

Postura de la Academia Nacional de Medicina de México en relación con las decisiones sobre el final de la vida

Armando Mansilla-Olivares,¹ Joaquín López-Bárcena,¹ Ricardo Plancarte-Sánchez,¹ Fermín Valenzuela-Gómez-Gallardo,¹ Julieta Rojo,¹ Fernando Meneses-González,¹ Gilberto Felipe Vázquez-De Anda,¹ Patricio Santillán-Doherty,¹ José Ignacio Santos-Preciado,¹ María de Jesús Medina,² Asunción Álvarez³ y Beatriz Vanda⁴

¹Academia Nacional de Medicina de México, Comité de Vinculación y Difusión del Conocimiento; ²Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas; ³Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; ⁴Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Veterinaria y Zootecnia. Ciudad de México, México.

Resumen

Hay decisiones relacionadas con el final de la vida que actualmente son relevantes como valores humanísticos. El respeto y la dignidad de la vida humana están incluidos en los derechos humanos. La Academia Nacional de Medicina de México declara su postura acerca de las decisiones sobre el final de la vida que incluyen rechazo a un tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico, voluntad anticipada y sedación paliativa, entre otros, con la finalidad de propiciar una muerte en paz.

PALABRAS CLAVE: Decisiones al final de la vida. Rechazo del tratamiento. Limitación del esfuerzo terapéutico. Voluntad anticipada. Sedación paliativa.

Abstract

There are decisions at the end of life that currently are relevant as humanistic values. Respect for human life and dignity are part of human rights. The National Academy of Medicine of Mexico declares its posture about end-of-life decisions that include treatment refusal, limitation of the therapeutic effort, advance directives and palliative sedation, among others, with the purpose to favor a peaceful death.

KEY WORDS: End-of-life decisions. Treatment refusal. Limitation of the therapeutic effort. Advance directives. Palliative sedation.

La medicina moderna solo es considerada medicina científica: aquella que utiliza el conocimiento de los fenómenos biológicos normales y patológicos obtenidos y sometidos a evaluación mediante metodología científica con la intención de modificarlos favorablemente. Sin embargo, las actividades médicas se dan siempre dentro del contexto de una relación que establecen los pacientes con su médica/médico, relación que genera valores inherentes de los que depende su viabilidad: vinculación, confianza, empatía, veracidad y reflexión; en otras palabras, profesión.

Profesión que clásicamente se ha caracterizado como ciencia y arte. Arte que involucra los valores humanísticos mencionados antes y que actualmente se reflejan en el respeto a la dignidad de la vida humana desde su inicio hasta su final mediante la inclusión de los derechos humanos.

Por otro lado, los *Objetivos de la Medicina* reconoce aquellos dedicados a propiciar una muerte en paz. Sin embargo, se tiende a propiciar el discurso de objetivos como prevención, preservación de la salud, curación, cuidado de los enfermos, consolación y

Correspondencia:

Armando Mansilla-Olivares
E-mail: armanolnc@gmail.com

Fecha de recepción: 12-10-2018

Fecha de aceptación: 23-10-2018
DOI: 10.24875/GMM.18004743

Gac Med Mex. 2018;154:732-736

Disponible en PubMed
www.gacetamedicademexico.com

control del dolor; las acciones relativas a propiciar una muerte en paz son soslayados en el discurso médico.

Muerte digna

La introducción de los derechos humanos ha permitido resaltar el respeto a la dignidad humana aún en los eventos finales de la vida. Es importante entender la *muerte digna* como la continuación de una vida digna. En el contexto de la atención médica la “forma de morir” en realidad constituye “la forma de vivir la etapa que precede la pérdida de la vida”, con el menor sufrimiento posible y bajo una perspectiva en la que se respeten los valores y decisiones de la persona que muere. Sin embargo, existe un debate de tipo médico, filosófico, antropológico, sociológico y hasta político en torno al final de la vida y que dificulta el trabajo clínico cotidiano.

Existe una gran confusión generada por el uso de términos incorrectos o confusos. Aunado a esto, se inventan neologismos que lo único que aportan es el agravamiento de la confusión. Este fenómeno sin duda tiene orígenes ideológicos, pero adolece totalmente de sustento racional y razonable. Es importante que los miembros que integran el área de la salud sean capaces de manejar un lenguaje común que permita una comunicación fluida y clara al considerar el cumplimiento del último de los objetivos de la medicina: propiciar una muerte en paz, una muerte digna.

Acciones que forman parte integral de la atención médica

Toda acción médica debe ser producto del proceso deliberativo que se da entre los pacientes y los profesionales médicos, por lo que la relación entre los actores debe ser protegida y promovida. Dicha interacción dialéctica debe generar un intercambio de información y disipación de dudas tal que le permita a un paciente tomar una decisión sobre aceptar o no aceptar una acción médica propuesta. El proceso de consentimiento informado debe ser un producto natural de una relación paciente-médico sana y no solamente ser visto como una formalidad administrativo-legal.

El periodo final de la vida se presenta en muy diversas formas y escenarios que establecen la necesidad de lidiar con él mediante distintos acercamientos. Esto es primordial en el proceso de atención de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos que suponen la posibilidad de desarrollar daño

irreversible con una calidad de vida difícil de sobrellevar dignamente. Frecuentemente estas acciones generan confusión en el ámbito médico y no-médico donde interpretaciones erróneas pueden hacer que se consideren como omisión de auxilio o cuidado, ayuda/inducción al suicidio o eutanasia. Es importante poder comunicar estas diversas situaciones y sus acercamientos, por lo que es necesario que en el sistema nacional de salud se manejen con claridad conceptos que son parte integral de los deberes de la atención médica:

- Rechazo al tratamiento: Es la no-aceptación de acciones médicas propuestas mediante el ejercicio de una decisión autónoma sustentada en la Carta de Derechos de los Pacientes y provista en la Ley General de Salud.
- Futilidad terapéutica: Son acciones médicas y medidas terapéuticas cuya utilidad esperada es nula o cercana a nula, se consideran “desproporcionadas” y fuera del contexto clínico del paciente, por lo que no existe obligación moral de mantenerlas o de proveerlas.
- Limitación del esfuerzo terapéutico: Es el no-inicio de medidas terapéuticas o bien la suspensión de aquellas ya iniciadas que, de acuerdo con el contexto clínico específico del paciente y a la luz de la evidencia médica disponible, se consideran fútiles y, si acaso, solo consiguen prolongar la vida biológica sin posibilidad de proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida mínima.
- Voluntad anticipada: En un sentido amplio, son las decisiones que toma una persona (sana o como paciente con enfermedad incurable, amenazante para la vida o en etapa terminal) en las que anticipa situaciones que quisiera o no quisiera que se dieran en cuanto a su atención médica. Establece disposiciones sobre donación de órganos y tejidos con fines de trasplante y nombra un representante legalmente válido que pueda fungir como albacea de sus deseos, mismos que se pueden expresar de dos formas: a) cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, informado y con capacidad de comunicación, o, b) si está impedido para expresarse, a través de un documento de voluntad anticipada formal previamente elaborado. Si el paciente no pudiera expresarse ni contara con un documento de voluntad anticipada, deberá generarse un proceso de toma de decisión sustituta mediante el cual se busca un acercamiento a lo que pudieran ser

los deseos no expresados del paciente, explorando el conocimiento que al respecto pudieran tener familiares, amistades, conocidos y personas importantes en su vida (consejeros espirituales o religiosos) para llegar a una visión que permita la decisión sustituta a cargo del familiar responsable o de su representante legalmente aceptado.

- Cuidados paliativos: Se refieren al cuidado activo y total del paciente que no responde a un tratamiento curativo, con especial atención al dolor, otros síntomas físicos y psicológicos, así como a sus necesidades espirituales. El cuidado estará a cargo de un equipo multidisciplinario e incluirá la atención a la familia. Los cuidados paliativos no son excluyentes de los tratamientos curativos y cuando se requiera deben brindarse desde el momento del diagnóstico y continuarse en todo momento, hasta el final de la vida.
- Sedación paliativa: Es la administración de fármacos a pacientes en estado terminal y en el contexto de cuidados paliativos infructuosos, con el objeto de reducir su estado de conciencia, lo que sea preciso para aliviar síntomas que no puedan manejarse de otra forma (principalmente dolor y disnea). Se acepta que puede precipitar la terminación de la vida (generalmente por depresión respiratoria, hipercapnia e hipoxia), pero se considera que este no es el propósito de la sedación ya que lo que se busca es mitigar o reducir el sufrimiento del enfermo (principio moral del doble efecto).

La muerte digna debe generar un discurso ampliado

El hecho de reconocer como objetivo de la medicina el propiciar una muerte en paz necesariamente dirige la discusión hacia otras formas de ayuda a morir bajo el concepto de muerte médica asistida. Estas incluyen modalidades actualmente prohibidas en nuestro país, pero que internacionalmente han sido legalmente aceptadas (eutanasia, suicidio asistido y suicidio médica asistido).

Cuando los cuidados paliativos no pueden hacer más para aliviar el sufrimiento del paciente, este debería tener la opción, si así lo desea, de adelantar su muerte con la ayuda médica adecuada en ejercicio pleno de su autonomía y con el objeto de mantener su dignidad como persona (y no en situaciones de

desesperación irremediable como sucede con la sedación paliativa).

El derecho a la muerte digna, como un corolario del derecho a una vida digna, ahora reconocido en la Constitución de la Ciudad de México, establece una base legal para dar mayor certeza jurídica al trabajo cotidiano de los profesionales de la salud al reconocer acciones médicas ya establecidas en las leyes de nuestro país y que fueron puntuadas al inicio de este escrito. Además, es la oportunidad de progresar hacia la despenalización de la muerte médica asistida y poder avanzar hacia una regulación que comprenda la eutanasia y el suicidio médica asistido como formas aceptadas de ayuda a morir a las cuales los pacientes que deseen puedan tener acceso.

Conclusiones

La Academia Nacional de Medicina de México mantiene la siguiente postura:

- Que propiciar una muerte en paz es uno de los objetivos reconocidos de la medicina, por lo que constituye un deber ético en la atención de la salud.
- Que la atención médica al final de la vida requiere un fortalecimiento especial de la relación paciente-médico, de tal forma que propicie la máxima confianza y permita la toma de decisiones autónomas por parte de los pacientes atendidos.
- Que los profesionales de la salud deben reconocer la existencia de acciones y conceptos médicos al final de la vida que son inherentes a su trabajo cotidiano y se encuentran sustentados ética y legalmente en nuestro país (rechazo de tratamiento, limitación de esfuerzo terapéutico, utilidad terapéutica, voluntad anticipada, cuidados paliativos, sedación paliativa, entre otros); estas acciones deben ser reforzadas mediante consideraciones regulatorias que ofrezcan mayor certeza jurídica a los profesionales de la salud.
- Que la Academia debe propiciar una discusión abierta y sincera, tanto en el gremio médico como en la sociedad en general, sobre decisiones al final de la vida para que se conozca lo que ya es factible hacer con sustento ético y legal.
- Que la Academia debe propiciar una discusión abierta y sincera sobre la terminación de la vida médica asistida que tenga por objeto explorar sus conceptos, su despenalización y su

posible implementación como una alternativa que garantize un derecho a morir con dignidad.

Glosario¹

Autonomía: Capacidad para tomar voluntariamente y sin coacción decisiones personales y asumir las consecuencias de estas. La autonomía supone la capacidad para formar un juicio libre sobre lo que se considera la mejor elección.

Calidad de vida en el enfermo terminal: Condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo con sus objetivos, expectativas y creencias, en el contexto de sus relaciones familiares y sociales.

Cuidados básicos: Se refiere a las medidas de higiene, alimentación e hidratación y, en su caso, el manejo de la vía aérea que brinda el personal de salud a un paciente; sin embargo, el paciente puede rechazar ser alimentado e hidratado, y esto debe ser respetado.

Cuidados paliativos: Es el cuidado activo y total de los enfermos que no responden a tratamiento curativo en el que es prioritario proporcionar alivio mediante el tratamiento del dolor y otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Dignidad: Debido a que se trata de un término ambiguo (igualmente se utiliza para defender la eutanasia que para atacarla), es preferible utilizar el término en sentido subjetivo, es decir, en función de lo que un paciente establezca como condiciones mínimas aceptables de vida, que es lo que finalmente interesa y que puede definirse por el mismo.

Eutanasia: Etimológicamente significa “buena muerte” y se refiere a la acción que realiza un médico para inducir la muerte de un paciente que la ha solicitado libremente por padecer un sufrimiento intolerable para el que no hay alivio, el cual está causado por una enfermedad o condición médica para las que no existen alternativas terapéuticas. Se lleva a cabo por un método indoloro que produce rápida inconsciencia seguida de paro cardiorrespiratorio irreversible.

Futilidad: Acciones médicas y medidas terapéuticas cuya utilidad esperada es nula o cercana a nula. Se considera que los medios fútiles son “desproporcionados” y fuera del contexto clínico del paciente, por lo que no existe obligación moral de mantenerlos.

Limitación del esfuerzo terapéutico: Es la suspensión o el no-inicio de tratamientos cuando de acuerdo con la evidencia médica dichos tratamientos son inútiles o fútiles ya que solo consiguen prolongar la vida

biológica, retrasando la muerte inminente, pero sin posibilidad de proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida mínima.

Muerte: Es la ausencia permanente de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, derivada del paro cardíaco o daño encefálico irreversible.

Obstinación terapéutica: También llamada “ensañamiento terapéutico”, se refiere a la implementación o continuación de tratamientos o medidas que se consideran inútiles porque no modifican ni mejoran el estado del enfermo, pudiendo prolongar sufrimientos innecesarios, sean físicos, morales e, incluso, económicos.

Reanimación cardiopulmonar: Conjunto de maniobras destinadas a sustituir y restaurar la respiración y la circulación espontánea en alguien que ha dejado de respirar o cuyo corazón ha cesado de palpituar, con el fin de que pueda sobrevivir.

Rechazo de tratamiento: Es la potestad de toda persona para decidir sobre la aceptación o no de las intervenciones, procedimientos o tratamientos propuestos por sus médicos, aun si como consecuencia de esta decisión el paciente muere. Así como en la limitación del esfuerzo terapéutico el peso de la decisión recae en el médico, el rechazo de tratamiento recae en el paciente.

Rechazo voluntario a la ingesta de alimentación e hidratación: Es la decisión de un paciente de dejar de consumir alimentos y de beber agua. Se trata de un acto voluntario que realiza consciente de las consecuencias, por lo que representa razonablemente poner fin a su vida.

Sedación paliativa: Es la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal, tanto como sea preciso, con el fin de aliviar uno o más síntomas no controlables con otras medidas que le causan sufrimiento o angustia, realizada con su consentimiento o, si no es factible, con el de su familia o representante.

Sedación continua y profunda hasta la muerte: Describe la forma de sedación que se da a un paciente cuya muerte se prevé en un tiempo menor a dos semanas, cuando no se ha podido aliviar su sufrimiento por otros medios. Esta sedación va acompañada del retiro de alimentación y del retiro o mantenimiento a niveles mínimos de hidratación. Puede precipitar la terminación de la vida, pero este no es el propósito de la sedación, el cual simplemente es causar la inconsciencia para que el paciente no experimente el

sufrimiento que no se puede aliviar durante el tiempo que le queda de vida.

Suicidio medicamente asistido: Es la ayuda que da un médico a un paciente en respuesta a su solicitud, y consiste en proporcionarle los medios para que el paciente ponga fin a su vida. La ayuda puede consistir en darle una prescripción de una dosis letal de medicamentos o los mismos medicamentos. El paciente es quien realiza la acción final que causa su muerte.

Suicidio asistido: Es la ayuda que da una persona a otra que desea terminar con su vida. La ayuda no está restringida al contexto médico. Esto significa que el motivo de la persona que quiere morir no necesariamente se debe a una enfermedad, la ayuda la

puede dar cualquier persona y los medios utilizados pueden o no ser médicos.

Voluntad anticipada: Es un instrumento mediante el cual una persona competente establece por escrito su voluntad sobre los tratamientos que querría y no querría recibir de encontrarse en una situación en que no pueda expresar por sí mismo su voluntad. La voluntad anticipada entra en vigor cuando la persona ya no puede expresar su voluntad.

Bibliografía

1. Vanda-Cantón B. Conceptos básicos sobre la atención médica al final de la vida. En: Álvarez-Del Río A. La muerte asistida en México. Una opción más para morir con dignidad. México: Por el Derecho a Morir con Dignidad.; 2017. p. 119-125.