

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

PRIMERA UNIDAD

**TITULO DEL TRABAJO: RESUMEN “FILOSOFIA Y
CONSIDERACIONES ETICAS”**

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DEL ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN

FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES ETICAS.

La medicina paliativa no solo abarca al cuidado del paciente en sus últimas etapas de vida, sino que también existe una interacción a sus familiares para apoyarles en esta etapa difícil, es un equipo multiprofesional que actúa cuando ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta.

La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta, que esto está relacionado cuando no existe tratamiento y los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como, por ejemplo, analgésicos y antieméticos. La medicina paliativa es muy amplia y no solo abarca el estar con los pacientes en sus últimos momentos de vida, sino que abarca también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales. Los objetivos en estos cuidados específicos es aliviar el dolor y otros síntomas relacionado, también es importante que el paciente pueda reconocer el problema y que no existe tratamiento para curarlo, debe prepararse para los momentos difíciles que han de llegar, por eso es muy importante la intervención psicológica para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible.

La Organización Mundial de la Salud, tiene definida a los cuidados paliativos como:

Los cuidados paliativos:

Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo; utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado, mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad. (OMS, 2019)

Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejores complicaciones clínicas angustiosas.

Se debe ayudar al paciente a manejar esta situación y promover opciones para que tenga una vida más tranquila y que la pueda disfrutar de la manera correcta promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima. La familia es importante en el paciente y se debe trabajar con ellos, brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el período de duelo.

La Medicina Paliativa afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte. No está dominada por la “tiranía de la curación”, y se opone también firmemente a la eutanasia.

Gran parte de la inspiración y de la visión de la creación de la medicina paliativa, fue en Londres donde Dame Cicely Saunders que fue fundador del Hospicio St. Christopher en el año de 1967, que hospicio significaba “lugar de reposo para viajeros o peregrinos y esta palabra sobrevivió en los conventuales y asilos. Dame Cicely trajo ese nombre porque quería proveer un tipo de atención que combinara con habilidades de reposada y el calor de un hogar.

En un hospicio, el centro de interés se desplaza desde la enfermedad hacia el paciente y su familia; desde el proceso patológico, hacia la persona.

Los pacientes con enfermedades terminales necesitan mayor atención que otros pacientes, así que la medicina paliativa ofrece un cuidado terminal intensivo, que esto requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto ante estas situaciones, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible, que consume mucho tiempo.

La Medicina Paliativa es distinta de la geriatría y a la atención de pacientes crónicos, dos especialidades con las que frecuentemente se la compara:

“Contiene muchas de las gratificaciones de la cirugía, pues opera en el contexto de intervención de crisis; de la medicina interna, pues invita a la fina titulación de los esquemas terapéuticos para síntomas molestos; de la psiquiatría, pues trata con ansiosos, deprimidos y deudos”

La medicina paliativa fue desarrollada con la medicina moderna, tuvo una aparición importante la filósofa polaca y escritora Halina Bortnowska ha contrastado el ethos de la curación con el ethos de la atención. Esta escritora define ethos como “una constelación de valores sostenidos por la gente” El ethos incluye virtudes militares del combate, como no darse por vencido y perseverancia y en cambio el ethos de la atención, tiene un valor central la dignidad humana, enfatizando la solidaridad entre el paciente y los profesionales de la salud, una actitud que resulta en una “compasión efectiva”

El origen de los hospicios remonta en la Fabiola, matrona romana que en el siglo IV se abrió una casa para los cuidados de gente necesitada y practicando las obras de misericordia, y que función es alimentar a los hambrientos, visitar a los enfermos y prisioneros. En ese tiempo, la palabra “hospicio” significaba tanto anfitrión, como huésped; “hospitium” incluía tanto el lugar donde se daba hospitalidad, y más tarde la iglesia procuro llevar acabo el cuidado de los pobres y de los enfermos, que estos hechos continuaron hasta la edad media.

En Gran Bretaña hubo una disolución abrupta de este término en el siglo XVI. Ninguno de los primitivos hospicios siguió en atender a los moribundos, pero ellos invitaban a la gente a quedarse mientras necesitara ayuda, incluyendo así a los moribundos.

En los Estados Unidos, la atención de salud se basa mayoritariamente en empresas aseguradoras, existiendo un considerable desincentivo económico tanto para los médicos como para los hospitales, ya que inicialmente la atención en hospicios no era cubierta por los seguros. Esto significaba que ofrecer cuidados paliativos a un paciente suponía una pérdida de ingresos para los médicos y para los hospitales cuando el paciente necesitaba ser internado

Los moribundos tuvieron su primer hospicio en Lyon en 1842, Madame Jeanne Garnier abrió lo que ella llamó un hospicio y un calvario, continuó abriendo más. Su fundadora, la Madre Mary Aikenhead, había abierto anteriormente un hospicio para moribundos en Dublín en 1879. En ese período abrieron otros hogares, como el hospicio St. Columba, en 1885, el Hostal de Dios, en 1892, y el St. Luke's Home para pobres moribundos, en 1893.

Desde mediados de los 80, otro lobby poderoso para la Medicina Paliativa ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS). Bajo el visionario liderazgo del Dr. Jan Stjernsward, la Unidad de Cáncer de la OMS ha llevado a cabo una campaña estimulando a los países a desarrollar programas exhaustivos de control del cáncer, que incluyen

- Prevención
- Detección precoz y tratamiento curativo
- Alivio del dolor y Cuidados Paliativos

El St. Luke's Home fue el único fundado por un médico, el Dr. Howard Barret. Y este hogar es muy similar a los hospicios modernos porque se encuentra lleno de un interés particular y personal por los pacientes. En 1911 Douglas Macmillan, un empleado civil, fundó la National Society for Cancer Relief, hizo donaciones económicas a familias de pacientes cancerosos moribundos en sus casas, permitiéndoles acceder a ciertas medidas de confort extra como frazadas, calefactores y comida. Dr. Saunders se convirtió en la primera doctora de tiempo completo que trabajó en el hospicio St. Joseph, introdujo los analgésicos orales a horarios en vez del uso de inyecciones a demanda. El hospicio St. Christopher se abrió en 1967, al sur de Londres, con 54 camas y acomodación adicional para 16 personas ancianas frágiles.

Los doctores de las academias médicas que se hacían miembros de Solidaridad eran removidos de sus cargos y obligados a trabajar en hospitales estatales de menor prestigio. En Gdansk, cuna de Solidaridad, muchos de estos doctores

decidieron desarrollar un programa de hospicios bajo la protección de la Iglesia Católica, como una forma de manifestar su oposición al gobierno.

En éstas y en otras organizaciones voluntarias similares el médico desempeñaba la mayoría de los roles. De este modo, los médicos paliativistas polacos eran originalmente algo así como una combinación entre un médico general sustituto y una enfermera especializada en cuidados paliativos. En la actualidad existen en Polonia muchos grupos de paliativos y algunos servicios de internación hospitalaria. Sin embargo, para los médicos se trata aún de un servicio voluntario en la mayoría de los casos, debiendo ganar su sustento mediante su especialidad básica y trabajando horas extraordinarias en los hospicios

Desde mediados de 1980 se han establecido varios hospicios para niños. El primero de ellos fue la Helen House, situada en el terreno de un convento de Oxford y que se construyó con la ayuda de la hermana dominica que era la adre Superiora de la Orden, los hospicios de niños eran muy diferentes a los de adultos y generalmente tienen sólo ocho camas y mayores facilidades para los miembros de la familia, y la mayoría de los descansos están destinadas a conceder un descanso a la familia y en intervalos regulares de cada 2 a 3 meses, durante algunos o incluso muchos años.

La Asociación de Medicina Paliativa de Gran Bretaña e Irlanda se formó en 1985 y dos años más tarde el Reino Unido se convirtió en el primer país en reconocer la Medicina Paliativa como especialidad médica. La atención en hospicios no era cubierta por los seguros y esto significaba que ofrecer cuidados paliativos a un paciente suponía una pérdida de ingresos para los médicos y para los hospitales cuando el paciente necesitaba ser internado. Los cuidados paliativos son por ley un componente de los programas de las aseguradoras de salud, las antiguas actitudes y prejuicios aún persisten.

En algunos países la Medicina Paliativa es, en mayor o menor grado, una copia del modelo británico (p. ej. Canadá, Australia, Nueva Zelandia); en otros, refleja más el modelo americano y polaco.

En la práctica, la mayoría de los pacientes tratados en hospicios o por equipos de cuidados paliativos tiene cáncer. La Medicina Paliativa es parte de un enfoque global para el control del cáncer. El tratamiento curativo mediante cirugía, radioterapia y/o quimioterapia frecuentemente tiene que ser agresivo (“radical”) si se quiere que sea exitoso. Este tipo de tratamiento se justifica solamente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el visionario liderazgo del Dr. Jan Stjernsward, la Unidad de Cáncer de la OMS ha llevado a cabo una campaña estimulando a los países a desarrollar programas exhaustivos de control del cáncer, que incluyen la prevención, detección precoz y tratamiento curativo y alivio del dolor y Cuidados Paliativos.

La mayoría de los pacientes tratados en hospicios o por equipos de cuidados paliativos tiene cáncer. La Medicina Paliativa es parte de un enfoque global para el control del cáncer, y el tratamiento curativo mediante cirugía, radioterapia y/o quimioterapia frecuentemente tiene que ser agresivo. La decisión de limitar la terapia curativa y ofrecer cuidados paliativos es una decisión crucial, los intentos por curar lo incurable no van en el mejor interés del paciente que realmente necesita cuidados paliativos. el tratamiento anti-canceroso no radical (llamado tratamiento paliativo) no debería ofrecerse a menos que exista una posibilidad real de que las cargas físicas, psicológicas y financieras del tratamiento sean sobrepasadas por los potenciales beneficios que ella ofrece al paciente.

Aquellos que visitan un hospicio por primera vez frecuentemente comentan que no es el lugar oscuro y deprimente como ellos imaginaban si no que encuentran un lugar que irradia vida e incluso alegría. Es un descubrimiento que resulta extraño porque hace referencia que vida y alegría en medio de la muerte y la angustia. Sin embargo, es quizás precisamente en esta paradoja donde reside el “secreto” de la Medicina Paliativa

El cemento que mantiene unidos los distintos componentes de la casa está dado por la esperanza, la apertura y la honestidad. Cuidar de los moribundos no es fácil. Un médico lo describió como “extremadamente doloroso pero muy recompensante”. Es difícil, pero, paradójicamente, con frecuencia tiene una nota positiva, no sólo para los profesionales de la salud.

Después de la muerte de su mujer, un periodista escribió lo siguiente:

“Por supuesto que un cáncer terminal es inefablemente horrible. Este aspecto no necesita ser enfatizado. Sin embargo, la bendición que es corolario de ese horror resulta más difícil de imaginar... Yo creo que mi esposa supo más de nuestro amor y nosotros más del suyo durante esos meses espantosos, que en cualquier otro tiempo... El sufrimiento de una enfermedad larga y terminal no es un desperdicio. Nada que pueda crear esa ternura puede ser un desperdicio. Como destructor, al cáncer no le gana nadie. Pero también es un sanador; un agente de sanación”

El desafío que enfrentan los médicos en relación a la Medicina Paliativa es la cuestión acerca de la veracidad con los pacientes terminalmente enfermos. La reticencia a compartir con los pacientes la verdad acerca de su condición se origina, en última instancia, en el miedo que tiene el propio médico a la muerte y en las presiones culturales asociadas.

Como ya se ha dicho, en muchas unidades de cuidados paliativos alrededor del 50% de los pacientes admitidos por primera vez son dados de alta hacia su casa con sus familiares. Ello muestra que el objetivo de los cuidados paliativos de proveer un sistema de soporte que ayude a los pacientes a vivir lo más activa y creativamente posible hasta la muerte, no es un sentimiento vacío. El concepto de que se puede vivir con cáncer hasta que sobrevenga la muerte es aún extraño para muchos de los pacientes y sus familiares, pero también lo es para muchos médicos y enfermeras. El cáncer es un espectro de alteraciones e incluso cuando es curable las tasas de progresión pueden variar. No obstante, no todas las unidades de cuidados paliativos adoptan un enfoque rehabilitador en el cuidado de los pacientes. Algunas asumen un enfoque sobreprotector,

tendiendo a mantener hospitalizaciones más prolongadas y menos altas. En otras, en cambio, se fomenta la independencia de los pacientes. En el mejor de los casos, la Medicina Paliativa estimula a los pacientes a ser creativos, restaurando o mejorando así su autoestima. El énfasis en “hacer” en vez de “ser atendido” ayuda a los pacientes a vivir y a morir como personas. En muchos casos, un estímulo amable e imaginativo es todo lo que se necesita para que un paciente inicie una actividad que lo lleve a un sentimiento de mayor bienestar. Consecuente con ello, algunas unidades de cuidados paliativos estimulan la creatividad a través de la escritura de poemas y del arte en general

El primer desafío ético es el equiparse a sí mismos de buenas habilidades de comunicación y de sensibilidad. La conciencia de esta necesidad ha ido creciendo, pero la carencia global de entrenamiento en este campo es algo aún muy difundido. Los médicos tienen una responsabilidad dual de preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Pero hacia el final de la vida el alivio del sufrimiento adquiere una importancia mayor en la medida en que la preservación de la vida se hace progresivamente imposible. El arte de la medicina es decidir cuándo el soporte vital es inútil y por tanto, cuándo se debe permitir que sobrevenga la muerte sin mayores impedimentos.

De este modo el tratamiento es apropiado para un paciente agudamente enfermo y puede no ser apropiado para un moribundo y no es si “tratar o no tratar”, sino “cuál es el tratamiento más apropiado”, de acuerdo a las perspectivas biológicas del paciente y a sus circunstancias personales y sociales. El término “eutanasia indirecta” ha sido usado para describir la administración de morfina a pacientes cancerosos con dolor y es incorrecto dar una droga para disminuir el dolor y su función sería acortar la vida por el uso de morfina o drogas relacionadas constituye un riesgo aceptable en estas circunstancias. Por otros lados los pacientes que existe evidencia circunstancial de que aquellos pacientes cuyo dolor ha sido aliviado viven más que aquellos cuya nutrición y reposo siguen siendo interferidos por un dolor persistente. (Twycross, 2000)

En la nutrición el personal de los hospicios generalmente opina que la deshidratación puede ser beneficiosa, mientras que la hidratación puede ser incluso perjudicial. Se afirma que con la deshidratación el volumen urinario disminuye, existiendo menos necesidad de orinar o cateterizar la vía urinaria y menos episodios de “cama mojada”.

La disminución de las secreciones gastrointestinales resulta en menos episodios de vómitos en pacientes con obstrucción intestinal. El dolor también puede disminuir a causa de una reducción del edema que rodea las masas tumorales. La hidratación endovenosa también tiene efectos psicosociales negativos, pues la infusión actúa como una barrera entre el paciente y su familia, se angustia cuando los pacientes próximos a la muerte disminuyen drásticamente su ingesta oral.

La sequedad oral es común en los pacientes con cáncer y no se relaciona sólo con la deshidratación, sino también con otras causas como las drogas, las infecciones orales, la radioterapia local, la oxigenoterapia y la respiración bucal, que puede ser aliviada en gran medida por una higiene oral cuidadosa y con la administración de 1 - 2 ml. de agua mediante una pipeta o jeringa en la cavidad oral cada 30 a 60 minutos.

Los cuidados paliativos a un paciente suponían una pérdida de ingresos para los médicos y para los hospitales cuando el paciente necesitaba ser internado. A pesar de que en la actualidad los cuidados paliativos son por ley un componente de los programas de las aseguradoras de salud, las antiguas actitudes y prejuicios aún persisten. Parte de la reticencia de los médicos americanos para aceptar la Medicina Paliativa parece venir de la reticencia que tiene la American Medical Association a reconocer los logros realizados por el movimiento hospice en Estados Unidos durante los últimos 20 años. En la actualidad, cerca de 2000 hospicios están afiliados a la American National Hospice Organization

El potencial máximo de un paciente sólo se alcanzará si se alivian los síntomas molestos y si un médico dedicado lo anima amablemente. Como ya se ha dicho, en muchas unidades de cuidados paliativos alrededor del 50% de los pacientes admitidos por primera vez son dados de alta hacia su casa con sus familiares. no

todas las unidades de cuidados paliativos adoptan un enfoque rehabilitador en el cuidado de los pacientes. Algunas asumen un enfoque sobreprotector, tendiendo a mantener hospitalizaciones más prolongadas y menos altas

Crear metas realistas con los pacientes es una forma de restablecer y mantener su esperanza, la comunicación de verdades dolorosas no tiene por qué ser equivalente a destruir la esperanza, la esperanza de la recuperación puede ser reemplazada por una esperanza alternativa. En las crisis todos necesitamos compañía porque al morir necesitamos una compañía que pueda explicarnos por qué tenemos dolor, dificultad para respirar, constipación, debilidad. El trabajo en equipo es un componente esencial de la Medicina Paliativa, implica coordinación de esfuerzos; facilita la identificación de los recursos disponibles y evita la duplicación estéril.

Tener una meta común unifica que pueda ser fácil coincidir en el objetivo general de alcanzar la mejor calidad de vida posible para la persona moribunda, el consenso acerca de lo que constituye una buena calidad de vida es más difícil de alcanzar. No obstante, una ventaja del trabajo en equipo es que la situación del paciente puede ser percibida de un modo más global que lo que generalmente ocurre en el caso de profesionales aislados

Bibliografía

OMS. (2019). Medicina Paliativa.

Twycross, R. (2000). *MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y*.