



**MORIR EN URGENCIAS: LET**  
Dra. ML Iglesias

• **Servicios Urgencias no son ámbitos adecuados para morir**







intereses

- **SU:** - Prof...
- pro...
- experiencias
- Importante ta...
- facultades, es...
- y gran deseo a...

# CONFUSIÓN

reada  
(máquinas, etc.)  
des, religiones,

ientes distintas  
s líneas de trabajo  
icas invasivas

→ \*Gran pluralidad reacciones y discursos, al no existir hoy en día una cultura ética médica de consenso\*



- **SU** comportan gran carga emocional → trabajar ante mirada de todos, estrés, gestión n° elevado UCIAS, miedo responsabilidad, soledad y un gran número pacientes muy vulnerables → **requieren decisiones rápidas** → personal sanitario debe tener →
  - **Habilidades y conocimientos** → “**capacidad técnica**”
  - **Fundamento moral basado**
    - **Respeto persona:** libertad, intimidad y confidencialidad
    - **Buena comunicación:** paciente/entorno familiar
    - **Proporcionalidad:** máximo confort, dominio circunstancias para manejar momentos de crisis y respeto LET\*

**DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA**



# DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

- RECHAZO TRATAMIENTO
- SUICIDIO LÚCIDO
- SUICIDIO ASISTIDO
- EUTANASIA
- SEDACIÓN PALIATIVA
- LET
- HOMICIDIO x COMPASIÓN
- ASESINATO



RECHAZO TRATAMIENTO: VM



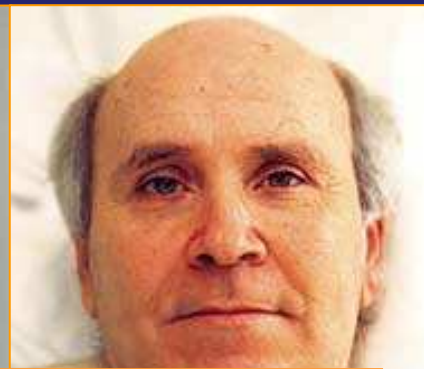
GIOVANNI NUVOLI, 2007, ELA



SUICIDIO LÚCIDO

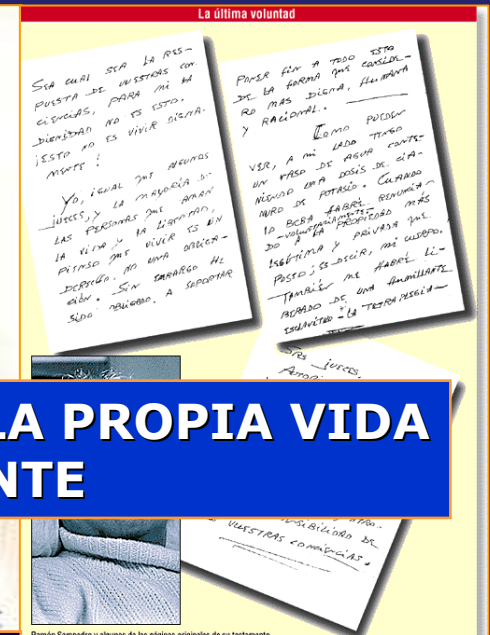


CHANTAL SÈBIRE, 2008



Ramón Sampedro  
Cartas desde el infierno

SUICIDIO ASISTIDO



RAMÓN SANPEDRO, 1998

## OPCIÓN DELIBERADA DE SUPRIMIR LA PROPIA VIDA ASISTIDA AMISTOSAMENTE

## ▪ EUTANASIA

- **Copito de Nieve** aquejado **cáncer de piel irreversible**, se presumía que iba a padecer una **agonía dolorosa**, y la **eutanasia se presentó** como la **única y mejor solución**

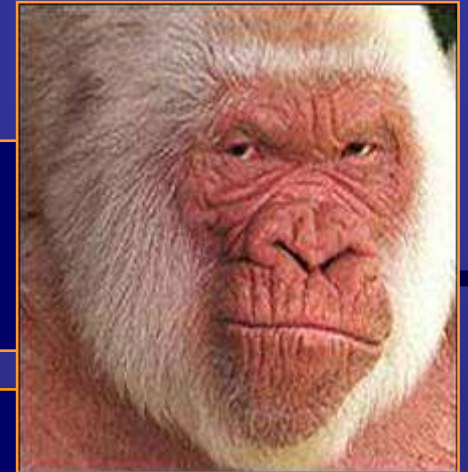
### **EUTANASIA = BUENA MUERTE**

- **Ejecución homicidio paciente**
  - **Médico adelanta muerte mediante la administración droga letal de forma intencionadamente**
  - **De alguien con una enfermedad irreversible**
  - **Con sufrimiento insoportable**
  - **Que lo solicita libre y reiteradamente**
  - **Realizado con garantías médico-legales**
  - **En donde la legislación lo permite**

*Ley de Holanda y Bélgica, 2002*

- **Suicidio médicamente asistido**
  - **Médico puede prescribir pero no administrar ninguna droga letal a un paciente terminal competente**

*Ley de Oregón*



## ▪ SEDACIÓN EN LA AGONÍA

- **Paciente situación últimos días, es acreedor respeto a su dignidad personal, de la que está dotado como cualquier persona, no por ser enfermo ni por hallarse en situación terminal, sino por el hecho de ser persona**

*J Masiá*

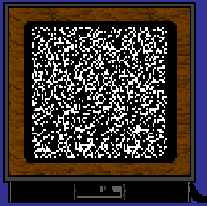


- **Doctrina doble efecto**
  - **Acelerar muerte es permisible únicamente si ésta no es la primera intención del tratamiento**
  - **Aplicar acciones que además de tener un efecto deseado puedan acelerar la muerte a pesar de no ser la primera intención, es éticamente admisible siempre que el acto sea bueno, o al menos indiferente**

*A Couceiro*



▪ LET



KAREN QUINLAN, 1976

LET: 1.- RETIRADA VM



TERRY SCHIAVO, 2005

LET: 2.- RETIRADA ALIMENTACIÓN



# ▪ AJUSTE O LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEÚTICO

**NO ES HOMICIDIO**

**NO ES SUICIDIO ASISTIDO**



A collage of images. On the left is a newspaper article from 'VIDA' with the headline 'Aceptan no transfundir a testigos de Jehová'. The article discusses medical procedures and the refusal of Jehovah's Witnesses to receive blood transfusions. On the right is a photograph of a person's hands holding a large, clear plastic bag filled with red blood. The bag has a label with 'AB' and other text. Below the bag are two red test tubes.

**NO ES RECHAZO DEL TRATAMIENTO O DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

## ▪ AJUSTE O LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO DEFINICIÓN

- **No inicio o retirada -misma categoría moral- de medidas terapéuticas que no generan beneficios al paciente, tanto en situaciones en donde el paciente puede, o no puede decidir por si mismo** *Braun UK et al. Definig limits in care of terminally ill patients. BMJ 2007;334:239-41*







## 1: LET

# Ética y religiones del mundo

· Ninguna vida es buena cuando se la manipula en contra de sus propias convicciones. No podemos envenenar la vida de otra persona al imponerle valores que no puede aceptar y a los que sólo se someterá por miedo o ignorancia *R Dworkin*

INMACULADA ECHEVARRÍA, 2007



- Competente
- Distrofia muscular progresiva
- Rechazó seguir conectada al respirador que la mantenía con vida




"El derecho de un paciente a rechazar un tratamiento ha sido reconocido desde hace mucho tiempo por la Iglesia católica como legal y moralmente aceptable"

... poder cumplir su deber de ser responsable de su propia enfermedad



"La iglesia católica no acepta el derecho al rechazo terapéutico porque es sinónimo supresión irresponsable de la vida"





**A partir de aquí, difícilmente hay vuelta atrás  
Así que la única salida es ir hacia adelante**





### 3.- LET CONTRA DISTANASIA

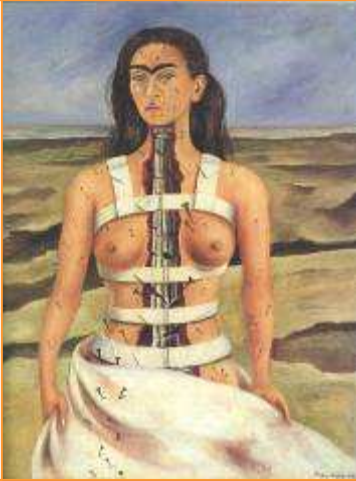
#### ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

- **Por imperativo político o por exigencia entorno familiar (derecho de representación)** "bajo la amenaza de la denuncia" → **estos pacientes\*\* sufrieron una prolongación injustificada de su proceso de morir sin esperanza razonable de recuperación**
- **La desproporcionalidad infundada, más allá de lo médicamente razonable → es éticamente injustificable\***



**ÉTICA SIN CIENCIA ES CIEGA Y LA CIENCIA SIN ÉTICA ES COJA\***

*Mischa Cotlar*



- **2002, estudio 56** pacientes moribundos, Hospital Torrecárdenas Almería: **70% pacientes** agonizaban sin ayuda médica suficiente debido al dolor no controlado\*, disnea\*, angustia vital\*, vómitos, miedo y agotamiento\*, **30% pacientes** no recibió analgesia ni sedación alguna\*\* y **40% pacientes** recibió analgesia limitada

*Marín-Gamez N, Kessel-Sardiñas H et al. Cincuenta y seis muertes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37:239-88*

**DISTANASIA**

**TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A MORIR CON CONTROL DE SUS SÍNTOMAS**

**IGLESIA CATÓLICA**  
BIOÉTICA CONFESIONAL DOGMÁTICA

**POLÍTICA**  
PARTIDISTA

**ENTORNO FAMILIAR**  
AMENAZAS DENUNCIAS

**ACEPTACIÓN DENUNCIAS**  
EN BASE CREENCIAS PERSONALES  
ALGUNOS JUECES

**CONFUSIÓN**

**PRENSA**  
SENSACIONALISTA

**CUESTIONES BIOÉTICAS**  
**NO SON CUESTIONES DOCTRINALES**  
**RELIGIOSAS, POLÍTICAS O**  
**FAMILIARES\***

- Alentado
- Desalenta
- Desorient
- Han fome
- Prolongación tecnológica situaciones irreversibles
- No paliación adecuada dolor y sufrimiento\*



**¿ÉTICA DEL DEBER?**





## 4.- LET CONTRA IMPERATIVO TECNOLÓGICO



- **Tecnificación medicina últimos 50 años → prolongar vida a través instrumentos/fármacos\* que suplen funciones biológicas perdidas\***
- **“Imperativo tecnológico”**: si alguna técnica es posible, es preciso **realizarla** independientemente de otras consideraciones\*\*

*“Curamos lo que antes no se curaba, prolongamos deterioro de lo que no podemos curar; vivimos más tiempo, pero también agonizamos más lentamente”\**

*Nerima-ku Kamishakuji*

**NO TODO LO TÉCNICAMENTE POSIBLE ES ETICAMENTE RAZONABLE**



## 6.- LET A FAVOR RECURSOS SANITARIOS FINITOS



EN ¿UNIDADES DE CRÍTICOS?



¿UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN?



- La utilización irracional del dinero público sanitario\* → **gasto injustificado** recursos finitos\*

*DA Vásquez Rocca*



**LOS MÉDICOS SOMOS TAMBIÉN RESPONSABLES DE LA FALTA DE CAMAS HOSPITALARIAS\*\***



## 7.- LET: ÓRDENES DE NO RESUCITACIÓN I

Comité Ético Parc Taulí

- La decisión por parte médico de **no iniciar maniobras SVA**
  - Es clínicamente apropiado y éticamente aceptable
  - **Depende diagnóstico primario y evolución esperada**
  - **Si el pronóstico inmediato no ofrece esperanzas, no hay ningún imperativo moral para aplicarlo**
  - **No implica aplicar ningún otro tipo LET**



## PACIENTES ONR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS II

URGENCIAS

### CATEGORÍA A

- **Paciente que se trata y se espera darle de alta**
  - **Si PCR → SVA**
  - **No necesita consentimiento paciente/representante**

CAT

- **Priorizar información paciente/entorno familiar y referenciarla HC**
- **Escribir siempre ONR en la HC**
- **¿Pueden cambiarse ONR?**

CAT

- **Si situación clínica y pronóstico cambia → categoría A**
- **Si paciente/representante categoría D → quiera rescindirla**
- **Si paciente/representante categoría D → procedimientos principalmente Qx → se podría considerar rescisión temporal ONR en cuanto a los riesgos específicos intervención**

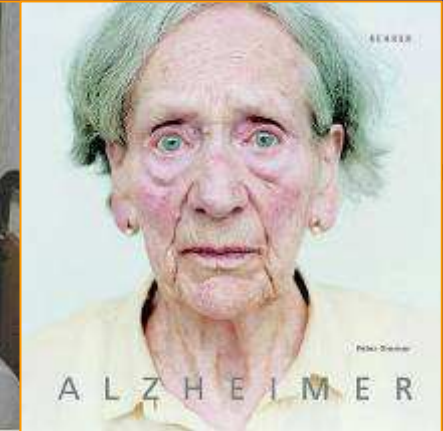
CAT

**relativamente aguda y amenazadora para la vida, pero la muerte no parece inminente**

- **Si PCR y en la HC no está claro beneficio SVA → optar preferencia paciente/representante. Si hay dudas → buscar quórum con equipo y posteriormente retirar SVA si se cree oportuno**



## 8.- SU: GESTIÓN DE LAS CRISIS



- **Paciente sano con enfermedad aguda autolimitada\***
- **Muerte súbita\***
- **Enfermedad crónica estable calidad vida conservada\***
- **Enfermedad crónica avanzada eventualmente fatal**
  - Muerte irremediable **SUD**. Ej: **cáncer o nefropatía terminal\***
  - Muerte repentina x **crisis** en una enfermedad limitación progresiva  
Ej: **enfermedades cardipulmonares\***
  - Muerte x **complicación** en un deterioro progresivo y lento  
Ej: **anciano frágil con demencia evolucionada\***

*Júdez, 2007*



# ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA Y EVENTUALMENTE FATAL

URGENCIAS

## A.- PRUEBA TERAPÉUTICA

- **Plan de acción\*** escogido en consonancia posibles y adecuados ttos, previo acuerdo con paciente/representante\*\*
- **Comprobar resultado, y si no se consigue alcanzar los fines, se abandonará**
- **Se buscará nuevamente el más apropiado para los fines** *Judez, 2007*

¿SI/NO?

REFLEXIONAR

¿SI/NO?



## B.- TRABAJO EN EQUIPO: DIÁLOGO INTERDISCIPLINAR



**EXCELENCIA**



**RECONOCIDO VALOR EXIGENCIA BIOÉTICA**



## C.- INFORMAR, ACOMPAÑAR Y HUMANIZAR

- Curar si es posible
- Aliviar sufrimiento y ayudar durante proceso de morir
- Aplicación conocimientos, habilidades y actitudes propias  
buena comunicación asistencial
- Compromiso cuidado pacientes SUD a lo largo del proceso de morir (moderación terapéutica)
- Manejo óptimo del dolor
- Manejo sedación en la agonía como cualquier indicación médica, de forma rigurosa, abierta y documentada\*



**EVITAR  
OBSTINACIÓN  
TERAPEÚTICA**



## 9.- FUTURO: DOCENCIA ÉTICA



- **Formación pregrado:** preparación y entrenamiento en aspectos teóricos y prácticos bioética médica ante situaciones conflicto, "caso a caso" → "sabiduría práctica"
- **Formación postgrado teórico-práctica:** conseguir destreza en criterios y viabilidad de recursos, aplicaciones, o no, o retirada terapias invasivas y aplicación cuidados paliativos
- **Comités Ética:** no deben pretender educar moralmente, sino proporcionar herramientas y metodología para toma decisiones prudentes → modelo paternalista → modelo deliberativo de respeto libertad e individualidad paciente\*

DA Vásquez Rocca



**URGENCIAS**

**10.- Los médicos de urgencias debemos comprender, que el éxito en el tto del paciente no siempre es mantenerlo con vida a toda costa, sino que en ocasiones brindarle la posibilidad de morir con dignidad, es la mejor asistencia que se le puede brindar**

**GRACIAS**