de tecnología*

Consecuencias: *Frustración de equipos y enfermos
Ineficacia por uso inadecuado de recursos*



Ramón Sampedro
Paraplégico



Chantal Sébire
Tumor craneofacial



Piergiorgio Welby
Distrofia muscular progresiva



EUTANASIA

buena muerte

Es una constante histórica de las sociedades y culturas el haber buscado modos muy diversos de procurar el “bien morir” a sus miembros.

A lo largo del siglo XX la búsqueda de la buena muerte comienza a convertirse en una práctica medicalizada, donde un nuevo rol médico (inmerso en la crisis del modelo paternalista), una medicina altamente tecnificada, y la idea de la autonomía de las personas para tomar sus propias decisiones..., abren un debate sobre la eutanasia radicalmente nuevo y distinto al de siglos anteriores.



La “dignidad humana” se invoca tanto para defender la eutanasia como para rechazarla. Tras este uso dispar del término dignidad subyacen distintas concepciones del ser humano, de la libertad, de la ciencia médica y del conjunto de derechos humanos.

La complejidad de los matices en torno a la eutanasia en la era moderna ha impulsado el uso de adjetivos para diferenciar los “tipos de actuaciones eutanásicas”, voluntaria/involuntaria, directa /indirecta, activa/pasiva, y cuando resultaron insuficientes comenzaron a crearse palabras alternativas: suicidio asistido, suicidio medicamente asistido...



Todo ello ha generado una gran confusión en torno al tema, siendo aconsejable abandonar adjetivos y neologismos en aras de la precisión y la claridad. (OMC, SECPAL 2002)

Desgraciadamente aún no existe un consenso ético suficiente sobre la admisibilidad o no de la eutanasia y el suicidio asistido, y si puede o no llegar a formar parte de las atribuciones profesionales de los sanitarios realizar este tipo de actuaciones.

El debate sigue abierto y van a ser imprescindibles, la precisión en los conceptos, la claridad de posturas, y las modificaciones legales y penales de acuerdo a una posible nueva situación.



EUTANASIA: Acción u omisión, directa o intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de esta.

EUTANASIA PASIVA: Cesar o no iniciar medidas terapéuticas innecesarias en un enfermo en situación terminal. No debe utilizarse este término, ya que estas actuaciones forman parte de la buena práctica y no constituyen ninguna forma de eutanasia.

EUTANASIA INDIRECTA: Se refiere al mecanismo de doble efecto mediante el cual podría a veces adelantarse la muerte, como resultado del efecto secundario de un tratamiento analgésico o sedante. Es mejor definirlo como el DOBLE EFECTO.



SUICIDIO ASISTIDO: *Participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas circunstancias determinadas (la persona que realiza este acto no tiene necesariamente que ser un profesional sanitario)*

SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO:...cooperación con actos “necesarios” a la muerte del paciente (asesoramiento, prescripción, suministro..)

En nuestro Código Penal, artículos 138 a 143 “Del homicidio y sus formas”, no están recogidos como tales los términos eutanasia y suicidio medicamente asistido. Aún así, actuaciones que entendemos como tales, serían para nuestro CP, una forma especial de homicidio que implica un modo singular de participación en el suicidio de otra persona, en unas circunstancias determinadas.



Debería hacerse un uso restringido de la palabra EUTANASIA para referirse a aquellas actuaciones que:

- producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata.
- se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad.
- en un contexto de sufrimiento (dolor total), debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios (p.ej. CP)
- son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa

Pablo Simón Lorda

“Etica y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras”



SEDACIÓN PALIATIVA

Administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas

para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso, con el fin de aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios

con su consentimiento explícito, implícito o delegado.



Sedación

Intención

*Aliviar el sufrimiento
refractario.*

Proceso

*Prescripción de fármacos
ajustados a la respuesta
del paciente*

Resultado

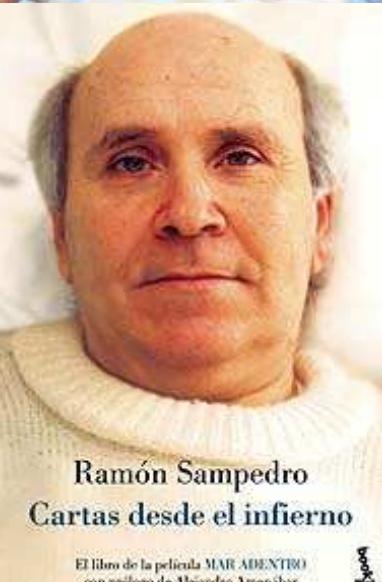
Alivio del sufrimiento

Eutanasia

*Provocar la muerte
para liberar sufrimiento*

*Prescripción de fármacos
a dosis letales que garan-
tizan una muerte rápida*

Muerte





Lo habitual es tener dudas en la toma de decisiones en el final de la vida, la PRUDENCIA es una buena consejera. Sería pretencioso creerse en posesión de la certeza absoluta.

Cada vez que nos planteemos un dilema en nuestra actividad debemos:

- REFLEXIONAR sobre la actitud a tomar, si es posible en colaboración con el enfermo, su familia y el resto del equipo asistencial.
- Tratar el problema de manera INDIVIDUALIZADA.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



MUCHAS
GRACIAS