

V

Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela



CASO ÉTICA CLÍNICA

V ESCUELA DE RESIDENTES SANTIAGO DE COMPOSTELA

Dr. Benjamín Herreros Ruiz

Dra. Zaida Salinas Morón

Mujer de 85 años

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

DM tipo 2, HTA, anemia y arteriopatía crónica

VALORACIÓN GERIÁTRICA

Cognitivo: demencia de origen vascular, deterioro cognitivo severo.

Social: vive en residencia

Funcional: dependiente para todas las actividades, no atragantamientos

Acudió a Urgencias

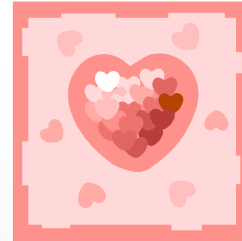
- Deterioro funcional progresivo de 4 meses
- Diagnósticos:
 - Necrosis dedo y escara necrótica talón del pie derecho
 - Fractura de ramas ilio-isquiopubiana derechas
 - No indicacion quirurgica
- Ingresó en M.Interna

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela



Mala evolución



Problemas

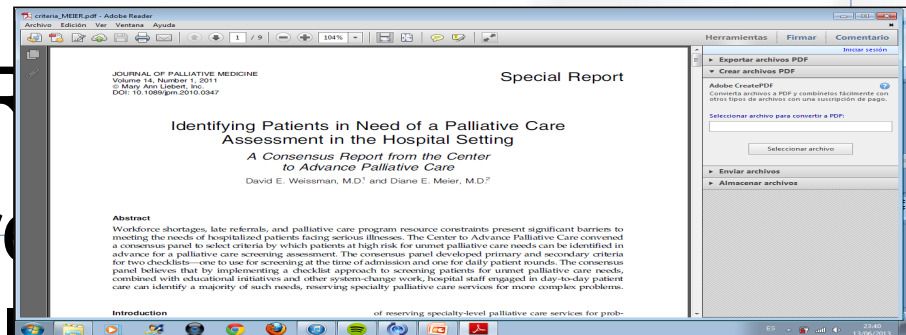
1. Paciente frágil
2. Terminalidad
3. Valoración geriátrica
4. Situación de final de vida
5. Limitación del esfuerzo terapéutico
6. Información a la familia



Condiciones que potencialmente amenazan la vida

CRITERIOS PRIMARIOS

- La pregunta sorprendente es: ¿cómo se puede identificar a los pacientes que corren el riesgo de morir en el hospital? La respuesta sorprendente es que el paciente muera en



Valoración pronóstica

TERMINALIDAD

- EPOC: BODE
- Ictus: RANKIN
- Insuficiencia cardiaca: NYHA
- Shock: SOFA
- Hepatopatía: CHILDPUGG
- Enfermo oncológico
- Demencias: GDS

- Clínica
- Limitación funcional
- PC confirmatorias
- Recurrencias
- Deseo del enfermo
- Charlson

Valoración geriátrica

ESCALAS

Pfeiffer > 7 : deterioro cognitivo severo

Barthel < 40 : dependencia funcional severa

GDS 7c deterioro cognitivo severo

Charlson > 3 comorbilidad severa

Valoración pronóstica

SITUACION DE ULTIMOS DIAS

Percibida por el equipo medico, familia y paciente

Inferior a una semana

Características físicas/ emocionales

Situación única

Gran demanda asistencial y emocional

Situación de últimos días

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

Priorizar confort

Situación dinámica

Ajustes farmacológicos , vías

Otros cuidados

Prevenir síntomas

Prevenir recuerdo doloroso

Situación de últimos días

SEDACIÓN PALIATIVA

Sedación y sedación paliativa

Requerimientos

Síntoma refractario.

Reducir sufrimiento o distrés

Reducción proporcionada del nivel de conciencia

Consentimiento

Como comunicar

SEDACIÓN PALIATIVA

Antes de iniciar la sedación:

Vía de administración, fármaco, tiempo previsto

Simplificar. Mantener los analgésicos

Mismo fármaco sedante y rescate

Calcular la dosis diaria

Tras inciar la sedación

nivel de sedación (escala Ramsay)

entre portadores de diferentes áreas de superficie corporal, y entre pacientes con y sin diagnóstico de defunción sintomática del ventrículo izquierdo.

Tabla 1 - Escala de Ramsay para evaluación del nivel de sedación.

NIVEL DE ACTIVIDAD	PUNTOS
Paciente ansioso, agitado o irritable	1
Paciente cooperativo, orientado y tranquilo	2
Paciente que responde sólo al comando verbal	3
Paciente que demuestra una respuesta activa a un toque leve en la glóbulos o a un estímulo sonoro auditivo	4
Paciente que demuestra una respuesta débil a un toque leve en la glóbulos o a un estímulo sonoro auditivo	5
Paciente que no responde a un toque leve en la glóbulos o a un estímulo sonoro auditivo	6

Métodos

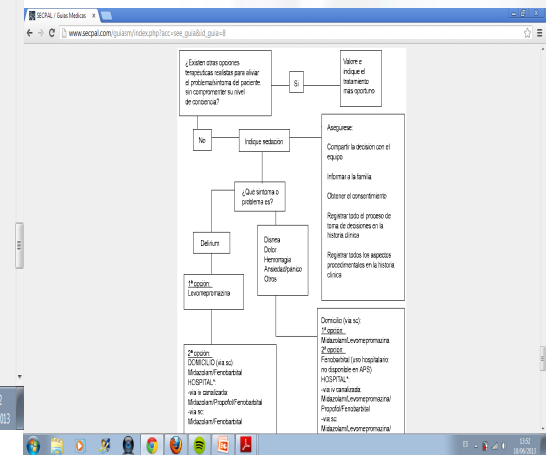
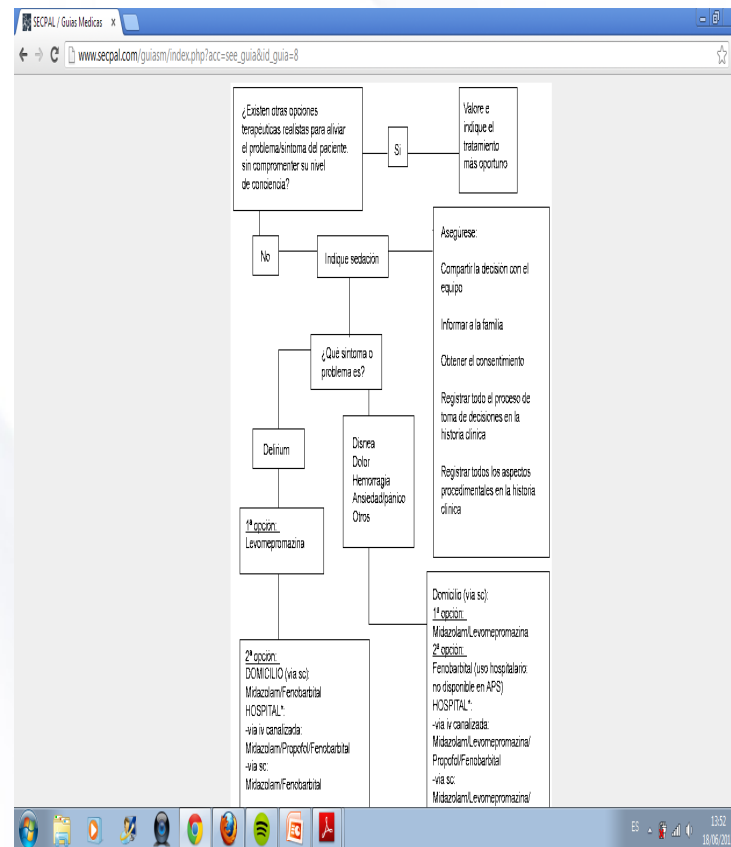
Fueron analizados, retrospectivamente, 1.841 pacientes sometidos al ecocardiograma transesofágico en nuestra institución por indicaciones clínicas diversas, con edades entre 14 y 96 años (51,5 ± 16,9 años), siendo 944 (51,3%) pacientes del sexo masculino.

La técnica de los exámenes siguió la normalización de los Equipamientos y Técnicas de Examen para la Realización de Exámenes Ecocardiográficos de la Sociedad Brasileña de Cardiología¹.

En todos los pacientes se realizó el ecocardiograma transefágico e inmediatamente después, el ecocardiograma transefágico². Se utilizaron ecocardiografía modelo Vivid 3, de General Electric, equipados con transductor transefágico de 2,5 MHz, y transductor transefágico de 5 MHz.

Los exámenes transefágico y transefágico se realizaron en ambiente ambulatorio, en sala equipada con instrumentos y medicamentos para resucitación cardiopulmonar.

SEDACIÓN PALIATIVA



SEDACIÓN PALIATIVA

- **MIDAZOLAM**
 - Inicio de acción sc. 5 - 10 min.
 - Vida media 2-5 horas. Dosis dia máx. vía ev.: 160-200 mg/día.
- **LEVOMEPRMAZINA**
 - Fenotiacina acción antipsicótica, antiemética

	Subcutánea	Endovenosa (dilución 1ml/1.5mg)
MIDAZOLAM (ampollas 15 mg/ml)	Bolus de induccion: 2.5-5 mg Si BZD previas: 5-10 mg	B.I: 1'5mg Si BZD previas: 3.5mg
LEVOMEPRMAZIN A (ampollas 25 mg/ml)	B.I.: 12.5-25 mg	½ de la sc.
PROPOFOL (viales 10 mg/ml)	NO	B.I.: 1-1.5/kg/iv en 1 a 3 minutos D.R: 50% dosis de inducción
FENOBARBITAL (amp de 200 mg/ml)	D.I: 100-200 mg IM D.R.: 100 mg IM	B.I: : 2 mg/kg lento.

Dosis de inducción: Bolus de inducción cada 5 minutos hasta que Ramsay II/III

Sedación intermitente: dosis de inducción cada 4h

Sedación continua: dosis de inducción x 6 (en 24h), siendo D. Rescate= D Induccion

Situación de últimos días

INFORMAR A LA FAMILIA

1. Revisión del proceso
2. Aumentar la disponibilidad del equipo
3. Favorecer la expresión de sentimientos
4. Proporcionar nueva información
5. Revisar y compartir objetivos
6. Prevenir crisis
7. Promover la participación en la atención
8. Orientar en los aspectos prácticos
9. Considerar los aspectos espirituales

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela

