



PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DEL ALUMNO: Juan Carlos
López Gómez

NOMBRE DEL PROFESOR: Dr. Abarca
Espinosa Agenor.

NOMBRE DEL TRABAJO: resumen doble
efecto en medicina paliativa.

MATERIA: Medicina Paliativa.

GRADO: Sexto semestre grupo A

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de Junio de 2023

Problemas éticos en cuidados paliativos.

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.

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.

Marco legal

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.

Seoane propone un modelo alternativo basado tanto en el principio de beneficencia como en el de autonomía.

La Ley de Autonomía del Paciente 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.

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

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.

Instrucciones previas

La Ley de Autonomía del Paciente 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

Instrumentos para la valoración ética

Principios bioéticos

La ética de los principios o principia lista 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:

- 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.
- 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.

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

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, entendiendo como tal el análisis del problema en toda su complejidad, ponderando tanto los principios y valores implicados como las circunstancias particulares del caso y consecuencias de cada curso de acción.

Principios éticos relevantes 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. 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.

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.

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.

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. Se establecen para las intervenciones médicas 3 tipos de futilidad:

- Futilidad fisiológica. Ninguna intervención conocida conseguiría restablecer las funciones vitales.
- Futilidad probabilística. El esfuerzo realizado para procurar un beneficio al paciente tiene una alta probabilidad de fracaso.
- Futilidad cualitativa. El objetivo alcanzable no merece la pena, la futilidad fisiológica, aplicable a los pacientes en agonía, permitiría ignorar las preferencias del paciente y familiares; mientras que los otros tipos de futilidad, aplicables a pacientes con enfermedades avanzadas y terminales, dependen en gran medida de cuestiones relacionadas con las preferencias y la calidad de vida.

2. Preferencias del paciente: Se corresponde con el principio de autonomía, el paciente puede aceptar o rechazar el tratamiento propuesto, 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. Los autores proponen la siguiente clasificación:

- Calidad de vida limitada: graves carencias de salud física y mental. Su capacidad funcional se aleja de la media normal encontrada en los humanos.
- Calidad de vida mínima: estado físico general muy deteriorado, no exento de molestias y dolores, y con grandes limitaciones en su capacidad comunicativa con los demás.
- Calidad de vida por debajo del mínimo: extremo debilitamiento físico, además de haber perdido de forma total e irreversible la actividad sensorial e intelectual

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

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, 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.

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

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.

Los síntomas que más frecuentemente hacen necesaria esta practica son: delirium, disnea, dolor y distrés emocional.

El debate sobre la aceptación ética de la sedación ha sido presidido por su confusión con la eutanasia. Son acciones diferentes en:

– Intencionalidad: en la sedación la intención del médico es aliviar el sufrimiento y en la eutanasia el objetivo es provocar la muerte del paciente para liberarle de sus sufrimientos.

– Proceso: ambos requieren consentimiento. En la sedación debe existir una indicación, los fármacos y las dosis se ajustan a la respuesta frente al sufrimiento. En la eutanasia se precisa de fármacos en dosis y/o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

– Resultado: en la sedación la respuesta es el alivio del sufrimiento y en la eutanasia la muerte del paciente

Una práctica correcta debe contemplar los pasos que se enumeran y dejarlos reflejados en la historia clínica:

– Indicación: diagnóstico que determina la situación de terminalidad y síntoma que motiva la sedación.

– Obtención del consentimiento: no se recomienda el uso de un documento específico ni la firma, pero sí que se registre en la historia clínica el consentimiento que se ha obtenido.

– Pauta: fármaco, dosis y vía que utilizaremos.

– Evaluación de la respuesta: control del síntoma y nivel de conciencia y ansiedad (p. ej., escala de Ramsay).

– Ajuste en función de la respuesta, obteniendo el control del síntoma con el mínimo descenso del nivel de conciencia.

Bibliografía

García, M. C. (2006). *Problemas éticos en cuidados paliativos*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13094779>