



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Mayra Mercedes Lopez Morales

Medicina paliativa

Semestre: 6°

Grupo: "B"

Dra. Ana Laura Domínguez Silva

Comitán de Domínguez, Chiapas

Junio del 2020.

“EL PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO EN LA SEDACIÓN A PACIENTES TERMINALES”

Según la Guía de Cuidados Paliativos, publicada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPA), en la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son: la Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, el gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y el pronóstico de vida inferior a 6 meses.

recientemente ha considerado la enfermedad terminal como avanzada en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

los criterios clínicos del síndrome terminal de enfermedad, propuestos por Serret, son: Enfermedad causal de evolución progresiva, el pronóstico de supervivencia inferior a un mes, el estado general grave, la insuficiencia de órgano único o múltiple, la ineficiencia comprobada de los tratamientos y la ausencia de otros tratamientos alternativos

en relación con el principio del doble efecto en 1952 el penalista español Cuello Calón acuñó el término eutanasia lenitiva para referirse al hecho de suprimir o aliviar el dolor provocado por la enfermedad, con el uso de medios que, a la vez que alivian, acortan la vida. Este autor señala que la lengua alemana aportó la terminología Sterbehilfe o ayuda a morir, por el doble efecto de este tratamiento terapéutico.

En cuanto la sedación hay que señalar que tiene diversas acepciones en función de las variadas situaciones en que se aplica y en todas ellas se combina el objetivo fundamental de controlar algunos síntomas, con una posible disminución de la conciencia en situaciones de agonía. Entre las situaciones que requieren sedación con más frecuencia puede citarse el tratamiento de algunos problemas refractarios, generalmente en fase agónica: ansiedad extrema, delirium, confusión, hemorragia masiva, disnea; y consiste en la disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible. En general, se trata de una medida gradual, susceptible de tomarse con la participación del enfermo o, en su defecto, de los familiares y que puede llegar a la sedación completa e irreversible, la cual también puede ser la consecuencia (doble efecto) de la analgesia.

actualmente se han destacado las siguientes condiciones propicias para que un acto con 2 efectos uno bueno y uno malo sea lícito, ya que los aspectos son que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente, que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino solo tolerado, que el efecto bueno no dependa del malo, como en su causa inmediata y necesaria y también que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo terapéutico finalice. En este contexto los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial donde la sedación, la analgesia y el apoyo psicológico son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad. En este sentido el principio del doble efecto no se relaciona con la limitación del esfuerzo terapéutico, sino que trata de dilucidar adecuadamente los efectos negativos y positivos que puede tener una determinada terapéutica, como es el caso de la sedación en pacientes terminales y, en consecuencia, el uso correcto de la droga.

“MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON EXACERBACIÓN AGUDA DE LA ENFERMEDAD PULMONAR”

La agudización o exacerbación aguda de la EPOC (EAEPOC) se define como un episodio agudo de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y que se caracteriza por un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios que va más allá de sus variaciones diarias. Los principales síntomas referidos son empeoramiento de la disnea, tos, incremento del volumen del esputo o cambios en su coloración.

El incremento progresivo de las resistencias bacterianas es considerado actualmente como una emergencia sanitaria. Entre los principales factores implicados se incluye el uso repetido y prolongado de los antimicrobianos. Por lo tanto, es importante discriminar a los pacientes que puedan tratarse de manera segura sin antibióticos y optimizar el tratamiento en aquellos que lo precisan.

Una de las decisiones más importantes en el manejo de los pacientes con EAEPOC radica en la elección del lugar donde se debe realizar el tratamiento de forma eficaz y con el máximo margen de seguridad para el paciente. Esta decisión tiene diferentes posibilidades, entre las que se encuentran, el tratamiento ambulatorio, en una residencia o un centro socio-sanitario, el ingreso en unidades vinculadas a urgencias, la hospitalización a domicilio, la hospitalización convencional, las unidades especiales de atención y monitorización o el ingreso en el servicio o unidad de Medicina Intensiva (SMI). Esta decisión tiene una importante repercusión en los recursos que se van a dedicar a la atención del paciente en función del riesgo potencial de la agudización y sabiendo que esta decisión debe tomarse de la forma más rápida posible (fundamentalmente en el caso de episodios que puedan comprometer la vida del paciente) para evitar un retraso en la aplicación de tratamientos adecuados que lleven a una peor evolución en materia de morbimortalidad y coste sanitario.

Las unidades de corta estancia son alternativas a la hospitalización convencional, donde ingresan pacientes estables desde un punto de vista respiratorio y hemodinámico, con respuesta al menos parcial al tratamiento inmediato, que no requiere procedimientos diagnósticos ni terapéuticos complejos y que, probablemente, van a recuperarse en un corto periodo de tiempo (48-72 horas).

Dependiendo de la organización de cada centro hospitalario, se pueden crear sistemas de transición rápida que permitan escalonar la atención de estos pacientes entre zonas convencionales de hospitalización, unidades de cuidados intermedios respiratorios o SMI. Para ello, estas transiciones deben ser adecuadas, con trabajo

multiprofesional y multidisciplinar y no retrasar las posibles actuaciones como la utilización de ventilación mecánica no invasiva o la necesidad de intubación y ventilación mecánica convencional. En función de esta organización, se pueden estratificar diferentes niveles de monitorización, con sistemas de alerta y tratamiento en función de la prioridad clínica de cada paciente.

El anciano tiene mayor riesgo de sufrir fracaso terapéutico y reacciones adversas a los medicamentos debido a las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas producidas por los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento, las enfermedades crónicas asociadas y a las interacciones medicamentosas consecuencia de la polifarmacia. El envejecimiento puede afectar a los siguientes parámetros farmacocinéticos: la disminución o retraso de la absorción oral de antibióticos, especialmente de aquellos pH dependientes, el incremento de la concentración plasmática de antibióticos hidrofílicos, de la vida media de antibióticos lipofílicos), y de la concentración libre de antibióticos ácidos, así también la disminución del metabolismo de primer paso y la inhibición/inducción del metabolismo de los fármacos que se metabolizan por la vía del citocromo P450 y el aumento de la vida media de los antibióticos eliminados por vía renal.

En los pacientes inmunodeprimidos La situación de la EPOC es capaz de modificar la vulnerabilidad infecciosa de otros procesos respiratorios o inmunes. Del mismo modo, la aproximación diagnóstico-terapéutica del paciente con EPOC se ve afectada por el grado de inmunosupresión que marcan en el paciente otros procesos concomitantes (corticoterapia, hemopatía, tumor sólido, quimioterapia). En estos pacientes la EAEPOC podría ser causada por otra etiología no sospechada y en una forma clínica pauci u óligo sintomática. La evaluación del paciente EPOC con inmunosupresión debe ser intensiva en la búsqueda etiológica (tomografía computerizada, broncoscopia).

Los cuidados paliativos se centran en el control de los síntomas, la comunicación con el paciente y la familia sobre los objetivos del tratamiento, y el soporte psicológico, social y espiritual. Se deben incorporar en los pacientes con EPOC avanzado (BODE > 6), especialmente en aquellos con frecuentes hospitalizaciones por exacerbación, insuficiencia respiratoria crónica global o fragilidad avanzada. Los cuidados paliativos han demostrado controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida sin disminuir la supervivencia en dicho estadio de la enfermedad.

Es frecuente que los pacientes con un episodio exacerbación grave o muy grave en un estadio avanzado de la enfermedad no dispongan de directrices avanzadas sobre la reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica o el ingreso en una unidad de cuidados intensivos. En estas circunstancias de riesgo vital en una

situación avanzada de la enfermedad, el médico responsable de la atención debe comunicar toda la información disponible sobre el pronóstico al paciente y la familia, y establecer las limitaciones terapéuticas en función de sus deseos, creencias y preferencias. Estas directivas deben quedar reflejadas en la historia clínica y pueden ser modificadas en cualquier momento en función de la evolución del paciente.