



Universidad del sureste

Escuela de medicina humana

CASO CLINICO: Cardiópata.

ANALISIS DE LA DECISIÓN EN LA CLINICA

Dr. Daniel López Castro

Por: Diego Armando Hernández Gómez

8 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México a 19 de marzo del 2022.

1.- Definir el problema.

Paciente de 67 años de sexo masculino, hipertenso en control, neumópata en control, cardiópata en control, obesidad moderada sin control adecuado, insuficiencia renal leve sin control adecuado, hepatopatía leve en control. Presenta crisis de sus problemas cardiovasculares por lo que es necesario hospitalizarlo e intervenirlo quirúrgicamente dos días después, practicándosele una revascularización coronaria con doble cambio valvular. Dicha intervención tuvo una duración de 18 horas aproximadamente, y fue realizada de manera exitosa. Como consecuencia de su estado general, los problemas preexistentes ya mencionados se agudizan. A dos semanas de su ingreso al hospital fue evaluado por la especialidad de gastrocirugía por problemas abdominales, diagnosticándose abdomen agudo y decidiéndose intervención quirúrgica de emergencia, en la que se efectuó una resección de la mitad del intestino grueso, (Hemicolectomía derecha más colostomía) y dejando una ostomía evacuadora (aproximar el intestino a la pared abdominal para que el paciente evacúe); el paciente en plena capacidad y su esposa autorizaron la intervención, previa información. A seis días de la segunda intervención presenta otra crisis abdominal por lo que se somete a nueva exploración quirúrgica en la cual se corrige una obstrucción intestinal sin más complicaciones. Autoriza el paciente previa información. Se mantiene entonces alimentado parenteralmente y luego con dieta enteral por sonda naso-gástrica. Durante su estancia en la unidad de terapia intensiva desarrolla infección pulmonar aguda seguida de insuficiencia renal aguda que lo hace tributario de hemodiálisis.

En los días posteriores presenta varios episodios de sangrado de tubo digestivo como consecuencia de la terapia anticoagulante indicada por su problema de base (cardiovascular) y por la terapia medicamentosa necesaria para sus sesiones de hemodiálisis. Dichos episodios hemorrágicos se han podido controlar con fármacos y medidas de soporte gastrointestinal (sin cirugía). Habiendo permanecido intubado orotraquealmente por periodo prolongado, fue necesario efectuar una intervención quirúrgica llamada traqueostomía para no lesionar sus vías aéreas superiores y

mejor manejo de sus secreciones y lavados bronquiales a fin de lograr el control de sus problemas pulmonares.

En ese mismo tiempo quirúrgico se le efectúa una gastrostomía, que es la colocación quirúrgica de una sonda para alimentación directa del exterior de su abdomen hacia el interior de su estómago para alimentación. Ambas intervenciones fueron autorizadas por el propio paciente con la debida información. Ha permanecido hasta este momento cuatro meses y doce días en estancia intrahospitalaria entre terapia intensiva e intermedia. En resumen:

- Se realizan hemodiálisis de 2-3 veces por semana.
- Se soporta pulmonarmente con apoyo ventilatorio.
- Se alimenta por sonda de gastrostomía.
- Se dan ejercicios de fisioterapia y rehabilitación para incorporarlo a la actividad normal.

El paciente se encuentra en control a pesar de que uno de los principales dilemas se presenta en la decisión de realizar la hemodiálisis o no realizarla, ya que para efectuar la hemodiálisis se aplican fármacos que hacen sangrar al paciente del tubo digestivo; y para tratar médicamente el sangrado de tubo digestivo es menester suspender esos fármacos. Por lo que:

- El paciente se soporta con sangre y fármacos hasta su estabilización.
- Luego se reanuda su medicación anticoagulante para sus problemas cardiovasculares (válvulas).
- Todo lo anterior hasta la nueva hemodiálisis (2-3 días).

El médico a cargo de este paciente solicita al Comité Hospitalario de Bioética la reflexión sobre el caso, por su temor de caer en una situación de obstinación terapéutica.

2.- Analizar el problema.

El problema que se nos presenta es que el paciente por ser adulto mayor, en cada episodio de las diversas patologías existentes y que se van presentando pudiera

tener un riesgo significativo que culminara en un posible fallecimiento, por otra parte vemos que a veces la terapia que se le brinda para un problema afecta a otro órgano o sistema, haciéndonos pensar que lo mejor para este paciente es no alargar su sufrimiento, pero a la vez con cada problema existente logra superarlo mejorando poco a poco su situación, además en cada procedimiento él ha estado de acuerdo y firmado consentimiento informado.

3.- Evaluar soluciones.

El análisis de este caso nos revela que a pesar de que el paciente ha presentado episodios de gravedad, éstos se han solucionado satisfactoriamente. De hecho, no se encuentran valores en conflicto, ya que cada intervención se ha realizado con el consentimiento informado del propio paciente y de su esposa; el ejercicio de la autonomía por parte del paciente y de la beneficencia por parte del médico tratante, son principios que encontramos en la historia clínica que se nos presenta.

4.- Elegir solución.

En cada evento el paciente ha logrado sobrevivir y su estado ha mejorado notablemente; a la fecha el paciente está vivo y reconectado: esto es que se ha conectado de nuevo la ostomía a la parte residual (muñón) distal del intestino grueso. Sus problemas se han controlado farmacológicamente.

Por lo tanto debemos continuar con el manejo y tratamiento que hasta la fecha tenemos, debido a que el paciente en su propia autonomía ha hecho uso de ese derecho y como médicos somos respetuosos de la decisión de nuestro paciente, además que cada problema que se presenta ha ido mejorando gradualmente esperando que pueda superar su situación actual y continuar sus días de vida con pocas secuelas o nulas.

5.- Aplicar solución.

El paciente mantiene una vida normal en el sentido de que se vale por sí mismo, lleva una dieta normal con pocas restricciones, evacua normalmente, uresis normal, deambula normalmente y maneja su automóvil. Intelectualmente esta íntegro, es capaz y se sigue atendiendo medicamente en sus controles periódicos. Cuatro

meses y doce días de internamiento hospitalario con el historial clínico presentado, podrían ser un caso claro de obstinación terapéutica. Sin embargo, al tratarse de un paciente que cuenta con un seguro de gastos médicos mayores y estar atendido en un hospital del sector privado, ha sido posible aplicar toda la tecnología con que cuenta esta institución de salud. La reflexión va en el sentido de que sin el apoyo de su seguro o bien en una institución del sector público quizá no hubiera sido posible la aplicación de los recursos descritos en este caso. Claramente podemos confirmar que este paciente ha sobrevivido gracias al apoyo económico que su seguro le proporcionó.

6.- Evaluar resultados.

El paciente como mencionamos anteriormente ha logrado subsistir a pesar de los problemas que se le han ido presentando y va mejorando continuamente esperando poder alcanzar su alta si continua su mejoría.

En este sentido, y en un contexto social y moral, se hace patente la inequidad en cuanto a las oportunidades de salvar la vida en circunstancias clínicas críticas: por una parte, una persona que puede pagar por su atención y otra más que cuenta solamente con una atención del sector público en donde los recursos son limitados. Justicia y equidad son factores que debemos tener presentes en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Recuperado de:
https://huap.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/05/FLC-CASOS-CEA-FELAIBE.pdf