



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

410/63 - DETERIORO RÁPIDO DE ESTADO GENERAL Y DOLOR GENERALIZADO EN PACIENTE DE AVANZADA EDAD

A. Cabrerizo Carvajal, C. Navarro Arco

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Armilla. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 88 años con antecedentes de HTA, ACV isquémico con secuelas de leve hemiparesia derecha y deterioro cognitivo leve. Dependiente ABVD. Vida cama-sillón. Comienza con deterioro general y dolor generalizado que evoluciona en semanas a intensa astenia, disminución de ingesta, empobrecimiento en la comunicación y agitación nocturna. Valorada en urgencias se diagnostica de ITU por presentar leucocituria leve proponiendo tratamiento antibiótico ambulatorio al que no responde. Aumenta la desconexión del medio y el dolor. La familia está superada por la rapidez del cuadro y solicitan nueva valoración hospitalaria de urgencias. Se objetiva fallo renal poniendo medidas para mejorar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Informan a la familia de la gravedad acordando no realizar más pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas que no estén encaminadas al confort aunque proponen alimentación por sonda nasogástrica. La familia se niega a medidas agresivas por lo que se da el alta a domicilio ya que se considera que está estable clínicamente y no presenta patología que requiera ingreso. Se inicia sueroterapia subcutánea y medicación de control de síntomas mediante bomba con infusor de morfina para 7 días y se retira sonda urinaria como parte del protocolo al alta hospitalaria. Horas después nos avisaron por dolor y agitación. Colocamos de nuevo sonda genito-urinaria para evitar dolor y agitación por globo vesical, instruimos a la familia en el manejo de rescates, aumentamos la dosis de tratamiento de la bomba y aclaramos las dudas de los familiares. Se programa visitas de seguimiento por su médico y enfermera y por la UCP así como llamadas telefónicas falleciendo la paciente dos días después.

Exploración y pruebas complementarias: Durante su ingreso en urgencias: MEG, quejas de dolor, Glasgow 10/15, signos de deshidratación, hipotensión y taquicardia. Analítica con hemograma normal, urea 331, creatinina 2,96, PCR 146. Fibrinógeno 848. Estudio radiológico sin hallazgos. A nuestra llegada a domicilio está tendente al sueño, con quejidos, MEG, signos de deshidratación, Ramsay IV, taquicárdica, sin secreciones bronquiales ni estertores, hipotonía generalizada, dolor a la exploración abdominal en hipogastrio.

Juicio clínico: Situación de últimos días. Sepsis de origen urinario. Acidosis metabólica. Fracaso renal agudo de probable origen mixto (infección de tracto urinario e insuficiencia prerrenal por falta de ingesta).

Diagnóstico diferencial: Sepsis de origen abdominal, isquemia intestinal, ACV.

Comentario final: En pacientes añosos con afectación de todas sus funciones y aceptable mantenimiento cognitivo, un deterioro rápido puede originar dudas sobre la reversibilidad del proceso, los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos que debemos emplear y sus límites. Es fundamental establecer si estamos ante

una situación avanzada, progresiva e incurable con escasas posibilidades de respuesta a tratamientos proporcionados para orientar nuestra actuación a mejorar la calidad de vida de nuestro paciente o a facilitarle las medidas de soporte para una muerte plácida. Es frecuente que iniciemos estudios que a veces rayan el encarnizamiento con pruebas diagnósticas, monitorización de constantes, hidratación y alimentación forzadas para posteriormente interrumpirlos por la gravedad del cuadro o las características del paciente dando paso al extremo opuesto casi de abandono terapéutico sin adecuar las medidas que el paciente requiere para su confort. La presión en los servicios de urgencias hospitalarios, la premura de tiempo y la falta de disponibilidad de espacios adecuados hacen que se facilite información que la familia no comprende, con escasa posibilidad de aclarar dudas, proponiendo medidas contradictorias que generan desconcierto sin instruir adecuadamente a los cuidadores anticipándoles incidencias que probablemente van a tener que manejar en domicilio. De aquí la importancia de asumir esta tarea de forma interdisciplinar completando entre la Atención Primaria y las urgencias intra y extrahospitalaria la atención y el acompañamiento al paciente y su familia en el final de la vida.

Bibliografía

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía clínica SECPAL. Consultada el 12 de febrero 2019.
Disponible en: <http://www.secpal.com>