



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/44 - MEDICINA PARA LOS ÚLTIMOS DÍAS

A. Fernández Pérez^a, V. Acosta Ramón^b, M. Abuhassira^c, N. Santos Méndez^d y M. Boada Díaz de Terán^e

^aMédico de Continuidad SCS. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^eMédico Sustituto del Servicio Cántabro de Salud. Centro de Salud Potes. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Visitas domiciliarias en paciente pluripatológico en fase terminal.

Exploración y pruebas complementarias: Antecedentes personales: paciente de 92 años. Deterioro cognitivo leve. En los últimos dos meses ha perdido la deambulación de forma progresiva por coxartrosis grave y disnea multifactorial, tras un IAM en 2013. Insuficiencia cardiaca grado III, anemia por Insuficiencia renal crónica estadio IV (filtrado glomerular 25). Tiene diabetes mellitus en tratamiento con ADOs desde 1985 y además un cáncer de mama no tratado quirúrgicamente desde hace un año. Hace dos meses ingreso hospitalario (22 días), por disnea y edemas. Diagnóstico: insuficiencia cardiaca biventricular, de predominio derecho. Alta con incremento diuréticos y oxígeno domiciliario paliativo. Tanto ella como su familia han decidido no volver a la urgencia hospitalaria. Tratamiento habitual: tramadol, digoxina, furosemida, espironolactona, amlodipino, losartán, nitroglicerina transdérmica diurna, vildagliptina y atorvastatina. Anamnesis: disnea de mínimos esfuerzos y edemas. Ortopnea. Precisa oxígeno por gafas a 2 l/min para mantener una saturación de oxígeno por encima de 90.

Juicio clínico: Situación de últimos días. Estadio final de insuficiencia cardiaca refractaria al tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Diferenciar entre progresión de la enfermedad (meses) y situación de últimos días.

Comentario final: De acuerdo con la paciente y su cuidador habitual se va retirando medicación y limitando el esfuerzo terapéutico. Se programan visitas domiciliarias en coordinación con enfermería. Llamadas telefónicas para resolver dudas del cuidador. Dos semanas más tarde, se plantea la sedación paliativa por vía s.c, falleciendo 29 horas después. Uno de los retos de la atención primaria es afrontar el final de la vida de nuestros pacientes. Es necesario identificar a aquellos pacientes que se encuentran en situación de final de vida, para facilitar el proceso de toma de decisiones a los diferentes profesionales implicados en su asistencia. Valorar la existencia de enfermedad médica avanzada con pronóstico vital malo a corto plazo. Comorbilidad. Fragilidad y deterioro funcional. Se debe informar y hacer partícipe al paciente en la medida que lo desee, y

siempre al cuidador. Debemos revisar y reconocer las necesidades de los pacientes y de sus familias. Diferenciar las fases evolutivas del proceso final de vida: progresión de la enfermedad (tratamiento específico para mejorar la calidad de vida) y la agonía, en la que daremos un soporte basado en el tratamiento sintomático, promocionando los valores que posibiliten una muerte plácida.

Bibliografía

1. Levin R. Cuidados Paliativos: Principios Generales. En: Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico. Organización Panamericana de la Salud.
2. Monge MA, Castro P. La Muerte, Final de la Vida Humana. En: Medicina Pastoral. Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra; 2002.