

# ENFOQUE PALIATIVO EN URGENCIAS

Adecuación de medidas en pacientes con  
insuficiencia respiratoria

Autora: Raquel Revert Gil (R1 de Pediatría)  
Tutora: Lucía Ortiz San Román (adjunta UHD Pediátrica)

# OBJETIVOS

- Comprender el concepto de la "adecuación de medidas" en pacientes que necesitan cuidados paliativos
- Comprender con ejemplos reales cómo se diseña el plan terapéutico en función del mejor interés del paciente, procurando evitar el encarnizamiento y el abandono terapéuticos
- Análisis comparativo del abordaje de la insuficiencia en niños que padecen una enfermedad amenazante para la vida frente a los que no la padecen

# ÍNDICE

## ■ **Introducción: enfoque paliativo**

- Cuidados Paliativos
- Abandono terapéutico y obstinación terapéutica
- Adecuación de medidas

## ■ **Dificultad respiratoria**

- Caso 1: niño previamente sano que acude a Urgencias Pediátricas por dificultad respiratoria
- Caso 2: niño con PCI grave que acude a urgencias por dificultad respiratoria
- Análisis comparativo

## ■ **Conclusiones**

# INTRODUCCIÓN: definiciones

## ■ Cuidados paliativos

- «El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (OMS)
- Empiezan con el diagnóstico de la condición terminal y se van adaptando a cada momento vital

## ■ ADECUACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS

- Se trata de *«adecuar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de monitorización a los objetivos terapéuticos definidos para cada fase de la enfermedad y en función de la situación clínica y personal del paciente»* (Martino, 2012)
- Para ello es necesario tener en cuenta la historia de enfermedad, que es cambiante
- Las decisiones se toman en función del mejor interés para el paciente

# Introducción: definiciones

## ■ Obstinación terapéutica

- Instauración o mantenimiento de tratamientos destinados a prolongar la vida del paciente en situaciones en las que no es previsible que se consiga un beneficio razonable o un aumento de la calidad de vida
- El Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Capítulo V, Art. 36, 2)

*«El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida»*

## ■ Abandono terapéutico

- Falta de atención adecuada a las necesidades del paciente y su familia
- Suele deberse a la falsa idea de “ya no hay nada que hacer” y una formación insuficiente en cuidados paliativos.
- Es el otro extremo de la obstinación y supone mala *praxis*



Para entender la adecuación de medidas debemos saber muy bien cómo Tratar la patología pediátrica general

# Dificultad respiratoria aguda



# Caso 1

- Acude a UPED un niño de 7 años con antecedentes de **bronquitis de repetición**.  
Tratamiento crónico: montelukast
- Clínica:
  - Dificultad respiratoria y tos persistente de unas 12 horas de evolución
  - A pesar de tratamiento con salbutamol en domicilio persiste la clínica, por lo que desde en centro de salud es derivado a UPED
  - Afebril. No presenta otros síntomas
- Exploración:
  - FC: 120 lpm. Sat (%): 94%. FR: 40rpm.
  - Normocolorado. Tiraje subcostal e intercostal moderado. Presenta dificultad para terminar las frases
  - Auscultación: espiración alargada, sibilantes diseminados al final de la espiración



# Abordaje caso 1

- Una de las escalas más sencillas para abordarlo es el score clínico de Hospital de Cruces

**TABLA I. Score clínico para la valoración de la gravedad de una crisis asmática**

| <b>Puntuación</b>          | <b>0</b>                       | <b>1</b>            |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Frecuencia cardíaca        | < 120/min                      | > 120/min           |
| Frecuencia respiratoria    | < 2 DE para la edad            | > 2 DE para la edad |
| Disnea                     | No o mínima                    | Moderada o grave    |
| Uso de músculos accesorios | No o mínimo                    | Moderada o grave    |
| Sibilantes                 | No o al final de la espiración | Presentes           |

## Crisis asmática. Protocolo AEPED

- Un score inicial de 5 ➡ crisis grave
- El rendimiento ↑ cuando se valora tras el tratamiento inicial
  - En ese momento una puntuación del score >2 ➡ mala respuesta
- Objetivo
  - Conseguir una broncodilatación y una oxigenación adecuadas
  - Disminuir las recaídas

# Tratamiento

## Crisis leve

- **SALBUTAMOL**  
1a opción: puff Peso/3 (mínimo 5, máximo 10)  
2a opción (si no hay cámara):  
Nebulizado

## Crisis moderada

- **SALBUTAMOL:**  
Puff. 3 dosis cada 15-20 minutos  
Si  $\text{SatO}_2 \leq 92\%$ , o no disponibilidad:  
Nebulizado
- **BROMURO DE IPRATROPIO**  
Si  $\text{PS} > 4$  ó  $\text{SatO}_2 < 91\%$
- **CORTICOIDE ORAL:**  
Prednisona: 1.5-2 mg/kg/ (máximo 60 mg)  
Dexametasona: 0.6 mg/kg/día (máximo 16 mg). Dosis única
- **OXIGENOTERAPIA:**  
Si  $\text{SatO}_2 \leq 92\%$  o Si  $\text{SatO}_2$  inicial  $< 90\%$ , permanecer al menos 4 horas en observación. Determinar  $\text{Sat O}_2$  al inicio y al final del tratamiento

## Crisis grave

- **ESTABILIZACIÓN:**  
 $\text{O}_2$  100%,  
canalizar VVP,  
Monitorización cardiorrespiratoria continua
- Salbutamol neb+ Bromuro de ipatropio  
3 dosis consecutivas
- Corticoterapia  
Metilprednisolona IV 2 mg/kg ó dexametasona 0,6 mgr/kg
- Sulfato de Magnesio  
40 mg/kg/dosis (max 2 gr) IV. Infusión en 20 minutos
- Adrenalina IM:  
0,01 mg/kg 1/1000, máx 0,4mg. Si apnea o disminución del nivel de conciencia con hipoventilación grave
- Valorar OAF  
si  $\text{PS} > 6$  tras tres dosis de salbutamol en 1 hora ó  $\text{SatO}_2 < 94\%$  con  $\text{FiO}_2$  100 %

# Caso clínico 2

## ■ Paciente de 10 años. Antecedentes:

- Bronquitis de repetición
- Parálisis cerebral infantil de tipo **tetraparesia espástica** de origen perinatal (EHI). GMFCS 5, MACS 5, CFCS IV\*
- Como consecuencia ➡ deformidades esqueléticas (escoliosis dorsolumbar y otras deformidades en extremidades)
- Alimentado por gastrostomía
- Epilepsia de difícil control

## ■ Tratamiento de base

- Levetiracetam, perampanel, clonazepam
- Budesonida
- Suplementos nutricionales con Isosource fibra junior

# \*Escalas de valoración en parálisis cerebral infantil. Aclaración

**Tabla I.** Niveles funcionales en las tres clasificaciones más frecuentemente utilizadas en la parálisis cerebral infantil

| <b>Nivel</b> | <b>GMFCS</b><br><i>Dependencia motora grosera</i>  | <b>MACS</b><br><i>Dependencia motora fina</i>   | <b>CFCS</b><br><i>Comunicabilidad</i>  |
|--------------|--|---|--|
| I            | Marcha sin restricciones pero limitada para actividades motoras más demandantes                      | Utiliza objetos con facilidad y de manera exitosa   | Envía y recibe información eficazmente y eficientemente con personas conocidas y desconocidas                |
| II           | Marcha con restricciones   | Utiliza la mayoría de los objetos, pero con una calidad del movimiento reducida o con menor velocidad en la realización | Envía y recibe información eficazmente con personas conocidas y desconocidas pero necesitan tiempo adicional |
| III          | Marcha con una asistencia técnica que utiliza con las manos  | Utiliza los objetos con dificultad, necesitando ayuda en la preparación o en la realización de las actividades          | Envía y recibe información eficazmente solo con personas conocidas   |
| IV           | Limitaciones para la automovilidad; puede utilizar una asistencia técnica controlada por el paciente | Utiliza una selección limitada de objetos que son fácilmente manipulables en situaciones adaptadas                      | Envía y/o recibe información de manera inconsistente con personas conocidas                                  |
| V            | El paciente necesita ser transportado por otra persona en una silla de ruedas                        | No manipula objetos o tiene limitaciones muy importantes para realizar actividades simples                              | Casi nunca envía y/o recibe información  |

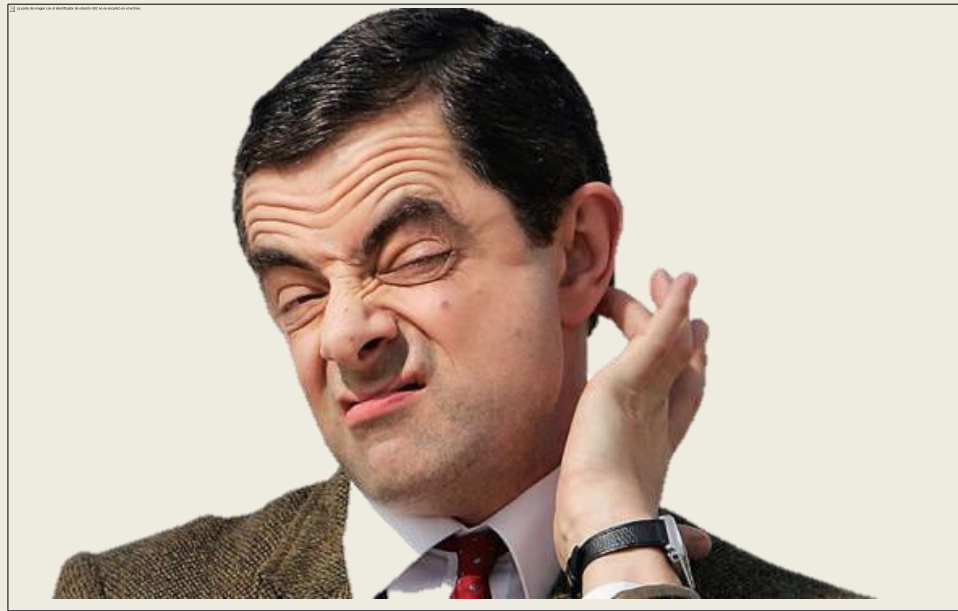
**GMFCS:** Gross Motor Function Classification System; **MACS:** Manual Ability Classification System; **CFCS:** Communication Function Classification System

# Abordaje caso 2

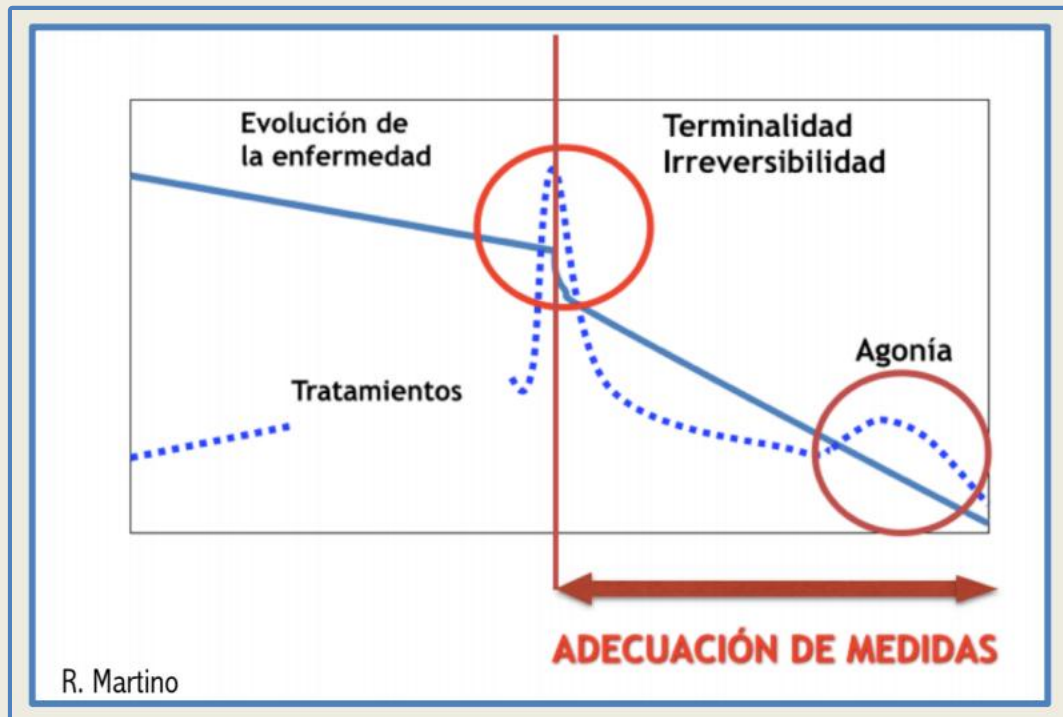
- Acude a UPED por aparición de dificultad respiratoria con aleteo nasal, sensación de disconfort, palidez y sudoración de unas 12 horas de evolución. Asocia febrícula de 37.7 °C
- A pesar del iniciar salbutamol en domicilio no mejora.



¿Qué hacemos con este niño?



# Momento de vida



- ¿En qué momento de su vida se encuentra?
- ¿Qué pensamos que va a suceder en los próximos meses?



En los últimos meses refieren:

- Tres exacerbaciones de su broncoespasmo
- Mayor dificultad en el manejo de las crisis convulsivas que han propiciado la ampliación del tratamiento
- Mayor dificultad en la alimentación (disfagia)

# ABORDAJE CASO 2

- Maniobras iniciales comunes: exploración, toma de constantes, manejo de aerosoles si consideramos que tiene un broncoespasmo.
- Exploración de las necesidades del paciente (¿qué necesita para estar bien?)
  - No padecer síntomas
  - Estar acompañado por sus seres queridos
  - Estar en su domicilio lo más pronto posible
  - Ambiente tranquilo
- Valoración de problemas médicos
  - Diagnóstico 1: broncoespasmo  
Etiología primaria: virus respiratorios
  - Diagnóstico 2: ¿aspiración?  
Comorbilidad: disfagia, posible RGE por escoliosis, tos ineficaz, hipotonía, etc.

# Abordaje caso 2

- Objetivos terapéuticos (¿Qué es lo que podemos conseguir con el tratamiento?)
  - Tratamiento etiológico: antibióticos si los precisara
  - Tratamiento fisiopatológico: broncodilatador, corticoterapia, oxigenación
  - Tratamiento del síntoma: ¿morfina?
  - Tener en cuenta factores que condicionan la enfermedad y son irreversibles
- Hipotonía torácica, la tos débil, son irreversibles → peor pronóstico

## LOS OBJETIVOS HAN DE SER REALISTAS

- Plan terapéutico adecuado a sus necesidades



# Plan terapéutico

## Crisis leve

- SALBUTAMOL

## Crisis moderada

- SALBUTAMOL
- BROMURO DE IPATROPIO
- CORTICOIDE ORAL
- OXIGENOTERAPIA

## Crisis grave

- ESTABILIZACIÓN
- Salbutamol neb+ Bromuro de ipatropio
- Corticoterapia
- Valorar OAF y VMNI
- Adrenalina im
- Morfina subcutánea

- Mayor probabilidad de crisis moderada-grave dados sus antecedentes
- Plantear la administración de oxigenoterapia desde el inicio para proporcionar más confort
- Tener en cuenta siempre el riesgo de aspiración
- El oxígeno de alto flujo y la ventilación mecánica no invasiva son una opción válida para broncoespasmo grave
- La intubación ha de plantearse solamente en caso de que pensemos que hay reversibilidad de la situación

# Tabla comparativa

|                    | Caso 1                                    | Caso 2   |
|--------------------|---|--|
| Antecedentes       | Bronquitis de repetición                  | Bronquitis de repetición<br>PCI<br>Riesgo de aspiración  |
| Complicaciones     | Poco probables                            | Esperables   |
| Supervivencia      | Esperable                                 | Posible  |
| Objetivo principal | Curativo                                  | Máximo confort en los ámbitos clínico, psicológico y social (tratamiento de síntomas)<br>Curativo (cuando añadimos antibioterapia) |
| Intubación         | Opción en caso de broncoespasmo muy grave | No es una opción si el deterioro es como consecuencia de su enfermedad de base (ej. aumento de la hipotonía: apnea)                |

# Conclusiones I

- La adecuación de medidas terapéuticas se adaptan al paciente en cada momento de su vida y cada fase de su enfermedad. Se toman en función del mejor interés para el paciente
- La obstinación terapéutica y el abandono terapéutico son dos medidas no aceptables en la práctica clínica
- Para realizar una adecuación de medidas eficaz es necesario saber tratar la patología pediátrica general
- El abordaje de la dificultad respiratoria aguda en el paciente previamente sano es diferente al del paciente con necesidad de cuidados paliativos (“no debemos tratar a todos los niños por igual”)

# Conclusiones II

- Es muy importante tener en cuenta el momento de vida y si ha pasado por el punto de inflexión
- Consta de unas maniobras iniciales comunes, exploración de las necesidades del paciente y valoración de los problemas médicos
- Estableceremos unos objetivos terapéuticos realistas y un plan terapéutico adecuado a sus necesidades
- Es más probable es riesgo de complicaciones y de aspiración
- En caso de broncoespasmo grave, podríamos plantear la morfina como opción terapéutica para la mejora de la disnea respecto a la intubación orotraqueal

# Bibliografía

- Lillo Lillo M. Valoración ética del dolor y el sufrimiento. Atención al niño al final de la vida. An Pediatr Contin. 2013;11:354-8.
- Martino R. Cuidados paliativos pediátricos: teniendo en cuenta al niño, a las familias y a los profesionales. Evid Pediatr. 2012; 8: 1.
- Sánchez Etxaniz J, Mintegi Raso S. Crisis asmática. Protocolo AEPED. [en línea] [fecha de consulta: 16-febrero-2017]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/crisis\\_asma.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/crisis_asma.pdf)
- Jiménez L. Protocolo de actuación en crisis de asma aguda-episodio de sibilancia en el sibilante recurrente. Web del Hospital Gregorio Marañón, sección potocolos en Urgencias de Pediatría [en línea] [fecha de consulta: 17-febrero-2017]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROTOCOLO\\_CRISIS\\_DE\\_ASMA-BRONCPESPASMO\\_%281%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352891821667&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROTOCOLO_CRISIS_DE_ASMA-BRONCPESPASMO_%281%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352891821667&ssbinary=true)

# Muchas gracias

Rubén y Lorena Revert. Mis hermanos.



Javi Revert. Mi primo. PCI secundaria a EHI perinatal