Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3325

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4444 - ACOMPAÑADO HASTA EL FINAL POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Á. Campo Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud Castellar. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 82 años con EPOC avanzada perfil exacerbador y oxigenoterapia domiciliaria. Diagnosticado de cáncer de pulmón no microcítico hace 4 años. Enfermedad oncológica en progresión. Desestimado para tratamientos con intención curativa. Seguimiento en los últimos meses de forma exclusiva por médico de atención primaria. Familiares solicitan valoración en domicilio por empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo en las últimas 48 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Escala RASS, puntuación: 0. Encamado, posición semi-incorporado, con dos almohadas por intolerancia al decúbito. Conteo hasta 20: stop a 7 segundos y nuevamente a los 16 segundos. Frecuencia respiratoria: 28, uso de musculatura intercostal. FC: 90 latidos por minuto. Sat: 87% con oxígeno suplementario. Taquicárdico, rítmico, sin soplos. Estertores, murmullo vesicular globalmente disminuido con hipofonesis en 2/3 inferiores hemitórax izquierdo. Abdomen globuloso, depresible, no doloroso. Edema tibiomaleolar bilateral con fóvea. No alteración aparente en curso ni contenido del pensamiento. Test MEC 27/27, Test de las &#39&#39A&#39&#39 y días inversos no patológico. Escala PPS 30%, previamente 50%. Expresa angustia y miedo ante el posible exitus que intuye próximo. Pruebas complementarias: última radiografía de tórax (hace 2 meses): derrame pleural izquierdo masivo, atelectasia en LSD, cardiomegalia global. Varios intentos de toracocentesis de forma programada sin éxito.

Juicio clínico: Disnea de reposo de origen multifactorial, enfermedad oncológica terminal, fase agónica.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, exacerbación EPOC, descompensación de insuficiencia cardíaca.

Comentario final: El paciente, conocedor del pronóstico de su enfermedad oncológica y ante situación clínica actual, manifiesta su negativa para ser trasladado a centro hospitalario. Familiares conscientes del mal pronóstico a corto plazo, aceptan de forma consensuada, priorizar medidas de confort e iniciar tratamiento para control de síntomas en el ámbito domiciliario por vía subcutánea. Debido a la persistencia de disnea de reposo que genera sufrimiento, se inicia sedación paliativa mantenida mediante perfusión continua de midazolam siendo exitus a las pocas horas del inicio de la misma. Es de suma importancia para el médico de atención primaria identificar al paciente en fase agónica para así iniciar de forma óptima los cuidados paliativos.

Bibliografía

1. Benítez-Rosario MÁ, et al. Tratamiento protocolizados en cuidados paliativos, 2010.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Fase agónica.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.