

## UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TEMA: FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES ETICAS.

PRIMERA UNIDAD.

## FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Medicina Paliativa se desarrolló como una reacción frente a la medicina moderna altamente tecnificada. Halina Bortnowska una filósofa polaca, escritora y voluntaria en un hospicio 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 de la curación incluye las virtudes militares del combate: no darse por vencido y perseverancia; contiene necesariamente también algo de dureza. El ethos de la atención, en cambio, tiene como 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”. En el ethos de la curación “el médico es el general”, mientras que en el de la atención “el paciente es el soberano”. Es importante otorgar al paciente el poder de decidir lo más posible, mientras sea posible.

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.

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.

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.

En la mayoría de los países desarrollados, a pesar de que la sobrevida general del cáncer a cinco años plazo excede el 50%, cerca del 70% de todos los pacientes con cáncer aún necesita, tarde o temprano, cuidados paliativos. En países en vías de desarrollo la cifra alcanza el 90%. En la práctica, hay algunos pacientes que se benefician de tratamientos paliativos y de cuidados paliativos simultáneamente. En estos casos, lo adecuado es ofrecer un paquete de cuidados compartidos, involucrando tanto al equipo de oncología como al de 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.

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. No es posible practicar la Medicina Paliativa sin un compromiso previo de apertura y honestidad. Por tanto, para muchos médicos el primer desafío ético es el equiparse a sí mismos de buenas habilidades de comunicación y de sensibilidad. Afortunadamente, la conciencia de esta necesidad ha ido creciendo, pero la carencia global de entrenamiento en este campo es algo aún muy difundido. Un tratamiento apropiado, se basa en que 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. 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. Las

sondas nasogástricas, las infusiones intravenosas, los antibióticos, la resucitación cardiopulmonar y la respiración artificial son medidas de soporte que deben ser utilizadas en enfermedades agudas o agudas sobre crónicas para asistir al paciente a través de la crisis inicial hacia la recuperación de la salud. Usar esas medidas en pacientes que están próximos a la muerte y sin expectativas de recuperar la salud es habitualmente inapropiado (y, por tanto, mala medicina).

Los puntos clave que se deben tener en cuenta para decidir qué es apropiado, son: Las perspectivas biológicas del paciente; El propósito terapéutico y los beneficios de cada tratamiento; Los efectos adversos del tratamiento; La necesidad de no prescribir una 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. Quizás sea ésta una de las razones por las que la “voluntad antecedente” está siendo una práctica cada vez más popular en muchos países. Por otro lado, 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.

Las razones para ello son muchas e incluyen tanto la vulnerabilidad y ambivalencia de los pacientes, como el hecho de que la mayoría de los pacientes que solicitan suicidio asistido o eutanasia cambian de opinión cuando se les proveen cuidados paliativos de buena calidad. Otra razón es la aparente imposibilidad de contener esta práctica dentro de ciertos límites si llegara a legalizarse.

A pesar de que para los extraños resulte probablemente sorprendente, la rehabilitación es una parte integral de la Medicina Paliativa. 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 todos los médicos aprecian las oportunidades de rehabilitación que existen en pacientes por mencionar a un paciente con cáncer avanzado. Esto se debe, en parte, a la inexperiencia que ellos tienen en cuidados paliativos, pero posiblemente también a las actitudes excesivamente negativas que aún existen en relación al cáncer. Se puede vivir 5 o más años con metástasis óseas de un cáncer de mama. La hormonoterapia puede cambiar radicalmente el pronóstico de un paciente con cáncer de próstata diseminado recientemente diagnosticado. La sobrevivencia media después del diagnóstico de un cáncer de páncreas puede ser menor a 6 meses, pero eso significa que la mitad de los pacientes vivirá más que eso y unos pocos incluso mucho más. Además, el solo alivio de los síntomas puede producir una considerable mejoría a corto plazo.

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. 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 los pacientes próximos a la muerte la esperanza tiende a centrarse en: En el ser más que en el lograr; Las relaciones con otros; La relación con Dios o con un "ser superior". Es posible, por tanto, que la esperanza aumente cuando una persona se aproxima a la muerte, siempre que se mantengan una atención y un confort satisfactorio.

Por último, 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.

Bibliografía:

Robert Twycross. (2000). MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS. 20/08/2020, de Macmillan Clinical Reader in Palliative Medicine, Oxford University, U.K. Sitio web: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art03.pdf>