

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

PRIMER PARCIAL.

TEMA: PROBLEMAS ETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

PROBLEMAS ETICOS 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.

El respeto por la dignidad de la persona y la aceptación de la finitud de la condición humana son las dos actitudes fundamentales que orientan la práctica de la medicina paliativa.

En la actividad clínica, la necesidad de tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, máxime en situaciones en que la vulnerabilidad física y emocional es extrema, hace necesario establecer métodos de análisis que incorporen todos los factores involucrados y conduzcan a la decisión más adecuada a cada caso. 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, Ambos modelos tienen ventajas e inconvenientes.

Seoane propone un modelo alternativo basado tanto en el principio de beneficencia como en el de autonomía. Según este modelo, la decisión clínica será compartida. 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.

La Ley de Autonomía del Paciente⁴ (41/2002) regula el derecho a la información y dice que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre ésta. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

Especifica que la información será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El titular del 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 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. En este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o, de hecho. El artículo 8 de la misma ley, señala que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información, haya valorado las opciones propias del caso. Determina que será verbal en la mayoría de las ocasiones, señalando que debe ser escrito en procedimientos invasivos y en el caso de procedimientos de notoria y previsible repercusión negativa en la salud del paciente.

El concepto de consentimiento informado va más allá de la firma de un documento que es necesaria en algunas ocasiones, es un proceso gradual y continuado mediante el que un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o no someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores.

La Ley de Autonomía del Paciente (41/2002) en su artículo 11 establece que: «Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas».

La ética de los principios o principialista constituye la corriente más importante de la bioética actual.

Método sistemático de reflexión basado en los 4 principios:

1. Principio de beneficencia. Es la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, ser seguros y efectivos.

2. Principio de no maleficencia. En cualquier acto médico hay un riesgo de hacer daño. El balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.

3. Principio de autonomía. Tiene en cuenta la libertad y la responsabilidad del paciente que es quien decide lo que es bueno para él.

4. Principio de justicia. Consiste en la imparcialidad de cargas y beneficios. Promueve la equidad evitando desigualdades en la atención sanitaria.

La atención al paciente en situación terminal cumplirá con estos principios si se atiende a sus necesidades, es decir, si: Se intenta dar una solución integral a sus problemas, tanto físicos como psico emocionales, sociales y espirituales (principio de beneficencia). No se le daña de forma innecesaria utilizando procedimientos terapéuticos o diagnósticos que se hayan demostrado inútiles, fútiles, o que sean considerados desproporcionados (principio de no maleficencia). Se le informa adecuadamente de su situación, si así lo desea, y decide lo que es mejor para él (principio de autonomía). El Sistema de Salud cubre sus necesidades independientemente de cualquier circunstancia y no le discrimina por ningún motivo (principio de justicia). Cuando en una situación concreta hay conflictos entre los principios, surge el problema ético.

Generalmente varias soluciones son posibles para un mismo problema, lo que convierte una decisión en éticamente correcta no es la solución en sí misma sino la adecuada realización del proceso de deliberación.

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» (no maleficencia y justicia) sobre los de la «ética de máximos» (beneficencia y autonomía). 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.

Principios, aceptados en diversos códigos de ética médica:

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. Estos objetivos responden a una concepción del derecho a morir con dignidad no como un derecho a morir, sino como un derecho a una forma de morir.

Esta línea de pensamiento se basa en una manera de entender el respeto a la libertad individual (autonomía) y en que en situaciones extremas la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia), y negarse a ello podría suponer una forma de maleficencia.

Principio de proporcionalidad terapéutica. No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. Las razones para limitar el esfuerzo terapéutico se pueden justificar desde los 4 principios de la bioética.

Este principio sostiene que hay obligación moral de implementar sólo las medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Las intervenciones en que la relación de proporción no se cumple se consideran desproporcionadas y no son moralmente obligatorias.

El juicio de proporcionalidad debe hacerse en referencia al beneficio global del paciente, teniendo en cuenta: 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, etc.

Principio del doble efecto. Condiciones para que un acto con 2 efectos, uno bueno y uno malo, sea moralmente lícito: Que la acción sea en sí misma buena, o al menos

indiferente; Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino tolerado: Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo; Que el bien buscado sea proporcional al eventual daño producido.

Este principio puede aplicarse a los efectos secundarios de los analgésicos y a la pérdida de conciencia producida por la sedación terminal.

Principio de veracidad. 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».

Por tanto, la comunicación de la verdad médica debe ir precedida de una cuidadosa reflexión sobre qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar.

Principio de no abandono. Excepto casos de grave objeción de conciencia, es éticamente reprobable 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: Es un método de análisis que incorpora al sistema habitual de resolución de casos clínicos los aspectos relacionados con la ética, siguiendo los siguientes pasos:

1. Indicaciones médicas. 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.

2. Preferencias 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.

3. Calidad de vida. Se corresponde con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía.

La evaluación de la calidad de vida debe contemplar: capacidad funcional y de relación social, control de síntomas, pronóstico, valores subjetivos del paciente.

4. Aspectos contextuales. Corresponde al principio de justicia.

Analiza el papel en el proceso de toma de decisiones de factores relacionados con la familia, la sociedad, la economía, la cultura, la religión, etc.

Cuando la política de distribución de recursos se realiza de forma justa y equitativa, los médicos están obligados a seguir estrictamente las normas de dicha política, aunque puedan ir contra los intereses de determinados pacientes.

Los facultativos deben lealtad a sus pacientes, deben respetar sus preferencias y su privacidad, y han de dar soluciones a sus necesidades de salud y de información.

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

La diferenciación entre eutanasia activa y pasiva, y directa e indirecta, ha provocado una importante confusión. Lo que se denomina eutanasia pasiva es equivalente a la limitación del esfuerzo terapéutico, y el término eutanasia indirecta hace referencia a la aplicación de medidas paliativas que pudieran acortar la vida como efecto secundario no deseado. Ambas son actuaciones éticamente aceptadas y legalmente permitidas en nuestro país, que permiten la muerte y nada tienen que ver con la eutanasia. 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.

Bibliografía: María Clavelina Arce García. (2016). Problemas éticos en cuidados paliativos. 08/09/2020, de Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España. Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-problemas-eticos-cuidados-paliativos-13094779>