



<http://www.elsevier.es/semergen>

410/53 - DE LAS URGENCIAS A SU DOMICILIO

D. Toledo García¹, E. Olivares Gallardo¹, S. Anaya Anaya²

¹Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud San Pablo. Sevilla. ²Residente en Alergología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Nos encontramos ante una mujer de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, úlceras varicosas crónicas, ligero deterioro cognitivo y múltiples protrusiones discales y estenosis a nivel lumbar. Parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 35). Utiliza silla de ruedas y vive junto a su marido, también dependiente. Sus cuidadores principales son sus 3 hijas que realizan turnos en el domicilio de los padres. Consulta por cuadro de disartria, desviación de comisura bucal y hemiparesia y hemianestesia del lado izquierdo de 3 horas de evolución. Tras la realización de las pruebas complementarias pertinentes, neurología descarta activar un código ictus dada la situación basal de la paciente. Tras comentar las diversas opciones disponibles con la familia y ser debidamente informados, teniendo en cuenta que se trata de una paciente de edad avanzada y con elevada carga patológica, se consensua alta a domicilio. Previo a la misma, se comprueba que la paciente tolera vía oral y para facilitar la correcta administración de la medicación que precisa, toda aquella que resulta posible se pasa a parche o a gotas como forma de presentación. Se hace hincapié en el importante papel de su Medicina Familiar y Comunitaria, así como del personal de enfermería (de familia y de enlace). Tras 5 días la paciente comienza con cuadro de disfagia para líquidos, lo que hace preciso el uso de espesantes. Al paso de otros 10 días comienza con disminución de conciencia y recorte de diuresis, lo que obliga a su médico a iniciar tratamiento usando la vía subcutánea ante la necesidad de medicación de rescate. La paciente fallece días después en su domicilio, acompañada por sus familiares.

Exploración y pruebas complementarias: En urgencias, regular estado general. Consciente, orientada y escasamente colaboradora. Constantes vitales dentro de niveles óptimos. En la exploración neurológica destaca hemiparesia y hemianestesia izquierda. Imposible estudiar marcha. Se realiza analítica donde destaca una leucocitosis de 17.000 a expensas de neutrofilia y un TAC de cráneo donde se evidencia un evento isquémico agudo en región cápsulo-ganglionar derecha, que afecta a núcleo caudado y lenticular.

Juicio clínico: Ictus isquémico a nivel de núcleo caudado y lenticular.

Diagnóstico diferencial: Crisis comicial, lesión ocupante de espacio a nivel cerebral.

Comentario final: Durante la atención de estos pacientes en el área asistencial de las urgencias, no podemos olvidar que el alta tras un diagnóstico que marca un hito en su historia clínica, desencadena un antes y un después en el domicilio de esa persona y esa familia. Un cambio trascendental en su día a día y en muchas ocasiones un acercamiento a sus últimos días de vida. El papel del médico especialista en medicina familiar y comunitaria resulta esencial. Debe abordar, de forma conjunta con el resto de profesionales del centro

(enfermería, trabajo social), la nueva situación de su paciente. Las nuevas necesidades pueden variar desde una demanda puramente clínica, una necesidad social (uso de cama articulada, claudicación familiar...) o un conflicto ético (conspiración de silencio, diferencia de opiniones entre los familiares...). En cualquier caso, la voluntad de la paciente debe prevalecer, por lo que si se desea fallecer en domicilio, debemos ayudar en la medida de lo posible a que pueda llevarse a cabo.

Bibliografía

Sarmiento-Medina PJ, Díaz-Prada VA, Rodriguez NC. El rol del Medicina Familiar y Comunitaria en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Semergen*. 2019;45(5):349-55.