Revista "Bioética y Ciencias de la Salud" - ISSN: 2659-3467
Publicado en la edición de Bioética y ciencias de la salud. 2024; Vol. 12 (1)

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

Paciente paliativo en Urgencias.

Palliative patient in emergency.

DOI: 10.69105/BYCS.2024.12.1.2.6

Macarena Quintanilla López-Manzanares[1], Julia Vargas Díez[2]
1 Centro de Salud Doña Mercedes, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla
ORCID 0009-0008-5453-1399
mariamacarena.quintanilla.sspa@juntadeandalucia.es
2 Servicio de Urgencias de Atención Primaria Gran Capitán, Granada.

Resumen

Mujer de 85 años, pluripatológica, dependiente, que acude a urgencias hospitalarias por disnea y malestar general. Presenta una insuficiencia respiratoria aguda por una neumonía aguda de la comunidad que no mejora a pesar de oxigenoterapia con reservorio, y pasa a Observación para ventilación mecánica no invasiva. A pesar de tratamiento óptimo sufre empeoramiento. Se informa a la familia del mal pronóstico y se consensúa priorizar medidas de confort, permitiendo ser acompañada por familiares Se retira del tratamiento medicación fútil, se añaden bolos de morfina y midazolam a demanda, hasta finalizar en sedación paliativa por síntomas refractarios. Para la deliberación ética del caso, se utilizaron los métodos de Jonsen y de Diego Gracia. Fallece a las 48 horas, ingresada en Cuidados Paliativos. La adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica en un paciente con mal pronóstico vital y/o calidad de vida. En urgencias hay pacientes que llegan a esta situación. Es importante atenderles adecuadamente, aunque a veces resulte difícil por la carga asistencial, o porque haya

Revista "Bioética y Ciencias de la Salud" - ISSN: 2659-3467
Publicado en la edición de Bioética y ciencias de la salud. 2024; Vol. 12 (1)

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

otros pacientes que precisen una atención más urgente. Y nunca olvidar la atención psicológica y espiritual, especialmente en este ámbito que suele ser más hostil que otros servicios, para no deshumanizar la práctica clínica en estos momentos tan delicados para el paciente y su familia.

Palabras clave: cuidados paliativos, servicio de urgencia en hospital

Abstract

A 85 -year -old woman with pluripatology and being dependent, who comes to hospital emergencies for dyspnea and general discomfort. It has acute respiratory failure due to acute community pneumonia that does not improve despite reservoir oxygen therapy, and goes to observation for non -invasive mechanical ventilation. Despite optimal treatment, it suffers worsening. The family of poor prognosis is informed and prioritize comfort measures, allowing to be accompanied by family withdraws from the treatment for futile medication, morphine and midazolam bowling are added on demand, until it ends in palliative sedation by refractory symptoms. For the ethical deliberation of the case, Jansen and Diego Gracia's methods were used. It dies at 48 hours, admitted to palliative care. The adequacy of therapeutic effort is not to apply extraordinary or disproportionate measures for the therapeutic purpose in a patient with a bad vital prognosis and/or quality of life. In the Hospital Emergency Services there are patients who come to this situation. It is important to serve them properly, although sometimes it is difficult due to the care load, or because there are other patients who need more urgent care. And never forget psychological and spiritual care, especially in this area that is usually more hostile than other services, so as not to dehumanize clinical practice in these delicate moments for the patient and his family.

Keywords: Palliative care, hospital emergency service

1.Introducción.

En los Servicios de Urgencias hospitalarias son atendidos pacientes cuya atención debe implicar la reflexión sobre medidas terapéuticas. Presentamos el siguiente caso con la deliberación ética que realizamos propiciada desde su asistencia.

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

Acude al Servicio de Urgencias hospitalarias una paciente mujer de 85 años con los siguientes antecedentes personales: alergia a amoxicilina-clavulánico, hipertensa, diabética, insuficiencia aórtica, síndrome mielodisplásico, deterioro cognitivo, dependencia total para ABVD, institucionalizada, encamada.

Es traída por su familia porque en su residencia presenta un cuadro de disnea brusca, malestar general y fiebre. Presenta una insuficiencia respiratoria aguda por una neumonía aguda de la comunidad que no mejora a pesar de oxigenoterapia con reservorio, y pasa a Observación para ventilación mecánica no invasiva.

2. Desarrollo.

Durante su estancia en observación, la paciente empeora a pesar de tratamiento óptimo para su proceso (ventilación mecánica no invasiva con BiPAP, antibioterapia, aerosolterapia y corticoides intravenosos), manteniendo trabajo respiratorio, taquicardia, menor reactividad a estímulos y saturación de oxígeno baja.

Ante esta situación, encontrándonos en la tesitura de decidir si mantener o intensificar tratamiento o priorizar medidas de confort, se recurre a los métodos deliberativos de Jonsen y Diego Gracia.

En primer lugar, se realiza el análisis del caso según el método de Jonsen, que considera distintos aspectos del caso: la indicación de la medida que se quiere tomar, que está relacionada con los principios de beneficencia y no maleficencia, la calidad de vida, relacionada con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía; las preferencias del paciente, que tienen que ver con la autonomía del paciente, y finalmente, el contexto, relacionado con el principio de justicia.

En primer lugar, en cuanto a la indicación, nos planteamos que el problema médico de la paciente se trata de una enfermedad aguda crítica (sepsis de origen respiratorio). En un primer momento, los objetivos del tratamiento son actuar en el foco de infección, mejorar la oxigenación y el soporte ventilatorio, y las constantes vitales. Pasadas las horas, dado el empeoramiento a pesar de tratamiento óptimo, nos encontramos ante una situación clínica con mal pronóstico a corto plazo, con síntomas refractarios, es decir, que no mejoran a pesar de tratamiento óptimo. Además, se trata de una paciente mayor, pluripatológica, con una demencia y dependiente, con una movilidad mínima, que contraindican medidas invasivas, como por ejemplo, la intubación del paciente o el empleo de aminas.

Revista "Bioética y Ciencias de la Salud" - ISSN: 2659-3467
Publicado en la edición de Bioética y ciencias de la salud. 2024; Vol. 12 (1)

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

En segundo lugar, consideramos la calidad de vida. Llegados a este punto, las probabilidades de mejora son mínimas y el pronóstico a corto plazo es desfavorable. La paciente no se encuentra capacitada para tomar decisiones, por la disminución del nivel de consciencia y su deterioro cognitivo basal. La familia, con la que se habla en estos momentos, expresa su deseo de evitar un sufrimiento innecesario. Su hija mayor es su tutora legal.

En este momento, si queremos priorizar mantener la mayor calidad de vida posible, nos planteamos disminuir la disnea, la agitación si la hubiera, mantener en un lugar tranquilo -si es posible, en planta hospitalaria, y si no fuera posible por ocupación de camas en el hospital, mantenerla en un box de aislamiento- y facilitar el acompañamiento por parte de sus familiares.

Posteriormente nos planteamos las preferencias de la paciente. Como hemos planteado anteriormente, la paciente tiene una demencia y actualmente se encuentra clínicamente en una situación de bajo nivel de consciencia, y no se encuentra capacitada para tomar decisiones sobre su salud, por lo que se informa de los riesgos y beneficios de los procedimientos que se consideren oportunos a su tutor legal, que en este caso es su hija mayor. Otro aspecto a tener en cuenta es que no tiene registro de Voluntades Vitales Anticipadas.

Finalmente, consideramos el contexto. Por parte de los profesionales, no hay ningún tipo de conflicto de interés. En este caso, en Observación estaban de guardia un médico responsable y dos residentes. Sí que hay que tener en cuenta que ese día hay una alta ocupación de camas, tanto en Observación en el servicio de urgencias, como en las distintas plantas del hospital, lo que imposibilita que la paciente pueda ser trasladada a la planta en ese día y poder optar a una habitación individual que se ofrece a este tipo de pacientes en situación de últimos días. La ocupación de las camas de Observación también puede influir en el hecho de que, al haber más carga asistencial, la atención pueda tener una menor calidad.

En segundo lugar, aplicamos el método de Diego Gracia. La situación ante la que nos encontramos implica varios principios éticos como la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia. Se podrían plantear dos cursos extremos: por un lado, aplicar medidas más invasivas, cayendo en un encarnizamiento terapéutico, y por otro lado, abandonar todo tratamiento, dado que nos encontramos ante una situación con mal pronóstico a corto plazo en una paciente que nos se va a beneficiar de medidas extraordinarias.

Tras la deliberación, se consideró que la opción más adecuada, el curso intermedio, para la

Revista "Bioética y Ciencias de la Salud" - ISSN: 2659-3467
Publicado en la edición de Bioética y ciencias de la salud. 2024; Vol. 12 (1)

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

paciente es realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico. Se informa a la familia del mal pronóstico, se les preguntan sus preferencias a la tutora legal, ya que la paciente no está capacitada para tomar decisiones sobre su salud. La familia prefiere evitar un sufrimiento innecesario a la paciente, y con todos los datos, se consensúa que la paciente no es candidata a medidas invasivas, priorizándose medidas de confort. Aunque normalmente los pacientes no se encuentran acompañados por sus familiares en Observación, debido a que se encuentra en una situación de últimos días, se permite el acompañamiento de su familia. Se retira del tratamiento medicación fútil, se añaden bolos de morfina y midazolam a demanda para aliviar la sensación de disnea y la agitación, hasta finalizar en sedación paliativa por síntomas refractarios a pesar de un correcto tratamiento.

La paciente fallece a las 48 horas, ya en la planta de Cuidados Paliativos.

5. Conclusiones.

La adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica en un paciente con mal pronóstico vital y/o calidad de vida. Supone no iniciar o retirar medidas que no aportan beneficio al paciente, mantener el tratamiento de las patologías que se han decidido tratar e instaurar cuidados paliativos.

Aunque no es el lugar ideal, en urgencias hay pacientes que llegan a esta situación. Es importante trabajar para que estos pacientes reciban una atención de calidad, aunque a veces sea difícil por la carga asistencial, o porque haya pacientes que precisen una atención más urgente. El hecho de que se encuentren en situación de limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico puede llevar a dar una falsa sensación de que estos pacientes no requieren tanta atención como un paciente crítico, cuando hay que estar muy pendientes de que en su tratamiento tengan las medidas necesarias para paliar los síntomas, y evitar tratamientos fútiles; y estar pendientes por si hay cambios en la situación clínica que precisen algún tipo de modificación de la atención de estar personas. Y nunca olvidar la atención psicológica y espiritual, especialmente en este ámbito que suele ser más hostil que otros servicios, para asegurar la mayor humanidad posible en la práctica clínica en estos momentos tan delicados para el paciente y su familia.

Bibliografía:

Revista BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD by SOCIEDAD ANDALUZA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA
is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

Herreros B, Palacios C, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista clínica española. Vol. 212. 3: 134-140 (Marzo 2012). Doi: 10.1016/j.rce.2011.04.016
Benito E, Dones M, Barbero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 13. 2-3: 367-384 (2016)
Martín-Sánchez FJ, González Armengol JJ. La atención en los servicios de urgencias al paciente terminal, ¿una circunstancia de fracaso o una oportunidad? Med Paliat. 2015;22(3):117-118. Doi: 10.1016/j.medipa.2013.08.001