

Diagnóstico y tratamiento del paciente paliativo no oncológicos



XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna
VIII Congreso de la Sociedad de Medicina Interna Comunidad Valenciana



José Murcia
Servicio Medicina Interna
Hospital Vega Baja –Orihuela–



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Caso clínico 1

- Varón de 78 años que consulta por aumento de su disnea basal.
- **Antecedentes:**
 - Alergia a penicilina.
 - Exfumador de 40 años paquete.
 - Diagnosticado de EPOC hace 3 años.
 - Varios ingresos por descompensación de patología respiratoria (3 últimos 6 meses).
 - Espirometría: FEV1 36%; IT 60%
 - GAB: ph 7.40; pO2 48 mmHg; pCO2 55 mmHg
 - Disnea basal clase 4 MMRD
 - Situación funcional basal: IB 50.
 - Tratamiento: oxígeno domiciliario 2lpm, β_2 +corticoide inh, Br. Tiotropio inh, ramipril y furosemida

Caso clínico 1

- **Exploración física:**

- FR: 26; FC 130 lpm; TA 110/60; Afebril.
- Caquético; cianosis central; uso de musculatura accesoria
- IMC 20
- AP: disminución generalizada del murmullo vesicular.
- Edemas en MMII.
- Tendencia al sueño (glasgow 12)

- **Exploración complementaria:**

- AS: gluc 212; Urea 70; creat 1.3; Na 130; K 5
- GAB: pH 7.18; PO₂ 38 mmHg; PCO₂ 90 mmHg; bic 33
- Rx tórax: tórax enfisematoso con signos de atrapamiento aéreo.
- ECG: taquicardia sinusal

Caso clínico 1

- ¿Cuál sería la actitud médica más correcta a seguir?
 - a) El paciente presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria hipoxémica-hipercapnómica con amenaza vital por lo que es candidato a ingreso en UCI y IOT
 - b) Administración de β_2 acción corta nebulizado, corticoides sistémicos, antibiótico y VNI en planta
 - c) Me plantearía otras opciones terapéuticas: administración de cl. Mórfico para alivio de la disnea

Caso clínico 2

- Varón de 78 años que consulta por aumento de su disnea basal.
- **Antecedentes:**
 - Alergia a penicilina.
 - Exfumador de 40 años paquete.
 - Diagnosticado de **Cáncer de pulmón** hace 3 años.
 - Varios ingresos últimos 6 meses por disnea.
 - Finalizado tratamiento con QT al 6º ciclo por PE
 - Disnea basal clase 4 MMRD
 - Situación funcional basal: IB 50.
 - Tratamiento: oxígeno domiciliario 2lpm, β 2+corticoide inh, Br. Tiotropio inh, ramipril y furosemida

Caso clínico 2

- **Exploración física:**

- FR: 26; FC 130 lpm; TA 110/60; Afebril.
- Caquético; cianosis central; uso de musculatura accesoria
- IMC 20
- AP: disminución generalizada del mv.
- Edemas en MMII.
- Tendencia al sueño (glasgow 12)

- **Exploración complementaria:**

- AS: gluc 212; Urea 70; creat 1.3; Na 130; K 5
- GAB: pH 7.18; PO₂ 38 mmHg; PCO₂ 90 mmHg; bic 33
- Rx tórax: tórax enfisematoso con signos de atrapamiento aéreo, masa pulmonar en hemitórax izquierdo.
- ECG: taquicardia sinusal

Caso clínico 2

- ¿Cuál sería la actitud médica más correcta a seguir?
 - a) El paciente presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria hipoxémica-hipercapnica con amenaza vital por lo que es candidato a ingreso en UCI y IOT
 - b) Administración de β_2 acción corta nebulizado, corticoides sistémicos, antibiótico y VNI en planta
 - c) Me plantearía otras opciones terapéuticas: administración de cl. Mórfico para alivio de la disnea

- **A FAVOR:**

- a) Más eficaz para resolver el fracaso respiratorio, contraindicación de VNI
- b) Evitamos efectos indeseables de la IOT e ingreso en una UCI
- c) Alivio de los síntomas

- **EN CONTRA:**

- a) Encarnizamiento terapéutico
alta probabilidad de fallecimiento
- b) Prolongación de una situación agónica
- c) Fallecimiento del paciente

PRACTICA CLÍNICA CORRECTA

NIHILISMO



ENCARNIZAMIENTO
TERAPÉUTICO

UN POCO DE HISTORIA
НИ ЛОКО ДЕ ИСТОРИЯ