

“ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA”

- CONCEPTOS -

Organización Médica Colegial

Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida” (1)

- (1) Rogelio Altisent Trota
Jacinto Bátiz Cantera
Luis Ciprés Casasnovas
Pablo Corral Collantes
Marcos Gómez Sancho
Juan Luis González Fernández
José Antonio Herranz Martínez
Javier Rocafort Gil
Juan José Rodríguez Sendín

INDICE

1. Introducción

2. Aspectos éticos

Eutanasia
Eutanasia pasiva
Eutanasia indirecta
Eutanasia involuntaria
Suicidio médicamente asistido
Limitación del esfuerzo terapéutico
Obstinación terapéutica
Abandono
Buena práctica médica
Morir con dignidad

3. Autonomía del paciente

Consentimiento informado
Documento de instrucciones previas

4. Situaciones clínicas

Enfermedad incurable avanzada
Enfermedad o situación terminal.
Situación de agonía
Síntoma refractario
Sedación paliativa
Cuidados Paliativos

1- INTRODUCCIÓN

Las palabras y el lenguaje no son meros envoltorios para el que habla o escribe, sino potentes instrumentos para acceder a la realidad de lo que son las cosas. Este hecho lleva a considerar como trascendentes los conceptos que en **“Atención Médica al Final de la Vida”** se pueden manejar.

Parece conveniente que exista un lenguaje común que asigne a las palabras un significado preciso para ayudar a los médicos en su práctica profesional. Esta unidad formal del lenguaje también derivará en beneficio para todos ya que la sociedad recibirá ideas y conceptos con las mismas palabras.

En definitiva, este documento pretende ser una ayuda que, aportando claridad y uniformidad a los conceptos, facilite la deliberación ética y la comunicación en esta fase particularmente delicada de la vida.

2. ASPECTOS ETICOS

2.1. Eutanasia

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta.

Aunque etimológicamente signifique “buena muerte”, actualmente es un término circunscrito a la anterior definición.

2.2. Eutanasia pasiva

Se ha definido como la interrupción o no inicio de medidas terapéuticas inútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal.

Para evitar confusiones, éste termino no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica médica.

2.3. Eutanasia indirecta

Aconsejamos retirar el término, ya que está mejor definido por el principio del *doble efecto*.

Se entiende por *doble efecto* el principio ético por el cual se permite un determinado tratamiento que puede tener un efecto beneficioso y otro perjudicial, siempre y cuando éste último no haya sido buscado de forma intencionada por el médico y el resultado final sea beneficioso o neutro para el enfermo.

2.4. Eutanasia involuntaria

Sería aquella que se aplica a un enfermo sin que éste lo haya solicitado. Ningún código ético ni penal lo acepta y, por lo tanto, no debería ser ni siquiera objeto de discusión.

2.5 Suicidio médicamente asistido

Consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un enfermo competente que no pueda realizarlo por sí mismo debido a limitaciones de carácter físico, proporcionándole la medicación necesaria para que el propio enfermo se la administre.

2.6. Limitación del esfuerzo terapéutico

Con este concepto se suele hacer referencia a la retirada o no instauración de un tratamiento porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente lo convierte en algo innecesario que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría.

Nos parece que dicho término es confuso y debe evitarse ya que no se trata en absoluto de ninguna limitación de tratamientos sino de una reorientación en los objetivos.

2.7. Obstinación terapéutica

Consiste en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles.

La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, son una mala práctica médica y una falta deontológica.

Las causas de obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda de enfermo y familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.

Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de los profesionales y de los enfermos y sus familiares, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

Es preferible evitar el término “*encarnizamiento*” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa.

2.8. Abandono

Se trata de la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia.

Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional

Es el otro extremo de la obstinación y constituye, igualmente, una falta deontológica y una mala práctica médica.

Probablemente muchas de las demandas de eutanasia son realmente deseos anticipados de morir, que pueden tener su origen en un mayor o menor abandono por parte de quienes deberían atenderle profesional y humanamente.

2.9. “Buena práctica” médica

En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica aquella dirigida a conseguir unos objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y calidad de vida del enfermo.

Los medios para ello comprenden la atención integral al enfermo y familiares, el óptimo control de los síntomas, el soporte emocional y una adecuada comunicación. Todos estos principios constituyen la esencia de los cuidados paliativos.

La buena práctica médica incluye así mismo la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida.

2.10. Morir con dignidad

Dado que la muerte ocurre en un solo instante, “morir dignamente” supone vivir dignamente hasta el último momento.

Ello requiere la consideración del enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial.

Comúnmente se asocia el hecho de morir con dignidad cuando no existe dolor ni otros síntomas relevantes. Pero hay que tener en cuenta otros factores igualmente importantes, como la presencia de sus seres queridos y en un entorno amable.

El término “muerte digna”, muy utilizado últimamente, nos parece confuso porque hace referencia a un instante y el morir es un proceso.

3. AUTONOMÍA DEL PACIENTE

3.1 Consentimiento Informado

La propia Ley lo define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. (Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Art. 3)

La autonomía es un derecho de los enfermos que el médico debe respetar. Evitar el paternalismo tradicional no debe conducir al abandono del paciente en la toma de decisiones, que ha de realizarse en el contexto de una relación clínica cooperativa.

No debemos olvidar que el derecho del enfermo a recibir información clara y comprensible de su situación, tiene excepciones, como por ejemplo, cuando el enfermo tácitamente no quiere ejercer este derecho a ser informado o cuando el médico, dadas las circunstancias personales de este paciente, considera que le puede hacer más daño que beneficio. No tener en cuenta estos aspectos puede conducir a la “*obstinación informativa*” altamente indeseable.

3.2. Documento de instrucciones previas

Según la antedicha Ley, es el documento por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo, con el objeto de que ésta se cumpla si cuando llegue el momento la persona no se encuentra en condiciones de expresarla personalmente.

Este documento no excluye la comunicación continua y adecuada del médico con su enfermo para tener en cuenta sus valores en las distintas fases de su enfermedad.

Esta Ley ha sido desarrollada en todas las Comunidades Autónomas con distintas denominaciones como, por ejemplo, voluntad vital anticipada o manifestación anticipada de voluntad, aunque popularmente se conoce con el nombre de “testamento vital”. Este término es especialmente inadecuado ya que la palabra “testamento” hace referencia expresa a los deseos de la persona para después de su muerte, que no es el caso que analizamos aquí.

4. SITUACIONES CLINICAS

4.1. Enfermedad incurable avanzada

Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas. Se acompaña de síntomas múltiples y provoca un gran impacto emocional en el enfermo, sus familiares y en el propio equipo terapéutico.

4.2. Enfermedad o situación terminal

Enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

4.3. Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas ó días.

4.4. Síntoma refractario

Aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. En estos casos el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la disminución de la conciencia.

4.5. Sedación paliativa

En este contexto, se trata de la disminución deliberada de la conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía.

4.6. Cuidados paliativos

Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.