

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA**

**TEMA: RESUMEN PROBLEMAS ETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS**

**UNIDAD: PRIMERA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 08-SEPTIEMBRE-2020**



## **INTRODUCCIÓN**

Los principios éticos en la práctica clínica de pacientes terminales en cuidados paliativos, constituyen un papel muy importante en la toma de decisiones. Uno de los objetivos impuesto en esta práctica, es mantener la confianza y una adecuada comunicación con el paciente. Los principios éticos en la práctica clínica de pacientes terminales en cuidados paliativos, constituyen un papel muy importante en la toma de decisiones. Uno de los objetivos impuesto en esta práctica, es mantener la confianza y una adecuada comunicación con el paciente.

Para tomar decisiones en la etapa final de la vida es importante incorporar los principios básicos de la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Una vez tomando estos principios, las decisiones irán orientadas a una mejor práctica. Estos junto con herramientas que se han creado para respaldar decisiones, como lo es el consentimiento informado, permitirán que se tomen medidas enfocadas en el principal objetivos de los cuidados paliativos, que es mantener la calidad de vida sin prolongar o acortar la vida. Esto permitirá dar soporte y apoyo tanto al paciente, familiares y equipo médico.

En la actualidad se ha perdido la esencia de la relación médico-paciente, pero aplicando los principios éticos, manteniendo comunicación clara con un estrecho vínculo con los pacientes y familiares, se logrará la toma de decisiones oportunamente. La piedra angular de la relación es una buena comunicación y voluntad anticipada. El principio de autonomía del paciente es crítico en el final de la vida, pero el papel del médico como agente moral no debe olvidarse.

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. 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.

## **MARCO LEGAL**

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.

## **INFORMACIÓN**

La Ley de Autonomía del Paciente<sup>4</sup> (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. Se justifica no informar cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender a causa de su estado físico o psíquico, y determina que en ese caso la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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. Establece límites del consentimiento informado y regula el consentimiento por representación. Si el

paciente no es capaz de tomar decisiones y carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

### **INSTRUCCIONES PREVIAS**

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. 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.

### **INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN ÉTICA**

Principios bioéticos

La ética de los principios o principialista constituye la corriente más importante de la bioética actual. Nace en 1978 en Estados Unidos, cuando Beauchamp y Childerss, a partir del Informe Belmont, establecieron un 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 psicoemocionales, 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).

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).

## **PRINCIPIOS ETICOS EN MEDICINA PALIATIVA**

Desde otro punto de vista, Taboada describe los siguientes 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.

Sin embargo, hay otras opiniones que afirman que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. 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 (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<sup>9</sup>.

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.

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.

## **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<sup>11</sup>. Con la aplicación de unos cuidados paliativos exhaustivos e interdisciplinarios se alivia el proceso en la mayor parte de los casos.

### **EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO**

El término eutanasia se refiere actualmente a la conducta (acción u omisión) 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<sup>13</sup>, cuando el paciente lo pide de forma continuada y responsable y se encuentra próximo a la muerte. Ha de existir un vínculo causal directo e inmediato entre la acción realizada y 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.

### **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.

## **BIBLIOGRAFIA**

MARIA CLAVELINA ARCE GARCIA. (2006). Problemas éticos en cuidados paliativos. 2020, de UNIDAD DE HOSPITALIZACION ESPAÑA Sitio web: [https://www.dropbox.com/sh/35ryjeqzkhmejzv/AACCWrk4gLI2vITkcCDQmZHla/UDS%20Med%20Paliativa?dl=0&preview=Problemas+%C3%A9ticos+en+cuidados+paliativos.pdf&subfolder\\_nav\\_tracking=1](https://www.dropbox.com/sh/35ryjeqzkhmejzv/AACCWrk4gLI2vITkcCDQmZHla/UDS%20Med%20Paliativa?dl=0&preview=Problemas+%C3%A9ticos+en+cuidados+paliativos.pdf&subfolder_nav_tracking=1)