



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/79 - DIFICULTAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Mejías Estévez^a, R. Domínguez Álvarez^b y L. Calle Cruz^c

^aMédico de Familia. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. ^bMédico Internista. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ^cMédico de Familia. UGC Parque Alcosa. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años. Diagnosticado hace 15 días de Carcinoma pulmonar no de células pequeñas de lóbulo inferior derecho con afectación pleural, cerebral, suprarrenal, hepática, esplénica y ganglionar mediastínica (invade aurícula izquierda y vena pulmonar, con derrame pericárdico). Pendiente de estudio inmunohistoquímico y valoración por Oncología Médica. Acude a servicio de urgencias por disnea, deterioro general y oliguria. En esta valoración destaca fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida no conocida que revierte a ritmo sinusal con bisoprolol 5 mg oral. Se asume que esta arritmia es secundaria a invasión tumoral, por lo que se consensua con paciente y familia manejo domiciliario paliativo. A las 48 horas, el paciente acude de nuevo a servicio de urgencias, con la misma sintomatología con progresión del proceso (hipotensión, livideces, estertores, disnea, oliguria). Se procede a pericardiocentesis evacuadora por Cardiología (400 ml de líquido hemático), sin alivio sintomático. El paciente fallece a los 3 días.

Exploración y pruebas complementarias: TA. 52/30. FC: 140 lpm. Sat O₂: 90% basal. Exploración destacable: livideces, taquipnea, palidez cutánea, estuporoso, afebril. Ecocardiografía: derrame pericárdico global severo, con colapso de ventrículo derecho. EKG: FARVR. Analítica: no anemia, 26.000 leucocitos con neutrofilia, función renal conservada.

Juicio clínico: Cáncer de pulmón estadio IV. Situación de últimos días. Encarnizamiento terapéutico.

Diagnóstico diferencial: Taponamiento cardiaco evacuable. Shock cardiogénico.

Comentario final: El escenario de los servicios de urgencias hospitalarios, son inadecuados en el abordaje de un paciente al final de la vida, dado que el objetivo primordial de estos servicios es la estabilización de situaciones críticas. Además, la existencia de multitud de especialistas y profesionales que cohabitan en él, con el estrés y la presión asistencial asociadas, favorecen la sucesión de eventos de esta naturaleza, en pro de la vida entendida como supervivencia en lugar de calidad de vida. La Bioética trata de aplicar la ética en el campo de las ciencias de la salud para ayudar en su aplicación en la práctica clínica habitual. Así, desde la base de los derechos humanos, conocimientos científicos actualizados, recursos y habilidades de comunicación, podemos dar la mejor respuesta posible a cada persona, a cada enfermo. El encarnizamiento terapéutico es adoptar medidas terapéuticas innecesarias y desproporcionadas en pacientes en fases avanzadas y

terminales donde estas medidas no están indicadas en su situación clínica, alargando de forma innecesaria su vida. En este enfermo, a pesar de la valoración previa en su primera visita a urgencias, no se estableció en el segundo ingreso como debiera la limitación de esfuerzo terapéutico (aplicar medidas de confort frente a medidas que favorecen el sufrimiento y alargan la vida innecesariamente, entendiendo la muerte como proceso natural).

Bibliografía

1. Arce García MC. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2006;38(Supl 2):79-84.
2. González-de Paz L. Una bioética para la atención primaria de salud. *SEMERGEN*. 2013;39(8):445-9.
3. García Capilla, DJ. Bioética: claves de orientación. *Foro Ignacio Ellacuría*. 2006. [Consultado 2016 Sept 14]. Disponible en: <http://www.foroellacuria.org/publicaciones/Contraste07.pdf>