

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.**

**PRIMERA UNIDAD.**

**TEMA: MEDICINA PALIATIVA FILOSOFIA Y  
CONSIDERACIONES ETICAS.**

**DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.**

**ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.**

## **MEDICINA PALIATIVA 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.

Cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son “tapados” o “cubiertos” con tratamientos específicos, como por ejemplo, analgésicos y antieméticos.

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

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

Busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo.

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. Desde mediados de los 80, otro lobby poderoso para la Medicina Paliativa ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **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.

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.

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.**

La ética de la Medicina Paliativa es, por supuesto, la misma que la de la medicina en general. 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.

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.

Un médico no está obligado ni legal ni éticamente a preservar la vida “a toda costa”.

La vida debe ser sostenida cuando desde el punto de vista biológico es sostenible.

Las prioridades cambian cuando un paciente está claramente muriendo; no hay obligación de emplear tratamientos cuando su utilización puede ser descrita en el mejor de los casos como una prolongación del proceso de morir.

Un médico no tiene ni el deber ni el derecho de prescribir la prolongación de la muerte.

A pesar de que la posibilidad de una mejoría inesperada o una recuperación no deben ser ignoradas, hay muchas ocasiones en las que es apropiado “darle una oportunidad a la muerte”.

No obstante, muchos médicos encuentran extremadamente difícil cambiar de un modus operandi orientado a la curación a uno centrado en las medidas de confort.

### **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.

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.

Acortar marginalmente la vida por el uso de morfina o drogas relacionadas constituye un riesgo aceptable en estas circunstancias (principio del doble efecto).

Sin embargo, cuando son usadas correctamente estas drogas son mucho más seguras de lo que comúnmente se supone.

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.

De hecho, comer y beber puede no ser relevante para un paciente en esas circunstancias, en que la atención está volcada hacia el interior o hacia el “más allá”.

Sin embargo, muchos pacientes moribundos reciben automáticamente fluidos endovenosos cuando no son capaces de mantener un balance hídrico normal.

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.

Con frecuencia, la familia se angustia cuando los pacientes próximos a la muerte disminuyen drásticamente su ingesta oral.

Hay que establecer, entonces, cuáles son sus sentimientos hacia la terapia endovenosa y el significado que le atribuyen, para explicarles la racionalidad de discontinuar esa terapia.

La decisión acerca de la conveniencia de rehidratar debe centrarse más en el confort del paciente que en el objetivo de proveer una óptima nutrición e hidratación. Entre las indicaciones para rehidratar estaría que el paciente sienta sequedad de boca a pesar de un buen cuidado 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.

Por otro lado, la sequedad de boca 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.

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.

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.

## **Esperanza.**

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.

Cuando queda poco que esperar, aún se puede esperar no ser dejado solo a la hora de morir, y morir en paz.

## **Acompañamiento calificado.**

El acompañamiento de profesionales calificados a aquellos que están muriendo.

En las crisis todos necesitamos compañía.

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

Es necesario aprender a “escuchar activamente” para facilitar la expresión de las emociones negativas y de los temores.

Una forma de abrir la puerta a las preocupaciones no expresadas del paciente es plantear preguntas abiertas, como por ejemplo: “¿cómo está hoy?”, “¿cómo ha estado desde la última vez que nos vimos?”, “¿cómo ha reaccionado su familia ante la enfermedad?”.

El alivio del dolor y de los otros síntomas angustiosos es considerado, con razón, el fin primario de la Medicina Paliativa.

## **Hacia una atención totalmente personalizada.**

La expertise en el manejo de los síntomas ha significado que los pacientes puedan esperar estar prácticamente libres de dolor.

También se puede esperar un alto grado de alivio de muchos otros síntomas.

Sin embargo, al no estar distraídos y agotados por un dolor no aliviado, los pacientes pueden experimentar mayor angustia emocional y espiritual cuando contemplan la proximidad de su muerte.

Son pocos los que hacen esto con equilibrio; la mayoría se defiende a sí mismos psicológicamente de diversas formas; y algunos se ven sobrepasados por la angustia, la rabia o el miedo a lo que les está pasando.

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.

### **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.

La gente se cuestiona; y las criaturas que se cuestionan, preguntan: “¿por qué?” Como dice Nietzsche, “aquel que tiene por qué vivir puede soportar casi cualquier cómo”.

Cuando está muriendo, mucha gente se cuestiona su vida por primera vez.

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.**

Trabajo en equipo significa práctica integrada.

Sin embargo, sería ingenuo juntar un grupo de personas altamente diversas y esperar que por el solo hecho de llamarlo equipo funcionara como tal.

El trabajo en equipo implica coordinación de esfuerzos; facilita la identificación de los recursos disponibles y evita la duplicación estéril.

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.

## **Carisma versus rutinización.**

Carisma se refiere a la habilidad de individuos excepcionales de actuar como catalizadores de cambio social; es el reconocimiento del impacto que puede tener la personalidad en la producción de innovaciones radicales en las instituciones y en las creencias establecidas.

La mayoría de los programas de Medicina Paliativa aún no han alcanzado la meta de una atención totalmente personalizada.

Para que la Medicina Paliativa continúe desarrollándose es necesario mantener una tensión creativa entre el carisma y la rutinización.

## Bibliografía.

Twycross R. (Junio, 2000). *Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas*. Agosto 8, 2020, de Centro Internacional de Cuidados Paliativos de Oxford Sitio web: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100003)