

Rol del anestesiólogo en cuidados paliativos: Nuevos desafíos

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-049>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Danytsa Valentina Manríquez Fuentes

Unidad Cuidados Paliativos CESFAM La Floresta, Hualpén, Servicio Salud Talcahuano.

Introducción

La anestesiología es una especialidad médica versátil. Tiene diversas ramas, una de ellas es el alivio del dolor. Esta resulta ser vital para optimizar el manejo adecuado de pacientes de unidades de cuidados paliativos oncológicos y universales. En Chile, el ingreso a estas unidades es parte de las garantías GES en usuarios oncológicos. Además, existe la ley 21375 que consagra el derecho a recibir cuidados paliativos universales (1).

El rol del anestesiólogo en esta área se ha vuelto imprescindible, dado el poco conocimiento teórico de la algología.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Mujer 77 años, con insuficiencia cardíaca avanzada, hipertensión pulmonar, y enfermedad hepática crónica Child-pugh C, desde hace 6 meses en unidad de cuidados paliativos universales no oncológicos en Atención Primaria en Salud (APS)

Calendario (cronología)

Día 1 Usuaría en etapa de fin de vida ingresa a hospital por cuadro de dolor abdominal EVA 10/10 de 3 días de evolución, refractario a uso de morfina subcutánea ambulatoria a dosis de 10 mg cada 4 hrs, parches de fentanilo de 50 mcg/hr y múltiples dosis de rescate de morfina; y además cursando con hematemesis. Fue derivada desde consultorio para manejo de dolor dado refractariedad a tratamiento analgésico en domicilio, en contexto de usuaria en fin de vida. Al ingreso presenta glasgow 15/15, quejumbrosa, dolor abdominal intenso. Se hospitaliza para estudio y manejo de dolor. En hospitalización sospecharon sepsis de foco abdominal, se inicia metronidazol, ceftriaxona, y terlipresina. Para la analgesia se usó bomba de infusión continua metamizol 4 gr y bolos de fentanilo. Paciente persistía con dolor EVA 10/10.

Se realiza interconsulta a gastroenterología.

Se realiza TAC de abdomen y pelvis que descarta sepsis de foco abdominal.

Día 2 Paciente persiste con dolor. Gastroenterología indica endoscopia digestiva alta (EDA), familiares refieren que por indicaciones de geriatría previa y por unidad de cuidados paliativos, se había decidido manejo no invasivo, dado signos inminentes de muerte activa, que declaraba a la usuaria índice en etapa de fin de vida y no aceptan EDA.

Día 3 Paciente persiste con dolor, no se ajusta analgesia, y se decide alta.

Día 4 Cuidados paliativos APS, realiza ajuste de analgesia en domicilio con morfina a dosis de 10 mg/ml cada 3 hrs subcutánea. Usuaría persiste con dolor, muy quejumbrosa. Fallece horas más tarde, con dolor.

Plan anestésico

Sedación paliativa en sala de medicina intrahospitalaria



Sedación paliativa con Midazolam a dosis de inducción de 3 mg vía endovenosa en bolo lento repitiendo dosis hasta lograr nivel de sedación buscado, luego dosis de mantención en infusión continua

Discusión y Conclusiones

Con este caso se puede evidenciar el poco conocimiento sobre el manejo del alivio del dolor en cuidados paliativos, plasmando la necesidad que exista en cada hospital a nivel nacional un protocolo de fin de vida e indicación de sedación paliativa, realizado por los más expertos, los anestesiólogos. El rol de este profesional en unidades de cuidados paliativos es un desafío en la actualidad y en la educación médica continua y de pregrado de nuestros futuros médicos, para que nuestros pacientes fallezcan sin dolor.

Contacto

Nombre: Danytsa Valentina Manríquez Fuentes

Correo electrónico: dmanriquez@medicina.ucsc.cl / dmanriquez@medicina.ucsc.cl