A serene sunset over the ocean. The sun is a bright, glowing orb on the horizon, casting a warm orange and yellow glow across the sky. The water below is calm, reflecting the light of the setting sun. The overall mood is peaceful and contemplative.

# Hablemos de valores al final de la vida

Vicenta  
Alborch  
Bataller

Médica de familia

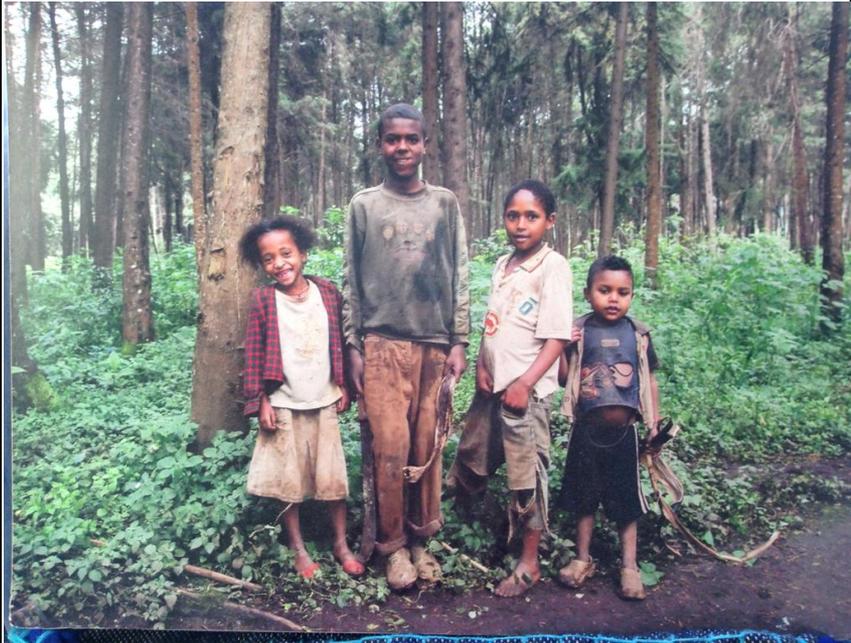
# ¿A qué nos referimos cuando hablamos de **valores**?

Vida	Felicidad	Salud	Ilusión	Bienestar	Libertad	Amor	Confianza	Educación
Justicia	Compasión						Seguridad	Cooperación
Solidaridad	Autonomía						Paz	Compromiso
Paciencia	Honestidad						Familia	Puntualidad
Respeto	Sinceridad						Dignidad	Orden
Alegría	Comprensión						Arte	Lealtad
Generosidad	Tesón						Ternura	Igualdad
Creatividad	Discreción						Fidelidad	Humildad
Tradicición	Innovación						Espiritualidad	
Amistad	Profesionalidad						Belleza	Humor
Beneficencia	Responsabilidad	Tranquilidad	Cultura	Autenticidad		Comunicación	Armonía	

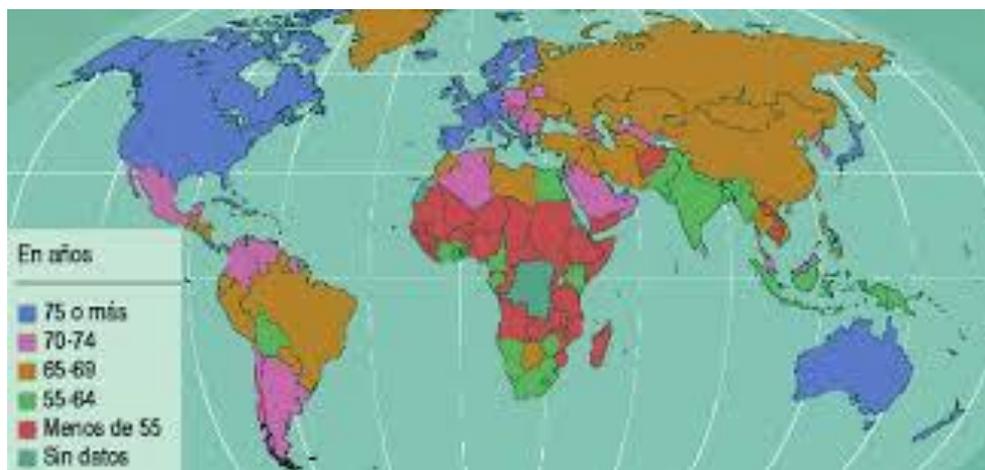


***“Valores son todas aquellas cosas que son importantes para el ser humano y que nos exigen respeto.” Hablamos de valores cuando contribuyen al bien y disvalores si contribuyen al mal.***

Pero... ¿todas las personas tenemos los mismos **valores** y en la misma escala?



Algo tan valioso como es la **vida** no lo es para todo el mundo en la misma medida.



Para muchas personas el mantenimiento de la vida es lo más importante, por ello defienden, entre otras cosas, que hay que preservar el mantenimiento del embrión, al considerarlo ya como un ser humano.



En cambio otras muchas personas consideran que el embrión es un proyecto aún y dan más importancia a los deseos y la capacidad de la mujer en cuanto a ser o no madre en ese momento de su vida.



Para una persona que se suicida la **vida** ha dejado de tener valor,  
el sufrimiento se le hace insoportable  
y ha perdido la esperanza de que se le alivie.



10 de septiembre de 2011

### Día Mundial de la Prevención del Suicidio

Preveniendo el suicidio en sociedades multiculturales

*"Tan grande es el dolor del suicidio que algunos ni siquiera se atreven a pronunciar la palabra".*  
Karl Mayring

**En España, durante el año 2009,  
3.264 personas se han suicidado**

**El suicidio se puede prevenir.  
Detengamos esta cifra.**

**Sábado, 10 de septiembre de 2011**  
conferencias y debate

<b>Vila-real</b> 19h00 a 21h00 Salón de Actividades Sociales Av José Ramón Batalla 38	<b>Castellón</b> 11h00 a 13h00 Centro Social San Isidro C/ Estrella, 49
--	--

Organiza

**Centro Espirita  
Puerto de  
Esperanza**

Entrada gratuita  
Aforo limitado

[www.puertoesperanza.es](http://www.puertoesperanza.es) - [info@puertoesperanza.es](mailto:info@puertoesperanza.es) - Tel. 901 704 408



# Suicidio asistido

Quienes defienden a quien ayuda en su propósito a la persona que desea la muerte, cuando no puede ocasionársela por sí misma, alegan que respetan su decisión. Incluso, tal vez la comparten, ya que prefieren no verla sufrir más.



# Suicidio asistido

VINCENT HUMBERT, 22 años, francés, desde hacía tres años tetraplégico, mudo, casi ciego, muere en sep. 2003.

Su madre intentó darle muerte con dosis alta de barbitúricos por haberlo solicitado él pública y reiteradamente.

Los médicos impidieron la muerte conectándolo a un respirador artificial, pero al día siguiente el equipo médico acordó desconectarlo.

La fiscalía suspendió la detención de la madre por “intento de asesinato” tras comprometerse ella a aceptar una hospitalización.

Su hijo había declarado antes de morir ***“No la juzguéis; lo que habrá hecho por mí es ciertamente la más hermosa prueba de amor del mundo”***.

# Asesinato

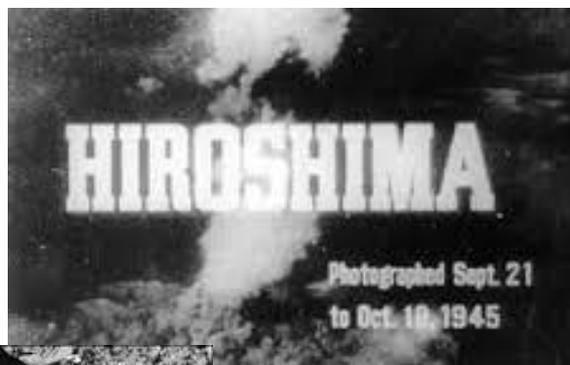
Para un asesino la vida de su víctima tampoco tiene ya valor. Para él tiene más valor el beneficio que pueda obtener de su muerte.



En los países  
donde la **pena de muerte** aún existe  
la vida del reo ha perdido valor  
y el acabar con ella  
se considera  
como un castigo  
ejemplarizante.



¿Y en las **guerras**? ¿Qué valor tiene la **vida** humana?  
A algunas de ellas se les ha llamado hasta “santas”  
a pesar de haber acabado con la vida de muchas  
personas inocentes.



Guerra civil española



El **terrorismo** justifica sus homicidios o suicidios alegando que el fin justifica los medios, sin tener en cuenta si sus víctimas son responsables o no de la situación contra la que ellos luchan.



## Países con mayor riesgo terrorista

La analista británica Maplectoft presentó el ranking anual de los países con mayor riesgo terrorista



¿Y que ocurre con los héroes justicieros?  
¿Cuántas películas hemos visto y aplaudido cuando el protagonista se toma la justicia por su mano y acaba con el malvado poderoso?



¡Nada es fácil cuando hablamos de valores!

Podemos encontrarnos con diferentes concepciones, algunas de ellas incluso enfrentadas, cada una con sus razones y argumentos y, por lo tanto, puede ser complicado tomar decisiones consensuadas.





Debemos tratar de aproximarnos entre todos,  
con ayuda de la **deliberación**,  
a la manera de proceder óptima  
desde el punto de vista de la **ética**.



# Caso A. I

Mujer de 62 años, Julia, casada, con un hijo de 32 años.

Antecedente de neoplasia de mama intervenida 4 años antes.

Síndrome depresivo de años de evolución.

Actualmente padece neoplasia de colón con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal (hace unos meses tratada con cirugía y quimioterapia).

A raíz de la petición de su médica de familia, tras consultar a la paciente y sus familiares, ingresa en Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) por náuseas y vómitos continuos con deposiciones diarreicas y dolor abdominal que no responden a los tratamientos habituales.

# Caso A. II

- Se intensificaron el tratamiento farmacológico y los cuidados.
- Julia permanece en su domicilio junto a su familia -su marido y su único hijo- por su propia voluntad.
- Persisten los vómitos y el dolor abdominal. Se encuentra consciente pero somnolienta.

# Caso A. III

- El médico y enfermero de la UHD, junto a su médica de familia, acuden al domicilio de forma coordinada y comentan la situación con la paciente y sus familiares.
- Tras obtener su consentimiento de forma verbal y siendo consciente la paciente de que tenía que ir despidiéndose de su esposo e hijo, se le coloca un infusor con morfina y un tranquilizante potente pautado para 5 días.
- Van cediendo los vómitos y el malestar general y disminuyendo progresivamente el nivel de conciencia de Julia.
- Fallece a las 48 horas.

# Dudas que nos puede plantear este caso

- ¿Hubiera sido más correcto remitir de nuevo a la paciente para ingreso en sala de hospital? ¿Con qué fin?
- ¿Hubiera sido correcto colocar una sonda nasogástrica? ¿Cuál sería el objetivo?
- ¿Se actuó éticamente al sedar a la paciente dándole a conocer su situación terminal y solicitando su consentimiento?

# Valores que aparecen en este caso

- **Bienestar** integral de los pacientes. Intentar evitar el dolor, los síntomas y el sufrimiento en la medida de lo posible, procurarles el máximo confort y mantenerlos en su domicilio, junto a su **familia**, si es su deseo. Para ello es necesaria la **competencia profesional**.
- **Trabajo en equipo. Coordinación** entre los profesionales de los diferentes niveles para una mejor atención al paciente.
- **Reconocer y aceptar** cuando un paciente llega al final de la vida. Limitación del esfuerzo terapéutico.
- **Comunicación** del equipo sanitario con la paciente y sus familiares, adaptándonos a cada fase de la evolución de la enfermedad.
- **Compasión**. Mantener el contacto con nuestros pacientes y su familia. Con ellos hemos establecido una relación de **confianza** y nuestro apoyo puede serles muy útil. Ayudar a **prevenir** el duelo patológico.

# Caso B. I

- Sábado 12 horas: José, varón de 78 años que sufre secuelas de ictus desde hace varios años.
- Avisa su esposa, Laura, al equipo de atención continuada y acude la médica de guardia al domicilio. Nunca había atendido a este paciente ya que no era de su cupo.
- El paciente se encuentra encamado, alimentado con sonda nasogástrica, con afasia, sondaje urinario por retención urinaria, como secuelas de su ictus.
- Desde hace unas 15 horas con fiebre y disminución del nivel de conciencia. No responde a preguntas ni siquiera de forma no verbal.

# Caso B. II

- Presenta dos posibles focos: respiratorio (roncus y crepitantes basales bilaterales) o urinario (orina turbia por sonda).
- Se le pautan antitérmicos y antibiótico por sonda nasogástrica. Se le cambia sonda urinaria.
- A las 6 horas del domingo llama su esposa de nuevo y comenta a la misma médica, que sigue de guardia, que el paciente ha pasado toda la noche intranquilo y respirando con dificultad.

# Caso B. III

- La médica y la enfermera acuden al domicilio. José presenta taquipnea, taquicardia rítmica, no reacciona a órdenes verbales y a la auscultación pulmonar se aprecian estertores de gruesa burbuja generalizados.
- La médica habla con la familia -la esposa y el hijo- del grave estado en que se encuentra y deciden, dado el deterioro general y crónico de José, no derivarlo a hospital para evitarle más sufrimiento. Se le inyecta diurético IM y Morfina subcutánea con el fin de aliviarle la disnea.
- A las pocas horas el paciente fallece.

# Dudas que nos puede plantear este caso

- ¿Deberíamos haber utilizado vía parenteral para el tratamiento antibiótico? ¿Hubiera sido más efectivo?
- ¿Aceleramos al ponerle morfina la muerte del paciente?
- ¿Deberíamos haber derivado al paciente al hospital?
- ¿Le ayudamos a no sufrir más?
- ¿Cómo se ha sentido la familia?

# Valores que aparecen en este caso

- **Beneficiar** al paciente. Evitar la maleficencia, por ejemplo: traslados innecesarios al hospital, inyectables que pueden aumentar el dolor de forma fútil... Aceptar que no podemos curar siempre pero sí **aliviar**.
- Apoyo al paciente y la familia acudiendo a su llamada y atendidos en la medida de sus necesidades, sea la hora y el día que sea, con **empatía**, poniéndonos en su lugar.
- **Comunicación** con la familia, ya que con el paciente no es posible, para conocer la situación previa a la patología aguda y valorar las distintas alternativas de tratamiento. Adoptar las decisiones en común.
- **Competencia profesional**. Necesaria para llevar a cabo aquello de **confortar y cuidar siempre**. Evitar la sensación de fracaso ante la muerte de un paciente.

# Caso C. I

- Paciente de 83 años, Enrique, al que, por estudio de anemia por déficit de hierro, se le practica colonoscopia y se diagnostica neoplasia maligna de colon localizada en ángulo hepático. No se detectan metástasis. El estado general del paciente es bueno aunque ha perdido 5 kgs. de peso en los últimos meses y se cansa con facilidad.
- En consulta del especialista de digestivo se le indica el tratamiento con cirugía a lo que el paciente se niega. A pesar de las recomendaciones y explicaciones del especialista el paciente se mantiene en su postura. Su mujer, Ana, y uno de sus hijos, profesional sanitario de otro departamento, están presentes en la entrevista y se muestran preocupados por la decisión del paciente. Él les explica sus motivos y lo aceptan.

# Caso C. II

- A los pocos días Enrique acude con su mujer a la consulta de su médica de familia, Aurora, y le dan a conocer el diagnóstico. Así mismo le comunica su decisión de no intervenir quirúrgicamente. Piensa cuidarse bien, alimentarse de forma correcta, tomarse la medicación habitual y la que precise para mantenerse lo mejor posible, pero no quiere operarse ni someterse a quimioterapia o radioterapia...
- Su médica le muestra su sorpresa y le pide que le explique los motivos que le han llevado a tomar esa actitud. Él le dice que ya es mayor, que ha tenido una vida larga y plena, que ha vivido con muy buen estado de salud y que no quiere que le ocurra como a una hermana suya. Ésta tuvo la misma patología, la operaron y le pusieron quimioterapia y sufrió mucho para, al final, morir en pocos meses.
- Su mujer le comenta que ella y sus hijos le habían estado intentando convencer de que se operara pero él se mantenía en la misma postura y, al ver que él exponía sus motivos con convencimiento, sin mostrar síntomas depresivos, es decir con serenidad, habían respetado su decisión.

# Caso C. III

- La médica, haciendo un último intento, le dice que ha conocido pacientes y familiares suyos, de más edad que él y con más patologías añadidas, que han sobrevivido sin complicaciones a esta intervención. Añade que piensa que será menos complicado ayudarlo a no sufrir si se interviene.
- Él se mantiene en su decisión. Aurora le anima a pensárselo con calma valorando los pros y contras pero él dice que ya está todo bien pensado y decidido. Ella le recomienda que redacte sus voluntades anticipadas. Su mujer confirma que lo han comentado con los hijos y su decisión es firme y aceptada por toda la familia.
- La médica dice que respeta su decisión y que ella y todo el equipo estarán a su lado y le ayudarán a mantenerse lo mejor posible y a evitar el sufrimiento con todos los medios a su alcance.
- Posteriormente Enrique redactó sus voluntades anticipadas reafirmando su decisión.

# Caso C. IV

- Pasó el verano en su pueblo disfrutando de sus actividades habituales. Se encontraba bien.
- En el otoño Aurora acudió al domicilio del paciente periódicamente por diferentes motivos, resfriados, bronquitis aguda, náuseas y vómitos, dolor abdominal que no fue intenso en ningún momento, analíticas de control de la anemia... El paciente se fue adaptando a la pérdida progresiva de sus capacidades manteniendo siempre un buen estado de ánimo. Decía “esta enfermedad mía es muy curiosa porque no me duele nada y aquí estoy cómodamente viendo el mundo a través de esta ventana maravillosa”, señalando la televisión.
- En diciembre fue perdiendo paulatinamente el nivel de conciencia. Permanecía somnoliento la mayor parte del día. Un día su mujer avisó a Aurora porque se quejaba entre sueños. Se le administraron dosis bajas de tramadol y disminuyeron las muestras de dolor. A los 2 días falleció en su casa plácidamente.

# Dudas que nos puede plantear este caso

- ¿Debería la médica haber mostrado rechazo a la decisión del paciente?
- ¿Hubiera sido conveniente derivar al paciente a salud mental para descartar un síndrome depresivo?

# Valores que aparecen en este caso

- **Comunicación. Información** a los pacientes sobre las diferentes alternativas de tratamiento. Los riesgos y los beneficios que comportan.
- Saber **escuchar**, guardar los silencios necesarios para dar a los pacientes y sus familiares la posibilidad de expresar sus miedos, dudas, opiniones...
- **Respeto** a las decisiones del paciente. Preservar su **autonomía**. Proponer la redacción y registro de las **voluntades anticipadas** como una forma más de expresar su voluntad y de ayudarle a meditar sus razones y sus decisiones.

# Bibliografía recomendada

- Ética en cuidados paliativos. De la colección de Guías de ética en la práctica médica. Fundación de ciencias de la salud. Majadahonda (Madrid). 2006.
- Al final de este viaje. José Luis Guinot. Alianza Editorial. Madrid. 2011.
- La muerte un amanecer. Elisabeth Kübler-Ross. Ed. Luciérnaga. Barcelona. 7ª ed. 2013.
- Cáncer. Biografía de una supervivencia. Albert. J. Jovell. Editorial Planeta. Barcelona. 2008.
- Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria. Juan Carlos Siurana. Editorial Trotta. Madrid. 2005.
- Ética en la práctica clínica. Diego Gracia y Javier Júdez y otros. Editorial Triacastela. Madrid 2004.
- Para deliberar en los comités de bioética. Fco. Montero, Màrius Morlans Molina. Fundación Doctor Robert. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009.

A photograph of a sunset over the ocean. The sun is low on the horizon, partially obscured by a large, dark, horizontal cloud. The sun's light creates a bright, shimmering path of reflection on the water's surface. The sky is a mix of warm orange and yellow tones, with some lighter clouds. In the bottom right corner, there is a dark, silhouetted rock protruding from the water.

- Y la vida es hermosa,  
no lo olvides.

- Ya lo sé,  
al igual que sé  
que a tu lado  
lo es más.

Javi Frías Alborch