

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
Adly Candy Vázquez Hernández

**DOCENTE:**  
Dr. Ricardo Acuña Del Saz

**MATERIA:**  
Medicina Paliativa

**TEMA:**  
"Filosofía y consideraciones éticas "

**UNIDAD:**  
Unidad 1

## **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 profesional, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. Sus principales objetivos son:

- Aliviar el dolor y 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 es distinta de la geriatría y a la atención de pacientes crónicos, dos especialidades con las que frecuentemente se la compara: “contiene

muchas de las gratificaciones de la cirugía, pues opera en el contexto de intervención de crisis; de la medicina interna, pues invita a la fina titulación de los esquemas terapéuticos para síntomas molestos; de la psiquiatría, pues trata con ansiosos, deprimidos”. 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 ciencia se utiliza al servicio del amor y no viceversa. 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; “hospitium” incluía tanto el lugar donde se daba hospitalidad, como la relación que resultara de ello. Más tarde, la Iglesia procuró llevar la carga del cuidado de los pobres y de los enfermos, hecho que continuó hasta la Edad Media. En Gran Bretaña esto tuvo un término abrupto con la disolución de los monasterios en el siglo XVI. Ninguno de los primitivos hospicios se inició específicamente con el fin de atender a los moribundos; sin embargo, ellos invitaban a la gente a quedarse mientras necesitara ayuda, incluyendo así a los moribundos.

**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. Continuó abriendo muchos otros, la mayoría de

los cuales aún existen. 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. Posteriormente, en 1911, Douglas Macmillan, un empleado civil, fundó la National Society for Cancer Relief, que concede donaciones económicas a familias de pacientes cancerosos moribundos en sus casas, permitiéndoles acceder a ciertas medidas de confort extra como frazadas, calefactores y comida.

**c) Hospicio St. Christopher:** EL 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. Además del alivio del dolor, él quería la "cercanía de alguien que lo considerara como persona". Este paciente le dejó a Cicely la suma de 500 libras esterlinas en herencia "para ser una ventana en tu hogar". 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) para aliviar el dolor severo relacionado al cáncer. Después de recibirse en Oxford, Dr. Saunders 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. También desarrolló otros aspectos del manejo de síntomas y comenzó a planear su propio hospicio.

**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. Sin embargo, en la mayoría de los establecimientos la atención de los pacientes con SIDA se

realiza junto a los pacientes con cáncer. Un número creciente de hospicios está atendiendo también a pacientes en estadios terminales de enfermedades respiratorias, cardíacas y renales, a pesar de que los números son todavía relativamente pequeños.

### **Desarrollo internacional**

**a) Estados Unidos de Norteamérica:** 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 2da y 3ra generación. Inevitable, pero acertadamente, lo que se ha desarrollado ha sido con frecuencia sustancialmente distinto del modelo británico. En los Estados Unidos, la atención de salud se basa mayoritariamente en empresas aseguradoras, existiendo un considerable desincentivo económico tanto para los médicos como para los hospitales, ya que inicialmente la atención en hospicios no era cubierta por los seguros. Esto significaba que ofrecer cuidados paliativos a un paciente suponía una pérdida de ingresos para los médicos y para los hospitales cuando el paciente necesitaba ser internado. A pesar de que en la actualidad los cuidados paliativos son por ley un componente de los programas de las aseguradoras de salud, las antiguas actitudes y prejuicios aún persisten. Parte de la reticencia de los médicos americanos para aceptar la Medicina Paliativa parece venir de la reticencia que tiene la American Medical Association a reconocer los logros realizados por el movimiento hospice en E.U durante los últimos 20 años. En la actualidad, cerca de 2000 hospicios están afiliados a la American National Hospice Organization.

**b) 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. Los doctores de las academias médicas que se hacían miembros de Solidaridad eran removidos de sus cargos y obligados a trabajar en hospitales estatales de menor prestigio. En Gdansk, cuna de Solidaridad, muchos de estos doctores decidieron desarrollar un programa de hospicios bajo la protección de la Iglesia Católica, como una forma de manifestar su oposición al gobierno. Los médicos paliativistas polacos eran originalmente algo así como un combinación

entre un médico general sustituto y una enfermera especializada en cuidados paliativos. En la actualidad existen muchos grupos de paliativos y algunos servicios de internación hospitalaria. Sin embargo, para los médicos se trata aún de un servicio voluntario en la mayoría de los casos.

**c) Una red en expansión:** En otros países, el desarrollo de la Medicina Paliativa ha reflejado también las necesidades, oportunidades y recursos locales. En algunos países, la Medicina Paliativa es, en mayor o menor grado, una copia del modelo británico; en otros, refleja más el modelo americano y polaco. En todas partes se ha encontrado con la resistencia inicial de los oncólogos y con la indiferencia de los estamentos médicos. Las razones para ello son debatibles, pero el contraste entre el *ethos* de la curación y el *ethos* de la atención planteado por Halina Bortnowska probablemente ofrece la clave para encontrar la respuesta.

**d) La Organización Mundial de la Salud:** Desde mediados de los 80, otro *lobby* poderoso para la Medicina Paliativa ha sido la 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. El método de la OMS enfatiza que un pequeño número de drogas relativamente baratas, incluyendo la morfina, son los principales apoyos para el manejo del dolor en cáncer. Pruebas en terreno han demostrado la eficacia de estas orientaciones en la mayoría de los pacientes con cáncer. El método original de la OMS ha sido actualizado y publicado en la segunda edición de *Alivio del Dolor en Cáncer*.

### **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. 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 estos casos, lo adecuado es ofrecer un paquete de cuidados compartidos, involucrando tanto al equipo de oncología como al de Medicina Paliativa.

**Una paradoja:** Aquellos que visitan un hospicio por primera vez frecuentemente comentan que no es el lugar oscuro y deprimente que habían imaginado. Encuentran, en cambio, un lugar que irradia vida e incluso alegría. Es un descubrimiento que resulta extraño: vida y alegría en medio de la muerte y la angustia. Sin embargo, es quizás precisamente en esta paradoja donde reside el “secreto” de la Medicina Paliativa.

### **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. 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.

**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. Un médico no está obligado ni legal ni éticamente a preservar la vida “a toda costa”. Las prioridades cambian cuando un paciente está claramente muriendo; 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. La atención médica es un continuo que va desde la curación completa, por un lado, hasta el alivio sintomático, por el otro. Muchos tipos de tratamientos abarcan el espectro completo, como es el caso de la radioterapia y, en menor medida, de la quimioterapia y de la cirugía. 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.

**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. 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. 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.

**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.

**Esperanza:** Crear metas realistas con los pacientes es una forma de restablecer y mantener su esperanza. En un estudio se vio que los médicos y enfermeras que trabajan en Medicina Paliativa proponían significativamente más metas a sus pacientes que sus contrapartes en un hospital general. Pero la esperanza también está relacionada con otros aspectos de la vida y de las relaciones personales.

**Acompañamiento calificado:** Algunos han expresado temor de que la Medicina Paliativa se convierta en una “técnica” más dentro de la gran corriente de medicina

altamente tecnificada; una técnica tras la cual los profesionales puedan esconderse y a través de la que puedan ejercer “poder”. 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.

**Hacia una atención totalmente personalizada:** El alivio del dolor y de los otros síntomas angustiosos es considerado, 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.

**Trabajo en equipo:** El trabajo en equipo es un componente esencial de la Medicina Paliativa. 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. Así como existe la ciencia del manejo de los síntomas y el apoyo psicosocial, así existe también una ciencia del trabajo en equipo. El trabajo en equipo implica coordinación de esfuerzos; facilita la identificación de los recursos disponibles y evita la duplicación estéril.

**Bibliografía:** Robert Twycross. (2000). Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. Acta Bioethica, n°1, 29-45.