

FINAL DE LA VIDA

BIOÉTICA - Actividad 3
Dres. : Figueira, Duarte, Nuñez

CASO 1

FP: SF, 81 años. Vive con ex dueña de casa de salud en la que se encontraba institucionalizada, 1 sobrino con el cual no tiene contacto desde hace años.

AP: deterioro cognitivo, dependencia para ABVD.

HTA, DM2 IR, pie diabético, amputación transmetatarsiana de pie derecho.

Trastorno depresivo en tratamiento.

Encontrada en el piso por cuidadora con depresión de conciencia e incontinencia

esfinteriana, se desconoce tiempo de evolución.

UEMPH constata: **Glasgow 7, HGT 0.22**, PA 90/60. Proceden a corrección de hipoglicemia, IOT donde se comprueba **aspiración de la vía aérea** y traslado a Hospital Maciel.

En emergencia Glasgow 7, reitera hipoglicemia. CV: Bien perfundida. PA: 100/60. RR 100 cpm. RBG SS. PP: MAV presente sin estertores SaO₂ 98% VEA.

SNM: pupilas intermedias reactivas, no rigidez de nuca, no SFN.

Paraclínica: Hb 13.7, plq 210, leu 8.6. PCR 3.1. Azoemia 0.55/ Creatininemia 0.89, **potasio 2.3**, resto ionograma normal.

Ex orina algunos leucocitos, UC negativo.

Rx tx: **opacidad inhomogénea paracardiaca derecha**. No se realizó TC cráneo.

No se plantean medidas terapéuticas invasivas, cuidadora y sobrino de acuerdo.

Equipo de emergencia decide extubación compasiva, ingresa a sala de medicina.

Recibe tratamiento ATB empírico con planteo de neumonía aspirativa, hidratación y corrección de disionias. Soporte nutricional con preparado por SNG.

De la evolución se destaca **estado vegetativo secundario a neuroagravio por hipoglicemia severa** sin otros síntomas para controlar.

Cuidadora principal plantea eutanasia, se explica que no es legal.

CONSIGNA

1. ¿Está de acuerdo con el manejo de esta paciente?
2. ¿Cree oportuno gastrostomía de alimentación?
3. Definir: eutanasia, encarnizamiento terapéutico, sedación paliativa, cuidados paliativos.

ENSUMA

81 años. SF. Deterioro cognitivo.
Dependiente para ABVD. HTA DM2 IR.
Amputación transmetatarsiana de pie
derecho. Depresión.

Hipoglicemia + Neumonía aspirativa

Estado vegetativo secundario a hipoglicemia
severa.

Tratamiento:

Corrección de disonias

Hidratación

Alimentación por SNG

CONSIGNA

1. ¿Está de acuerdo con el manejo de esta paciente?
2. ¿Cree oportuno gastrostomía de alimentación?
3. Definir: eutanasia, encarnizamiento terapéutico, sedación paliativa, cuidados paliativos.

ESTADO VEGETATIVO

Jennet y Plum 1972

Condición clínica caracterizada por inconciencia, con preservación total o parcial de las funciones del tallo e hipotálamo.

Academia Americana de Neurología (AAN) :

- No evidencia conciencia de sí o del medio, incapacidad para interactuar con otros (...) frente a estímulos visuales, auditivos, táctiles o nociceptivos ni comprensión o expresión del lenguaje.

- Vigilia intermitente que se manifiesta por ciclos de sueño y vigilia.

- Funciones hipotalámicas y autonómicas del tallo encefálico preservadas suficientemente como para permitir la supervivencia.

- Incontinencia vesical y rectal.

EUTANASIA

“buen morir/muerte digna”

Acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente para evitar el dolor o sufrimiento alguno. (OMS)

“Conducta llevada a cabo por un agente de salud, una cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas”

TIPOS DE EUTANASIA

VOLUNTARIEDAD:

- Voluntaria
- No voluntaria

TIPO DE CONDUCTA DEL MÉDICO:

- Activa
- Pasiva

MODO EN QUE LA MUERTE ES PREVISTA:

- Directa
- Indirecta

TIPOS DE EUTANASIA

1. Eutanasia voluntaria, pasiva, indirecta
2. Eutanasia voluntaria, activa, indirecta
3. Eutanasia voluntaria, pasiva, directa
4. Eutanasia voluntaria, activa, directa

¿LO ACEPTAMOS MORALMENTE?

“Si la muerte no es un daño, provocar la muerte no es peor que permitir que ella ocurra”

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Distanasia

Realización de prácticas diagnósticas y/o terapéuticas, que no benefician al enfermo que se encuentra en la última etapa de su vida y que secundariamente le provocan mayor sufrimiento y prolongan la vida sin tener en cuenta la calidad de vida

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 para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

CUIDADOS PALIATIVOS

Definición propuesta por Comisión Lancet sobre el Acceso Global a los Cuidados Paliativos y el Alivio del Dolor (2017)

“Los cuidados paliativos son los cuidados holísticos, activos, de personas de todas las edades con graves sufrimientos relacionados con la salud debido a enfermedades graves, y especialmente a aquellos que se encuentran cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.”

CUIDADOS PALIATIVOS

“No tiene la intención de acelerar o posponer la muerte, afirma la vida y reconoce la muerte como un proceso natural”

Ortotanasia permitir que la muerte ocurra “en su tiempo cierto”, “cuando deba de ocurrir”, otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte.

CASO 2

SM 54 años, abogado. Actualmente jubilado por incapacidad.

Vive con su esposa que trabaja en un banco, y dos hijos adolescentes.

Diagnóstico de ELA hace 5 años. La enfermedad ha progresado, aumentando progresivamente su nivel de dependencia. Actualmente presenta plejía de MMII y paresia severa de MMSS. Trastornos deglutorios con neumonías aspirativas en el último año. Hace 3 meses afagia funcional por lo que se realizó gastrostomía.

Su médico le ha planteado que es muy probable que en los próximos meses requiera apoyo respiratorio (ventilación no invasiva ambulatoria).

El paciente le plantea a su médico que está cansado de vivir en estas condiciones y que siente que es una carga para la familia, más allá del apoyo que recibe de ellos.

Por ello le solicita que le ayude a terminar con su vida.

CONSIGNA

1. ¿Es el médico quien debe encontrarse frente al dilema de ayudar al paciente a poner fin a su vida?
2. ¿Son los cuidados paliativos una alternativa a la eutanasia?

EN SUMA

54 años. Jubilado por incapacidad.

ELA diagnóstico hace 5 años. Plejia de MMII, paresia severa de MMSS. Trastornos deglutorios, neumonías aspirativas en el último año. Hace 3 meses afagia funcional, gastrostomía.

En la evolución requerirá VNI

Solicita ayuda para “Terminar con su vida”

CONSIGNA

1. ¿Es el médico quien debe encontrarse frente al dilema de ayudar al paciente a poner fin a su vida?
2. ¿Son los cuidados paliativos una alternativa a la eutanasia?

MARCO LEGAL

LEY N° 18.473 VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 1º.- Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural.

No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren.

De igual forma podrá manifestar su voluntad anticipada en contrario a lo establecido en el inciso segundo de este artículo, con lo que no será de aplicación en estos casos lo dispuesto en el artículo 7º de la presente ley.

MARCO LEGAL

LEY N° 19.286, SECCIÓN II: FINAL DE LA VIDA HUMANA

Artículo 46.- La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión.

Artículo 47.- En caso de muerte encefálica el médico no debe emplear técnicas, fármacos o aparatos cuyo uso solo sirva para prolongar este estado, salvo con fines de preservación de órganos y tejidos para trasplantes o por protocolos de investigación debidamente autorizados.

Artículo 48.- En enfermos terminales, es obligación del médico continuar con la asistencia del paciente con la misma responsabilidad y dedicación, siendo el objetivo de su acción médica, aliviar el sufrimiento físico y moral del paciente, ayudándolo a morir dignamente acorde con sus propios valores. En etapas terminales de la enfermedad no es ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean innecesarios y eventualmente perjudiciales para su calidad de vida.

Artículo 49.- El médico debe respetar la voluntad válida de un paciente que libremente ha decidido rechazar los tratamientos que se le indiquen, luego de un adecuado proceso de consentimiento informado.