

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“FILOSOFIA Y
CONSIDERACIONES ETICA”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6°

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

UNIDAD: 1

**CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA
DEL SAZ**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 25 DE
AGOSTO DE 2020**

MEDICINA PALIATIVA: FILOSOFÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Medicina Paliativa es la atención activa y total a los pacientes y a sus familias cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. Sus principales objetivos son:

- Aliviar el dolor
- Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte
- 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
- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el período de duelo.

Orígenes

El origen de los hospicios se remonta a Fabiola, matrona romana que en el siglo IV abrió su casa para los necesitados, practicando así las “obras de misericordia” cristianas. Más tarde, la Iglesia procuró llevar la carga del cuidado de los pobres y de los enfermos, hecho que continuó hasta la Edad Media.

El primer hospicio fundado específicamente para moribundos es probablemente el de Lyon, en 1842 por Madame Jeanne Garnier.

En Gran Bretaña, el renacimiento de esta palabra ocurrió en 1905, con el hospicio St. Joseph de las Hermanas de la Caridad, en Hackney. Su fundadora, fue la Madre Mary Aikenhead. En ese mismo período se abrieron en Londres otros hogares, incluyendo el hospicio St. Columba, en 1885, el Hostal de Dios, en 1892, y el St. Luke's Home para pobres moribundos, en 1893. El St. Luke's Home fue el único fundado por un médico, el Dr. Howard Barret

Posteriormente, en 1911, Douglas Macmillan, un empleado civil, fundó la National Society for Cancer Relief,

Por último, una asistente social, Cicely Saunders, trabajó por las tardes como enfermera voluntaria en el St. Lukes Home durante 7 años. Mientras estaba allí, aprendió el valor de utilizar opioides fuertes por vía oral en esquema horario especialmente morfina y diapomorfina. Ingresó a la escuela de Medicina y se

convirtió en la primera doctora de tiempo completo que trabajó en el hospicio St. Joseph, donde introdujo el uso regular de analgésicos orales a horarios en vez del uso de inyecciones a demanda. Comenzó a planear su propio hospicio: El hospicio St. Christopher se abrió en 1967, al sur de Londres. Atrajo mucho interés desde el exterior y pronto se convirtió en el punto de encuentro para un movimiento de protesta que anhelaba un mejor trato para los moribundos

Desarrollo internacional

La influencia de Cicely Saunders se extendió progresivamente a otros países y su “llama” fue tomada y llevada a la práctica por un ejército de entusiastas de segunda y tercera generación

En Polonia, en cambio, la Medicina Paliativa floreció a comienzos de 1980 con la prohibición de la unión obrera Solidaridad por parte del gobierno comunista de esa época.

En otros países, el desarrollo de la Medicina Paliativa ha reflejado también las necesidades, oportunidades y recursos locales.

La Organización Mundial de la Salud

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.

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. Algunos pacientes 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

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.

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.

Tratamiento apropiado

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.

El tratamiento que es apropiado para un paciente agudamente enfermo puede no ser apropiado para un moribundo. Usar medidas de soporte en pacientes que están próximos a la muerte y sin expectativas de recuperar la salud es habitualmente inapropiado (y, por tanto, mala medicina).

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.

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

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

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

Aspectos espirituales del cuidado

El trabajo con los moribundos exige fe en la vida. Se estima que la vida tiene un sentido y un propósito aun durante una enfermedad terminal.

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 implica coordinación de esfuerzos. En Medicina Paliativa, el núcleo del equipo generalmente está dado por una enfermera, un médico, una asistente social y un clérigo.

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

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