



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Presentan

José Lenin Quiñones López

6to semestre, grupo "B"

Docente:

Dra. Ana Laura Domínguez Silva

Materia:

Medicina Paliativa

Comitán de Domínguez, Chiapas, 24/06/ 2020

ANÁLISIS 1: “EL PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO EN LA SEDACIÓN A PACIENTES TERMINALES”

Es este primer artículo hace énfasis en el del doble efecto o de razonamiento práctico el cual nos menciona que no solo sirve para determinar la licitud o ilicitud de una acción y puede producir 2 efectos: uno bueno y otro malo, además también nos permite aplicarlo en los pacientes terminales. Y esta define que los pacientes con enfermedad terminal son aquellos cuya condición se considera irreversible, independientemente que reciban tratamiento y que probablemente fallezcan en un periodo de 3 a 6 meses.

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:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

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. La limitación del inicio de determinadas medidas de soporte vital, se refiere a la toma de decisiones de no emplear determinados procedimientos o terapéuticas específicas en un paciente que irremediablemente va a fallecer. Por supuesto que no se trata de la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o supervivencia del enfermo, sino de no comenzar un tratamiento cuando carezca de sentido, según los criterios médicos actualizados.

Por otra parte, 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

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.

En el principio de la justicia, nos menciona que los esfuerzos terapéuticos también podrán ser limitados si hay que racionar recursos escasos, aunque el paciente los solicite y no estén contraindicados. Respecto a los principios de autonomía (renuncia por parte del paciente) y de beneficencia (la obligación de hacer el bien al paciente por su concepto de lo que es beneficioso para él), como regla general, se puede afirmar, que moralmente, en el ámbito del paciente competente, un tratamiento no debe administrarse sin el consentimiento informado y voluntario del paciente. De aquí que como se afirmara anteriormente es necesario establecer el consentimiento informado al ingreso del paciente, para que quede clara la posibilidad del empleo de drogas con doble efecto, si fuera necesario en otro momento de la evolución.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015

ANLISIS 2: SEDACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

A diferencia del artículo anterior este nos habla más sobre las medidas en caso de las sedaciones paliativas, la cual la define como la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Esta también implica 5 requerimientos éticos para la prescripción de la Sedación Paliativa que son:

- Existencia de un síntoma refractario.
- Objetivo de reducir sufrimiento o distrés
- Reducción proporcionada del nivel de consciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento.
- Reducción proporcionada del nivel de consciencia a la necesidad del alivio del sufrimiento. y cuando sea el caso de la Sedación en la Agonía:
- La expectativa de días ha de ser horas o días.

Podemos clasificar la sedación como:

- Según el objetivo: Primaria: es la disminución de la consciencia de un paciente que se busca como finalidad de una intervención terapéutica. Secundaria (mejor denominarla, somnolencia): la disminución de la consciencia es efecto secundario de la medicación.
- Según la temporalidad: Intermitente: Es aquella que permite períodos de alerta del paciente. Continua: La disminución del nivel de consciencia es de forma permanente
- Según la intensidad: Superficial: Es aquella que permite la comunicación del paciente (verbal o no verbal). Profunda: Aquella que mantiene al paciente en estado de inconsciencia.

Es habitual encontrar con referencias continuas a este principio cuando se trata de argumentar la corrección o incorrección de la sedación, incluso en documentos oficiales de la SECPAL. La doctrina del doble efecto o "voluntario indirecto" establece que una acción con dos o más posibles efectos, incluyendo al menos uno bueno posible y otros que son malos, es moralmente permisible si se dan cuatro requisitos:

- La acción debe ser buena o neutra.
- La intención del actor debe ser correcta.
- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
- El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

En el caso de la sedación y eutanasia. Éste es probablemente uno de los puntos más polémicos que ha planteado un debate no sólo en los foros sanitarios, sino sociales, medios de comunicación y ámbito político. La opinión del grupo de tratamiento creemos que no debe ser otra que la explícita diferenciación que el comité de Ética de la SECPAL propone, en cuanto a intencionalidad, proceso y resultado.

Los grupos de fármacos utilizados en sedación están claramente establecidos en el artículo de Krakauer: Benzodiacepinas (prototipo: Midazolam, fármaco más utilizado en sedación). Neurolépticos (prototipo: Levomepromazina: más sedativo que haloperidol y se recomienda su uso por vía subcutánea en lugar de Clorpromazina). Barbitúricos (prototipo: Fenobarbital, ya que

está permitido su uso por vía subcutánea). Anestésicos (prototipo: Propofol. Inicio rápido de acción, duración ultracorta, fácil y rápidamente controlable mediante titulación de dosis en infusión continua y con otros beneficios potenciales-antiemético, anticonvulsivante.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/secpal-sedacion-01.pdf>