Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2476

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3586 - ¡NO LO DES POR PERDIDO!

R. Méndez Barrantes[1], R. Martín Jiménez[2], M. de Miguel Enrique[3] y A. Martín Morcuende[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), hipertenso, hipotiroidismo, hernia lumbar L2-L3 con estenosis de canal con afectación radículo-medular grave; hemorroidectomía, amigdalectomía y faquectomía. Tras una hospitalización de 3 meses, se le institucionalizó por hacerse dependiente y como analgesia se pautó Celebrex 200 mg/24h, Enantyum y metamizol/8h, pregabalina 75 mg y MST 120 mg/12h. Persiste dolor en MMII, más en derecho, en cara anterior del muslo (de ingle a rodilla) tipo punzante con parestesias. Duele en reposo, alivia con corsé. Deambula con andador difícilmente. Además, refiere sensación de inestabilidad, descoordinación, somnolencia y astenia. Se deriva a Rehabilitación para valoración preferente con fisioterapia y se ajusta tratamiento analgésico: metamizol si dolor, paracetamol/tramadol 75/650 mg comenzando con 1/2 comprimido nocturno y aumentando 1/2 cada 3 días hasta máximo 1/8h, pregabalina 75 mg/12h, se suspenden AINES.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales, cierta somnolencia pero responde a preguntas sencillas y desorientado en tiempo y espacio, pupilas mióticas pero reactivas, bien hidratado y perfundido. Cabeza-cuello y ACP: normal. Dismetría de MMII por acortamiento de MID y secuela de poliomielitis. Marcha de talón-puntilla imposible realizar. Schoberg 12-15. Sensibilidad algésica conservada. No alodinia ni hiperalgesia. Barthel: 40/100, Goldberg: ansiedad 4/9, depresión: 0/9. EVA basal: 7/10, con movimiento 9/10.

Orientación diagnóstica: Dolor intenso mixto. Síndrome de inmovilismo. Intoxicación por opiáceos.

Diagnóstico diferencial: Tumoraciones óseas (metástasis). Tumoraciones intra/extradurales que ocasionen compromiso del canal medular o salida de raíces nerviosas (meningiomas). Tumoraciones neurogénicas de nervios periféricos benignos (neuromas) o malignos (neurofibrosarcoma). Artrosis. Artritis reumatoide. Poliomielitis.

Comentario final: El dolor debe entenderse como un abanico multidimensional. Siempre se ha tratado con opiáceos pero sigue existiendo mucho desconocimiento, mitos y temores. Las reacciones adversas medicamentosas son una causa importante de morbimortalidad. La prevalencia de ingresos por esta causa es del 7%. De ellos, el 50% serían evitables. Los fármacos responsables son digitálicos y benzodiacepinas, también opiáceos. De las reacciones más típicas de los opioides

destaca la neurotoxicidad con factores de riesgo como: dosis altas, duración, combinación con psicofármacos, ancianos, insuficiencia renal. Otro gran problema del anciano es que un 60% de los ingresados inician dependencia en una nueva AVD, muriendo un 33% en 3 meses y un 50% en 12.

Bibliografía

1. González-García P, Gutiérrez-Rodríguez J, Verdejo-Bravo C. Manual del residente de Geriatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A., 2011.

Palabras clave: Dolor. Opiáceos. Inmovilismo.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.