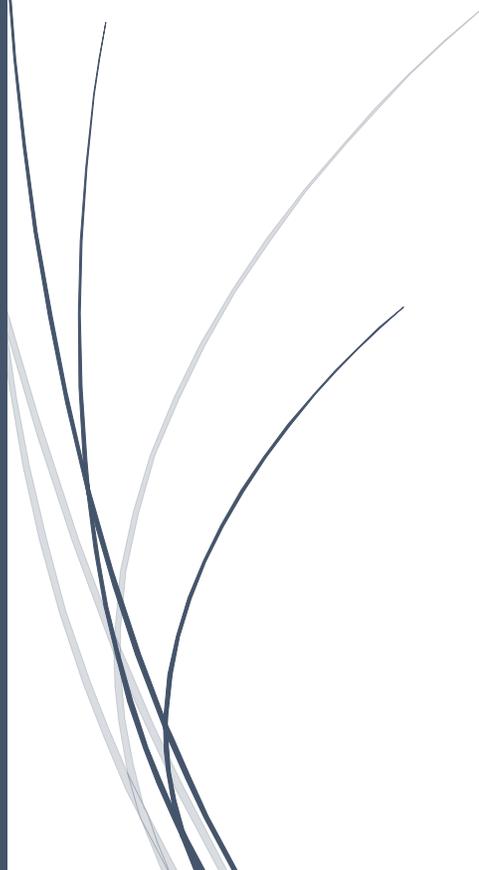


29-8-2020

FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES ETICAS

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA
DOCENTE: RICARDO ACUÑA DE SAZ
ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON
SEMESTRE: 6°
1° UNIDAD



La medicina paliativa es la atención activa y total de los paciente 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.

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. 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.

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”.

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.

La Medicina Paliativa es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: “curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre”.

Orígenes a) Hospicios medievales 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: alimentar a los hambrientos y sedientos, visitar a los enfermos y prisioneros, vestir a los desnudos, acoger a los extraños. En ese tiempo, la palabra “hospicio” significaba tanto anfitrión, como huésped.

b) Hospicios para moribundos El primer hospicio fundado específicamente para moribundos es probablemente el de Lyon, en 1842. Después de visitar pacientes cancerosos que morían en sus casas, Madame Jeanne Garnier abrió lo que ella llamó un hospicio y un Calvario.

El St. Luke’s Home fue el único fundado por un médico, el Dr. Howard Barret. De todos estos hogares, el del Dr. Barret era, en principio, el más similar a los “hospicios modernos”, lleno de un interés particular y personal por los pacientes. El Dr. Barret dejó una serie de Reportes Anuales, en los que escribe no de “los pobres” o de “los moribundos” en general, sino de personas individuales y de sus desoladas familias, que quedaban en la casa sin apoyo.

c) Hospicio St. Christopher Quizás el siguiente evento con más significado fue el creciente interés de una asistente social en las necesidades de los pacientes moribundos del hospital St. Thomas, en Londres. Su nombre era Cicely Saunders y su interés había sido gatillado en 1948 por su encuentro con David Tasma, un judío refugiado de Polonia que estaba muriendo de cáncer. Juntos

habían discutido sobre el tipo de institución que mejor podría satisfacer sus necesidades.

d) Evolución posterior Debido a que la gente con SIDA tiene frecuentemente necesidades físicas y no-físicas diferentes, en muchas ciudades se han establecido servicios de cuidados paliativos separados para ellos.

TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES (ESTRÉS OXIDATIVO/ DNA MITOCONDRIAL).

Denham Harman, de la Universidad de Nebraska, es el principal defensor de esta propuesta, aunque la idea original la introdujo R. Gerschman en 1954. Se presupone que la mayor parte de los cambios propios del envejecimiento se debe a daños moleculares causados por radicales libres (RL), átomos o moléculas que contienen un electrón no apareado y, por tanto, son especies químicas muy reactivas producto del metabolismo aeróbico, como el radical superóxido (O_2), que dismutasas de superóxido metabolizan para formar peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y oxígeno.

LOS GENES Y EL ENVEJECIMIENTO.

Meter Medawar, ganador del Premio Nobel en 1960 por sus estudios sobre la inmunidad adquirida, propuso en 1952 una ingeniosa variación de la hipótesis del error en el envejecimiento. La teoría la desarrolló en 1957 un estadounidense, George C. Williams. Estos científicos sugirieron que durante la evolución se desarrollan genes codificadores de caracteres favorables para la adaptación y el desarrollo temprano, que más tarde dan lugar a la aparición de rasgos menos favorables y, por último, resultan desventajosos e incluso perjudiciales para la supervivencia.

SINDROMES DE ENVEJECIMIENTO ACELERADO (PROGERIA)

El *síndrome de Werner (progeria del adulto)* es una enfermedad con herencia autonómica recesiva. Los enfermos desarrollan de manera prematura arterioesclerosis, intolerancia a la glucosa, osteoporosis, encanecimiento y alopecia, atrofia cutánea, menopausia y mayor incidencia de tumores sarcomatosos

y cataratas posteriores; la mayoría fallece antes de los 50 años. Estos pacientes no suelen sufrir el deterioro intelectual propio de la demencia de Alzheimer.

El *síndrome de Hutchinson-Gilford (progeria infantil)* es una entidad autonómica recesiva en extremo rara en la que características propias del envejecimiento comienzan a desarrollarse pocos años después del nacimiento, como piel arrugada, postura encorvada y retraso del crecimiento, así como aterosclerosis acelerada que suele conducir a infartos miocárdicos, causa habitual de defunción alrededor de los 30 años. Los pacientes portadores del síndrome de Down presentan una trisomía por translocación que comprende el cromosoma 21.

TEORIA NEUROENDOCRINA

Uno de los cambios habituales que anuncian la llegada del envejecimiento es el declive de la capacidad reproductiva controlada por el sistema neuroendocrino, también relacionado con diversos tipos de relojes biológicos, razones de peso para examinar la función de dicho sistema en el envejecimiento y como origen potencial de otros cambios relacionados con la edad.

Gran cantidad de evidencias sugiere que en la menopausia, los ovarios y el cerebro son más importantes que la declinación ovárica, como antes se creía. Este fenómeno relacionado con la edad conduce a otras modificaciones metabólicas, como el déficit en el mantenimiento de la masa ósea y muscular, vinculada esta última con la declinación de la tasa metabólica basal. La restricción calórica es una de las pocas maneras conocidas de modificar el proceso de envejecimiento.

En contraste, la aceleración del ritmo de un supuesto reloj biológico puede explicar esos raros casos

descritos en la bibliografía médica de personas que, tras un grave traumatismo en la cabeza o un choque emocional, adquieren de manera súbita diversos estigmas del envejecimiento, como las canas y un declive general de la capacidad fisiológica. La hipótesis glucocorticoide del envejecimiento propone daños progresivos con el paso de los años y, como

efecto del estrés repetido, en el mecanismo hipotalámico de retroalimentación negativa (*feedback*) que controla la secreción de hormonas esteroideas por la

corteza suprarrenal, lo que conduce a un incremento no regulado de los niveles de glucocorticoides y los consiguientes efectos sobre la función inmunológica, la reparación de los tejidos y otros aspectos de la homeostasis.

TEORIA INMUNOLOGICA

La teoría inmunológica del envejecimiento se basa en la observación de que la capacidad inmunológica declina con la edad, según lo evidencian la disminución de la respuesta de las células T a mitógenos y una menor resistencia a enfermedades infecciosas; también se observa un aumento de los fenómenos autoinmunitarios, como los niveles de autoanticuerpos. Ocurre un incremento de la proporción de células T de memoria junto con una mayor expresión de la p-glicoproteína resistente a fármacos. El sistema inmunológico experimenta la influencia de determinadas hormonas y el sistema nervioso, de modo que es posible que haya una razón esencial para los cambios observados en el sistema inmunológico con el envejecimiento. Asimismo, es factible que las llamadas “enfermedades autoinmunitarias” tengan como origen la química cambian te de algunas proteínas conforme se envejece; de ser así, la producción de autoanticuerpos sería una respuesta normal y adecuada, en ningún caso disfuncional.

SENESCENCIA CELULAR

En 1965, Hayflick y Moorhead describieron un modelo de senescencia replicativa mediante fibroblastos humanos diploides en cultivo; estos investigadores observaron un periodo inicial de rápida y vigorosa replicación seguido siempre de una declinación de la actividad proliferativa hasta la cesación total. Con este modelo se propuso que el envejecimiento es un fenómeno celular y orgánico, y que la pérdida de la capacidad funcional con el tiempo refleja la suma del deterioro celular individual en funciones críticas.

TELOMEROS

Las células eucariotas poseen cromosomas lineales, estructuras vitales que portan el material genético codificado necesario para continuar con el linaje de la especie.

No obstante, los cambios que el cromosoma sufre en cada división celular pueden dañar este material genético esencial.

Las sucesivas divisiones celulares producen un acortamiento de los telómeros, lo que en última instancia conduce a pérdidas de cromosomas y muerte celular. Las secuencias de DNA telomérico consisten en series de bases de nucleótidos repetidos varios cientos de miles de veces, específicos para cada organismo; por consiguiente, los seres humanos poseen secuencias de seis nucleótidos: timidina-timidina-adenosina-guanosina-guanosina-guanosina (T-T-A-G-G-G).

En los seres humanos, las células germinales expresan telomerasa y mantienen el tamaño del telómero durante toda la vida. Por el contrario, las células somáticas no contienen telomerasa, de modo que pierden de manera progresiva la longitud del telómero. Se piensa que los telómeros de las células de gran recambio como las epiteliales o las hemáticas son más cortos que los de las células germinales.

Las células tumorales expresan telomerasa y mantienen la capacidad de división de modo indefinido por la activación de un gen cuya función normal es permitir que las células germinales eviten la mortalidad.