



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 1

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

PROBLEMAS ÉTICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS



PROBLEMAS ÉTICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los fines de la medicina incluyen el alivio del sufrimiento, los cuidados de los enfermos incurables y la búsqueda de una muerte en paz cuando es inevitable. La medicina paliativa es la respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedad avanzada y terminal, se sitúa frente a la obstinación terapéutica y el abandono con que la medicina actual, altamente tecnificada y centrada en la curación de la enfermedad, les responde. Para ello, en 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 relación médico-paciente ha evolucionado desde un modelo paternalista a uno basado en la autonomía del paciente que nace a finales del siglo XX en países anglosajones y en nuestro país culmina con la publicación de la ley de autonomía del paciente. Reconociendo la autodeterminación del paciente, éste precisa de la colaboración del profesional sanitario en una relación clínica de igualdad, en la que ambas partes presenten una actitud activa y pasiva al mismo tiempo, utilizando el diálogo y no el monólogo.

Instrucciones previas. Determina que cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona. El documento de voluntades anticipadas trata de recoger las preferencias del paciente sobre los tratamientos que quiere o no recibir en el futuro ante determinadas circunstancias, para que su voluntad sea respetada cuando ya no tenga capacidad de decisión. Teniendo en cuenta que difícilmente se puede prever todas las dudas y los conflictos éticos que pueden surgir en la vida de una persona y que las voluntades pueden cambiar con el paso del tiempo, sin restar valor a este instrumento, nada puede sustituir a la relación cálida y honesta entre el profesional y el paciente, en la que desde el principio de la enfermedad y a lo largo de ella, el profesional debe ir suministrando información al enfermo sobre su situación, alternativas terapéuticas y posible evolución, y recabando la voluntad del paciente acerca de las decisiones a tomar en cada

caso. Hay experiencias en las que incluso se recogen las instrucciones por escrito, constituyendo un documento de voluntades previas aplicado a una situación concreta y cercana.

Principios bioéticos. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, ser seguros y efectivos. De autonomía, tiene en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que es quien decide lo que es bueno para él. Se le informa adecuadamente de su situación, si así lo desea, y decide lo que es mejor para él. El Sistema de Salud cubre sus necesidades independientemente de cualquier circunstancia y no le discrimina por ningún motivo. Cuando en una situación concreta hay conflictos entre los principios, surge el problema ético. Aunque en un principio no se consideró que hubiera ningún tipo de prioridad entre los 4 principios, Gracia señala que en caso de conflicto suelen tener prioridad los principios que constituyen la ética de mínimos sobre los de la ética de máximos. Es frecuente el conflicto entre beneficencia y autonomía, principios del mismo nivel. La prioridad está marcada por influencias culturales, en países anglosajones prevalece la autonomía y en los latinos, la beneficencia, aunque esta situación tiende a cambiar. Principio de inviolabilidad de la vida humana. Aceptar que en ciertas condiciones la muerte pueda ser percibida como un alivio no hace que nadie tenga derecho a acabar con la vida del sufriente. Entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal, y establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni la posponga. Entienden el derecho a una muerte digna como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. Esta línea de pensamiento se basa en una manera de entender el respeto a la libertad individual y en que en situaciones extremas la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión, y negarse a ello podría suponer una forma de maleficencia. Las razones para limitar el esfuerzo terapéutico se pueden justificar desde los 4 principios de la bioética. Este principio puede aplicarse a los efectos secundarios de los analgésicos y a la pérdida de conciencia producida por la sedación terminal. Para respetar realmente la autonomía del paciente debemos

saber si quiere recibir él la información y tomar sus decisiones o prefiere delegarlas en alguien de su confianza. Atendiendo al principio de no maleficencia, hay circunstancias en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información a un paciente, haciendo uso del denominado privilegio terapéutico. Excepto casos de grave objeción de conciencia, es éticamente reprochable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias, aunque el profesional de la salud considere que el rechazo es inadecuado. Igualmente es contrario a la ética evitar la atención de enfermos terminales por la impotencia frente al sufrimiento.

Los 4 parámetros. Contempla los principios de beneficencia y no maleficencia. El análisis de la historia clínica del paciente, diagnóstico, pronóstico, situación actual, problemas que presenta, objetivos del tratamiento, probabilidades de éxito y alternativas terapéuticas, conducirá a la emisión de un juicio clínico y a recomendar a un paciente o a sus representantes un determinado tratamiento. En este apartado los problemas éticos más frecuentes en el campo de los cuidados paliativos son los derivados de las intervenciones inapropiadas, que deben ser abordados desde el principio de la proporcionalidad. El esfuerzo realizado para procurar un beneficio al paciente tiene una alta probabilidad de fracaso. Del paciente. Se corresponde con el principio de autonomía. El paciente puede aceptar o rechazar el tratamiento propuesto. Si el paciente es competente, se le informará de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y las alternativas, y el paciente aceptará o rechazará la propuesta. Si el paciente no es competente para tomar decisiones, recurriremos al documento de instrucciones previas si lo ha redactado y a su representante si lo ha nombrado, en caso contrario, solicitaremos el consentimiento a la familia que actuará de acuerdo con los valores del paciente. De vida.

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, debe ser adecuadamente aliviado con la aplicación de los cuidados necesarios para obtener un control aceptable de los síntomas físicos, psicológicos y espirituales.

Eutanasia y suicidio asistido. 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, cuando el paciente lo pide de forma continuada y responsable y se encuentra próximo a la muerte. El suicidio médicamente asistido es aquel en que un médico proporciona a un paciente la medicación necesaria para que éste termine con su vida cuando lo considere oportuno. Se realiza a petición del paciente, y se diferencia de la eutanasia en que deja la última decisión y el control en manos del sujeto sin desvincularle del sistema de atención. Lo que se denomina eutanasia pasiva es equivalente a la limitación del esfuerzo terapéutico, y el término eutanasia in- directa hace referencia a la aplicación de medidas paliativas que pudieran acortar la vida como efecto secundario no deseado. Ante un paciente en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado, permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable, sino que muchas veces llega a ser obligatorio. Por el contrario, cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del paciente, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia.

Sedación paliativa en agonía. La supresión de la vida consciente y el posible acortamiento de la vida biológica son 2 efectos no deseados de la aplicación de la sedación paliativa, que han centrado el debate sobre su indicación. La sedación terminal es un procedimiento médico bien definido, aceptable ética y jurídicamente y que, debidamente practicada, es una medida recomendable en situaciones de enfermedad terminal. No hay ninguna relación entre sedación terminal y eutanasia. Es un tipo de sedación paliativa utilizada en el período de agonía y que está indicado en 1 de cada 4 o 5 pacientes. El debate sobre la aceptación ética de la sedación ha sido presidido por su confusión con la eutanasia. En la eutanasia se precisa de fármacos en dosis y/o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

Bibliografía

María Clavelina Arce García. (2006). Problemas éticos en cuidados paliativos. 2006, de Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

Sitio web:

file:///C:/Users/PCPER899/Downloads/Problemas%20%C3%A9ticos%20en%20cuidados%20paliativos.pdf