

Voluntad Anticipada y el Final de la Vida



Dr. Raúl Garza Garza

Director de Misión y Ética Organizacional

Grupo CHRISTUS Muguerza

Actitud y opciones respecto a la Muerte

- Por miles de años: “la muerte temida”
- “Aceptación del destino y la naturaleza”—Philippe Aries



Actitud y opciones respecto a la Muerte

- **En el Siglo 20 se expanden las opciones:**
 - Explosión de la biotecnología: medicinas y equipo biomédico.
 - ¡Curación!
- **Efectos en nuestra actitud**
 - La muerte es evitable (que llegue muy tarde)
 - Papel de la Medicina (prolongar la vida)

Historia: Antecedentes

- **En el pasado:**
 - **Ley del Caso Índice (Primer caso)**
 - **Karen Ann Quinlan (1975)**
 - **Comités de Bioética en hospitales**
 - **Premonición legal del Documento de Voluntad Anticipada en EU.**
 - **Nancy Cruzan (1983)**
 - **Actitud estatal (EU) para establecer una ley apropiada**
 - **Imponer o retirar tratamientos de soporte vital**
 - **Voluntad Anticipada o Testamento en vida (Living will)**
 - **Representante legal en Salud**
 - **Evolución al Acta de Autodeterminación del Paciente (1990)**
 - **Requisto para instituciones que reciben fondos federales, de informar a sus pacientes el derecho de elaborar una Voluntad Anticipada o Directriz Avanzada**

OBSERVACIÓN IMPORTANTE

- **Analizar su finalidad en forma adecuada**
- **Entender el contexto del documento de Voluntad Anticipada o Directriz Avanzada**
- **Necesidad de información en la implementación**

CONTEXTO HISTÓRICO

¿Porqué existe este documento?

- Problemática de la Muerte
- Definiciones importantes
- Autonomía Responsable
- Beneficio en Confianza
- La importancia de la persona

Propósito de la Voluntad Anticipada

- Proteger al paciente, de una calidad de vida no aceptable, por la intervención médica
- Permitir ser parte de la discusión que la familia y los médicos tienen en situaciones difíciles al final de la vida. (Toma de decisión)

POR MEDIO DE:

- Establecer un representante que establezca su voluntad cuando ya el paciente no puede hacerlo
- Documentar las preferencias en la atención, cuando se ha determinado que el uso de la tecnología médica:
 - No establece una curación o alivio
 - Permite que en forma desproporcionada se acepte seguir una vida que ya no es vida y por lo tanto no pueda ser aceptable o
 - Solo es una prolongación de una muerte inevitable.

VERDADERA VOLUNTAD

- Aceptamos las aportaciones de la ciencia biomédica pero cada vez experimentamos más los abusos que se producen al querer dominar, vencer y combatir la muerte.
- Debemos recuperar el sentido humano del morir como una etapa de la vida, ante el encarnizamiento terapéutico, exigiendo que se respete la dignidad para morir.

PRETENSIONES

- **Ley sobre la Muerte Natural 1970, California, EU.**
- **Demandas de mala práctica**
- **Abuso de Recursos Económicos**
- **¿Autonomía responsable?**
- **Distanasia – Eutanasia**
- **Jurisprudencia versus Bioética**

EFECTO BOOMERANG

- Limitación terapéutica ¿legal?
- Presión al médico en Urgencias
- Falta de confianza en Medicina
- Omitir tratamientos importantes
- Documento encima de actitud
- Beneficio de otros, no del mismo paciente.

VOLUNTAD ANTICIPADA

- “Se va a convertir en uno más de los múltiples e incomprensibles impresos que firmamos al ingresar en un hospital, generalmente con absoluto desconocimiento de su contenido, tanto por lo muy complicado de las cuestiones, como por el estado de zozobra en el que afrontamos la lectura de tanto papeleo”.

PROBLEMÁTICAS

- *“Mientras que las voluntades médicas anticipadas pueden ser un beneficio para los pacientes, las familias y los costos en salud, la mala interpretación de estos documentos por los médicos es común, dice un prominente médico de Medicina de Emergencia, y pueden conducir a crasos errores médicos irreversibles.*

MALA INTERPRETACIÓN

- "Estos documentos tienen la previsión de buenos fines [pero] puede haber malas consecuencias, no deseadas por ellos". "En Medicina Clínica, un gran porcentaje de médicos que ejercen, ven un documento como ése y lo definen sólo como una orden de NO RESUCITAR".

MALA INTERPRETACIÓN

- Una serie de cambios positivos podrían venir, si los médicos y las enfermeras entendieran que cuando se les presenta un documento de este tipo, una mala interpretación, puede ser el fin.
- "Veo gente todo el tiempo, que no puede hablar por sí misma, pero que tienen condiciones muy tratables y con resultados funcionales". "No tratarlos sería un error médico grave."

ANÁLISIS DE VOLUNTAD

- **Consiste en unas instrucciones u orientaciones a seguir, que pueden ser más concretas, si se conocen todas las posibilidades evolutivas probables, ante una determinada enfermedad, o bien más vagas si no se conocen o el otorgante no está afectado por enfermedad alguna (despropósito).**

EN EL CONTENIDO

- 1. Los criterios de la priorización de los valores y las expectativas personales, aunque no sea concreto y se esté lejos de alguna decisión de este tipo.
- 2. Las situaciones sanitarias concretas en las que se quiere que se tengan en cuenta las instrucciones.
- 3. Instrucciones y límites más concretos a la actuación médica ante decisiones previstas, sobre todo cuando se tiene información de probabilidades evolutivas.
- 4. El representante es la persona que se nombra para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que, en el caso que el otorgante no pueda expresar su voluntad por si mismo, lo sustituya en la interpretación y aplicación de las instrucciones, los criterios y los principios expresados.

LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA (*ADVANCE CARE PLANNING*).

- Deberán suscitarse amplios procesos de comunicación entre los profesionales, pacientes y familiares que ayuden a mejorar la calidad moral de las decisiones al final de la vida.
- En estos procesos las voluntades anticipadas sí jugarían un papel importante, pero no serían el objetivo, sino una herramienta más de trabajo.

¿QUÉ BUSCAMOS?

1. Prepararse para el proceso de morir y todo lo que implica. Entre ellos, la situación de incapacidad, que no es el único.
2. Ejercer en la vida diaria el derecho a la autonomía responsable y llevarlo a la práctica expresando preferencias en la atención.
3. Familiarizarse con la idea de morir. Enfrentarse con naturalidad y tranquilidad a la muerte. Convencerse de que la muerte es una parte del proceso de vivir.
4. Aliviar el impacto emocional de la persona designada por el paciente para representarle cuando él (ella) no sea capaz de decidir.
5. Entender el documento escrito y firmado como la última parte y la menos importante del proceso de planificación. Maximizar el encuentro y la comunicación sobre los deseos del paciente entre las personas implicadas: paciente, representante, médicos, demás profesionales, familiares y amigos.

Caso Clínico Ético

Después de dos internamientos previos en la Unidad de Terapia Intensiva, en un día festivo se solicitó la valoración para reingresar a la misma, a un paciente masculino de 65 años, diabético, con una cardiopatía isquémica coronaria, muy emproblemada a pesar de la cirugía de puentes coronarios hace 6 años y con una insuficiencia cardíaca global muy inestable, con una historia de múltiples internamientos y también varios paros cardiorespiratorios.

Caso Clínico Ético

- ❑ El jefe de la unidad, solicitó al médico residente que se adelantara para valorar al enfermo, encontrándolo con períodos de apnea prolongados y con signos de acidosis y estado de choque, por lo que solicitó el "carro rojo", pero no activó el sistema médico de llamada (auxilio) de emergencia. No logró restablecer la vía aérea ni la ventilación y a pesar de ello, decidió efectuar el traslado.

Caso Clínico Ético

El paciente presentó un paro cardio-respiratorio en el elevador. Se iniciaron las medidas de reanimación adecuadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, con lo que se logró recuperar al paciente en un lapso de 30 minutos. El paciente logró estabilizarse pero cursa con daño cortical severo y estado vegetativo, con ausencia de potenciales evocados del tronco encefálico.

Final de la Vida

¿Existe una obligación
médica de prolongar
la vida?

Tendencias Sociológicas que afectan los Momentos Finales de la Vida

1. EDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA

GRUPO DE 65+ -- EN EL 2000 -- 34 millones; EN EL 2030 --'70 millones

2. EXPANSIÓN Y TASA DE NATALIDAD

- FAMILIARES VIVIENDO DE COSTA A COSTA Y ALREDEDOR DEL MUNDO. Para las áreas urbanas y rurales de la nación, los ancianos que llegan a los centros hospitalarios, son desconocidos para el personal de salud e incluso para sus familiares.

3. ENFERMEDADES CRÓNICAS: Más frecuentes que las agudas

4. AVANCES EN MEDICINA/TECNOLOGÍA

Medicamentos/Tratamientos/Genética

5. CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN TERMINAL

ANTROPOLOGÍA MORAL



Aspectos Bioéticos en Asuntos del Final de la Vida:

- **Sobre todo como testigos de la Moral, las Instituciones de Salud serán:
Una comunidad de respeto, amor, y soporte para pacientes o huéspedes y sus familias cuando se encuentran ante la realidad de la muerte...**
- **“Lo que es más duro de confrontar es el proceso de morir mismo, especialmente la dependencia, la desesperanza y el dolor que tan a menudo acompañan a la enfermedad terminal ...”**
- **La Muerte Física es una parte de la Vida y una transición a la vida eterna
es todo un privilegio cuidar y acompañar a las personas en este paso**

El Final de la Vida

- ❑ Los pacientes son responsables de su propia salud.
- ❑ Los pacientes tienen el derecho a aceptar o rehusar un tratamiento.
- ❑ La decisión terapéutica debe ser compartida.
- ❑ Los familiares son importantes.

Final de la Vida

- ❑ Considerar las relaciones entre la Medicina, la Bioética y la Legislación.
- ❑ Se refleja en la responsabilidad hacia el paciente y hacia uno mismo.
- ❑ La obligación legal es externa
- ❑ La obligación bioética es interna
- ❑ Somos técnicos y no humanos, si no nos involucramos en los dilemas.

Resucitación

Prolongar la vida no necesariamente es tan efectivo para todos los pacientes.

Tratamiento Terminal

RETIRAR

NO INICIAR

Código de Ética de CHRISTUS

Atención al Final de la Vida:

- **Como un Sistema de Salud basado en la Fé Católica, CHRISTUS es una comunidad de respeto, amor, y soporte para los pacientes y sus familias, cuando confrontan la realidad de la muerte.**

Los Colaboradores de CHRISTUS:

- **Están conscientes de las necesidades especiales de los pacientes durante las etapas finales de la vida, y**
- **Respetan la dignidad de estos pacientes otorgando una atención compasiva para proveerles comfort y ofrecerles esperanza.**

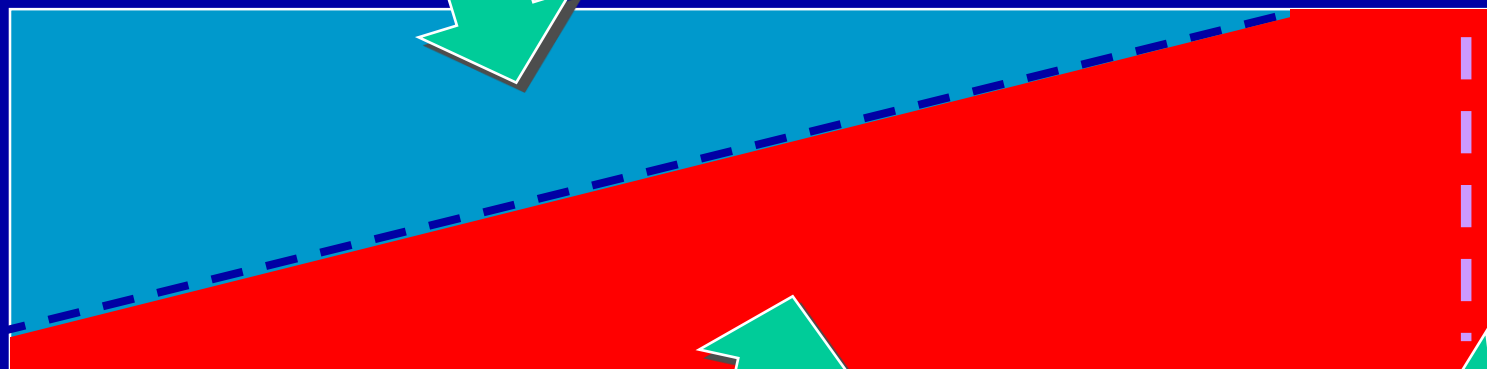
IDENTIDAD INSTITUCIONAL

CHRISTUS tiene políticas y procesos para asegurar que las

- Necesidades psicológicas, sociales, emocionales, espirituales, y culturales así como todo lo que concierne a los pacientes y sus familias sea respetado y tratado con ellos.
- La Voluntad Anticipada y los colaboradores de la Pastoral Hospitalaria estarán a su disposición siempre

Lugar de Cuidados Paliativos en el Curso de la Enfermedad

Terapia que prolonga la Vida



Diagnóstico de enfermedad grave

M
u
e
r
t
e

Cuidados Paliativos

Beneficio de la Atención Terminal

Implicaciones Bioéticas

USO DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA

Obligados a usar sólo los medios ordinarios/proporcionados

No obligados a usar los medios extraordinarios/desproporcionados

Implicaciones Bioéticas

(Uso de la tecnología médica)

“Una Persona puede dejar de usar”

Medios Extraordinarios o Desproporcionados de Preservar la Vida son aquellos que:

Si en el Juicio del Paciente/Familia:

- No ofrecen una esperanza razonable de beneficio**
- O representan una carga excesiva,**
- O Imponen un costo excesivo para la Familia o para la Comunidad”**

Implicaciones Bioéticas

(Nutrición e Hidratación)

Directrices Éticas sobre Nutrición e Hidratación:

“Habrá una presunción en favor de proveer la nutrición e hidratación necesaria a todos los pacientes, incluyendo aquellos que tengan soporte artificial, para ello tanto cuanto el beneficio es patente para la vida y sobrepasa la carga impositiva para el paciente.”

Voluntad Anticipada

- ❑ Acta de Autodeterminación del paciente (E. U. A.) 1990.
- ❑ Cualquier admisión a un hospital requiere información sobre esto.
- ❑ Escribir sus deseos anticipados a un estado terminal o irrecuperable.
- ❑ Condenado a fallar: Ann Int Med Octubre de 1992.

Voluntad Anticipada

- ❑ Entre 1987 y 1989, 204 pacientes a los que se ofreció firmar un testamento en vida a la mitad y al 50% restante no. Un tercio de ellos firmó y sólo dos mencionaron tratamiento agresivo.
- ❑ No hubo ninguna diferencia con los que no firmaron, en el seguimiento.

Voluntad Anticipada

- ❑ No hubo influencia en la práctica médica
- ❑ *“Encontramos difícil de creer que un sólo documento, por más bien diseñado, es suficiente comunicación entre un paciente y su médico”.*
- ❑ *“No hay sustituto a la comunicación directa y abierta entre ellos”.*

Voluntad Anticipada

- ❑ En Diciembre 1 del 2002 en el Am J Res Crit Med, un estudio de Yale mostró que sólo 206 de 4,800 (4.3%) de pacientes firmaron un testamento en vida y que ninguno de los documentos reflejó lo que los pacientes esperaban (88 pacientes de 151 entrevistados).

Implicaciones Bioéticas

VOLUNTAD ANTICIPADA

- **Un Aspecto de los Movimientos de los Derechos Humanos y de los Derechos de los Pacientes: el paternalismo del pasado/decisión sólo del paciente**
- **Ahora el Movimiento enfatiza la participación y la interdependencia:**
 - **Involucro de la familia/y otros relacionados**
 - **Conocimiento, experiencia y sabiduría de los profesionales de la salud son los elementos críticos**

Implicaciones Bioéticas

(Voluntad Anticipada)

Relación Médico - Paciente

“El juicio libre e informado hecho por un paciente adulto competente, concerniente al uso o retiro de los procedimientos para mantener la vida siempre debe de ser respetado y cumplir con lo establecido en forma normal, a menos que sea contrario a la enseñanza de la Medicina y la Moral”

Voluntad Anticipada

- ❑ La mayor parte no conocen que debe decir y cómo.
- ❑ Sólo se activan en pacientes con una declaración de irrecuperables en el expediente clínico.
- ❑ El sistema necesita el entendido entre el paciente-la familia y el equipo de salud (comunicación y confianza).

Voluntad Anticipada

- ❑ El proceso inicia con el médico
- ❑ Asistencia al paciente y su familia
- ❑ Plan de tratamiento claro y escrito
- ❑ Confianza en la relación para evitar las dudas o supuestos
- ❑ Entendido que se manifiesta a todo el equipo involucrado en la atención

Oración final

**DIOS MISERICORDIOSO, ESPERANZA DE
QUIENES A TI CLAMAMOS,**

**te rogamos por nuestras hermanas y
hermanos que se acercan al final de su
vida. Ayúdanos a brindarles consuelo
en sus últimas horas en la tierra. Que
puedan experimentar salud espiritual,
sentir un verdadero consuelo y confiar
en Ti. Que en su último suspiro los
recibas con tu misericordia y amor para
que puedan compartir eternamente
contigo la felicidad, la paz y la plenitud
de la vida eterna. AMÉN.**

Riesgos Morales en la Planeación de la Voluntad Anticipada

**MUCHAS
GRACIAS**