Ejemplos para la reflexión de casos paliativos visitados en Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca.

Se muestra un extracto anónimo y confidencial de informes de alta de pacientes atendidos en Urgencias del Hospital San Jorge (HSJ) de Huesca por parte de un médico internista en el periodo de un mes. Se describen todos los casos detectados que podrían cumplir criterios de terminalidad y de cuidados paliativos.

Se estima que podrían acudir más de 100 enfermos por mes que podrían cumplir criterios de paliativos y/o terminalidad a los servicios de Urgencias, lo que se traduce en unos 1000 a 1500 casos por año.

- Período contabilizado: del 7 de Junio al 8 de Julio de 2011 (1 mes).
- Nº de casos visitados por 1 médico en horario-turno de 8 a 15 h: 8 casos/mes.
- Nº de casos estimados paliativos por mes que visitan Urgencias del HSJ: 8 (casos/mes) x 15 médicos/día/mes (5 médicos x turno de 8 horas) = 120 casos/mes.
- Nº de casos paliativos estimados por año visitados en Urgencias del HSJ: 120 casos/mes x 12 meses = 1440 casos/año.

Las decisiones de los pacientes, cuidadores y médicos derivadores y receptores son muy variables a la hora de **ubicar a estos pacientes en su etapa final de la vida**:

- Los pacientes se ingresan en el Hospital San Jorge o en el Hospital Provincial.
- Otros se acuerda su devolución al domicilio o a su residencia (Atención Primaria y/o ESAD).
- Por último, se detectan fallecimientos durante los viajes en la ambulancia o durante su estancia en Urgencias.

Tan variable como es el destino del paciente, lo es también la actitud diagnóstica y terapéutica. Hay médicos que deciden hacer pruebas diagnósticas y reanimar con tratamientos invasivos (vías venosas, sueroterapia, fármacos no sintomáticos, sondajes, intubación, masaje cardiaco, transfusiones, etc...) con el consiguiente riesgo de futilidad y prolongación de la agonía; y otros sólo contemplan el tratamiento sintomático de confort para evitar el sufrimiento.

Lo que ya no es tan variable es la fatídica ausencia generalizada de información, de comunicación y de toma de decisiones informadas con suficiente anticipación. La mayoría de los casos presentan una terminalidad y muerte previsible a muy corto plazo. Es extremadamente infrecuente objetivar órdenes de no reanimar por escrito en los historiales clínicos de los pacientes. Es posible que todo ello sea una de las claves más importantes para evitar futuras derivaciones e ingresos inadecuados. Por lo demás, se trata de mejorar los conocimientos, las actitudes y la coordinación entre la Atención Primaria, Hospital, ESAD, Residencias y otros Servicios Sociales.

Se han omitido los datos personales para preservar la confidencialidad en la descripción de los informes de alta de los informes de Urgencias que, a continuación se muestran.

Huesca, julio de 2011.
Alberto de Dios Romero.

Caso 1:

Varón de 80 años que acude por FIEBRE

- ANTECEDENTES PERSONALES: Demencia severa afásico y encamado, Barthel 0, FA, DM, disfagia, Nefropatía, ITU, portador de SARM crónico, amputado por gangrena. Medicación Actual: Fentanilo 25 desde hace 3 meses. Vive institucionalizado en Residencia Geriátrica. Incapacitación en trámite. Alergias: No valorable por el estado mental del paciente. En su historial clínico no consta la actitud pronóstica ni la orden de no reanimar.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Remitido por su médico desde su Residencia "para ingreso en Hospital" programado para tratar úlceras como posible foco de fiebre que no responde a antibiótico oral ambulatorio. No muestra datos de sufrimiento.

- EXPLORACION GENERAL: TA 102/74, FC 36, Tª 38,70, Sat O 92. Úlcera en talón derecho. Aspecto caquéctico y de deshidratación.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ninguna.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: ninguno. No precisa.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 440.23 ULCERA ATEROESCLEROTICA DE EXTREMIDADES, 290.4 DEMENCIA MULTINFARTOS. Posible fiebre de origen en úlcera cutánea. Deshidratación y caquexia.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Se contacta telefónicamente con geriatra del Hospital Provincial acordando actitud exclusiva paliativa de confort sintomático ambulatorio dada la mala calidad de vida con pronóstico infausto a corto plazo. Se desaconseja ingreso en centro hospitalario de agudos por varias razones: evitar tratamientos invasivos molestos con riesgo de futilidad y encarnizamiento, evitar contención física en caso de vía endovenosa, evitar contagio de SARM a otros pacientes de alto riesgo y, en definitiva, evitar prolongar más su agonía o mala calidad de vida. Se aconseja control de síntomas (dolor, fiebre) y sedación si precisa. Un saludo.

Caso 2:

Varón de 66 años que acude por hemorragia en paciente inmunodeprimido y con neoplasia diseminada.

- ANTECEDENTES PERSONALES: Datos Clínicos: IQ tumor laringe, IQ nódulo pulmonar en tratamiento con quimioterapia, IQ cataratas ambos ojos. Carcinoma pulmonar con progresión pulmonar múltiple (TAC de hace días con metástasis ganglionares, pleurales y pulmonares sin respuesta a quimioterapia), neutropenia y mucositis postquimioterapia, anemia crónica, desnutrición calórico-proteica. La familiar refiere ausencia de respuesta a la quimioterapia y actitud paliativa terminal (que no consta en los informes de Oncología). No refieren haber contactado con Cuidados Paliativos. La familiar refiere que el paciente no sabe su pronóstico. Dado de alta hospitalaria recientemente. Medicación Actual: flumil 600 mg 1-0-0, omeprazol 40 mg 1-0-1, hierro 1-0-1, citalopram 1-0-0, mucofluid por traqueotomía, enantyum cada 8 horas, efferelgan de rescate, durogesic 25 mcg cada 72 horas. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha. En su historial clínico no consta la actitud pronóstica ni la orden de no reanimar.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Remitido por su médico de cabecera por hemoptisis y sangrado rectal. El paciente está estable sin dolor ni disnea. Dificultad de comunicación con el paciente por estar traqueostomizado.

-EXPLORACION GENERAL: TA 146/ 71, FC 87, Tª 36,1, Sat O2 94. Eupneico. Traqueostomizado. Aspecto caquéctico. No muestra signos de sufrimiento.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: no se realizan.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: no precisa.

- EVOLUCION: Se consensúa con la familia actitud paliativa terminal domiciliaria (sólo control de síntomas), dado el mal pronóstico a corto plazo de carácter irreversible, y así evitar riesgo de encarnizamiento hospitalario. Se contacta con el ESAD (Cuidados Paliativos Domiciliarios) para coordinar asistencia domiciliaria con Médico de Atención Primaria, por deseo de la familia.

- IMPRESION DIAGNOSTICA : 162.9 NEOPLASIA MALIGNA DE PULMON. Metástasis pulmonares, pleural y ganglionar.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Analgesia y sedación si procede.

Se remite copia de este informe a su médico de atención primaria y otra copia al ESAD.

Caso 3:

Varón de 53 años que acude por vómitos

- ANTECEDENTES PERSONALES: Neo de colon transverso con transversostomia + anatomosis látero-lateral hace unos 2 años. Aumento del CEA desde hace un año y se objetiva carcinomatosis peritoneal con masa quística tumoral en raíz del mesenterio que afecta a páncreas, duodeno y bazo con biopsia (+) para células en anillo de sello en noviembre de 2010. Se reinterviene con anastomosis látero-lateral gastroyeyunal por la dilatación de asas de intestino delgado pretumnoral en dic-10. Complicaciones postquimioterapia y de su neo: anorexia y desnutrición, neurotoxicidad por Xeloda, Diarrea postquimioterapia que ha precisado ingreso reciente (deshidratación e hipopotasemia), Anemia postquimioterapia que requiere EPO e hierro ev. Medicación Actual: Última quimioterapia el día 9-6-11. Tomando domperidona (Motilium). Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha. En su historial de Oncología se propone quimioterapia paliativa pero el paciente refiere "que le están tratando con fines curativos" (¿?). No consta contacto con el ESAD ni se ha planteado el cuidado domiciliario. En su historial no consta la orden de no reanimar. El paciente vive lejos de Huesca en casa de unos familiares que lo cuidan.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Náuseas y vómitos sin dolor abdominal desde hace 3 días, con estreñimiento versus anorexia. Quimioterapia hace 5 días. Acudió a Urgencias por dolor abdominal el 12-6-11 que cedió con analgesia. Ausencia de respuesta a la domperidona. Asocia contracturas musculares.

- EXPLORACION GENERAL: TA 108/72, FC 118, Tª 36,20, Sat O 98. Abdomen no doloroso a la palpación. Se palpan nodulaciones duras sugestivas de metástasis y cicatriz quirúrgica. Aspecto caquéctico, emaciado y de desahidratación. Ruidos abdominales presentes.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Gluc 238, FG 23,5, K 7,4, Ca 10,3, ALP 200, hemograma normal excepto trombocitosis > 800.000 y equilibrio venoso normal. Rx de abdomen: No se observa distensión de asas. Presencia de aire en ampolla rectal.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: Primperan y suero ev.

- EVOLUCION : Sugiere náuseas y anorexia por su carcinomatosis peritoneal de mal pronóstico (obstrucción neoplásica progresiva). Se contacta con Oncología que indica ingreso, hidratación, estabilización hidroelectrolítica. Pendiente de decidir actitud pronóstica informada. Se sugiere contactar al alta con el ESAD para control de síntomas con cuidados paliativos domiciliarios.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 197.6 CARCINOMATOSIS PERITONEAL, 787.0 NAUSEAS Y VOMITOS, 276.5 DESHIDRATACION, 584.9 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, 276.7 HIPERPOTASEMIA, 275.42 HIPERCALCEMIA.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Hidratación con furosemida, Primperan. NO Reanimnar si paro. Ingresa en planta. El paciente fallece días después estando con Nutrición Parenteral Total y estando pendiente de un TAC.

Caso 4:

Varón de 80 años que acude por malestar general sin especificar

- ANTECEDENTES PERSONALES: diabetes mellitus tipo 2, nefropatía diabética (FG 40 en 2011), HTA, dislipemia, retinopatía diabética (ciego), glaucoma bilateral e intervenido de herniorrafia inguinal. AIT (de probable etiología cardioembólica) en territorio carotídeo. Lagunas múltiples. AC x FA permanente. Prostatismo. Herniorrafia derecha. Insomnio, ansiedad. Estreñimiento. Dependiente. Inmovilidad. Deterioro cognitivo severo progresivo. Vida sillón-cama. Incontinencia. Sondado. Úlceras de decúbito crónicas complicadas. La familia refiere que no han recibido asistencia en domicilio a pesar de que en el Centro de Salud conocen el caso. Analítica de mayo de 2011 anodina, excepto FG 40 e hipoglucemia de 40 en mayo de 2011. Medicación Actual: Dianben, Simvastatina, Avidart, Duphalac, Sintrom, Amaryl, Esberiven, Neurontin, Atarax, sondado. Vive lejos de Huesca en zona de montaña cuidado por su esposa y familia en domicilio cercano al centro de salud. Alergias: penicilina. En su historial clínico no consta la actitud pronóstica ni la orden de no reanimar.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Remitido por su médico de cabecera por "deterioro físico y úlceras de decúbito para posible remonte". La familia refiere empeoramiento del estado general con adelgazamiento y menos reactivo, disfagia, pero sin síntomas de sufrimiento.

- EXPLORACION GENERAL: TA 157/98, FC 91, T 36,50, Sat O2 100, Gluc 197. Consciente, no responde a órdenes, amaurosis, anquilosado, portador de sonda con orina con restos de sedimentos y de aspecto piúrica. Úlceras de decúbito en escroto, sacro profunda y talones. Lesiones de rascado.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ninguna.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: Limpieza de úlceras y apósitos.

- EVOLUCION: Se comenta con la familia que el paciente se encuentra en la fase final de su vida con muy mal pronóstico irreversible a corto plazo y casi nulas posibilidades de recuperación. Se explica el alto riesgo de futilidad terapéutica hospitalaria (vías venosas, contención, sondas...) y se consensúa actitud paliativa con control de síntomas (dolor, fiebre...) en domicilio con ayuda de su Centro de Salud.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 707.9 ULCERA POR DECUBITO DE EVOLUCION TORPIDA. Paciente en fase paliativa terminal.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Se recomienda y consensúa con la familia tratamiento de confort exclusivo en domicilio con control del dolor y de la fiebre con paracetamol. En caso de no tolerar vía oral, considerar la vía subcutánea (morfina si dolor, midazolam si agitación o delirium, metoclopramida si náuseas). Se entrega a la familia la lista de fármacos a suspender: todos, excepto los sintomáticos: paracetamol y Atarax.

Caso 5:

Mujer de 100 años que acude por malestar general sin especificar

- ANTECEDENTES PERSONALES: colelitiasis, hipoacusia, fx de cadera, demencia senil severa, encamada, no habla, úlceras. Medicación Actual: gelocatil, deprax, risperdal, idalprem, resource, duphalac. Vive en domicilio cuidada por una única hija y con ayuda. Acude habitualmente al hospital de día de Geriatría. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha. En su historial e informes no consta la actitud pronóstica ni la orden de no reanimar.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Remitida por su médico de cabecera por "deshidratación para control hospitalario". La hija refiere que desde hace una semana no ingiere ni líquidos ni alimentos.

- EXPLORACION GENERAL: TA 121/ 68, FC 100, Tª 36,20, Sat O2 94, deshidratación, caquexia, úlceras de decúbito.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: Ninguno. No precisa por no mostrar signos ni síntomas de sufrimiento.

- EVOLUCION: Se explica a la hija (única cuidadora) la actitud sintomática sin considerar sondajes, vías parenterales ni gastrostomías para no prolongar su pésima calidad de vida. La hija entiende la situación pero no acepta el alta a domicilio con mal pronóstico (datos de agotamiento). Se explica la opción de cuidados domiciliarios paliativos con la colaboración del ESAD, pero la familiar tampoco acepta. Por este motivo se contacta con el Hosp. Provincial para ingreso paliativo terminal en cama individual.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 276.5 DESHIDRATACION. Claudicación familiar.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Ninguno por el momento. Valorar morfina sc si dolor, metoclopramida sc si náusea y midazolam o haloperidol sc si agitación o disnea.

Caso 6:

Mujer de 87 años que ingresa cadáver a la llegada a Urgencias trasladada por el 061 desde otro Hospital.

- ANTECEDENTES PERSONALES: ACXFA; HTA, DLP, Hipertrofia ventrículo izquierdo, Deterioro cognitivo con mala calidad de vida basal. Ingresos por descompensaciones cardiacas. Medicación Actual: Adiro 300, Multaq 1-0-1, Ixia plus 1-0-0, Barnix 10 0-0-1, Crestor 5 0-0-1, Tardyferon 1-0-1, Deprax 100 0-0-1/2, Seroquel 100 0-0-1/2. Vive lejos de Huesca en zona de montaña. Dependiente para ABVD. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha. En su historial clínico no consta orden de no reanimar ni actitud pronóstica.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Derivada de otro hospital por bradicardia e hipotensión severas. Contactan telefónicamente con Urgencias del H. San Jorge cuando la paciente ya está en camino con UCI móvil. A su llegada a Urgencias de nuestro centro por el 0,61 la paciente está en parada cardiorrespiratoria sin respuesta a estímulos. El 0,61 entra en Urgencias realizando masaje cardiaco (la paciente no tenía orden de No Reanimar). El 0,61 refiere que salió del Hospital de origen en situación muy crítica con bradicardia e hipotensión (inestabilidad) severas.

- EXPLORACION GENERAL: Se confirma la parada cardiorrespiratoria sin respuesta a estímulos.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 798.2 MUERTE EN 24 HORAS INEXPLICADA. Reconocida cadáver a su llegada a Urgencias. Se envía informe al Juzgado para autopsia forense. Se informa a la familia.

Caso 7:

Mujer de 95 años que acude por malestar general sin especificar

- ANTECEDENTES PERSONALES: Demencia, encamada, afásica, úlceras de decúbito, disfagia, malnutrición. Deterioro progresivo en los últimos meses, portadora de marcapasos. Medicación Actual: Fidium, Amoxi-clavulámico (por úlceras). Dependencia total. Vive en domicilio cuidada por su hija. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha. En sus informes de su historial no consta información o actitud pronóstica ni orden de no reanimar.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Remitida por su médico de cabecera por "fiebre y oligoanuria". Intento contactar con su médico de cabecera al centro de salud pero no dispone de conexión telefónica durante toda la mañana.

- EXPLORACION GENERAL: TA 136/55, FC 63, Tª 36,10, Sat O2 100. Úlceras de decúbito. Deshidratada. No muestra signos de dolor ni sufrimiento.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ninguna.

- TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: No precisa.

- EVOLUCION: Se comenta con la hija la situación terminal con pésimo pronóstico a corto plazo. Se le propone una actitud paliativa sintomática en domicilio con el único objetivo de control de síntomas (dolor) sin optar por maniobras agresivas hospitalarias que puedan prolongar o exacerbar su mala calidad de vida (vías endovenosas, sondajes, contención física, nutrición enteral o parenteral, etc, etc...) para evitar alto riesgo de encarnizamiento y futilidad. La familia acepta la situación y se decide el alta a domicilio.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: 276.5 DESHIDRATACION, 788.5 OLIGOANURIA, 707.0 ULCERA POR DECUBITO, 290.0 DEMENCIA SENIL, 438.82 DISFAGIA, 799.4 CAQUEXIA,

- TRATAMIENTO DE ALTA: Se remite este informe a su médico para valorar tratamiento paliativo terminal de control de síntomas en caso de ser necesarios. En caso de dolor y si no tolera la vía oral, pautar analgesia subcutánea (morfina). En caso de agitación o disnea, valorar midazolam subcutáneo. Contactar con el ESAD si fuera necesario.

Caso 8:

Varón de 85 años que acude por dolor abdominal, cólicos y espasmos abdominales difusos: cólico intestinal, aerofagia dolorosa.

- ANTECEDENTES PERSONALES: Neoplasia de pared lateral vesical desde (cistectomia radical con postoperatorio complicado que requirió colostomía de descarga) portador de bolsa de colostomía permanente y de sonda vesical permanente (sondajes problemáticos) sin datos de recidiva por TAC de hace 2 años normal y ecografía de hace 8 meses con ectasia renal izquierda grado II-III. Fístula cutánea en 1999. Suboclusión intestinal en 2009. Glaucoma. Faquectomizado. Infección urinaria por E. coli multirresistente en mayo de 2011 (ha recibido profilaxis con cotrimoxazol). PSA normales. FIebre Tifoidea, Paludismo, Colecistitis aguda hace 12 años. Colelitiasis, catarata AO, Hipoacusia. Portador de marcapasos. Hernia abdominal de la pared prominente no reductible con pérdida de derecho a domicilio. Múltiples visitas a Urgencias en las últimas semanas por cólicos abdominales sin objetivarse obstrucción abdominal. Se remitió a consultas externas de Cirugía para valoración quirúrgica de la eventración como causa de sus cólicos desestimándose dicha operación por alto riesgo según el paciente y el familiar (sobrino conviviente). Macrocitosis no filiada. Medicación Actual: Duphalac ocasional, Xalatan colirio. Datos Personales: vive con un sobrino en un pueblo de montaña lejos de Huesca. Alergia al CONTRASTE YODADO.

- ENFERMEDAD ACTUAL: Recidiva de sus dolores cólicos difusos abdominales desde hace 2-3 días, con disminución de la ingesta, vómitos alimenticios ayer y disminución de la emisión de heces por la colostomía.

- EXPLORACION GENERAL: TA 132/61, FC 109, Tª 37,10, Sat O2 94, Abdomen duro sin peritonismo con dolor a la palpación en todos los campos. Ruidos aumentados. Bolsa de colostomía vacía. Resto anodino.

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Rx de abdomen simple y decúbito lateral izquierdo: Distensión de asas con niveles. Imágenes sugestivas de neumoperitoneo. ECG: ritmo de marcapasos a 107-110 x´.

- EVOLUCION: Se contacta con cirujano que valora el caso y refiere muy mal pronóstico quirúrgico. El cirujano informa al paciente y al familiar: “se opera y fallece o no se opera y fallece igual. Y si no se opera, se procede al alta domiciliaria por parte de Cirugía”.

- IMPRESION DIAGNOSTICA: PERFORACIÓN Y NEUMOPERITONEO. 553.21 HERNIA VENTRAL. Dolor abdominal por hernia ventral crónica de probable mal pronóstico no reductible en actitud paliativa.

- TRATAMIENTO DE ALTA: Dado que vive en un pueblo de montaña y precisará cuidados paliativos (perforación y peritonitis), se consensúa con el paciente y la familia el traslado al Hospital Provincial para proveer cuidados al final de la vida. Analgesia, antieméticos y sedación terminal si precisa.