

Vive y deja morir

La evolución del caso tratado a continuación y la posterior reflexión reparan en la necesaria capacidad para discernir cuándo es suficiente y cuándo es demasiado.

Caso clínico

Cañones Garzón PJ, Egocheaga Cabello MI, Jimeno Sanz I

Centro de Salud Isla de Oza. Madrid

Mujer de 81 años de edad, con antecedentes de doble lesión mitral y deterioro cognitivo moderado. Sigue tratamiento con furosemida, enalapril y donepezilo.

La familia avisa a su médico de cabecera porque desde hace unas horas la encuentran desorientada y muy adormilada. Tiene fiebre (39,5 °C), la auscultación pulmonar es normal y no hay hallazgos en la exploración física que determinen el foco infeccioso, por lo que es remitida en ambulancia al hospital.

En el Servicio de Urgencias la analítica de sangre encuentra como datos significativos discreta anemia y trombocitopenia, con cifras de leucocitos dentro de límites normales y fórmula casi normal; hay además hiponatremia. En el sistemático de orina hay piuria con nitritos positivos, por lo que se toma muestra para cultivo. La radiografía de tórax no muestra imágenes patológicas.

EVOLUCIÓN: CÓMO FUE

La paciente es ingresada en el Servicio de Medicina Interna y se inicia tratamiento con fluidoterapia y amoxiclavulánico (875/125 mg cada 8 horas). El cultivo de orina da como resultado colonización por *E. coli*, sensible al antibiótico prescrito, por lo que se mantiene el mismo tratamiento. La paciente mejora su situación cognitiva a las pocas horas, pero se resiste a ingerir alimento sólido, por lo que se mantiene la fluidoterapia intensiva.

A los cinco días la fiebre persiste elevada, por lo que se practica nueva placa de tórax en la que se encuentra dudosa imagen de condensación en lóbulo inferior derecho. Sin suspender el antibiótico previo, se añade levofloxacino (500 mg cada 24 horas).

A la vista de que la fiebre no desciende, se toma nueva muestra de sangre para analítica general y se hacen hemocultivos. En este momento hay pancitopenia con neutropenia franca sin otros parámetros alterados. Días más tarde los hemocultivos son estériles. Ante la sospecha de que la fiebre mantenida tenga su origen en un síndrome mielodisplásico, se solicita a la familia consentimiento para estudio de aspirado de médula ósea y se inicia tratamiento con dexametasona intravenosa.

A los diez días persiste la fiebre y la paciente continúa inapetente, por lo que se le instaura sonda nasogástrica para comenzar alimentación enteral. Los hemocultivos continúan siendo estériles.

Días más tarde la paciente debe ser inmovilizada porque se ha quitado varias veces la sonda nasogástrica y presenta pequeñas lesiones erosivas en fosas nasales. El aspirado de médula ósea da como resultado un síndrome mieloproliferativo pendiente de filiación, por lo que se mantiene el tratamiento con dexametasona endovenosa.

Una semana más tarde la paciente inicia cuadro de disnea, bajo nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, sudoración profusa y oliguria. Se detecta acidosis metabólica, ritmo cardíaco de galope y crepitantes en ambos

campos pulmonares. El cuadro evoluciona rápidamente y fallece a las tres horas.

EVOLUCIÓN: CÓMO PUDO HABER SIDO

La paciente es ingresada en el Servicio de Medicina Interna y se inicia tratamiento con fluidoterapia y amoxiclavulánico (875/125 mg cada 8 horas). El cultivo de orina da como resultado colonización por *E. coli*, sensible al antibiótico prescrito, por lo que se mantiene el mismo tratamiento. La paciente mejora su situación cognitiva a las pocas horas, pero se resiste a ingerir alimento sólido, por lo que se mantiene la fluidoterapia intensiva.

A los cinco días la fiebre persiste elevada, por lo que se practica nueva placa de tórax en la que se encuentra dudosa imagen de condensación en lóbulo inferior derecho. Sin suspender el antibiótico previo, se añade levofloxacino (500 mg cada 24 horas).

A la vista de que la fiebre no desciende, se toma nueva muestra de sangre para analítica general y se hacen hemocultivos. En este momento hay pancitopenia con neutropenia franca sin otros parámetros alterados. Días más tarde los hemocultivos son estériles. Ante la sospecha de que la fiebre mantenida tenga su origen en un síndrome mielodisplásico, se solicita a la familia consentimiento para estudio de aspirado de médula ósea y se inicia tratamiento con dexametasona intravenosa. La familia informa a su médico de cabecera de la situación de la paciente y le pide que le ayude a decidir. El facultativo se pone en contacto telefónico con el hospital para completar la información que le traslada la familia. Efectivamente, se trata de una sospecha de síndrome mielodisplásico cuyo tratamiento en una paciente como ésta será en cualquier caso sintomático y paliativo, por lo que internista y médico de cabecera acuerdan desistir de practicar la punción de médula ósea.

A los diez días persiste la fiebre y la paciente continúa inapetente, pero la familia, tras nueva consulta con el médico de primaria, rechaza que se le instaure sonda nasogástrica para comenzar alimentación enteral. Los hemocultivos continúan siendo estériles.

Finalmente la fiebre cede y la paciente es dada de alta días más tarde.

En su domicilio experimenta una leve mejoría de su situación cognitiva, probablemente estimulada por las múltiples visitas que recibe de hijos, nietos, resto de la familia y amigos, pero continúa rechazando la alimentación oral.

A los cinco días de regresar a casa la paciente inicia cuadro de disnea, bajo nivel de conciencia, hipotensión, taquicardia, sudoración profusa y oliguria. Se detecta ritmo cardiaco de galope y crepitantes en ambos campos pulmonares. El cuadro evoluciona rápidamente y fallece a las tres horas.

COMENTARIO

En nuestra profesión cada vez es más frecuente cometer errores por exceso, que a nuestro juicio es la situación que nos ocupa. La pérdida de perspectiva global del paciente, individualmente considerado, puede llevar a lo que en casos extremos se ha dado en llamar “ensañamiento diagnóstico y/o terapéutico”.

Sigue vigente el axioma de la Medicina que dice “no diagnostiques lo que no vayas a tratar”, aplicable a la decisión de practicar un aspirado de médula ósea. Se trata de una técnica cruenta, cuyo resultado previsiblemente no iba a aportar información relevante para el manejo terapéutico de esta paciente ni mucho menos a modificar su evolución. Perfectamente se podría haber evitado tratar de afinar tanto el diagnóstico.

Distinta es la decisión de administrar alimentación por sonda nasogástrica. A nuestro juicio no está tan clara la conducta apropiada, aunque ahora, a *toro pasado*, parece lógico pensar que podíamos haber ahorrado el sufrimiento añadido a alguien que (desconocemos con qué grado de conciencia) había tomado la decisión personal de dejar este mundo.

En todo caso, seguimos echando de menos la necesaria y eficaz colaboración entre niveles asistenciales, que probablemente permitiría que la información disponible en atención primaria fuera más útil para el hospital y las decisiones (o las propuestas) terapéuticas que se presentan a pacientes y familiares tuvieran un suficiente grado de coordinación entre profesionales que permitiese promover en cada caso las mejores opciones posibles.