

**Licenciatura en Medicina Humana**

Materia:

**Medicina paliativa.**

Trabajo:

**Resumen de filosofía y consideraciones éticas.**

Docente:

**Dr. Ricardo Acuña de Zas.**

Alumno:

**Carlos Alfredo Solano Díaz.**

Semestre y Grupo:

**6° "A"**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 16 de Septiembre del 2021.

## **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. La palabra “paliativa” deriva del vocablo latino pallium, que significa manta o cubierta.

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.

### **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.

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 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 atenciónii. 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

### 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.

#### **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. En Gran Bretaña, el renacimiento de esta palabra ocurrió en 1905, con el hospicio St. Joseph de las Hermanas de la Caridad, en Hackney.

#### **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. El hospicio St. Christopher se abrió en 1967, al sur de Londres, con 54 camas y acomodación adicional para 16 personas ancianas frágiles.

### **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 segunda y tercera generación. Inevitable, pero acertadamente, lo que se ha desarrollado ha sido con frecuencia sustancialmente distinto del modelo británico.

Esta reacción inicial se debió parcialmente a que las enfermeras fueron más rápidas en captar la visión de los hospicios y también en parte a que el cuerpo médico adoptó generalmente una postura contraria.

#### **b) Polonia**

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. 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 éstas y en otras organizaciones voluntarias similares los médicos desempeñaban la mayoría de los roles. De este modo, los médicos paliativistas polacos eran originalmente algo así como un combinación entre un médico general sustituto y una enfermera especializada en cuidados paliativos.

### **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

### **d) 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:

- Prevenición
- Detección precoz y tratamiento curativo
- Alivio del dolor y Cuidados Paliativos.

La publicación de Alivio del Dolor en Cáncer, en 1986 (Organización Mundial de la Salud, 1986), ha sido un catalizador importante en este sentido. Este libro, que incorpora el método de la OMS para el alivio del dolor relacionado con cáncer, es la segunda publicación más traducida de la 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. Este tipo de tratamiento se justifica solamente:

Cuando la curación es posible;

Cuando hay una posibilidad realista de prolongar la sobrevivida;

En ensayos clínicos sobre un método de tratamiento nuevo, potencialmente efectivo.

### **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. 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.

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).

### **b) Oposición a la eutanasia**

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.

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.

### **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. 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.

### Rehabilitación

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.

### 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.

### 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”. Este peligro se puede evitar si la Medicina Paliativa continúa siendo una forma de acompañamiento: el acompañamiento de profesionales calificados a aquellos que están muriendo.

### 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. 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.

### Aspectos espirituales del cuidado

Históricamente, los hospicios modernos tienen su raíz en la fe cristiana, aunque en la práctica debería decirse más ampliamente: en el teísmo. El compromiso de los judíos ha sido evidente desde los primeros momentos y ahora existe también una asociación de hospicios budista. El trabajo con los moribundos exige fe en la vida.

### 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

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Twycross. R . 2000.Medicina Paliativa: filosofía y consideraciones éticas.Acta bioética. vol. 1