

Aspectos éticos en cuidados paliativos

Dra. Cecilia Palacios Avila

Anestesióloga Algóloga- Intervencionista Paliativista



Morir con dignidad no es necesariamente morir en paz y aceptando la muerte sino morir según el propio carácter.

E. Kübler Ros

OMS (1990)

*Cuidados Paliativos se definen como:
“el cuidado activo total de los
enfermos cuya enfermedad no
responde al tratamiento curativo”,
más aún si está en fase avanzada y
progresiva.*



La calidad de vida es:

“...vivir bien, sentir la vida, descubrir el cuerpo y el fondo de la intimidad de los ecos y reflejos que despiden el encuentro de nuestra existencia con el mundo. Vivir no es solo sentir y percibir el mundo, sino actuar, modificar, realizar. Que el cuerpo esté sin dolor y el alma sin perturbación...”

(Restrepo. 2005)



Twycross

“paliativa”

Deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta.

Cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos.

Medicina Paliativa

- ▶ Busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo
- ▶ Descrita como “de baja tecnología y alto contacto”.



OBJETIVO

Afirmar la vida y ayudar a reconocer que el morir es un proceso normal.

Se podría decir que estos cuidados no buscan ni acelerar ni posponer la muerte, ni son un proceso que esté dominado por la “tiranía de la curación”

El cuidado paliativo es en sí una estrategia para enfrentar de una manera más adecuada todo aquel proceso patológico que se manifiesta previo el deceso.

(Twycross, 2000)

Filosofía del Cuidado Paliativo

- ▶ La medicina paliativa se ha desarrollado, en gran parte, como resultado de la visión e inspiración inicial de Dame Cicely Saunders.
- ▶ Fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, en 1967. Hace siglos,
- ▶ “hospicio” significaba lugar de reposo para viajeros o peregrinos





CONCEPTO DEL FINAL DE LA VIDA Y LA MUERTE

- ▶ Bajo la temática del cuidado paliativo:

Necesidad a la que todos llegaremos en algún momento.
Muerte digna y el morir como un “acto humano”



final de la vida

- ▶ “... *Nuestras vidas son los ríos que van a la mar que es el morir...*”. (p.195)
- ▶ El acto de vivir implica que este se pueda llevar a cabo con una cierta cantidad de condiciones (calidad de vida), y que no se tiene otro destino más seguro en el vivir que el morir; considerar que la vida y la muerte constituyen una continuación de un proceso, que ninguna es sin la otra, y que ambas giran horizontalmente en el recorrido que se establece a lo largo de la historia de cada individuo.

El mayor desafío al que se enfrentan los médicos en relación con la medicina o cuidado paliativo es la cuestión acerca de la veracidad con lo pacientes terminalmente enfermos.

Los principios de *ética básica* son *criterios generales* que sirven de base a las *normas de actuación* de un grupo social o profesional.

PRINCIPIOS DE ÉTICA BÁSICA

- No maleficencia
- Beneficencia
- Autonomía

Beneficencia

Buscar un bien, un beneficio.

No maleficencia

No hacer daño

Autonomía

- ▶ Respeto que toda persona merece por ser autónoma o para ser protegida cuando su capacidad de decisión esté afectada.

Justicia

Imparcialidad en la
distribución de recursos

Solidaridad

- ▶ La solidaridad con el enfermo terminal y con su familia implica el acompañamiento y aplicación de los recursos asistenciales adecuados al proceso de morir.
- ▶ Implica un no al abandono, el desinterés, al olvido.
- ▶ Un sí a la cercanía, al calor humano, a la prestación de cuidados de calidad.
- ▶ Implica también el alivio del sufrimiento social.

**“DEL FIN DE LA VIDA
NO ES IGUAL A MUERTE”**



PRINCIPIOS ETICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

- ▶ De veracidad
- ▶ De proporcionalidad terapéutica
- ▶ De doble efecto (manejo del dolor y supresión de la consciencia)
- ▶ De prevención
- ▶ De no abandono

Principio de veracidad

- ▶ La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales.
- ▶ Se podría decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares se constituye en un beneficio para ellos.



Principio de autonomía

- ▶ Comunicar la verdad al paciente y a sus familiares se constituye en un beneficio para ellos pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones



Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ Aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio.
- ▶ Mayor dificultad reviste la pregunta por la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud.



(Taboada, 2000)

Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ Existe la obligación moral de implementar en todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.
- ▶ Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias.

Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ Una intervención médica es o no moralmente obligatoria en un determinado “paciente”, se debe realizar un juicio de proporcionalidad.



Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar :
 - Tipo de terapia,
 - Grado de dificultad
 - Riesgos
 - Costos
 - Posibilidades de implementación
 - Resultados esperables.

Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica, son:
 - a) la utilidad o inutilidad de la medida
 - b) las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios
 - c) El pronóstico con y sin la implementación de la medida
 - d) los costos: físicos, psicológicos, morales y económicos.

Principio de proporcionalidad terapéutica

- ▶ Es necesaria una valoración más profunda de la integralidad de la terapia globalmente en proporción con solo resultados fisiológicos, pues lo que de alguna manera puede traer un pequeño beneficio a un área en particular, puede generar un desequilibrio en todo el sistema.

Principio del doble: manejo del dolor y la supresión de la conciencia

- ▶ Es frecuente que en lo enfermos de fases terminales se presente un dolor intenso, con otros síntomas como dificultad para respirar o ansiedad, agitación, confusión mental, entre otros.
- ▶ Para el manejo de estas situaciones generalmente es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una disminución en la presión arterial o una depresión respiratoria.



Principio del doble: manejo del dolor y la supresión de la conciencia

- ▶ No es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud, pues se teme que los efectos negativos de esas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia.

Principio de llamado voluntario o Doble efecto

- ▶ Señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y uno malo– sea lícito



(Hodelín, 2012, citando a Jean-Pierre Gury)

Principio de llamado voluntario o Doble efecto

► Estas condiciones son:

- 1) que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente
- 2) que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado
- 3) que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo
- 4) que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Principio de llamado voluntario o Doble efecto

En relación a la supresión de la conciencia

- ▶ Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada.
- ▶ *“Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada”.*

Principio de prevención

- ▶ Prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia es una condición clínica. Parte de la **responsabilidad mèdica**
- ▶ Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.



Principio de no abandono

- ▶ Salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprobable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aun cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado.
- ▶ Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática se podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario.
- ▶ Se debe de que recordar, que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar.

Principio de no abandono

- ▶ El acompañamiento a “pacientes” moribundos hace recordar así, el deber moral de aceptar la finitud propia de la condición humana y pone a prueba la verdad del respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla.



MALAS NOTICIAS

- ▶ Situación en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los médicos y demás personal
 - Diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables
 - Pronóstico de una muerte próxima inevitable.
- ▶ Crea una actitud falsamente paternalista, que lleva a ocultar la verdad al paciente.
- ▶ Se entra así, en el círculo vicioso de la llamada “conspiración del silencio” - representar nuevas fuentes de sufrimiento y suponer una grave injusticia tanto para él como para su familia.

(Taboada, 2000)

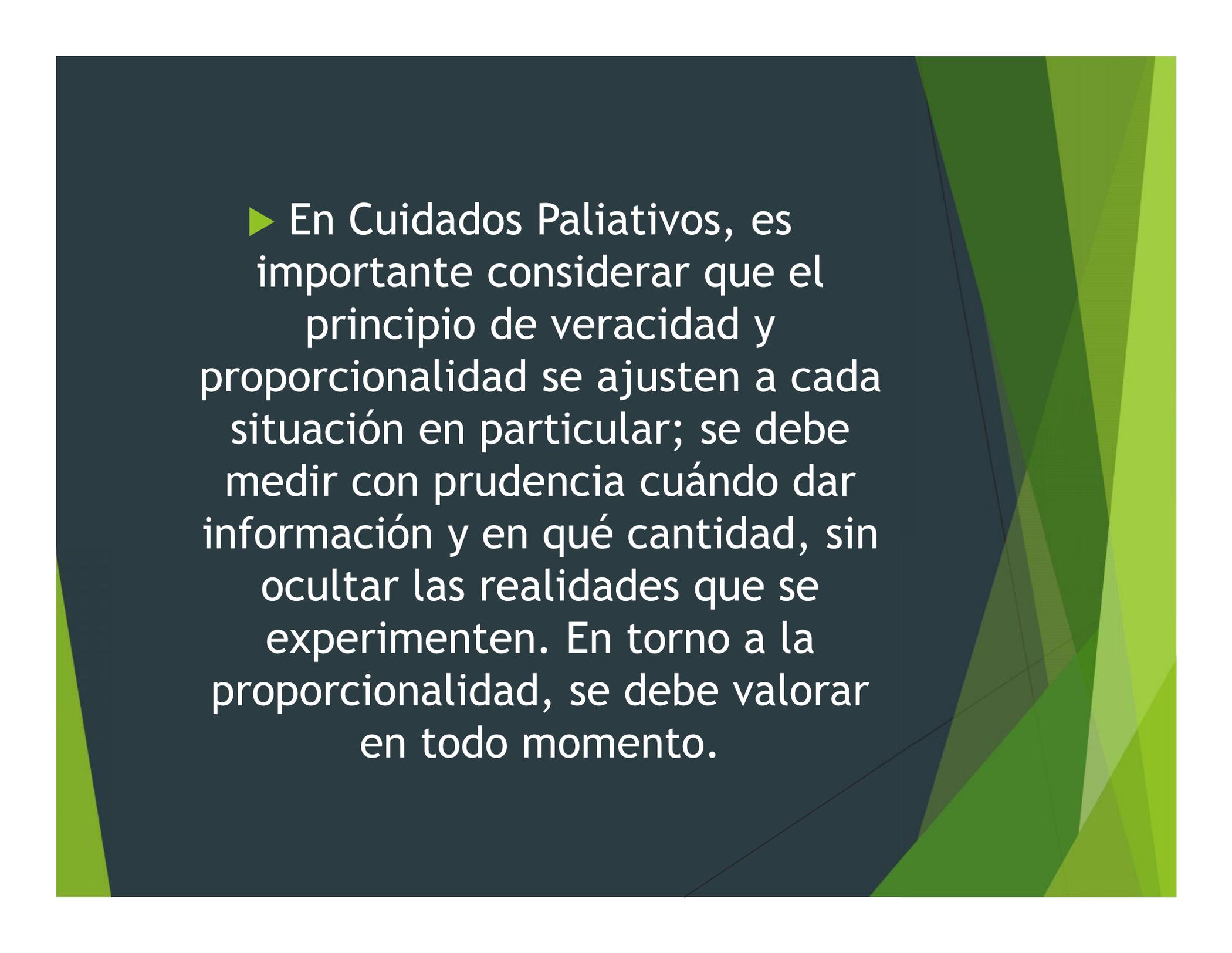
MALAS NOTICIAS

- ▶ Existen circunstancias en las que se debe de retrasar la comunicación de una situación por efectos de la terapéutica que se está utilizando, esto no significa que se deba dejar de dar dicha información a futuro
- ▶ Es importante guiarse para dar la información en el quién, cuándo, y cuánto, ya que de estos aspectos se rige este principio, recordando que ante todo se debe de tener la prudencia concerniente al caso

MALAS NOTICIAS

- ▶ Lo importante desde la perspectiva de este principio es no exponer todo lo concerniente a un evento determinado o situación dada de una sola vez, ya que podría ser demasiado impactante o por el contrario, callárselo.
- ▶ Se trata más bien de buscar el momento adecuado para informar, clarificar lo que sucede, qué se puede hacer, y buscar en conjunto (paciente-familia- médico).





▶ En Cuidados Paliativos, es importante considerar que el principio de veracidad y proporcionalidad se ajusten a cada situación en particular; se debe medir con prudencia cuándo dar información y en qué cantidad, sin ocultar las realidades que se experimenten. En torno a la proporcionalidad, se debe valorar en todo momento.

ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO

- ▶ DEFINICIÓN
- ▶ CAUSAS
- ▶ CONSECUENCIAS

DEFINICIÓN

- ▶ Adoptar medidas terapéuticas o diagnósticas, generalmente con fines curativos, no indicadas en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o usar medios extraordinarios o tratamientos no indicados en esta situación clínica, con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

CAUSAS

- ▶ Dificultad en la aceptación del proceso de morir, ambiente “curativo”
- ▶ Falta de formación
- ▶ Demanda del enfermo o la familia
- ▶ Presión para utilizar tecnología diagnóstica o terapéutica

- ▶ Es difícil de entender:

“ LO MÁS NATURAL A LA VIDA ES LA MUERTE. ”



VOLUNTADES ANTICIPADAS

- Es la *manifestación escrita* de una persona *capaz* que, actuando *libremente*, expresa las *instrucciones* que deben tenerse en cuenta acerca de la *asistencia sanitaria* que desea recibir en situaciones que le incapaciten para ello, o sobre el destino de su cuerpo o sus órganos una vez producido el fallecimiento.

PUNTOS CLAVE (no crear errores logicos de la atencion)

- ¿cuáles son las perspectivas biológicas del paciente?
- ¿cuál el propósito terapéutico y los beneficios de cada tratamiento?
- ¿cuáles son los efectos adversos del tratamiento
- ¿existe la necesidad de no prescribir un prolongación de la muerte?.

▶ **¿hasta dónde conservar la vida si no es posible aliviar el sufrimiento?**

- Esta pregunta podría en tela de juicio quizá el encarnizamiento terapéutico u otras situaciones cómo:

▶ **¿hasta dónde sostener una vida, cuando biológicamente ya es insostenible?**

- O, para el caso del médico o trabajadores en torno al cuidado paliativo en relación con el proceso de prolongación del morir:

▶ **¿estos tienen el derecho o la obligación de prescribir la prolongación de una muerte?**

▶ **¿se debe de conservar la vida a toda costa, cuando ya no es posible la misma?.**

Cuando una persona pide que se le aplique la eutanasia debemos preguntarnos: ¿Qué significado real posee esta solicitud?

Quizá no se esté pidiendo acabar con la fase final de una vida dolorosa sino lograr un alivio del sufrimiento

Una razón de peso en contra de aplicar la eutanasia es que es médicamente posible controlar la situación de sufrimiento de un enfermo en situación terminal gracias a la correcta aplicación de los Cuidados Paliativos.

ACCIONES DESICIVAS

- ▶ a) la atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana
- ▶ b) no privar al moribundo del morir en cuanto “acción personal”: morir es la suprema acción del hombre
- ▶ c) liberar a la muerte del “ocultamiento” a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad
- ▶ d) organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido en forma consiente por el hombre y vivido en clave comunitaria
- ▶ e) favorecer la vivencia del misterio humano-religioso de la muerte: la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.

(Blanco, 1997)

- ▶ Pensar que por temor a la muerte se deba de permitir los más fuerte dolores y sufrimientos, creyendo que con las intervenciones se hace una aproximación hacia ese paso, no es pensar en calidad de vida
- ▶ Se debe de garantizar hasta el último suspiro, velar por el mejor estado integral del individuo.
- ▶ El abarcar la muerte digna como aquella que procure establecer los máximos deseos de paz y serenidad, junto al alivio del dolor, en la fase terminal, no se deben hacer recriminaciones, puesto que esto sería hasta cierto punto irrespetar la propia vida.



BIBLIOGRAFIA

- ▶ Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2015). Manual de cuidados paliativos. Diagraphic. Rio de Janeiro.
- ▶ Vidal, M. (2014). Bioética: estudios de bioética racional. Madrid: Editorial Tecnos
- ▶ Hodelín Tablada, R. (2012) El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. Revista MEDISAN.
- ▶ Taboada, P. (2010). El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica. año VI, nº 1, pp. 91-101.
- ▶ Restrepo, ME. (2005). Cuidado Paliativo: una aproximación a los aspectos éticos del paciente con cáncer. Revista Persona y Bioética, Vol. 9 (25), julio-diciembre, pp. 6-45. Colombia.
- ▶ Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: Filosofía y Consideraciones Éticas. Revista Acta Bioethica, Año VI - Nº 1, pp. 27-46.