



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

UNIDAD: 1

**TITULO DE TRABAJO: PROBLEMAS
ETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS**

DR RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DEL ALUMNO: RAUL GIBRAN

GALLEGOS MERLIN

PROBLEMAS ETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

La medicina paliativa es la respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedad avanzada y terminal, la obstinación terapéutica y el abandono de medicina actual, altamente tecnificada y centrada en la curación de la enfermedad. La actividad clínica que es la necesidad de tomar decisiones en condiciones de incertidumbre y la medicina paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. La palabra "paliativa" deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son "tapados" o "cubiertos" con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos. Para ello la atención a pacientes terminales es necesaria una buena formación clínica en cuidados paliativos, una adecuada comunicación con el paciente y la familia, el conocimiento de los principios éticos que hay que tener en cuenta en la relación y de la normativa legal aplicable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se trata de medidas de prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se realizan tanto en casa como en el hospital.

La relación médico-paciente ha evolucionado desde un modelo paternalista a uno basado en la autonomía del paciente que nace a finales de siglo XX en países anglosajones y en nuestro país culmina con la publicación de la ley de autonomía del paciente. La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. No se escribía. Se consideraba un hecho su existencia como base del trabajo del médico con el enfermo, principio de lo que después se describió como el encuentro de una conciencia. La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones.

Lo importante es el derecho a la información es el paciente y las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, serán informadas en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. También se reconoce que la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Los principios de la Atención paliativa se resumen en los siguientes puntos:

Calidad de vida. El objetivo primario es tener la calidad de vida mejor mediante la consecución de objetivos relacionados con el confort del enfermo, la persona es un todo en el que se incluyen factores físicos, sociales, emocionales, psicológicos, religiosos, el paciente y la familia deben constituir una unidad de trabajo. Hay que cubrir las necesidades de todo el conjunto, dar soporte y confort, potenciar la autonomía personal. Respetando los derechos del enfermo acerca de su capacidad de elegir y tomar

decisiones basadas en una información objetiva, no traumática y verdadera, servicio asistencial las 24 horas del día, siete días a la semana, ofrecer cuidados continuados hasta el final de todo el proceso, equipo multidisciplinar. Constituido por profesionales de la salud, y con la colaboración de otros profesionales como pueden ser los voluntarios o el personal de la limpieza, pero todos sensibilizados y entrenados en la filosofía de la atención paliativa. Los principios bioéticos constituyen la corriente más importante de la bioética actual. Nace en 1978 en estados unidos cuando beauchampo y childerss, a partir del informe Belmont, establecieron un método sistemático de reflexión basado en 4 principios

Principio de beneficencia es la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo, y se basa en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, ser seguros y efectivos. Principio de no mal eficiencia en cualquier acto médico hay un riesgo de hacer daño, y el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios. Principio de autonomía tiene en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que es quien decide lo que es bueno para él.

La Obstinación nos habla de tratamiento desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados o terminales, con el testamento vital es un documento de Voluntades Anticipadas en el que la persona expresa su voluntad sobre las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le lleve a un estado que le impida expresare por sí misma.

El enfermo desahuciado es aquel que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo y el

enfermo terminal que padece una enfermedad irrecuperable, previsiblemente mortal a corto plazo.

Principio de justicia consiste en la imparcialidad de cargas y beneficios, promueven la equidad evitando desigualdades en la atención sanitaria. La utilidad o inutilidad de la medida, alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios, pronóstico con y sin la implementación de la medida, cargas físicas, psicológicas, morales, sociales, económicas. Principio de doble efecto nos habla de condiciones para que un acto con 2 efectos, uno bueno y uno malo, sea moralmente lícito: Que la acción sea en misma buena, o al menos indiferente, que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino tolerante.

Futilidad fisiológica ninguna intervención conocida conseguiría restablecer las funciones vitales, la futilidad probabilística. La calidad de vida constituye un concepto multidimensional y evaluar al paciente representa un reto debido a la necesidad de mostrar su carácter multifacético. Medir la calidad de vida con un solo instrumento refleja la calidad de vida global y esto se considera adecuado para pacientes en entornos paliativos debido a sus condiciones generales, además de que es sumamente útil para el seguimiento. Se recomienda la aplicación de instrumentos validados, sencillos y fáciles de interpretar por el paciente y por el propio equipo de profesionales sanitarios. Las evaluaciones individualizadas reflejan mejor los dominios relevantes de la calidad de vida de cada paciente y los cambios que puede experimentar en las enfermedades crónicas

o potencialmente mortales. Esta es una experiencia individual y así se debe considerar. Cuando el paciente no pueda realizar la autoevaluación, se sugiere que el cuidador principal informe acerca de los síntomas, la función y el desempeño.

El concepto de calidad de vida no nace precisamente de un sistema sanitario; nace en el medio socio laboral donde era catalogado como un índice de rendimiento, lo que quiere decir que si no se podía aumentar la producción, sí era posible aumentar la calidad del producto. Es así como se traslada el término a la medicina sin perder la relación costo-beneficio que involucre.

La calidad de vida y se corresponde con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, con la evaluación de la calidad de vida debe contemplar, la capacidad funcional y de relación social, control de síntomas, pronóstico, valores subjetivos del paciente, los autores propone que la calidad de vida limitada es graves carencias de salud física y mental, su capacidad funcional se aleja de la media normal encontrada en los humanos. Calidad de vida mínima es el estado físico general muy deteriorado, no exento de molestias y dolores y con grandes limitaciones en su capacidad comunicativa con los demás, y la calidad de vida por debajo de lo mínimo extremo debilitamiento físico, y de haber perdido de forma total e irreversible la actividad sensorial e intelectual.

Existen parámetros que integran la calidad de vida y abarcan las diferentes esferas del ser humano: religioso, espiritual, psicológico, cultural, afectivo, social, económico,

laboral y físico. La evaluación de calidad de vida se expresa en forma de índices globales o multidimensionales

Decisiones al final de vida, el sufrimiento que causa la aceptación del final de la vida, unido a la debilidad física y los síntomas mal controlados, para obtener un control aceptable de los síntomas físicos, psicológicos y espirituales. Con la aplicación de unos cuidados paliativos exhaustivos e interdisciplinarios se alivia el proceso en la mayor parte de los casos, es necesario recurrir a la sedación terminal, no exenta de polémica.

Hay diferentes tipos de eutanasia que son la eutanasia directa que se habla de un proceso de adelantar la muerte de una persona que tiene una enfermedad incurable. Se puede dividir en dos clases: la activa, que básicamente consigue la muerte del citado enfermo mediante el uso de fármacos que resultan letales; y la pasiva, que es la que consiste en la consecución de la muerte de aquel mediante la suspensión tanto del tratamiento médico que tenía como de su alimentación por cualquier vía.

Eutanasia indirecta: Intenta paliar el dolor y sufrimiento de la persona en cuestión y para ello se le suministran una serie de medicamentos que pueden producir la muerte de la citada persona sin buscarla. Para algunos, este tipo de eutanasia no existe, pues no hay eutanasia sin intención de provocar la muerte.

En la sedación paliativa la administración deliberada de fármacos en dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal para aliviar sus síntomas si no se pueden mitigar de otra forma.

El término eutanasia se refiere actualmente a la conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico y cuando el paciente lo pide de forma continuada y responsable y se encuentra próximo a la muerte. El suicidio medicamente asistido es aquel en que un médico proporciona a un paciente la medicación necesaria para que este termine con su vida cuando lo considere oportuno, se realiza a petición del paciente y que es su última decisión con el control en manos del sujeto sin desvincularle del sistema de atención. La diferenciación entre eutanasia activa y pasiva, directa e indirecta ha provocado una importante confusión, la eutanasia pasiva es equivalente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

Bibliografía

García, M. C. (2006). *Problemas éticos en cuidados paliativos*. Gijón, Asturias. España: Atención primaria.