



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



**Licenciatura en Medicina Humana**

**DOCENTE:**

**DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ**

**ALUMNO:**

**LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ**

**MATERIA:**

**MEDICINA PALIATIVA**

**UNIDAD:**

**PRIMER**

**TEMA:**

**MEDICINA PALIATIVA "FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES ETICAS"**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 13 de septiembre del 2021.

## **MEDICINA PALIATIVA "FILOSOFIA Y CONSIDERACIONES ETICAS".**

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. Cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son "tapados" o "cubiertos" con tratamientos específicos, por ejemplo, analgésicos y antieméticos.

La Medicina Paliativa es mucho más amplia y profunda que la mera "sintomatología". 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.

Los pacientes con enfermedades terminales frecuentemente necesitan más atención que aquellos cuya enfermedad es curable. 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. Es distinta de la geriatría y a la atención de pacientes crónicos, dos especialidades con las que frecuentemente se la compara.

Busca evitar que los últimos días se conviertan en días perdidos, ofreciendo un tipo de atención apropiada a las necesidades del moribundo. Es un intento por restablecer el rol tradicional de médicos y enfermeras: "curar a veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre".

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.

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; ellos invitaban a la gente a quedarse mientras necesitara ayuda, incluyendo así a los moribundos. Después de la disolución muchas personas tienen que haber muerto en su casa en gran pobreza y discomfort.

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. 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.

Los hospicios de niños son muy distintos a los de adultos. Generalmente tienen sólo ocho camas y mayores facilidades para los miembros de la familia. Muchos de los niños tienen enfermedades neurológicas degenerativas, frecuentemente asociadas a alteraciones metabólicas congénitas. El número de defunciones por año es relativamente pequeño.

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. Muchos países han fundado asociaciones nacionales multiprofesionales de Medicina Paliativa. Existe, además, una asociación nórdica y otra europea de Medicina Paliativa.

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. 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.

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. El tratamiento anticanceroso 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.

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

Cuidar de los moribundos no es fácil. Un médico lo describió como “extremadamente doloroso pero muy recompensante”. El sufrimiento de una enfermedad larga y terminal no es un desperdicio. Nada que pueda crear esa ternura puede ser un desperdicio. Como destructor, al cáncer no le gana nadie. Pero también es un sanador; un agente de sanación”

La ética de la Medicina Paliativa es, la misma que la de la medicina en general. El mayor desafío que enfrentan los médicos 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.

Los médicos tienen una responsabilidad dual, a saber: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. 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. 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.

La atención médica es un continuo que va desde la curación completa, por un lado, hasta el alivio sintomático. 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. Es importante tener claramente presente el objetivo de la terapia al emplear cualquier forma de tratamiento. Los puntos clave que se deben tener en cuenta para decidir qué es apropiado.

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. Acortar marginalmente la vida por el uso de morfina o drogas relacionadas constituye un riesgo aceptable en estas circunstancias (principio del doble efecto).

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 con cáncer avanzado

No todas las unidades de cuidados paliativos adoptan un enfoque rehabilitador en el cuidado de los pacientes. Algunas asumen un enfoque sobreprotector, tendiendo a mantener hospitalizaciones más prolongadas y menos altas. La Medicina Paliativa estimula a los pacientes a ser creativos, restaurando o mejorando así su autoestima. El énfasis en “hacer” en vez de “ser atendido” ayuda a los pacientes a vivir y a morir como personas.

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. También se puede esperar un alto grado de alivio de muchos otros síntomas. 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.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas - Robert twycross.