



AREA DE BIOETICA
Red de Comité Hospitalario de Bioética



Seminario Taller de Actualización en Bioética Clínica 2018

Reunión Mensual de Octubre



**Cuidados Paliativos y
Salud Pública**
Desde una Mirada Interdisciplinar

En el Mes de los Cuidados Paliativos

19 de octubre de 9:30 a 13 Hs.

Secretaría de Graduados de Ciencias de la Salud. Ciudad Universitaria. UNC.

Salón Rojo

Abordaje del paciente con enfermedad crónica y/o oncológica avanzada en domicilio

Lic. Sandra Castro

Lic. en Trabajo Social

Miembro del Equipo del Programa de Cuidados Paliativos del Hospital Privado S.A.

¿ Es posible cuidar a un enfermo en su casa hasta su muerte?

Definición OMS

- El Cuidado Paliativo es un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares,
- frente a problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida,
- a través de la prevención y alivio del sufrimiento,
- mediante la temprana identificación y evaluación precisa del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Cuidados Paliativos

¿De qué nos ocupamos?

Enfermedades progresivas incurables
(Cáncer, enfermedades neurológicas, SIDA, demencias, enfermedades por disfunción progresiva de órganos vitales), en diferentes etapas hasta la Terminalidad.



Síntomas inhabilitantes y distresantes



SUFRIMIENTO

Cuidados Paliativos

¿ Quiénes son nuestros pacientes?

Enfermos oncológicos

Enfermos no oncológicos

- enfermedades neurológicas evolutivas (ELA, esclerosis múltiple, demencias, Parkinson)
- enfermedad cerebrovascular
- neumopatías crónicas
- cardiopatías
- hepatopatías
- insuficiencia renal crónica avanzada
- inmovilidad irreversible
- enfermedades infecciosas de curso crónico (SIDA)
- enfermedades osteoarticulares degenerativas

Los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad.

Entonces, el paciente puede recibir cuidados paliativos cuando:

- * se diagnostica la enfermedad
- * durante todo el tratamiento
- * durante el seguimiento
- * y al final de la vida

El acompañamiento al enfermo en el final de la vida fue tradicionalmente dirigido hacia la muerte, era más importante ocuparse del alma que de los cuidados del cuerpo.

Esta concepción de cuidar del “moribundo” fue dando lugar al cuidar “de la persona en el final de la vida”, esto es, acompañar en vida, dar importancia a todo lo que altere o perturbe la calidad de vida que le resta

El cuidado al enfermo en el final de la vida tiene como cuestión primordial determinar cuál es el tratamiento adecuado en función de sus perspectivas biológicas y de sus circunstancias personales y sociales

El cuidado en el hogar de personas con enfermedades que amenazan la vida contiene, por lo menos, 4 elementos posibles de distinguir:

- * La persona con la enfermedad que amenaza la vida**
- * La(s) persona(s) encargada(s) de llevar adelante las practicas relativas a la atención y el cuidado del enfermo**
- * El equipo tratante**
- * Espacio de provisión de atención y/o cuidados**

Interrogantes del paciente y/o familia

Factores que contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario

- * *Interface hospital-domicilio inadecuada*
- * *Falta de habilidad en manejo de dolor y control de síntomas*
- * *Comunicación inadecuada*
- * *Inadecuado soporte familiar*

Es tarea del equipo de Cuidados Paliativos atender a las necesidades del paciente y su familia, orientándolos y proporcionándoles herramientas útiles, para el afrontamiento de la situación en la que están atravesando.

DILEMAS ETICOS

PRESENTACION DEL CASO

Don Osvaldo, de 78 años de edad, viudo, geriatriizado hace 1 año. 1 hija y 1 hijo fallecido.

Paciente con APP: HTA, IRC en hemodialis (HD) hace mas de 9 años, panvascular, reemplazo de VO, FA cronica. Ex tabaquista importante, con secrecion blanquecina la mayoria de los meses del año desde hace por lo menos 5 años (bronquitis cronica?). Presenta desde hace aproximadamente 1 mes hiporexia, asco a las comidas, nauseas, vomitos y perdida de peso. Internado por este cuadro en sala de hospital, se realiza TAC y colangiorensonancia donde se visualiza imagen compatible con ca de pancreas al que no se puede acceder para bx dado el alto riesgo CV del paciente. Medico de cabecera habla con familia y se decide tratamiento paliativo. Paciente que desconoce dx por pedido de la familia.

Pos alta hospitalaria paciente que ingresa al servicio de Atencion domiciliaria, Programa de Cuidados Paliativos deriado por servicio de Nefrologia.

Paciente vigil, lucido, PS 3-4. astenia, vomitos.

En visita domiciliaria el paciente manifiesta episodios de dolor, preocupacion por inapetencia y situacion actual. Manifiesta deseo de que se informe resultados de estudios en internación, de no seguir viviendo asi y de suspender HD como modo de terminar su sufrimiento.

El paciente expresaba que estaba cansado de su situación, con ganas de que “esto acabase pronto”, sin una petición expresa de eutanasia. Su familia estaban muy impactados por estas expresiones, intentando evitar que hablara sobre ello. Tras recibir tratamiento sintomático (morfina, esteroides..) y apoyo emocional, se produjo una mejoría de su estado. Area medica y psicosocial habla con familia para acordar estrategia a seguir por demanda del paciente de recibir informacion.

En última sesión de hemodiálisis (la cual el paciente asistía 3 veces por semana) fue muy mal tolerada, con hipotensión y taquicardia. Servido de nefrología planteó a la hija del paciente suspender sesiones de HD y comentarlo con el paciente, a lo que se opusieron radicalmente, pese a que el paciente les manifestó deseo de no sufrir mas (traslado a HD, largas horas fuera del domicilio, sesiones).

Se trata de un paciente con un cáncer de pancreas en situación muy avanzada, que presenta un deterioro general muy importante, con síntomas complejos. Paciente con deseos de no asistir a sesiones de HD. El equipo conjuntamente con servicio de nefrología considera que la diálisis ya no aporta ningún beneficio, pero la familia, muy impactada, se niega a la retirada de la misma. Área medica, psicosocial del equipo de atención domiciliaria (EAD) discute caso en equipo. Luego de 35 días de atención por equipo de atención paliativa el paciente fallece en domicilio.

PROBLEMA 1

Conspiración o cerco de silencio

Valores en conflicto

Al médico se le plantea un conflicto entre respetar el valor verdad y comunicar al paciente el diagnóstico, o respetar deseo de los familiares de no informar al paciente diagnóstico y evitarle el sufrimiento que pueda derivarse de la información. Los valores en conflicto, son los siguientes:

- De una parte, el valor de la veracidad.
- De otra, el no hacer mal al paciente con la información, como manifiesta la hija que va a suceder caso de comunicarle el diagnóstico.

PROBLEMA 2

Suspension de HD

La retirada de medidas de soporte vital se incluye, al igual que la no iniciación, dentro de la limitación del esfuerzo terapéutico. Sin embargo, suele resultar más problemática para los profesionales y los familiares. Probablemente, la impresión de tener una influencia directa en la evolución fatal contribuya a estas dificultades. A ello se añade, en el caso de los enfermos competentes, la complejidad de la comunicación, sobre todo, si su conocimiento de la situación es insuficiente.

Valores en conflicto

Ante la situación clínica del paciente y sus repetidas manifestaciones, el equipo piensa que debe suspenderse la diálisis. Eso no le plantea un conflicto de valores ni, por tanto, un problema ético. El problema surge cuando la familia no está de acuerdo de suspender diálisis. Los valores en conflicto son los siguientes:

- De una parte, respetar la petición de los familiares y continuar con la diálisis.
- De otra, optar por el confort de la paciente, sin atender a los ruegos de la familia.

Muchas gracias.

Bibliografía:

- Medicina Paliativa en la cultura Latina, Gómez Sancho.
- Te voy a acompañar hasta el final. Vilma Tripodoro
- Morir en casa. Natalia Luxardo.