

Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y planificación anticipada de la asistencia sanitaria en paciente anciano y pluripatológico

Ana María Herrero León

Email: am.herrero.leon@navarra.es

1. Introducción

Actualmente, el escenario de atención asistencial ha cambiado. Asistimos a un envejecimiento de la población, con un predominio de la atención a pacientes pluripatológicos, con varias enfermedades crónicas, y en situaciones de fragilidad y dependencia que el modelo tradicional de asistencia, centrado en patologías agudas, no es capaz de atender.

La valoración en estos contextos es necesariamente pluridimensional. No solo es preciso prestar atención a la enfermedad del paciente, sino a su entorno familiar y psicoemocional, así como a su historia de valores.

2. Presentación de caso clínico

Se trata de un varón de 89 años que acude a urgencias del hospital por dolor abdominal, vómitos, fiebre y disnea.

Según consta en la historia clínica, es un paciente hipertenso, con una hernia discal y artrosis importantes. Está diagnosticado de artritis reumatoide del anciano 12 años antes y en tratamiento con metotrexato. Presenta una limitación para la marcha multifactorial secundaria a sus problemas degenerativos e inflamatorios, y a una patología neurológica derivada de una leucoencefalopatía isquémica crónica. También está diagnosticado de insuficiencia renal crónica en estadio 3b y de poliquistosis renal, sin progresión en los últimos años.

Estuvo ingresado un año y medio antes del episodio actual durante mes y medio. Fue dado de alta con los diagnósticos de neumonía bilateral y fibrosis pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Se le prescribe, en el momento del alta, oxigenoterapia. Fibrilación auricular de cronología indeterminada y persistente, iniciando anticoagulación. Insuficiencia renal crónica reagudizada. Hematuria traumática tras retirar sonda vesical con nueva retención de orina. Anciano frágil.

En el momento del ingreso se realiza su historia social: convive con su cónyuge de 80 años de edad y tienen tres hijos que residen en una ciudad próxima. Ante la pérdida de capacidad y autovalimiento, se le orienta a la solicitud de ayudas técnicas y de apoyo en el domicilio (por ejemplo, servicio de ayuda a domicilio) con el objetivo de evitar la sobrecarga de la cuidadora.

3. Historia clínica y estado actual

Es un paciente de 89 años con tratamiento inmunosupresor por artritis reumatoide con metotrexate y corticoides a bajas dosis. Es portador de una sonda vesical, y presenta fibrosis pulmonar idiopática con oxígeno en el domicilio. Tiene las funciones superiores conservadas, un grado de dependencia moderada para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), y posee una limitación de la movilidad.

Fue derivado al hospital un sábado por presentar cuadro de dolor abdominal iniciado 7 días antes, con vómitos aislados, fiebre y aumento de la fatiga con ruidos respiratorios. Estaba en tratamiento antibiótico desde 5 días antes por una infección urinaria. Desde el día anterior le aumentó el perímetro abdominal, tuvo una disminución de la expulsión de la orina y las heces, y un deterioro del estado general. Se sospechó que podía estar afectado de una obstrucción intestinal y se solicitó la valoración por parte de la unidad de cirugía general, completándose el estudio con un TAC abdominal con premedicación por insuficiencia renal. Se observaron en las bases pulmonares aumentos de la densidad con un patrón sugestivo de neumonía bilateral. A nivel abdominal hay hallazgos compatibles con íleo paralítico, poliquistosis hepatorenal con quiste complicado en el polo superior del riñón izquierdo y con dilatación de las vías renales en el riñón izquierdo. Está pendiente de la valoración de hidronefrosis.

Una vez descartada la posibilidad de intervención quirúrgica por la unidad de cirugía general, se solicitó, tras su valoración, el ingreso en la planta de la unidad de medicina interna con los diagnósticos de neumonía bilateral, íleo paralítico secundario a foco infeccioso urinario con el tratamiento antibiótico y la fluidoterapia.

En las horas posteriores al ingreso, experimenta una disminución de la diuresis, sufre un deterioro general con desorientación e inquietud, además de la anuria, a pesar de intensificarse el aporte de la fluidoterapia y de la perfusión de furosemida durante la tarde-noche del domingo.

El lunes por la mañana le visita el médico de la unidad de medicina interna. Éste se encuentra con el paciente en anuria en las últimas horas, muy postrado y tendente al sueño. Indaga con la familia su situación basal, siendo esta de dependencia casi total para AVD.

En la exploración presenta mal estado general, tendencia al sueño y una buena tensión arterial; mantiene una buena oxigenación con el oxígeno a una dosis de 2 litros/min, una ventilación simétrica con *roncus* dispersos, abdomen no doloroso y con ruidos escasos pero presentes.

Analíticamente, el paciente está con la creatinina en 5,5 y una actividad protrombina del 8% debido al tratamiento anticoagulante, con dicumarínicos que el paciente toma de forma crónica.

El médico responsable, valorando la situación basal del paciente, habla con la esposa y el hijo sobre la gravedad de la situación, y les plantea que el nivel de tratamiento adecuado implica la desestimación de medidas de soporte intensivo, como maniobras de reanimación, el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), o la diálisis. Entendiendo este planteamiento, y mostrándose de acuerdo, la esposa expresa el deseo de la familia de que el paciente no sufra.

Una vez puesta la vitamina K para la mejoría de la coagulación, y dado que persiste la anuria, se realiza una ecografía abdominal compatible con hidronefrosis izquierda con riñones con poliquistosis muy patológicos. Considerando la posibilidad de un tratamiento de derivación de la obstrucción renal, se plantea a la familia la valoración por el servicio de urología.

No existe un documento de voluntades anticipadas. Una médica del servicio de urgencias del hospital conoce a la familia y actúa como interlocutora.

Si el pronóstico es malo y no se espera buena recuperación funcional, la familia no desea alargar el proceso. No obstante, tienen muchas dudas, y aunque asumen un desenlace fatal, prefieren hablar con el resto de los hijos antes de tomar una última decisión.

4. Deliberación sobre los valores

En este caso, no tenemos conocimiento de cuáles son los valores del paciente ni sus deseos de cuidado en caso de enfermedad grave. Como ya hemos dicho, no existe un documento de voluntades anticipadas, ni anotaciones de conversaciones sobre la planificación de los cuidados del paciente.

a) Identificación de problemas éticos

- ¿Es correcto establecer la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)?
- ¿Debemos optar por prolongar su vida o por proporcionar un tratamiento paliativo, dada su avanzada edad y la patología asociada?
- ¿Debe tenerse en cuenta la edad de este paciente en la toma de decisiones?
- ¿Debe establecerse la limitación de medidas de soporte vital en la UCI y evitarse la diálisis?
- ¿Debemos considerar la diálisis como un tratamiento contraindicado o fútil?
- ¿Debemos respetar los valores del paciente en este proceso?
- ¿Debemos valorar la opinión de los distintos familiares en la decisión final?
- ¿Debemos pedir una segunda opinión a otro médico internista, o debemos aceptar la postura proclive a los cuidados paliativos del médico internista responsable del paciente en ese momento?

b) Problema ético a analizar

- ¿Es correcto establecer la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)?

c) Valores en conflicto

Los dos valores principales en conflicto son la cantidad de vida frente a la calidad de vida.

La prolongación de la vida es un valor en sí mismo, aunque en esta situación posiblemente no sea mucho el tiempo ganado; si establecemos una limitación, acortaremos su duración.

Frente a este primer valor, tenemos otro, la calidad de vida, que posee muchos matices. Habría que considerar si los tratamientos propuestos entran en el terreno de la futilidad, y el sufrimiento que conllevan para el paciente y la familia. Sobre este aspecto, la familia ya ha manifestado que es algo que quiere tener en cuenta y que, en representación del paciente, no desean que sufra. La valoración del médico responsable también parece estar en la línea de limitar el sufrimiento. Siendo esto lo más importante, también hay que considerar el consumo de recursos que supone la actitud más agresiva de prolongar la vida.

5. Deliberación sobre los deberes

Nos planteamos qué debemos hacer, cuál es el mejor curso de acción, aquel que lesione lo menos posible los valores en conflicto en este caso. Para ello, lo primero es ver cuáles son los cursos extremos, los que primando uno de los valores, lesionan completamente el otro.

a) Cursos extremos de acción

- Optar por la cantidad de vida: utilizar todos los recursos al alcance del médico responsable (maniobras de reanimación si hay una parada, ingreso en la UCI para todas las medidas disponibles, intervenir quirúrgicamente si es necesario). Optando por este valor exclusivamente, se caería en lo que se ha denominado obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico.
- Optar por la calidad de vida: limitar todas las medidas de soporte vital e iniciar únicamente y de forma inmediata un tratamiento sintomático; por lo tanto, iniciar la retirada de medidas activas (antibiótico, fluidoterapia, oxigenoterapia) y proceder a la sedación terminal.

b) Cursos intermedios de acción

Proponemos varios cursos intermedios, que pueden llevarse a cabo simultáneamente:

- Utilizar medidas invasivas de monitorización en la UCI, limitadas a la consecución de determinados objetivos.
- Hacer una consulta a otros médicos especialistas: urología, nefrología, medicina intensiva.
- Optimizar al máximo los tratamientos disponibles en la planta hospitalaria: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia.
- Obtener a través de la familia la mejor evidencia posible de los valores y deseos del paciente, aplicables a esta situación.

c) Curso óptimo

- La mejor decisión sería optimizar al máximo los tratamientos disponibles en planta hospitalaria, intensificando y ajustando la fluidoterapia para garantizar una buena perfusión renal. Deberíamos optimizar también el tratamiento antibiótico. También tendremos en cuenta la valoración por parte de los especialistas de la unidad de urología de seguir el

procedimiento quirúrgico que mejore la obstrucción renal izquierda como probable foco infeccioso y que contribuye de forma importante al deterioro general y de la función renal. Finalmente, deberíamos obtener a través de la familia la mejor evidencia posible de los valores y deseos del paciente, aplicables a esta situación.

6. Evolución del caso clínico

Esperamos a la valoración por parte de la unidad de urología y a la reversión de la anticoagulación, así como a que la esposa del paciente hablara con el resto de los hijos.

El servicio de urología planteó a la familia el intento de colocación de un catéter doble J, sin garantías de recuperación, dada su situación. A lo largo de la tarde persiste la oliguria y la alteración de la coagulación, repitiéndose la dosis de vitamina K. La esposa y el hijo que la acompaña se muestran partidarios de un manejo paliativo. Por la noche llega el resto de los hijos y se acuerda reevaluar la situación a la mañana siguiente.

Al día siguiente, con la coagulación correcta, en oligoanuria, los hijos desean hablar de nuevo con la internista y transmiten sus muchas dudas. Por ejemplo, una de las hijas del paciente manifiesta que se debería intentar el tratamiento, pero acepta lo consensuado con los demás hijos. Finalmente, se acuerda realizar la intervención.

No obstante, no se pudo colocar el catéter doble J y, en su lugar, se colocó una nefrostomía izquierda, que dio salida al contenido purulento de retención. Se mantuvo la fluidoterapia y el tratamiento antibiótico. La evolución fue favorable con una mejoría progresiva de la función renal hasta la cifra basal previa al ingreso.

Posteriormente, el paciente presentó una insuficiencia cardiorrespiratoria, controlada con medicación, y toleró la sedestación. Mejoró su nivel cognitivo con desaparición del *delirium*. Dado el importante deterioro funcional, y tras la valoración por parte del servicio de rehabilitación, se decidió el traslado a una unidad de hospitalización de larga estancia para continuar los cuidados e intentar una mejoría funcional, manteniendo el manejo conservador con la limitación de medidas de soporte intensivo.

Su evolución en el centro fue buena, con una mejoría del tono muscular, una favorable recuperación funcional con la colaboración del paciente en la movilidad y el uso del andador. En la revisión del siguiente mes por la unidad de urología, dada la mejoría franca de la función renal y la adecuada diuresis por la sonda vesical, se retiró la nefrostomía. No tuvo incidencias médicas durante el ingreso, dándose de alta, finalmente, y regresando al domicilio.

Permaneció estable en el domicilio durante un mes.

Presentó entonces un deterioro brusco. Ingresó en la unidad de urología por sepsis con recolocación de nefrostomía. Recuperó la diuresis y mejoró la situación clínica inicial, que se complicó, no obstante, con una infección respiratoria y una probable neumonía, tratada por la unidad de medicina interna. Con el tratamiento antibiótico iv. y el tratamiento diurético, presentó mejoría. Se decidió el traslado al servicio de hospitalización a domicilio para finalizar el tratamiento antibiótico pertinente.

El paciente permaneció con la hospitalización a domicilio durante 7 días, sufriendo un nuevo empeoramiento, por lo que se hospitalizó, ingresando en servicio de urología.

En situación de sepsis por piodermitis izquierda, se colocó un catéter ureteral izquierdo con la recuperación de la diuresis. Persistió el deterioro de la función renal, una anemia severa que precisaba de varias transfusiones, así como un nuevo recambio del catéter ureteral debido a la obstrucción doble J izquierdo.

Dada la mala situación clínica del paciente debido a la hematuria persistente, el deterioro general y la previsible mala evolución, se acordó con la familia el traslado a un centro de larga estancia para el inicio de los cuidados paliativos. Sufrió un fracaso respiratorio progresivo, falleciendo a los 3 meses del primer ingreso.

Ya próximos a este final, la esposa se había mostrado resignada y agradecida por el apoyo recibido durante todo el proceso.

Tras el proceso final, una de las hijas también manifestó que les había dado tiempo a asimilar el progresivo deterioro de su padre.

7. Reflexiones finales

Valorar y decidir cuándo un tratamiento deja de ser beneficioso y pasa a ser fútil, es un momento lleno de incertidumbre. Manejamos mal la incertidumbre y la inercia de tratar es aún muy poderosa para los profesionales y bien aceptada por los pacientes y familias.

La planificación anticipada de la asistencia, con una información adecuada, la recogida de una historia de valores de los pacientes con patologías crónicas en edades avanzadas y en situaciones de fragilidad, es de gran ayuda en la asistencia sanitaria para disminuir esa incertidumbre.

Es importante aprovechar las fases estables de los pacientes para realizar esta deliberación, y aprovechar las transiciones en el curso de la enfermedad, por empeoramientos en la evolución, para replantearse los objetivos de curación o de paliación, que en este caso, posiblemente, hubieran permitido acortar el curso final de la enfermedad.