

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TEMA: RESUMEN MEDICINA PALIATIVA "FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES TICAS

UNIDAD: PRIMERA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 29-AGOSTO-2020

INTRODUCCIÓN

Como seres humanos estamos regidos por un sistema de normas y reglas de conducta en relación con la sociedad y entre sí, y en medicina no es la excepción, todas las ramas afines a esta deben tener un código ético que se debe seguir para que la práctica médica pueda realizarse de manera correcta, en el presente resumen hablaremos sobre la medicina paliativa “Su filosofía y consideraciones éticas”.

La Medicina Paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad 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. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos. Sin embargo, la Medicina Paliativa es mucho más amplia y profunda que la mera “sintomatología”.

El término implica un enfoque holístico que considera no sólo las molestias físicas, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales.

Sus principales objetivos son:

- Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos que presentan los pacientes
- Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima
- 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.

FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

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. La palabra sobrevivió en conexión con hospitales conventuales o asilos. A Dame Cicely le atrajo este nombre pues quería proveer un tipo de atención que combinara las habilidades de un hospital con la hospitalidad 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 frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable. Así, la Medicina Paliativa ofrece un “cuidado terminal intensivo”. Requiere de habilidades profesionales de alto nivel y de un cuidado experto, individualizado para cada paciente, atento a los detalles y sensible, que consume mucho tiempo.

La Medicina Paliativa busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo. A pesar de haber sido descrita como “de baja tecnología y alto contacto”, la Medicina Paliativa no se opone intrínsecamente a la tecnología de la medicina moderna, pero busca asegurar que sea el amor y no la ciencia la fuerza que oriente la atención al paciente. Las investigaciones y los tratamientos de alta tecnología sólo se utilizan cuando sus beneficios superan claramente las posibles cargas. La Medicina Paliativa es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: “curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS)

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.

ESTRATEGIA GENERAL

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

- Cuando la curación es posible
- Cuando hay una posibilidad realista de prolongar la sobrevida
- En ensayos clínicos sobre un método de tratamiento nuevo, potencialmente efectivo.

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.

Incluso, 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.

Desde el punto de vista del paciente, prolongar la vida por unas semanas o meses, generalmente no es una justificación adecuada para iniciar una terapia cuyo costo será una calidad de vida marcadamente reducida durante la mayor parte del tiempo extra, a causa de los efectos adversos o de la ruina económica inducida por los gastos incurridos.

ÉTICA DE LA MEDICINA PALIATIVA

Quizás el mayor 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.

Aún se afirma con frecuencia que decirle al paciente que está terminalmente enfermo destruirá su esperanza y lo llevará irreversiblemente a la desesperación y a la depresión.

En realidad, con frecuencia ocurre lo contrario: son la mentira y la evasión lo que aísla a los pacientes tras un muro de palabras o de silencio, que les impide acceder al efecto terapéutico que tiene el compartir sus miedos, sus angustias y sus otras preocupaciones.

a) Tratamiento apropiado

Los médicos tienen una responsabilidad dual, a saber: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, 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. Parte del arte de la medicina es decidir cuándo el soporte vital es esencialmente inútil y, por tanto, cuándo se debe permitir que sobrevenga la muerte sin mayores impedimentos.

De este modo, la pregunta 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 tratamiento que es apropiado para un paciente agudamente enfermo puede no ser apropiado para un moribundo.

b) Oposición a la eutanasia

La oposición casi unánime de los médicos y enfermeras paliativistas al suicidio médicamente asistido y a la eutanasia, nace de la observación de la realidad de innumerables pacientes moribundos. En vez de atenuar las actitudes hacia esas opciones, esta observación parece endurecer el antagonismo.

El término “eutanasia indirecta” ha sido usado para describir la administración de morfina a pacientes cancerosos con dolor. Esto es incorrecto; dar una droga para disminuir el dolor no puede ser equiparado a dar deliberadamente una sobredosis de ella para terminar con una vida.

c) Nutrición e hidratación

Cuando el paciente se aproxima a la muerte, la ingesta de comida y fluidos generalmente disminuye. Es en este punto cuando surge la pregunta acerca de la administración de fluidos por medios artificiales. La opinión tradicional de los hospicios es que cuando el interés por la comida y los fluidos se hace mínimo, un paciente terminal no debería ser forzado a recibirlos.

Sin embargo, muchos pacientes moribundos reciben automáticamente fluidos endovenosos cuando no son capaces de mantener un balance hídrico normal. La principal razón de ello es que parece existir la creencia que la deshidratación causaría angustia en una persona cercana a la muerte.

La hidratación endovenosa también tiene efectos psicosociales negativos, pues la infusión actúa como una barrera entre el paciente y su familia. Es más difícil abrazar al cónyuge que está conectado a un tubo plástico, y los médicos y enfermeras tienden a distraerse de los aspectos más humanos de la atención por controlar el balance de fluidos y la química sanguínea.

Por otro lado hay quienes afirman que la administración de fluidos por vía hipodérmica (500-1500 ml/24hrs.) evita muchas de las objeciones que se hacen a los otros métodos de hidratación. Sin embargo, hasta la fecha no hay evidencia de que la rehidratación logre que los pacientes estén generalmente más confortables.

REHABILITACIÓN

Muchos de los pacientes terminales están restringidos innecesariamente, con frecuencia por parte de sus mismos familiares, incluso aunque sean capaces de un mayor grado de actividad e independencia. El potencial máximo de un paciente

sólo se alcanzará si se alivian los síntomas molestos y si un médico dedicado lo anima amablemente.

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.

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.

ACOMPANAMIENTO CALIFICADO

En las crisis todos necesitamos compañía. Al morir necesitamos una compañía que pueda explicarnos por qué tenemos dolor, dificultad para respirar, constipación, debilidad, etc.; alguien que pueda explicarnos en términos simples lo que está sucediendo.

La explicación es clave en la terapia, pues reduce psicológicamente la magnitud de la enfermedad y de los síntomas. La situación deja de estar rodeada de un total misterio cuando hay alguien que puede explicar lo que está pasando. Eso es tranquilizador.

HACIA UNA ATENCIÓN TOTALMENTE PERSONALIZADA

El alivio del dolor y de los otros síntomas angustiosos es considerado, con razón, el fin primario de la Medicina Paliativa. Allí donde se ha introducido la Medicina Paliativa, la expertise en el manejo de los síntomas ha significado que los pacientes puedan esperar estar prácticamente libres de dolor. Es necesario ofrecer una atención totalmente personalizada. El equipo debe procurar ayudar a que el paciente dé lo mejor de sí, según su personalidad, su familia, su cultura, sus creencias, su edad, su enfermedad, sus síntomas, sus ansiedades y sus temores. Es necesaria la flexibilidad; hay que saber encontrar a los pacientes allí donde se encuentran social, cultural, psicológica, espiritual y físicamente. No existe algo así como el paciente moribundo típico.

ASPECTOS ESPIRITUALES DEL CUIDADO

El trabajo con los moribundos exige fe en la vida. Esto es verdad tanto si ella se expresa como si no. Se estima que la vida tiene un sentido y un propósito aun durante una enfermedad terminal. Esta convicción se manifiesta más en las actitudes y acciones que en las palabras; más en el modo de responder a los moribundos y cuidar de ellos, que en lo que decimos. Lo “espiritual” abarca la esencia de lo que significa ser humano; incluye aquellas experiencias de la vida humana que trascienden los fenómenos sensibles. Con frecuencia estas experiencias dan origen a reflexiones teológicas, respuestas religiosas y creencias éticas. Muchas de las características de la “casa de los hospicios” se relacionan con la dimensión espiritual del hombre: aceptación, afirmación, belleza, creatividad. Aquellos que se acercan al final de su vida a menudo tienen necesidad de perdón y de reconciliación; de restablecer “buenas relaciones”.

TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo es un componente esencial de la Medicina Paliativa. Trabajo en equipo significa práctica integrada. El trabajo en equipo implica coordinación de esfuerzos; facilita la identificación de los recursos disponibles y evita la duplicación estéril. En Medicina Paliativa, el núcleo del equipo generalmente está dado por una enfermera, un médico, una asistente social y un clérigo. La “difuminación de los roles” es una característica inevitable del trabajo en equipo; también lo es el conflicto y la necesidad de manejarlo en forma constructiva y creativa. Tener una meta común unifica. Pero aunque 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.

BIBLIOGRAFIA

Dr. Robert Twycross. (2000). MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS. Acta Bioethica, 1, 20.