

# CURSO ALMA 2005



## Corazón – Cerebro: Dilemas éticos en el enfermo cardiovascular con deterioro cognitivo

*Dra. Lourdes Tellechea*

Departamento de Geriátría  
Universidad de la República  
MONTEVIDEO - URUGUAY

# Aspectos éticos en geriatría

- Asegurar consentimiento informado
- Asegurar confidencialidad
- Determinar la capacidad de la toma de decisiones
- Planeamiento de los cuidados avanzados y uso de directrices anticipadas
- Cuándo y cómo debe considerarse a los familiares en la toma de decisiones
- Hasta cuándo es adecuado continuar
- Uso de reanimación cardiovascular y ordenes de no resucitar
- Respondiendo a las peticiones para intervenciones
- Disponer de recursos en el sistema de salud
- Recomendando la institucionalización

Ethical Issues in Geriatrics, Mayo Clin Proc. 2004; 79: 554-562

# Temas para un análisis apropiado de factores éticos relevantes en un caso dado

## Principios éticos

- Beneficiencia
- No – Maleficiencia

## Indicaciones médicas

## Calidad de vida

- Autonomía

## Preferencias del paciente

## Calidad de vida

- Justicia

## Características contextuales

Ethical Issues in Geriatrics,  
Mayo Clin Proc. 2004; 79: 554-562

Table 2. Topics for Proper Analysis of the Ethically Relevant Facts of a Given Case

### *Medical indications*

Ethical principles: beneficence and nonmaleficence

What is the patient's medical problem? History? Diagnosis? Prognosis?

Is the problem acute? Chronic? Critical? Emergent? Reversible?

What are the clinician's goals of treatment?

What are the patient's goals of treatment?

What are the probabilities of success?

What are the plans in case of therapeutic failure?

In sum, how can this patient benefit from medical and nursing care, and how can harm be avoided?

### *Patient preferences*

Ethical principle: respect for patient autonomy

Does the patient have decision-making capacity?

If the patient has decision-making capacity, what are his or her preferences for treatment?

Has the patient been informed of the benefits and risks of the treatment, understood this information, and given consent?

If the patient lacks decision-making capacity, who is the appropriate surrogate?

Has the patient expressed preferences previously (eg, advance directive)?

Is the patient unwilling or unable to cooperate with treatment? If so, why?

In sum, is the patient's right to choose being respected to the extent possible in ethics and law?

### *Quality of life*

Ethical principles: beneficence, nonmaleficence, and respect for patient autonomy

What are the prospects, with or without treatment, for a return to normal life?

What physical, mental, and social deficits is the patient likely to experience if treatment succeeds?

Are there biases that might prejudice the clinician's evaluation of the patient's quality of life?

Is the patient's present or future condition such that his or her continued life might be judged undesirable?

Is there any plan and rationale to forgo treatment?

Are there plans for comfort and palliative care?

### *Contextual features*

Ethical principles: loyalty and fairness (justice)

Are there family issues that might influence treatment decisions?

Are there clinician issues that might influence treatment decisions?

Are there financial and economic factors?

Are there religious or cultural factors?

Are there limits on confidentiality?

Are there problems of allocation of resources?

How does the law affect treatment decisions?

Is clinical research or teaching involved?

Is there any conflict of interest on the part of clinicians or the institution?

Adapted from Jonsen et al,<sup>5</sup> with permission from McGraw-Hill.

# CASO CLÍNICO

- Hombre, 75 años.
- Insuficiencia cardiaca III, múltiples hospitalizaciones, ACV. Demencia vascular; GDS 5, Barthel 30, cuidador diurno.
- Ingresa con disnea severa y edema generalizado, somnoliento, PA: 90/60, FC: 95 , estertores crepitantes bilaterales, fetidez urinaria.

**En suma:** Demencia vascular moderada  
Dependencia funcional  
Insuficiencia cardiaca descompensada  
Infección urinaria

## QUÉ HACER?

# DILEMAS ÉTICOS

1. TIPO DE TRATAMIENTO: ¿CURATIVO O PALIATIVO?
2. ¿ DÓNDE SE LLEVARÁ A CABO EL CUIDADO?
3. ¿HASTA CUÁNDO ES NECESARIO CONTINUAR ?
4. ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES?

# CUIDADO PALIATIVO

**Definición:** Es el cuidado activo de pacientes con enfermedades progresivas, avanzadas y con corto pronóstico de vida y para quienes el foco del cuidado es el alivio de los síntomas y calidad de vida.

WHO. Rodger Charlton.GP.London. Dec. 2004

# Situación de enfermedad terminal

- Una o varias enfermedades no curables (porque no han respondido al tratamiento o porque no existe tratamiento curativo)
- Amenazan la vida del enfermo, en un plazo de meses
- Producen síntomas cambiantes que afectan gravemente la capacidad funcional, el estado mental y emocional del enfermo.
- Estos síntomas producen gran impacto a sus familias.

Lancet 1990;17(3):181-183.

# Esta situación incluye pacientes no oncológicos

- Enfermedad crónica avanzada de un órgano :
  - Insuficiencia cardiaca
  - Enfermedad pulmonar
  - Enfermedad hepática
  - Enfermedad renal
- Demencia evolucionada
- Enfermedades degenerativas del SNC

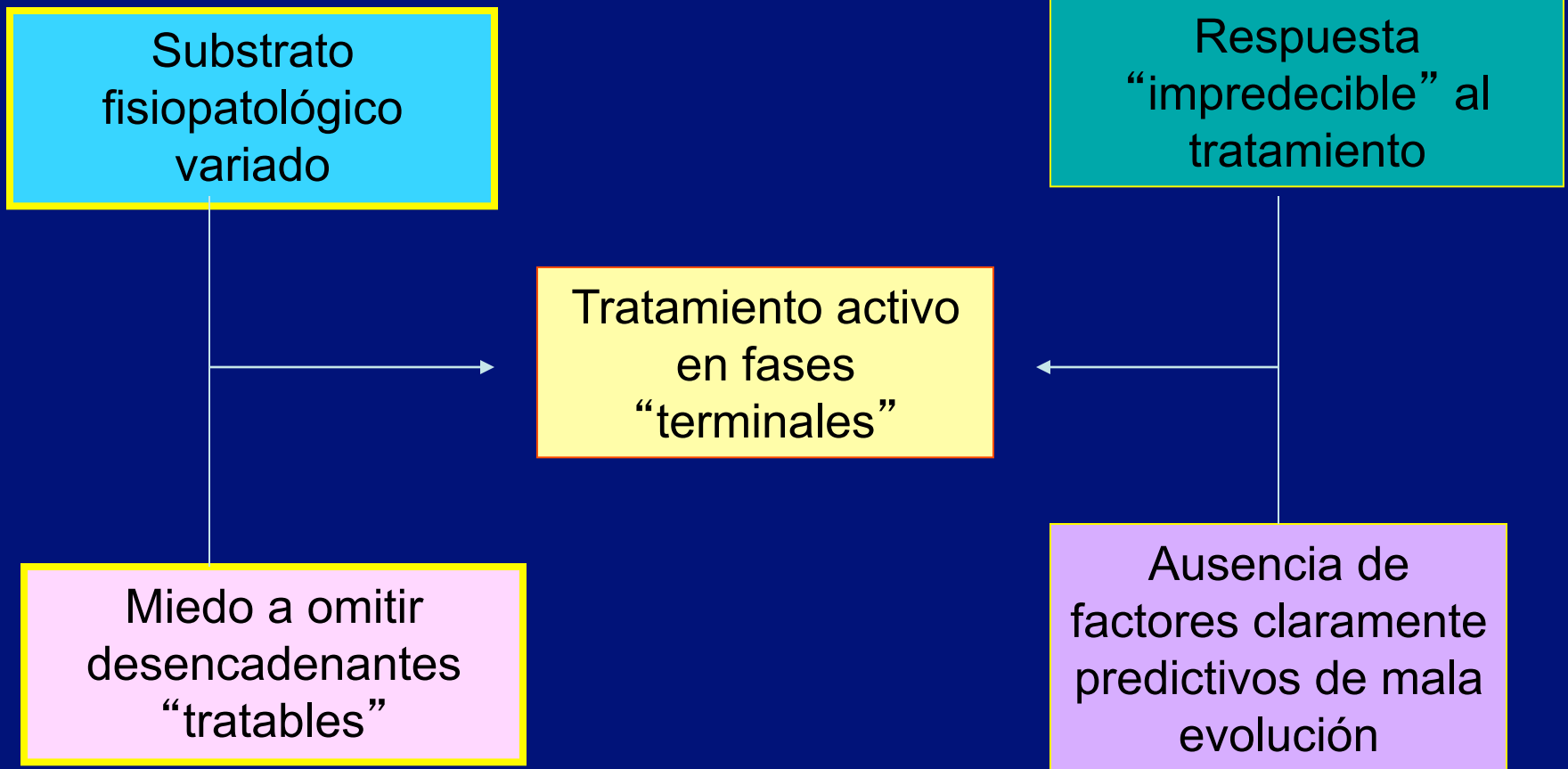
Lancet 1990;17(3):181-183.



# CRITERIOS PARA DEFINIR UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA NO ONCOLÓGICA COMO TERMINAL “ National Hospice Organization, 1996 “

- a. Progresión de la enfermedad bien documentada
  - Criterios clínicos, de laboratorio
  - Numerosas consultas en urgencia o ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses
  - Elevado consumo de servicios de atención domiciliaria
  - Dependencia funcional reciente ( 3 o más ADL)
  
- b. Desnutrición en relación al proceso terminal
  - Pérdida de peso > 10% , últimos 6 meses
  - Albúmina < 25 g/l.
  
- c. Recomendable el acuerdo de varios facultativos.

# Dificultades para definir I Cardíaca terminal



# CRITERIOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA TERMINAL

“ National Hospice Organization, 1996”

1. Insuficiencia cardiaca congestiva recurrente con repetidos ingresos hospitalarios
2. Clase funcional IV de NYHA, persistente
3. Fracción de eyección del VI < 20 %
4. Administración del tratamiento óptimo
5. Contraindicación para transplante cardíaco

Rev Mult Gerontol 2004; 14(2): 90-96

# Recomendaciones :

- Valoración integral del paciente, percepción de salud del mismo, hacer equipo con la familia.
- Guías de cuidado en instituciones de salud.
- ¿Qué incluye el cuidado? (dolor, disnea, soporte espiritual)
- Asesoría legal al paciente y a la familia
- Al definir una enfermedad como terminal debe definirse si se hace o no directriz avanzada y si hay o no deterioro cognoscitivo

Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference 2002

# CONCLUSIONES

**SITUACION DE ENFERMEDAD TERMINAL**



**EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO**



**GERIATRA INTEGRAR EL EQUIPO**