

TEMA 2.

**ASPECTOS ÉTICOS DEL TRATAMIENTO DE
SOPORTE Y PALIATIVO.**

ASPECTOS ÉTICOS: OBJETIVOS DEL TEMA

ACTITUDES: RECONOCER QUE

CUALQUIER DECISIÓN CLÍNICA SUSCITA ASPECTOS ÉTICOS Y QUE EL REQUISITO BÁSICO PARA RESOLVERLOS ES UN ALTO NIVEL DE CONCIENCIA MORAL POR PARTE DEL MÉDICO

AUNQUE EL CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA CLÍNICA ES ÚTIL, NO BASTA. CADA SITUACIÓN HUMANA ES DISTINTA Y EL MEDICO DECIDE SIN ESTAR SEGURO DE LA CERTEZA DE SUS DECISIONES

LOS PROFESIONALES DE LA ÉTICA PUEDEN AYUDAR AL MÉDICO: COMITÉS DE ÉTICA CLÍNICA

HAY VALORES DISTINTOS ENTRE MEDICOS, FAMILIAS Y PACIENTES: RESOLVER CONFLICTOS CON CREATIVIDAD

ASPECTOS ÉTICOS: OBJETIVOS DEL TEMA

HABILIDADES:

DEMOSTRAR ESTRATEGIAS PARA RESOLVER CUESTIONES ÉTICAS.

DESCRIBIR COMO LA REALIDAD DE LOS CUIDADORES, MÉDICOS Y PACIENTES, CON DISTINTAS AGENDAS Y PRIORIDADES, INFLUYE EN LAS DECISIONES SOBRE PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

APLICAR UN MARCO ÉTICO DE REFERENCIA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DE TRTAMIENTOS, COMO EL SOPORTE NUTRICIONAL, EL USO DE SEDANTES O USO DE MEDIDAS DE PROLONGACIÓN DE LA VIDA Y LA ORDEN DE NO REANIMAR

ASPECTOS ÉTICOS: OBJETIVOS DEL TEMA

CONOCIMIENTOS:

TRABAJAR SOBRE LAS APLICACIONES CLÍNICAS Y PRÁCTICAS DE LOS PRINCIPIOS CARDINALES DE LA ÉTICA MÉDICA .

FAMILIARIZARSE CON EL CONCEPTO Y REQUERIMIENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCRIBIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DECISIÓN DE DAR TRATAMIENTO PALIATIVO Y NO DE PROLONGAR LA VIDA, ASÍ COMO RETIRAR TRATAMIENTOS A PACIENTES MORIBUNDOS

DESCRIBIR LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, LEGALES Y MORALES DE LA EUTANASIA ACTIVA

NO HAY APRENDIZAJE FÁCIL EN ÉTICA

APRENDIZAJE CONTINUADO

REQUIERE **REFLEXIÓN**, LECTURA, **DISCUSIÓN** Y **COMUNICACIÓN** CON OTROS MÉDICOS DEL EQUIPO, CON PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE LA ÉTICA

ANTONIA TIENE 48 AÑOS Y ESTABA BIEN HACE DOS MESES, ANTES DE CONSULTAR A SU MÉDICO POR

-DISTENSIÓN ABDOMINAL.

-AUMENTO DE PESO.

-PLENITUD EPIGÁSTRICA Y ANOREXIA.

**-NÁUSEA, DIARREA Y EDEMA INTERMITENTE DE LA
PIERNA IZQUIERDA**

**NO PUEDE IR A SU TRABAJO ADMINISTRATIVO EN UN
JUZGADO NI CUIDAR A SU HIJO AUTISTA DE 18 AÑOS**

**ESTÁ DIVORCIADA Y TIENE UNA RELACIÓN AFECTIVA
ESTABLE DESDE HACE 5 AÑOS CON **ROBERTO**, QUE ES
DIRECTOR DE UNA ESCUELA DE PRIMARIA.**

EN EL EXAMEN FÍSICO TIENE **PALIDEZ** Y MUESTRA MALESTAR. NO TIENE FIEBRE.

EL **MURMULLO VESICULAR** ESTÁ **DISMINUIDO** EN LA BASE DERECHA, QUE ADEMÁS MUESTRA MATIDEZ EN LA PERCUSIÓN.

EL ABDOMEN DUELE A LA PALPACIÓN, AUNQUE DE MODO DIFUSO Y LEVEMENTE.

PRESENTA **ASCITIS** CON SIGNO DE LA OLEADA. TIENE EN EL TACTO RECTAL UNA **MASA DURA NO DOLOROSA EN DOUGLAS**.

ES HOSPITALIZADA PARA ESTUDIO

EN EL HEMOGRAMA Y ESTUDIOS BIOQUÍMICOS NO HAY ANOMALÍAS SALVO UNA MARCADA HIPOALBUMINEMIA

RX DE TÓRAX: DERRAME PLEURAL IZDO.

ECO ABDOMINAL: ASCITIS CON ÚTERO Y OVARIOS NORMALES

TAC ABDOMINAL: ADENOPATÍAS PARAÓRTICAS. ASCITIS. NODULOS PERITONEALES

**RASTREO ÓSEO Y ESOFAGOGASTROSCOPIA NORMALES
COLONOSCOPIA: MUESTRA COMPRESIÓN EXTRÍSECA A 5 CM DEL ANO. NO TUMOR EN MUCOSA CÓLICA.**

**PARACENTESIS CON CÉLULAS NEOPLÁSICAS
CEA, CA19.9: NORMALES. CA12.5:LEVEMENTE ELEVADO**

DURANTE SU INGRESO SE DEBILITA PROGRESIVAMENTE.

PRESENTA NÁUSEAS Y VÓMITOS CONTINUOS, ASI COMO DOLOR DIFUSO ABDOMINAL. TIENE TAMBIÉN DISNEA

REQUIERE PARACENTESIS REPETIDAS POR RECIDIVAS DE LA ASCITIS. SE ADMINISTRA ALBÚMINA, ANALGÉSICO Y ANTIEMÉTICOS

SU ESTADO GENERAL ES MALO Y ESTÁ ENCAMADA MÁS DE LA MITAD DEL DIA

UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DISCUTE SU SITUACIÓN, LA NECESIDAD DE NUEVAS EXPLORACIONES Y EVALUAR EL PRONÓSTICO

PREGUNTA 1

**¿ CÓMO MIEMBRO DE ESTE EQUIPO
CÓMO ACTUARÍA Y QUE CONSIDERARÍA
EN EL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE
DECISIONES?**

**RECONOCER Y ESTABLECER LOS
LÍMITES**

SEGÚN LA ETICA TRADICIONAL Y LAS LEYES:

**UN MEDICO DEBE SEGUIR LOS PASOS NECESARIOS
PARA HACER EL DIAGNÓSTICO MÁS SEGURO POSIBLE
Y APLICAR EL TRATAMIENTO MÁS EFICAZ POSIBLE**

**EJEMPLO: CONOCER EL TUMOR PRIMARIO PARA
DAR EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO: CA. OVARIO
VERSUS CA. DIGESTIVO**

**HACER UNA BIOPSIA DE LA MASA PÉLVICA O HACER
UNA LAPAROTOMÍA**

ESTE PLAN PARECE APROPIADO, PERO...

...CONSIDEREMOS:

- LA RÁPIDA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD**
- EL MAL ESTADO GENERAL DE LA PACIENTE**
- LA PRESENCIA DE ASCITIS IMPLICA UN ESTADIO AVANZADO Y CASI SEGURO UNA ENFERMEDAD INCURABLE**
- EN CUALQUIER CASO:**

EL TRATAMIENTO SERÁ PALIATIVO

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PROPONE UN TTO DE QUIMIOTERAPIA PARA CA. OVARIO, SIN REALIZAR MÁS EXPLORACIONES

**ACTUAR SIEMPRE EN EL MEJOR INTERÉS
DEL PACIENTE**

**EVALUAR SIEMPRE EL RIESGO Y EL
BENEFICIO DE CUALQUIER PRUEBA O
TRATAMIENTO PROPUESTO DE ACUERDO CON UNA
REGLA DE PROPORCIONALIDAD**

**BENEFICIENCIA Y
NO MALEFICIENCIA**

PREGUNTA 2

¿ QUÉ FACTORES NOS AYUDARÁN A DETERMINAR LOS LÍMITES EN ESTE CASO?

ESTABLECER LOS LÍMITES ES DIFÍCIL: ZONA GRIS

DIFÍCIL DISTINCIÓN ENTRE CURAR Y CUIDAR

PARA DISTINGUIRLOS HAY QUE CONSIDERAR:

1. BALANCE ENTRE LOS EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE UN TRATAMIENTO O UN PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Y

2. TENER EN CUENTA LOS VALORES DEL PACIENTE QUE TIENE EL DERECHO DE ELEGIR SUS LÍMITES. CON FRECUENCIA LA FAMILIA APORTA UNA VALORACIÓN ÚTIL DE LOS DESEOS Y ESPECTATIVAS DEL PACIENTE

PARA DISTINGUIRLOS HAY QUE CONSIDERAR:

3. LO QUE INFLUYE EN NUESTRO RAZONAMIENTO:

EL DIAGNÓSTICO

EL PRONÓSTICO

LA EDAD

LA CALIDAD DE VIDA

LOS DESEOS DEL PACIENTE

**4. RECONOCER QUE UNA DECISIÓN MÉDICA NO ES
NUNCA PURAMENTE CIENTÍFICA U OBJETIVA**

**LO QUE SE DECIDE POR HUMANOS Y SE APLICA A
HUMANOS AFECTA TODO TIPO DE VALORES,
VARIABLES Y PREJUICIOS**

PREGUNTA 3

**¿ CÓMO INFLUYE EN NUESTRA OPINIÓN
EL PROBLEMA DE LA FUTILIDAD?**

EL MÉDICO TIENE LA DIFÍCIL TAREA DE ESTABLECER EL BENEFICIO DE UN DETERMINADO PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO O TTO Y EVITAR SIEMPRE QUE SEA POSIBLE LOS TRATAMIENTOS FUTILES.

PERO ES DIFICIL A VECES DEFINIR LA FUTILIDAD

UN TRATAMIENTO ES FUTIL CUANDO NO CUMPLE SU PROPÓSITO O CUANDO LA EXPECTATIVA DE ÉXITO ES ALTAMENTE IMPROBABLE O CUANDO NO HAY UNA POSIBILIDAD REAL DE LOGRAR EL FIN DESEADO

EJEMPLO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN PACIENTE TERMINAL CON CÁNCER

¿EN QUÉ SE BASA LA FUTILIDAD?

CRITERIOS MÉDICOS O FISIOLÓGICOS

CRITERIOS DE CALIDAD DE VIDA

HAY QUE CONSIDERAR ASPECTOS CUALITATIVOS O CUANTITATIVOS

¿QUÉ ESTÁNDARES O QUIÉN DEFINE LA FUTILIDAD?

SEGÚN SE RECOMENDÓ EN LA REUNIÓN DEL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO:

EL MÉDICO PROPONE A ANTONIA LA OPCIÓN DE UNA
QUIMIOTERAPIA EMPÍRICA

LE EXPLICA QUE SU ENFERMEDAD ESTÁ MUY EXTENDIDA
QUE LA QT PUEDE PARAR LA PROGRESIÓN DEL TUMOR
AUNQUE PODRÍA TENER EFECTOS TÓXICOS

EL MÉDICO NO ES CLARO EN LA EXPLICACIÓN DEL
PRONÓSTICO Y EN EL OBJETIVO REAL DEL TRATAMIENTO

NO DESEA ALARMARLA INNECESARIAMENTE NI
TAMPOCO A ALBERTO, QUE ESTÁ PREOCUPADO POR
EL MAL ESTADO DE ANTONIA Y LA RÁPIDA PROGRESIÓN
DE SUS MOLESTIAS. BASTANTE PROBLEMA TIENEN

EL MÉDICO OBTIENE EL CONSENTIMIENTO PARA QT

PREGUNTA 4

¿ POR QUÉ ES EL CONSENTIMIENTO UN COMPONENTE NECESARIO DEL TRATAMIENTO?

SI EN OTRO TIEMPO EL MÉDICO PODÍA DECIDIR SEGÚN EL MEJOR INTERÉS DEL PACIENTE (**PATERNALISMO**)

EN LA ACTUALIDAD NUESTRA SOCIEDAD ACEPTA EL **PRINCIPIO DE AUTONOMIA**

ESTO IMPLICA EL DERECHO A:

- LA VERDAD
- RESPECTO PERSONAL
- RECONOCIMIENTO DE SU CAPACIDAD DE DECIDIR

EL PACIENTE PUEDE TOMAR SUS DECISIONES POR SI MISMO O TRAVÉS DE UNA PERSONA QUE ÉL DESIGNE PARA **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

PARA QUE **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO** SEA POSIBLE, EL PACIENTE DEBE RECIBIR:

INFORMACIÓN SUFICIENTE PARA QUE PUEDA DECIDIR CONFORME A SUS CIRCUNSTANCIAS

SU DECISIÓN NO HA DE SER RAZONABLE O BASADA EN LA CIENCIA, SINO **INFORMADA Y BIEN CONSIDERADA**

DEBE REFLEJAR LOS VALORES DEL PACIENTE, QUE PUEDE RECHAZAR UN TRATAMIENTO QUE CONSIDERE ARRIESGADO O ACEPTARLO

EL MEDICO TIENE EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO. PERO EL PACIENTE CONOCE SUS LÍMITES Y SUS PRIORIDADES

PREGUNTA 5

**¿ QUÉ VARIABLES INFLUYEN EN EL
CONSENTIMIENTO?**

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES INHERENTE A LA RELACIÓN MÉDICO ENFERMO Y DEPENDE DE LA COMUNICACIÓN

COMPRENDER LOS OBSTACULOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN PER SE ENTRE INDIVIDUOS:

MÉDICO: LENGUAJE TÉCNICO,
INCERTIDUMBRES MÉDICAS,
NO PREOCUPAR AL PACIENTE

PACIENTE: LIMITES EN LA COMPRESIÓN
PERSONALIDAD
MIEDOS Y PREOCUPACIONES
“COMPRESIÓN SELECTIVA”
NEGACIÓN
MEZCLA DE RAZÓN Y EMOCIONES

EL PROFESIONAL SANITARIO TAMBIÉN EXPRESA SUS
MIEDOS Y PREJUICIOS

CON FRECUENCIA PRESENTAMOS LOS DATOS DE
MODO SUBJETIVO Y SUAVIZADOS DETALLES PARA “NO
DESANIMAR O MANTENER ALTA LA MORAL DEL
PACIENTE”

ESTA INTENCIÓN ES HONORABLE PERO PUEDE SER
INCORRECTA, AL OCULTAR TODA LA VERDAD AL
PACIENTE, DICIENDO MEDIAS VERDADES

EL BALANCE ENTRE VERACIDAD E INTERÉS DEL PACIENTE
ES DELICADO Y REQUIERE DISCRECIÓN,
PRUCENCIA Y SABIDURÍA.

SABER COMO HABLAR CON LOS PACIENTES ES UN ARTE.

“NO ES TAN IMPORTANTE LO QUE SE DICE PARA MANTENER LA ESPERANZA, SINO CÓMO SE DICE. EL PACIENTE NO TIENE MIEDO A LA VERDAD, SINO AL ABANDONO”

E. Kubler Ross

POR OTRA PARTE, EL SILENCIO O LA AUSENCIA DE COMUNICACIÓN PUEDE INCREMENTAR EL SUFRIMIENTO

PREGUNTA 6

**¿ CUÁLES SON LOS REQUERIMIENTOS
DEL CONSENTIMIENTO PARA SER
VÁLIDO?**

DEBE SER OBTENIDO DE UNA PERSONA COMPETENTE

SER INFORMADO

SIN COACCIÓN

PREGUNTA 7

**¿ CÓMO SE EVALUA QUE EL PACIENTE
ES COMPETENTE PARA CONSENTIR?**

ANTES DE DAR LA INFORMACIÓN PARA OBTENER UN
CONSENTIMIENTO, EL MÉDICO DEBE ESTAR SEGURO
QUE EL PACIENTE PUEDE DAR SU CONSENTIMIENTO

ESTO IMPLICA QUE LA PERSONA DEBE:

COMPRENDER

RAZONAR

Y EVALUAR LAS CONSECUENCIAS DE LA DECISIÓN

Y EXPRESARLA

EL CONSENTIMIENTO HA DE SER ESPECÍFICO PARA CADA
DECISIÓN

LA DETERMINACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA
CONSENTIR ES UN ASUNTO DE JUICIO CLÍNICO
QUE SE BASA EN 5 ASPECTOS:

- EVIDENCIA DE UNA ELECCIÓN
- RAZONABLE RESULTADO DE LA ELECCIÓN
- ELECCIÓN BASADA EN CRITERIOS RACIONALES
- CAPACIDAD DE COMPRENDER
- COMPRENSIÓN “DE HECHO”

MINIMENTAL TEST

LA COMPETENCIA PUEDE FLUCTUAR POR EL USO DE
FÁRMACOS O LA MISMA SITUACIÓN EMOCIONAL DEL
PACIENTE

CONSENTIMIENTO DE FAMILIARES

PREGUNTA 8

**¿ QUÉ INFORMACIÓN NECESITA DAR AL
PACIENTE PARA OBTENER EL
CONSENTIMIENTO?**

CONTENIDOS DE LA INFORMACIÓN PREVIA A OBTENER EL CONSENTIMIENTO

-EL DIAGNÓSTICO

-EL ESTADIO O SITUACIÓN EVOLUTIVA DE LA ENFERMEDAD

- PRONÓSTICO

-TRATAMIENTO PROPUESTO

-RIESGOS Y BENEFICIOS POTENCIALES

-ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

PREGUNTA 9

¿ EN EL CASO DE ANTONIA, CREEMOS QUE EL CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO Y SIN INGERENCIAS EXTERNAS?

ASUMIMOS QUE ANTONIA ES COMPETENTE PARA DAR SU CONSENTIMIENTO

POR ESO, ELLA ES LA QUE HA DE SER INFORMADA PARA TOMAR LA DECISIÓN, AUNQUE PUEDE INVOLUCRAR A OTROS PARA QUE LE AYUDEN

¿HA DECIDIDO CON UNA INFORMACIÓN INCOMPLETA?

¿DEBERÍA EL MÉDICO HABER INSISTIDO EN EL MAL PRONÓSTICO O HABER PROPUESTO SÓLO MEDIDAS PALIATIVAS COMO ALTERNATIVA?

¿QUÉ HA INFLUIDO EN LA ACTITUD DEL MÉDICO?

¿ERA LA ANSIEDAD DE LA ENFERMA TAN IMPORTANTE COMO PARA JUSTIFICAR QUE NO SE DIJERA TODA LA VERDAD?

ANTONIA NO HA RESPONDIDO A LA QUIMIOTERAPIA

EL DOLOR AUMENTA Y NO PUEDE ADOPTAR UNA POSICIÓN CÓMODA EN LA CAMA. ES CONSTANTE Y REQUIERE DOSIS CRECIENTES DE MORFINA.

A PESAR DE LOS ANTIEMÉTICOS TIENE MÁS NÁUSEAS.

REQUIERE PARACENTESIS EVACUADORAS CADA DOS DÍAS PARA ALIVIAR LA DISTENSIÓN ABDOMINAL Y LA DISNEA.

LA ALBÚMINA DISMINUYE A PESAR DEL SOPORTE.

PRESENTA UNA TROMBOFLEBITIS DE LA PIERNA DERECHA Y SE LE DA HEPARINA

ESTA INQUIETA, CANSADA Y DISNEICA Y SOLO DUERME SENTADA, PERO ESTÁ CONSCIENTE Y ORIENTADA

ANTONIA SIGUE SIENDO COMPETENTE PARA DAR SU CONSENTIMIENTO, AUNQUE ESTA PARCIALMENTE SEDADA CON BEZODIACEPINAS

UNA MAÑANA HABLA CON SU MÉDICO. TRAS PREGUNTAR SOBRE SU ENFERMEDAD, SE LE DICE QUE SE ESTÁ HACIENDO TODO LO POSIBLE, PERO ELLA PIDE QUE SE PAREN TODOS LOS TRATAMIENTOS

DICE QUE ESTÁ AL FINAL DEL CAMINO Y NO QUIERE IR MÁS ALLÁ. “NO PUEDO SOPORTARLO MÁS. AYUDEME A ESTAR CÓMODA. HÁGAME DORMIR.”

ESTÁ ACOMPAÑADA SIEMPRE POR ROBERTO, QUE HA QUERIDO QUE SU SALUD SE RECUPERE, PERO AHORA COMPARTE SU DECISIÓN AUNQUE ES MUY DOLOROSA PARA ÉL.

PREGUNTA 10

¿ CÓMO PUEDE ACLARARSE ESTA CUESTIÓN?

MANTENER O RETIRAR EL TTO

**EL MANTENER O RETIRAR EL TTO
SUSCITA DOS CUESTIONES:**

RETIRAR EL TTO VS EUTANASIA PASIVA

**CONTROL DEL DOLOR CON UNA SEDACIÓN
DE LA PACIENTE**

**¿QUIERE QUE LA ALIVIEN O DESEA
SER SEDADA?**

LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO

LA PACIENTE TIENE DERECHO A PEDIR EL CESE DEL TRATAMIENTO O A RECHAZARLO COMO CONSECUENCIA DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

LA PACIENTE ES COMPETENTE

EL MÉDICO HA DE RESPETAR SU DECISIÓN

SI NO FUERA COMPETENTE, DEBE CONSIDERARSE SU INTERÉS O SI PREVIAMENTE HA EXPRESADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE SU DESEO

EN ESTE CASO LA QT HA SIDO MÁS PERJUDICIAL QUE BENEFICIOSA

LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO

SE DEFINE COMO EL CESE DE UN TRATAMIENTO QUE ES MÉDICAMENTE FUTIL PARA PROMOVER LA CURA O UN CONTROL DE LA ENFERMEDAD. SE DETIENEN LOS INTENTOS DE PROLONGAR LA VIDA.

LA MUERTE SE PRODUCE POR CAUSAS CONTRA LAS QUE NO PARECE RAZONABLE Luchar. SUPONE NO APLICAR QUIMIOTERAPIA, SOPORTE NUTRICIONAL, O HIDRATACIÓN PARENTERAL.

ESTOS MEDIOS PUEDEN LLAMARSE ORDINARIOS O EXTRAORDINARIOS, PERO ES MEJOR DEFINIRLOS COMO PROPORCIONADOS O DESPROPORCIONADOS

PREGUNTA 11

**¿ ES LA SEDACIÓN UN TRATAMIENTO
ACEPTABLE PARA CONTROLAR LOS
SÍNTOMAS EN UN PACIENTE MORIBUNDO?**

LA SEDACIÓN EN PACIENTES TERMINALES

CUANDO EL CONTROL DE UNA ENFERMEDAD NO PUEDE LOGRARSE O NO PUEDE CURARSE, EL MEDICO TIENE LA RESPONSABILIDAD DE CONTROLAR EL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

CURAR A VECES, ALIVIAR CON FRECUENCIA, CONFORTAR SIEMPRE

EL CONTROL DE SÍNTOMAS ES UN IMPERATIVO MORAL PARA EL MÉDICO, BASADO EN EL PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA

AUNQUE UNOS ADECUADOS CUIDADOS DE SOPORTE PUEDEN ALIVIAR LOS SÍNTOMAS DE MUCHOS PACIENTES (5-52%),ALGUNAS MANIFESTACIONES FÍSICAS O PSICOLÓGICAS NO PUEDEN ELIMINARSE POR COMPLETO

LA SEDACIÓN EN PACIENTES TERMINALES

¿QUÉ SIGNIFICA ALIVIAR EL DOLOR O LOS SÍNTOMAS?

¿IMPLICA SEDAR AL PACIENTE CUANDO LO DEMANDE, COMO EN EL CASO DE ANTONIA?

SI SE HACE ESTO, ¿SIGNIFICA EUTANASIA ACTIVA?

EN CASO DE **SÍNTOMAS REFRACTARIOS**, ES DECIR, QUE NO PUEDEN SER CONTROLADOS ADECUADAMENTE, A PESAR DE LA APLICACIÓN DE ACCIONES ESPECIALIZADAS QUE NO COMPROMETAN LA CONCIENCIA, ¿ES ÉTICO CONSIDERAR LA OPCIÓN DE SEDAR AL PACIENTE ?

LA SEDACIÓN EN PACIENTES TERMINALES

EL TRATAMIENTO APROPIADO ES EL QUE TIENE EN CONSIDERACIÓN:

LOS DESEOS DEL PACIENTE

LOS OBJETIVOS PLANTEADOS Y

LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

CUANDO TODO SE HA HECHO PARA ALIVIAR AL PACIENTE, PERO NO ESTÁ ALIVIADO, LA SEDACIÓN ES UNA ALTERNATIVA VÁLIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO Y CLÍNICO.

LA SEDACIÓN DEBE SER UNA DECISIÓN DEL EQUIPO MULTIDIACIPLINARIO Y NO DEBE HACERSE SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS PERSONAS CERCANAS

PREGUNTA 12

¿ CUÁL ES EL RAZONAMIENTO ÉTICO DE NUESTRA DECISIÓN?

EL PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

EL PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

SE APLICA EN SITUACIONES DONDE HAY UNA DIFERENCIA ENTRE EL EFECTO PERSEGUIDO (**ALIVIAR AL PACIENTE**) Y LAS POSIBLES CONSECUENCIAS NO DESEADAS DE LA MISMA ACCIÓN (**ACCELERAR LA MUERTE**)

PARA QUE SEA ACEPTABLE DEBE CUMPLIR LOS SIGUIENTES REQUERIMIENTOS:

1. EL TTO PROPUESTO DEBE SER BENEFICIOSO O AL MENOS NEUTRAL (**ALIVIAR SÍNTOMAS INTOLERABLES**)
2. EL MÉDICO DEBE INTENTAR SÓLO EL EFECTO BUENO, AUNQUE PUEDE PREVEER LOS EFECTOS INDESEABLES
3. EL EFECTO NO DESEADO NO DEBE SER UN MEDIO PARA PRODUCIR EL EFECTO BENEFICIOSO
4. LOS BUENOS EFECTOS (ALIVIO DE SÍNTOMAS) DEBEN SOBREPASAR LOS EFECTOS NO DESEADOS

EL PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

LA APLICACIÓN DE ESTE PRINCIPIO SE BASA:

**EN LA INTEGRIDAD DE LA PERSONA
EN LA SINCERIDAD DE SU INTENCIÓN**

**ESTO ES CRUCIAL PARA DIFERENCIARLO DE LA
EUTANASIA O DEL SUICIDIO ASISTIDO.**

PREGUNTA 13

**¿ EN QUÉ SE DIFERENCIA LA SEDACIÓN
Y LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO DE
LA EUTANASIA O DEL SUICIDIO ASISTIDO?**

LA EUTANASIA O EL SUICIDIO ASISTIDO SON PRESENTADOS POR ALGUNOS AUTORES COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR INSOPORTABLE Y EL SUFRIMIENTO

UNO PUEDE AYUDAR AL PACIENTE PARA QUE PRODUZCA SU MUERTE (SUICIDIO ASISTIDO)

O ACTUAR UNO MISMO PARA PROVOCAR LA MUERTE POR RAZONES COMPASIVAS (EUTANASIA)

EL CONTROL DEL SUFRIMIENTO SE LOGRA MEDIANTE LA MUERTE DEL QUE SUFRE

ESTO CONTRASTA CON LA SEDACIÓN, AUNQUE EL RESULTADO FINAL SEA EL MISMO.

EN LA SEDACIÓN, NO SE DESEA LA MUERTE, SINO QUE ESTA OCURRE COMO POSIBLE PERO NO PLANEADO.

SE PARA UN TRATAMIENTO QUE YA NO ES EFICAZ Y SE EVITA PROLONGAR LA VIDA POR MEDIOS ARTIFICIALES

NO OBSTANTE HAY SITUACIONES EN LAS QUE SE PRODUCEN DEMANDAS DE EUTANASIA

- DOLOR O SÍNTOMAS REFRACTARIOS
- ANSIEDAD O DEPRESION SEVERA
- DISTRESS EXISTENCIAL PROFUNDO
- DISTRESS PSICOLÓGICO REFRACTARIO
- AGOTAMIENTO FAMILAR SEVERO

69% DE PACIENTES DESEARÍAN LA EUTANASIA SI EL DOLOR NO FUERA CONTROLABLE

PREGUNTA 14

¿ CUÁL ES LA SOLUCIÓN?

¿LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA REQUIERE SIEMPRE LA ELIMINACIÓN DEL QUE SUFRE?

O

¿ES MEJOR ABORDAR CADA COMPONENTE DEL PROBLEMA?

¿EN QUÉ ARGUMENTOS DEBEMOS BASARNOS PARA FUNDAMENTAR NUESTRA ELECCIÓN?

LA EUTANASIA RECONOCE NO SÓLO EL DERECHO A ALIVIAR SU SUFRIMIENTO, SINO TAMBIÉN EL DERECHO A MORIR

ESTO PUEDE DERIVAR DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA, PERO ¿PUEDE UNA PERSONA USAR DELIBERADAMENTE SU LIBERTAD PARA ACABAR CON SU LIBERTAD? ¿QUÉ LIMITES TIENE?

“ELIMINAR AL SUFRIMIENTO SIN ELIMINAR AL QUE SUFRE”

¿CUÁNTO SUFRIMIENTO PUEDE JUSTIFICAR LA EUTANASIA?

LA PROFESIÓN MÉDICA SE HA OPUESTO
TRADICIONALMENTE A LA EUTANASIA

¿QUÉ HACE FALTA PARA CAMBIAR? ¿ES NECESARIO
CAMBIAR?

LA MUERTE NO ES SÓLO UN DERECHO ES ALGO
INEVITABLE

¿TIENE LA MEDICINA LA COMPETENCIA PARA
MANIPULAR EL SIGNIFICADO DE LA VIDA O DE LA
MUERTE, O SÓLO EL DE TRATAR ALGUNAS DE LAS
MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO HUMANO?

SE LE ASEGURA A ANTONIA QUE VA A HACERSE TODO LO NECESARIO PARA SU CONFORT

SE RETIRA LA HEPARINA

SE ADMINISTRA UNA DOSIS ALTA EN INFUSIÓN CONTINUA DE MORFINA, MIDAZOLAM Y HAOPERIDOL

PERMANECE DORMIDA DURANTE DOS DÍAS CON ASPECTO CONFORTABLE, CONSCIENTE, AUNQUE SOÑOLIENTA, HASTA QUE FALLECE DOS DÍAS DESPUÉS.

ROBERTO Y SU HIJO LE ACOMPAÑAN EN PAZ. PIENSAN QUE PUEDEN EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS CON LIBERTAD. QUEDA UNA PUERTA ABIERTA PARA LA COMUNICACIÓN Y LA AYUDA.

LA EUTANASIA O EL SUICIDIO ASISTIDO SON PRESENTADOS POR ALGUNOS AUTORES COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR INSOPORTABLE Y EL SUFRIMIENTO

UNO PUEDE AYUDAR AL PACIENTE PARA QUE PRODUZCA SU MUERTE (SUICIDIO ASISTIDO)

O ACTUAR UNO MISMO PARA PROVOCAR LA MUERTE POR RAZONES COMPASIVAS (EUTANASIA)

EL CONTROL DEL SUFRIMIENTO SE LOGRA MEDIANTE LA MUERTE DEL QUE SUFRE

ESTO CONTRASTA CON LA SEDACIÓN, AUNQUE EL RESULTADO FINAL SEA EL MISMO.

EN LA SEDACIÓN, NO SE DESEA LA MUERTE, SINO QUE ESTA OCURRE COMO POSIBLE PERO NO PLANEADO.

SE PARA UN TRATAMIENTO QUE YA NO ES EFICAZ Y SE EVITA PROLONGAR LA VIDA POR MEDIOS ARTIFICIALES

NO OBSTANTE HAY SITUACIONES EN LAS QUE SE PRODUCEN DEMANDAS DE EUTANASIA

- DOLOR O SÍNTOMAS REFRACTARIOS
- ANSIEDAD O DEPRESION SEVERA
- DISTRESS EXISTENCIAL PROFUNDO
- DISTRESS PSICOLÓGICO REFRACTARIO
- AGOTAMIENTO FAMILAR SEVERO

69% DE PACIENTES DESEARÍAN LA EUTANASIA SI EL DOLOR NO FUERA CONTROLABLE

PREGUNTA 14

¿ CUÁL ES LA SOLUCIÓN?

¿LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA REQUIERE SIEMPRE LA ELIMINACIÓN DEL QUE SUFRE?

O

¿ES MEJOR ABORDAR CADA COMPONENTE DEL PROBLEMA?

¿EN QUÉ ARGUMENTOS DEBEMOS BASARNOS PARA FUNDAMENTAR NUESTRA ELECCIÓN?

LA EUTANASIA RECONOCE NO SÓLO EL DERECHO A ALIVIAR SU SUFRIMIENTO, SINO TAMBIÉN EL DERECHO A MORIR

ESTO PUEDE DERIVAR DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA, PERO ¿PUEDE UNA PERSONA USAR DELIBERADAMENTE SU LIBERTAD PARA ACABAR CON SU LIBERTAD? ¿QUÉ LIMITES TIENE?

“ELIMINAR AL SUFRIMIENTO SIN ELIMINAR AL QUE SUFRE”

¿CUÁNTO SUFRIMIENTO PUEDE JUSTIFICAR LA EUTANASIA?

LA PROFESIÓN MÉDICA SE HA OPUESTO
TRADICIONALMENTE A LA EUTANASIA

¿QUÉ HACE FALTA PARA CAMBIAR? ¿ES NECESARIO
CAMBIAR?

LA MUERTE NO ES SÓLO UN DERECHO, ES ALGO
INEVITABLE

¿TIENE LA MEDICINA LA COMPETENCIA PARA
MANIPULAR EL SIGNIFICADO DE LA VIDA O DE LA
MUERTE, O SÓLO EL DE TRATAR ALGUNAS DE LAS
MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO HUMANO?

**SE LE ASEGURA A ANTONIA QUE VA A HACERSE TODO
LO NECESARIO PARA SU CONFORT**

SE RETIRA LA HEPARINA

**SE ADMINISTRA UNA DOSIS ALTA EN INFUSIÓN CONTINUA DE
MORFINA, MIDAZOLAM Y HAOPERIDOL**

**PERMANECE DORMIDA DURANTE DOS DÍAS CON ASPECTO
CONFORTABLE, CONSCIENTE, AUNQUE SOÑOLIENTA, HASTA
QUE FALLECE DOS DÍAS DESPUÉS.**

**ROBERTO Y SU HIJO LE ACOMPAÑAN EN PAZ. PIENSAN QUE
PUEDEN EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS CON LIBERTAD.
QUEDA UNA PUERTA ABIERTA PARA LA COMUNICACIÓN Y LA
AYUDA.**

CASO 2

MARÍA, UNA PACIENTE DE 54 AÑOS ACUDE REFERIDA A LA UNIDAD DE TRATAMIENTO PALIATIVO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA AYUDARLA A CONTROLAR UN PROBLEMA DE DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS

ACUDIÓ A URGENCIAS LA NOCHE ANTERIOR. SE LE PUSO UNA PERFUSIÓN INTAVENOSA DE LÍQUIDOS Y SE COLOCÓ UNA SONDA NASOGÁSTRICA Y TRATAMIENTO ANALGÉSICO ESTAS MEDIDAS LE HICIERON MEJORAR

SU HISTORIA CLÍNICA INCLUYE UN INGRESO ANTERIOR EN EL HOSPITAL CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE COLON CON METÁSTASIS HEPÁTICAS Y CARCINOMATOSIS PERITONEAL. LA CIRUGÍA SOLO FUE UNA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

UN TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA NO LOGRO MEJORAR A LA PACIENTE.

EL DR. MARTÍNEZ VA CON LA ENFERMERA DE LA UNIDAD, QUE ES MUY EXPERTA EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE PACIENTES TERMINALES, A VER A LA PACIENTE EN LA SALA DE URGENCIAS A MEDIA NOCHE

NUNCA NADIE LE HA DICHO A MARÍA CUAL ES SU ENFERMEDAD, NI EL PRONÓSTICO NI SI SU SITUACIÓN ES GRAVE. DE HECHO SU FAMILIA, QUE LE ACOMPAÑA SIEMPRE, HA HABLADO CON EL EQUIPO SANITARIO FUERA DE LA HABITACIÓN Y **LE HA PEDIDO ESPECÍFICAMENTE QUE NO LE DIGA NADA.** “Le destruirían. Abandonaría su lucha por mejorar. No desaría ya vivir.

¿?

EL DR. MARTÍNEZ A MEDIA NOCHE LE DICE A LA PACIENTE QUE TIENE UNA OCLUSIÓN INTESTINAL Y QUE NECESITA INGRESAR EN EL HOSPITAL PARA RESOLVERLA.

MARÍA NO PREGUNTA NADA. SU FAMILIA NO SE SEPARA DE ELLA EN NINGÚN MOMENTO, INCLUSO DURANTE LA ANAMNESIS Y EL EXAMEN FÍSICO REALIZADO POR EL DR. MARTÍNEZ.

LA ENFERMERA DICE: **“PARECE COMO SI QUISIERAN PROTEGERLA DE NOSOTROS”**

EL EQUIPO DE ATENCIÓN ESTA MUY PREOCUPADO. EL DR. MARTINEZ ESTÁ INDIGNADO. PIENSA QUE LA ACTITUD DE LA FAMILIA NO ES “ETICA”, PORQUE ATENTA CONTRA SU AUTONOMÍA Y SU DERECHO A SABER LA VERDAD Y A PARTICIPAR EN LAS DECISIONES

PREGUNTA 1

**DEFINA LA ÉTICA MÉDICA Y NOMBRE SUS
CUATRO PRINCIPIOS CARDINALES**

LA ÉTICA MÉDICA

ES UNA FORMA DE ÉTICA APLICADA EN LA QUE LAS GUÍAS GENERALES DE ACCIÓN MORAL SE APLICAN PARA RESOLVER LA CUESTIÓN: ¿QUÉ GUÍAS DE ACCIÓN MORAL SON ACEPTABLES Y POR QUÉ RAZON?

JUSTICIA

AUTONOMÍA

NO MALEFICENCIA

BENEFICENCIA

EJEMPLOS

HAY OBLIGACIÓN MORAL A:

DECIR LA VERDAD

TRATAR CON RESPETO Y DIGNIDAD

FIDELIDAD

**NO ACTITUD PREDOMINANTE EN LA
RELACIÓN CON EL PACIENTE**

PREGUNTA 2

¿QUÉ HABILIDADES HAN DE SER ADOPTADAS ESENCIALMENTE EN LA COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE PARA QUE HAYA UN PROCESO DE TOMA DE DECISIONES BIEN FUNDAMENTADO EN LA ÉTICA?

DECÁLOGO DE LA ÉTICA CLÍNICA O ÉTICA DE CABECERA

DECÁLOGO DE LA ÉTICA CLÍNICA

1. CAPTAR Y CONOCER AL PACIENTE COMO PERSONA: SU MODO DE SER, SUS VALORES, EXPECTATIVAS Y DESEOS

2. SER ACCESIBLE A LOS PACIENTES. PREGUNTARLES QUE SABEN DE SU SITUACIÓN Y QUE TIPO DE INFORMACIÓN DESEAN

3. ¿QUÉ OBJETIVOS TIENE EL PACIENTE?. PREGUNTARLES QUE LES GUSTARÍA QUE PASARA O COMO ESPERAN QUE SE LES AYUDE

4. CONOCER LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Y SU SITUACIÓN, OPCIONES DE TRATAMIENTO Y RESULTADOS

DECÁLOGO DE LA ÉTICA CLÍNICA

5. ESTAR SEGURO DE QUE EL PACIENTE TIENE EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE DESEA Y NECESITA PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

6. AYUDAR A LOS PACIENTES A ELEGIR SUS OPCIONES CON OBJETIVIDAD

7. NO PREDECIR O ADELANTAR RESULTADOS QUE SON INCIERTOS. NO SOBRECARGAR AL PACIENTE CON PREOCUPACIONES INNECESARIAS.

8. EQUILIBRAR LA VERDAD CON LA ESPERANZA SUBRAYANDO SIEMPRE LO POSIBLE FRENTE A LO IMPOSIBLE. AYUDAR A ESTABLECER OBJETIVOS ALCANZABLES

DECÁLOGO DE LA ÉTICA CLÍNICA

9. USAR UNA APROXIMACIÓN SIMILAR CON LAS FAMILIAS

10. DISCUTIR LOS ASPECTOS COMPLEJOS CON COMPAÑEROS DEL EQUIPO. CREAR UN FORUM EN EL QUE PUEDAN DISCUTIRSE ESTOS ASPECTOS. DIFERENTES PUNTOS DE VISTA ENRIQUECEN LAS DECISIONES ÉTICAS

PREGUNTA 3

DECIR LA VERDAD ES UNA NORMA BÁSICA DE LA ÉTICA Y DE LA FILOSOFÍA

¿QUE IMPLICACIONES ÉTICAS, CLÍNICAS Y MORALES TIENE EL NO DECIR LA VERDAD?

¿CÓMO PUEDEN INFLUIR LOS VALORES SOCIOCULTURALES EN EL VALOR RELATIVO DE CADA PRINCIPIO Y EN EL CONCEPTO MISMO DE DECIR LA VERDAD?

EL CASO DE MARÍA ILUSTR A EL PROBLEMA DE DIFERENCIAS DE OPINIÓN DE CARA A COMPARTIR CON EL PACIENTE LA VERDAD SOBRE EL DIAGNÓSTICO

HAY UNA CONFRONTACIÓN ENTRE LA FAMILIA Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN SANITARIO

SI MARÍA NO CONOCE EL DIAGNÓSTICO NO PUEDE PARTICIPAR EN LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO Y LAS ACTITUDES A TOMAR

AL NO ESTAR INFORMADA, NO PUEDE EJERCER SU AUTONOMÍA

DECIR LA VERDAD ES UNA NORMA DE NUESTRA SOCIEDAD, BASADA NO SÓLO EN LA PRÁCTICA ÉTICA SINO TAMBIÉN EN LA LEY.

PERO...

LAS NOCIONES DE AUTONOMIA, JUSTICIA, BENEFICIENCIA Y NO MALEFICENCIA PUEDEN TENER SIGNIFICADOS DISTINTOS Y VALORES RELATIVOS EN CULTURAS DIFERENTES

EL EQUIPO DEBE SER CONSCIENTE DEL TRANSFONDO CULTURAL DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

LAS FAMILIAS EN SU DESEO DE PROTEGER A LOS SERES QUERIDOS DEL DOLOR EMOCIONAL PUEDEN PEDIR QUE NO SE LES INFORME: **CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO**, CON MÁS EFECTOS DAÑINOS QUE PROTECTORES

EL SILENCIO IMPIDE AL PACIENTE Y SU FAMILIA COMPARTIR PENSAMIENTOS, SENSACIONES, PREOCUPACIONES Y ESPERANZAS PARA EL FUTURO, ADEMÁS DE DIFICULTAR LA LABOR DEL EQUIPO SANITARIO

EN ESTA SITUACIÓN MARÍA PUEDE SENTIRSE AISLADA Y PUEDE SENTIRSE SOLA O ATERRORIZADA

LA TRISTE IRONÍA CONSISTE EN QUE TODOS LOS PACIENTES SON CONSCIENTES DE SU SITUACIÓN AUNQUE NO SE LES HAYA DICHO ABIERTAMENTE Y QUIZÁ QUISIERAN TENER LA OPORTUNIDAD DE HABLAR DE ELLO

HAY VARIAS **VÍAS PARA ABORDAR LA SITUACIÓN** QUE SURGE EN ESTE CASO.

LA MÁS SENCILLA ES INVOLUCRAR A OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD Y REUNIRSE CON LA FAMILIA PARA COMPRENDER BIEN SUS MOTIVOS Y EXPLICARLES QUE OCULTAR LA VERDAD ES INADECUADO.

¿QUÉ PIENSAS QUE TU MADRE SABE Y COMPRENDE DE SU PROPIA ENFERMEDAD?

SE PUEDE PREGUNTAR A LA PACIENTE: ¿QUÉ SABE O QUÉ LE HAN DICHO SUS MÉDICOS SOBRE SU ENFERMEDAD? O ¿DESEARÍA SABER ALGO MÁS O TENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD?

EL EQUIPO SANITARIO SE REUNE CON LA FAMILIA DE MARÍA PARA DETERMINAR SUS PREOCUPACIONES Y TAMBIÉN SABER LO QUE LA PACIENTE CONOCE Y SI DESEA MÁS INFORMACIÓN, ANTES DE ESTABLECER UN PLAN DE CUIDADOS Y LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y SE PUEDAN TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS

AL ENTRAR EN LA HABITACIÓN ENCONTRAMOS A LA PACIENTE FRÁGIL, CON ICTERICIA FRANCA, TUMBADA EN LA CAMA

LA ENFERMERA SE PRESENTA Y PRESENTA AL MEDICO A MARÍA, QUE COMIENZA A HABLAR CON DELICADEZA DE LOS SÍNTOMAS Y SU CONTROL

LE DICE QUE ESTÁ ALLÍ PARA QUE SE LE AYUDE A TENER CONFORT Y MEJORARLA EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES QUE ESTÁ PASANDO TANTO ELLA COMO SU FAMILIA. DOS HIJAS DE MARÍA ESTÁN SIEMPRE PRESENTES

LA ENFERMERA PREGUNTA SI PUEDE QUEDARSE A SOLAS CON EL DR. MARTÍNEZ Y LA PACIENTE UNOS MINUTOS Y QUE DESPUÉS HABLARÁN CON LA FAMILIA

PARA SORPRESA DEL DR. MARTÍNEZ, LA FAMILIA DICE QUE SE MARCHA A TOMAR UN CAFÉ

MARÍA COMIENZA DICIENDO QUE SU FAMILIA LE AYUDA MUCHO: “SON BUENAS CHICAS” “SON MUY CUIDADOSAS CONMIGO”

LA ENFERMERA LE PREGUNTA POR SU MARIDO. EN ESE MOMENTO, SU MIRADA ES INCOMODA. VIVEN SEPARADOS HACE AÑOS. EL ES ALCOHOLICO Y LE HA INFERIDO MALOS TRATOS. NUNCA HA HABLADO DE ELLO A SUS HIJAS Y HA TRATADO SIEMPRE DE OCULTARLO

COMO PARTE DE SU VALORACIÓN, LA ENFERMERA LE PREGUNTA CUALES SON SUS SENSACIONES A CERCA DE LA ENFERMEDAD

DICE QUE COMPRENDE QUE “ESTOY MUY ENFERMA, AUNQUE NADIE ME LO HA DICHO”. “DESEO QUE ESTO NO SEA MUY LARGO. NO QUIERO QUE MI MARIDO SEPA QUE ESTOY ASI. ¿CUÁNTO TIEMPO ME QUEDA?”.

PREGUNTA 4

DISCUTIR EL MODO DE RESPONDER

¿CÓMO SE PUEDE EMPEZAR A HABLAR DE LOS OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS QUE LA PACIENTE NECESITA?

COMO SE PODÍA HABER PREDICHO, MARIA ES CONSCIENTE DE SU GRAVEDAD Y LE PREOCUPAN MUCHO SUS HIJAS. QUISIERA ESTABLECER UN PUENTE SOBRE EL ABISMO DE SILENCIO QUE HAY ENTRE ELLAS ACERCA DE SU ENFERMEDAD

EN TÉRMINOS DE COMUNICACIÓN HAY VARIAS POSIBILIDADES DE AYUDARLE

PERO ANTES DE CONTESTARLE ES CLAVE EXPLORAR SU PREGUNTA. ¿QUÉ ES LO QUE REALMENTE ESTÁ PREGUNTANDO? ¿QUÉ PENSAMIENTO, MIEDO O PREOCUPACIÓN TIENE CUANDO PREGUNTA “CUANTO VOY A DURAR”?.

EL MÉDICO HA DE SABER QUE EL PRONÓSTICO EN TÉRMINOS NUMÉRICOS ES MUY INCIERTO Y QUE HACER UNA ESTIMACIÓN NO SUELE AYUDAR AL PACIENTE NI A SU FAMILIA?

EL PROCESO DE ESTABLECER LOS OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PUEDE ENMARCAR EL ÁMBITO EN EL QUE LAS DECISIONES DE TRATAMIENTO PUEDEN BENEFICIAR O NO

**LA EXPERIENCIA
DE ENFERMEDAD
DEL PACIENTE:
SÍNTOMAS
SUFRIMIENTO**

**LA ENFERMEDAD
NATURALEZA
ESTADO
OPCIONES TTO
CERCANÍA
DE MUERTE**

**EL PACIENTE
COMO
PERSONA:
DESEOS
PLANES
OBJETIVOS**

**PACIENTE
Y FAMILIA** →

**FORMULAR LOS OBJETIVOS
DE LOS CUIDADOS
GENERALES Y ESPECÍFICOS**

← **EQUIPO
SANITARIO**

**CONSIDERAR LAS OPCIONES
CARGAS VS BENEFICIOS
DESEOS DEL PACIENTE
SON ACORDES A LOS OBJETIVOS**

PLAN DE CUIDADOS

**PROLONGAR
LA VIDA NO ES
LO MÁS
IMPORTANTE**

**PROLONGAR
LA VIDA ES
TODAVÍA UN
OBJETIVO**

**CUIDADOS DE
SOPORTE
NO INICIAR O
PARAR TTOS
FUTILES**

**CUIDADOS DE
SOPORTE
SEGUIR OTROS
TTOS**

**CANTIDAD DE RIESGO
TOLERABLE DE TTOS QUE
PUEDEN ACORTAR LA VIDA**

**NEGOCIAR
SI EL PTE
MEJORA**

**RENEGOCIAR
SI EL PTE
EMPEORA**

**MÁS
TOLERABLE**

**MENOS
TOLERABLE**

PREGUNTA 5

¿QUÉ HARÍA SI EL MARIDO DE MARÍA APARECIERA A PREGUNTAR SOBRE SU ENFERMEDAD?

LA CONFIDENCIALIDAD

LA CONFIDENCIALIDAD ES UN COMPONENTE MUY IMPORTANTE DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y POR ELLO EL MÉDICO NO DEBE HABLAR A OTROS FAMILIARES O AMIGOS SIN EL PERMISO DEL PACIENTE

MARÍA HA EXPRESADO QUE NO DESEA QUE SU MARIDO SEPA DE ELLA Y DE SU ENFERMEDAD, POR ESO SE LE PUEDE PREGUNTAR QUÉ HACER EN CASO DE QUE EL LLAME POR TELÉFONO O VENGA A HABLAR CON EL MÉDICO

MARÍA DEBE CONOCER QUE SI ELLA ESTÁ TODAVÍA CASADA, SU MARIDO SERÁ LA PERSONA CON CAPACIDAD DE DECIDIR LEGALMENTE SOBRE SU CONSENTIMIENTO SI ELLA NO PUEDE HABLAR O RESPONDER

LA BENEFICENCIA PUEDE DICTAR QUE ALGUIEN DEL EQUIPO SANITARIO EXPLORE SI MARÍA DESEA PERDONAR O NORMALIZAR LA RELACIÓN CON SU MARIDO, LO QUE PODRÍA TRAERLE SENSACIÓN DE PAZ Y CONFORT O SI QUIERE DECIR ALGO EN ESPECIAL A SUS HIJAS.

AL VOLVER EL DR MARTINEZ Y LA ENFERMERA A LA SALA DE ESPERA DONDE ESTAN LAS HIJAS DE MARÍA, ENCUENTRAN A ESTAS “A LA DEFENSIVA”. EL MÉDICO RECONOCE LO ÚTIL QUE HA SIDO HABLAR CON SU MADRE Y LO DURA QUE SU ENFERMEDAD HA DEBIDO SER PARA ELLAS.

SUS HIJAS SE SIENTEN RELAJADAS Y EMPIEZAN A LLORAR.

RECONOCEN QUE NO ESTABAN SEGURAS SI SU PROCEDER ERA ADECUADO.

SIENTEN QUE DESEAN HABLAR CON SU MADRE DE SU ENFERMEDAD ABIERTAMENTE

PREGUNTA 6

**DISCUTIR LAS OBLIGACIONES POSITIVAS
MORALES Y PROFESIONALES DEL EQUIPO
SANITARIO DE OFRECER ALIVIO DEL
DOLOR Y SOPORTE PSICOESPIRITUAL A
LAS PERSONAS COMO MARÍA**

ESTA FAMILIA ILUSTR LA SENSACIÓN DE DIFICULTAD Y TRISTEZA QUE ES NATURAL CUANDO VA A MORIR ALGÚN SER QUERIDO

SEGÚN EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA, EL EQUIPO ESTÁ OBLIGADO NO NOLO A ALIVIAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO COMO UN IMPERATIVO MORAL, SINO TAMBIÉN ASISTIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA EN CUALQUIER MODO POSITIVO QUE PERMITA COMPARTIR EL VIAJE HACIA LA MUERTE, PERMITIENDO OPORTUNIDADES DE PERDÓN, RECUERDOS Y CELEBRACIÓN.

LA UNIDAD DE LOS CUIDADOS ES EL PACIENTE MÁS LA FAMILIA

MARÍA QUISIERA IR A CASA A PASAR SUS ÚLTIMOS DÍAS. SUS HIJAS QUIEREN CUIDAR DE ELLA PERO NECESITAN AYUDA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A VECES TAL UNIDAD NO SE ENCUENTRA DISPONIBLE Y HAY QUE DISCUTIR QUE SI DESEA IR A CASA QUIZÁ LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEA ALGO INFERIOR

PREGUNTA 7

**DISCUTIR LAS CUESTIONES ÉTICAS
DERIVADAS DE LAS DECISIONES SOBRE
DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS**

LA DISTRIBUCIÓN ADECUADA Y ÉTICA DE LOS
RECURSOS EN EL SISTEMA DE CUIDADOS
SANITARIOS Y ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y
LA SOCIEDAD PLANTEA CUESTIONES ÉTICAS DE
PRIMER ORDEN

RECURSOS SIGNIFICA: DINERO, PERSONAL,
EXPERIENCIA, TECNOLOGÍA

MODELOS: SOCIEDAD
INSTITUCIÓN
INDIVIDUO

“LOS MORIBUNDOS CONSUMEN DEMASIADOS
RECURSOS”