



La nutrición e hidratación es un cuidado ordinario y proporcionado, no un tratamiento médico. Por lo tanto, es obligatorio. Una persona tiene derecho a recibirlo y quienes la cuidan tienen el deber de brindarlo. Si una persona no recibe nutrición ni hidratación, morirá de inanición o deshidratación.

Hay cuatro condiciones en las que la nutrición e hidratación artificial (ANH, por sus siglas en inglés) no son moralmente obligatorias:

1. Cuando resulta imposible administrarlas
2. Cuando el paciente no puede asimilar la nutrición e hidratación
3. Cuando la ANH resulta una carga excesiva para el paciente o puede causar complicaciones o malestares físicos graves
4. Cuando la muerte es inminente, es decir, que el proceso de agonía ha comenzado y la muerte ocurrirá en poco tiempo

Futilidad médica

La futilidad médica es una condición que indica que continuar el tratamiento *no ofrece una esperanza razonable de que sea beneficioso* para el paciente. Por definición, este tratamiento debe considerarse extraordinario o desproporcionado para la enfermedad del paciente. La futilidad médica no cambiará el resultado final de la enfermedad, que es la muerte.

Cuando llegue el momento de considerar si continuar el tratamiento o no, es extremadamente importante que le pregunte específicamente al doctor si su ser querido está en una condición clínica de futilidad médica.

Negar y retirar el tratamiento

La vida es un bien fundamental y la base de todos los demás bienes. Sin embargo, el deber de preservar la vida no es absoluto dado que los seres humanos son mortales, es decir, que están sujetos a la muerte. Cuando la condición médica de una persona alcanza el punto de futilidad o cuando la carga es mayor que los beneficios del tratamiento, se le *permite* a la persona morir con plena dignidad humana y cristiana.

Voluntades anticipadas

La Iglesia apoya el uso de voluntades anticipadas que permiten a los individuos nombrar un representante para que tome decisiones de salud por ellos, en caso de perder la capacidad de tomar o expresar sus propias elecciones.

Las voluntades anticipadas nos permiten asegurarnos de que las decisiones sobre el cuidado que recibimos cuando no podemos hablar por nosotros mismos, están tomadas según nuestra Fe. Esta información le dará las herramientas que necesita para construir un testamento en vida que refleje la enseñanza moral católica.

Para los católicos, las decisiones médicas morales están basadas en nuestro respeto a la santidad y la dignidad de la vida y reconocen nuestra dependencia de Dios como el Señor y Dador de vida. Nuestras decisiones deben estar arraigadas en el reconocimiento de que cada uno de nosotros es un administrador corresponsable de este don otorgado por Dios.



Para más información:

Ethical and Religious Directives, quinta edición, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, (noviembre del 2009, disponible en inglés), www.usccb.org

Centro Nacional Católico de Bioética, www.ncbcenter.org

Recursos adicionales

Discurso a los participantes en un congreso sobre “Tratamientos de Mantenimiento Vital y Estado Vegetativo: Avances Científicos y Dilemas Éticos”, San Juan Pablo II, (20 de marzo del 2004), w2.vatican.va

Catholic Bioethics and the Gift of Human Life, tercera edición, William E. May (Our Sunday Visitor, 2013).

“Declaración ‘Iura Et Bona’ sobre la Eutanasia”, Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, (5 de mayo de 1980), www.vatican.va

“The Prolongation of Life: Address to an International Congress of Anesthesiologists”, Papa Pío XII (24 de noviembre de 1957).

Para ver los archivos PDF de folletos adicionales o para ordenar copias de este folleto en grandes cantidades, visiten www.osvparish.com/pamphlets

Our Sunday Visitor

Dándole Vida a Su Fe Católica

1-800-348-2440 • Fax: 1-800-498-6709 • www.osv.com

De Steven Bozza

Copyright © de Our Sunday Visitor, Inc.

No se permite la reimpresión o reproducción total o parcial de este panfleto bajo ningún método.

Inventario N.º P1773

Nihil Óbstat: Mons. Michael Heintz, Ph.D.

Censor Librorum

Imprimatur: ✠ Kevin C. Rhoades

Obispo de Fort Wayne-South Bend



Decisiones al final de la vida

For Review Only. Copyright Our Sunday Visitor, Inc.



Imágenes: Shutterstock.com

Tomar decisiones de salud nunca es una tarea fácil. Hoy en día hay muchas opciones disponibles que alivian el sufrimiento humano y prolongan la vida. También hay muchas voces que abogan por opciones médicas que van en contra de la visión cristiana de la persona humana. De esta manera, las decisiones de salud también se han convertido en decisiones más difíciles y desgarradoras de tomar.

El punto central que siempre debemos preguntarnos es: “¿Están mis acciones, o la falta de ellas, causando mi muerte o la muerte de alguien que está a mi cuidado?”. También necesitamos tener en cuenta que nuestro deber de preservar la vida no es absoluto. No se puede escapar de la muerte. Nuestra tarea es saber cuándo es moralmente aceptable permitir que ocurra la muerte.

Al lograr un entendimiento de algunos de los términos y protocolos comunes que se usan en la atención médica al final de la vida, usted estará en una mejor posición para hacer las preguntas apropiadas a su equipo médico, lo que le permitirá tomar decisiones sobre el final de la vida que preserven la dignidad humana y que sean consistentes con la enseñanza moral católica.

Manejo del dolor

Se debe mantener a los pacientes tan libres de dolor como sea posible, para que puedan morir cómodamente y con dignidad, así como en el lugar en el que ellos deseen fallecer. Dado que una persona tiene el derecho a prepararse para su muerte, en pleno uso de sus facultades mentales, esta no debe ser privada de sus facultades sin una razón contundente. Se pueden suministrar al moribundo las medicinas que puedan aliviar o suprimir el dolor, incluso si esta terapia pudiera acortar la vida de la persona, siempre y cuando la intención no sea apresurar su muerte.

—Versión traducida de *Directivas éticas y religiosas*, 61, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos

La Iglesia Católica ha sido muy clara a lo largo de su historia, en que nadie debe morir con dolor y en que podemos tomar medicamentos para ayudar a aliviar el dolor, incluso si al hacerlo se acorta la vida de la persona. La intención en este caso no es causar la muerte sino mitigar el dolor.

El principio ético que rige el manejo del dolor es el principio del doble efecto. Brevemente definido, el principio del doble efecto es cuando un acto que es bueno *por sí mismo* tiene dos efectos: el efecto bueno *previsto* y el efecto malo *involuntario* pero anticipado. El efecto bueno debe sobrepasar al malo y no pueden haber otras opciones al alcance.

Un ejemplo de cómo se aplica el principio del doble efecto en casos de manejo del dolor, es en la administración de morfina. Aliviar el dolor es un acto bueno en sí mismo. Por eso, el efecto bueno previsto es aliviar el dolor. Sin embargo, la morfina reduce la respiración. En casos terminales, este efecto malo, involuntario pero anticipado, puede causar la muerte antes en vez de más tarde. La intención no es provocar la posible muerte. La intención de mayor importancia es aliviar el dolor.



Orden de “No reanimar”

Una orden de “no reanimar”, conocida generalmente como ONR (DNR, por sus siglas en inglés), es un mandato para que, en caso de un paro cardiorrespiratorio repentino, no se administre una reanimación cardiopulmonar RCP (CPR, por sus siglas en inglés). Es moralmente aceptable emitir una orden de DNR para uno mismo o alguien que esté a su cuidado, en caso de que el CPR no tenga un beneficio significativo para el paciente o que sea una carga importante para dicha persona, o si el tipo de reanimación que necesita usarse es demasiada carga para el paciente.

En la actualidad, es importante establecer lo que no es un DNR. Algunos centros médicos han extendido el significado de la orden de no reanimar a que no

se debe hacer absolutamente nada para ayudar a un paciente cuya vida está en peligro. En realidad, un DNR no significa suspender todo medicamento, nutrición o hidratación. Esta instancia debe ser considerada como parte de un mayor debate sobre negar y retirar tratamiento médico, el cual trataremos más adelante en este panfleto.

Cuidado ordinario o proporcionado

Una persona tiene la obligación moral de valerse de medios ordinarios o proporcionados para preservar su vida. Los medios proporcionados son aquellos que, a juicio del paciente, ofrecen una esperanza razonable de que sea beneficioso y no conllevan una carga excesiva o implican un costo excesivo para la familia o la comunidad.

— Versión traducida de *Directivas éticas y religiosas*, 56, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos

Tradicionalmente, el término “cuidado ordinario” se usa para describir un tratamiento médico que ha probado ser exitoso y común en el tratamiento de una enfermedad. El cuidado ordinario no es una carga grande para el paciente y ofrece, a juicio del paciente, una esperanza razonable de que sea beneficioso para él.

Hoy en día, el término “cuidado proporcionado” se usa con más frecuencia porque es más preciso y permite que hagamos una mejor evaluación de los beneficios y cargas que un tratamiento específico ofrece a un determinado paciente. Como lo establecen los obispos, los pacientes o quienes están a cargo de su cuidado tienen un deber moral para usar el cuidado ordinario o proporcional.

Cuidado extraordinario o desproporcionado

Una persona puede renunciar a medios extraordinarios o desproporcionados de preservar la vida.

Los medios desproporcionados son aquellos que, a juicio del paciente, no ofrecen una esperanza razonable de que sea beneficioso o conllevan una carga excesiva o imponen un costo excesivo para la familia o la comunidad

— Versión traducida de *Directivas éticas y religiosas*, 57, Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos

El cuidado extraordinario o desproporcionado (una vez más, “cuidado desproporcionado” es un término

más preciso) se usa para describir un tratamiento médico que no ha probado ser exitoso para tratar una enfermedad, es una carga muy grande para el paciente o, a juicio del paciente, no ofrece una esperanza razonable de que sea beneficioso para sí.

Es importante notar aquí que la frase clave de todas las definiciones de cuidado ordinario o proporcionado y de cuidado extraordinario o desproporcionado es “esperanza razonable de que sea *beneficioso*”. Muchos especialistas en bioética eligen usar el término “esperanza razonable de *recuperación*” que, subsecuentemente, se usa para justificar el cese prematuro de un tratamiento que salve vidas.

Beneficios y cargas

Es imposible delinear una lista completa de los beneficios y cargas, ya que cualquier beneficio o carga identificable está sujeto a cambiar con el tiempo a través de la tecnología, la disponibilidad de intervenciones médicas o farmacológicas, el tipo de enfermedad que uno padece y los recursos financieros. Sin embargo, podemos identificar algunos tipos de cargas comunes:

- **Gran esfuerzo:** Una intervención médica que es muy compleja o imposible de usar.
- **Gran dolor:** Cuando el dolor asociado a la intervención médica es más que el que la persona puede tolerar de manera razonable, incluso con cuidados paliativos.
- **Gran costo:** Cuando hay costos asociados a una intervención médica que tiene la posibilidad de causar la ruina financiera de los pacientes o de su familia.
- **Gran temor:** Los pacientes pueden sentir un gran miedo o temor por una intervención médica determinada. Este miedo o temor puede ser causado por la realidad de una desfiguración o mutilación que pueda resultar de la intervención, o por la anticipación del dolor asociado con el procedimiento.

Nutrición e hidratación:

En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico.

— San Juan Pablo II, 20 de marzo del 2004, Discurso a los participantes del Congreso sobre “Tratamientos de Mantenimiento Vital y Estado Vegetativo: Avances Científicos y Dilemas Éticos”, 4