



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/9 - SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Carlos González^a, N. Santos Méndez^b, M. Abuhassira^c, V. Acosta Ramón^d, L. Alli Alonso^e y E. Lino Montenegro^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 61 años con diagnóstico de adenocarcinoma de recto T3N2M1 (hígado irreseccable) que tras siete ciclos de quimioterapia, y objetivándose progresión a pesar de estos, es derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos para manejo de dolor. Antecedentes personales: HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Hiperuricemia. Cardiopatía isquémica, colocación de un stent en CD proximal. Claudicación intermitente. Hernia discal cervical C4-C5 y C5-C6. Estenosis del canal cervical. Hipoacusia. IQx: discectomía anterior simple, bypass poplíteo derecho. Tratamiento habitual: dexametasona 4 mg, ácido acetil salicílico 100 mg, meformina 850 mg, cilostazol 100 mg, nitroglicerina parche 10 mg, hidroclorotiazida 25 mg, alopurinol 100 mg, insulina según pauta, paracetamol 325 mg y tramadol 37,5 mg.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera visita domiciliar encontramos al paciente consciente, orientado, eupneico en reposo, palidez de piel y mucosas, regular estado general. AC normal. AP normal. Abdomen globuloso, depresible, hepatomegalia de dos traveses, no doloroso a la palpación. MMII sin edema. Iniciamos tratamiento con zaldiar. Durante las siguientes visitas el deterioro del paciente se fue evidenciando, así como el aumento del dolor, por lo que se decide iniciar tratamiento con fentanilo en parche y morfina subcutánea de rescate, mejorando la sintomatología. En todas las visitas el paciente nos comunicó su deseo de morir en casa, sin embargo se nos informa que el paciente fue derivado por el S. Urgencias de Atención Primaria al S. Urgencias del hospital por presentar empeoramiento del estado general y alteración del estado de consciencia, así como cuadro obstructivo, finalmente fallece en el hospital a los pocos días de haber sido ingresado.

Juicio clínico: Situación de últimos días.

Diagnóstico diferencial: Dolor oncológico.

Comentario final: Los pacientes que se encuentran en sus últimos días/horas de vida a menudo presentan sufrimiento físico, así como una significativa aflicción emocional, espiritual y social.

Reconocer que una persona está entrando en la fase terminal de su enfermedad es fundamental para planificar una atención adecuada enfocada en el confort del paciente. Los pacientes que se encuentran en situación de últimos días con frecuencia no son reconocidos como moribundos, esto da como resultado que su sufrimiento no sea apreciado o manejado de manera adecuada, su condición incluso puede ser exacerbada por la continuación de la atención médica estándar. Una vez que un paciente ha comenzado la transición a la fase de agonía activa, los objetivos de la atención deben cambiar hacia el mantenimiento de la comodidad física, y aliviar el sufrimiento emocional, espiritual y social para el paciente y la familia.

Bibliografía

1. Chan RJ, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 2:CD008006.