



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

410/73 - LA IMPORTANCIA DE LA ETIOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS AL FINAL DE LA VIDA

E. Rubio Santiago¹, A. López del Castillo², L. Torezano Gonzalez³

¹Enfermera del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años con Intolerancia a IECAS. No documento Voluntades Vitales Anticipadas. AP: HTA, dislipemia, hiperuricemia, EPOC, IRC asociada a nefropatía vascular, hipertiroidismo con tiroidectomía total, hernia inguinal, ictus hemisférico izquierdo de tipo lacunar. Hernia discal L5-S1. Diagnosticado de adenocarcinoma de recto superior con colostomía de descarga. Radioterapia con fines antiálgicos y hemostático. No conocedor de su diagnóstico ni pronóstico. Independiente ABVD, deambula con un bastón. Tratamiento domiciliario: ranitidina 300 mg cada 24 horas, furosemida 40 mg/24 horas, metamizol 575 mg/8 horas, levotiroxina 175 mg en ayunas, simvastatina 20 mg/24h. Derivado por su MAP por dolor irruptivo de difícil control. Conspiración de silencio. EA: se encuentra bien, salvo dolor irruptivo en Miembro inferior izquierdo no incidental. No astenia. No disnea. No síntomas digestivos. No alteraciones del sueño.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con aceptable estado general, alerta, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Neurológico: normal ACR. Rítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular. No roncus ni sibilancias. Saturación 97% Abdomen: blando y depresible. No masas ni megalias. RHA presentes. Colostomía normofuncionante: eventración laparotómica. Miembros inferiores con edemas maleolares. Dolor neuropático en Miembro inferior izquierdo EVA BASAL 3/10 con crisis de dolor irruptivo 6/10. Inicio tratamiento con morfina de liberación retardada 5 mg cada 12 horas, dexametasona 4 mg en desayuno, gabapentina 300 mg/24 horas, metoclopramida/8 horas, lactulosa/8 horas. Fentanilo sublingual 100 µg para dolor irruptivo. El paciente presenta buena respuesta analgésica, pero inicia cuadro de vómitos. Se rota a fentanilo transdérmico 12 µg/cada 72 horas, y se inicia perfusión continua subcutánea con haloperidol 10 mg y 12 mg de ondansetron/24 horas, obteniendo respuesta parcial durante las primeras 48 horas, tras los que inicia de nuevo emesis. Tras explicarle al paciente la situación nos explica que no quiere realizarse ninguna prueba complementaria y desea permanecer en domicilio, no hay cambios significativos en la exploración por lo que aumentamos perfusión de haloperidol e iniciamos dexametasona 8 mg por vía subcutánea exclusiva. 48 horas después el paciente está arreactivo con mioclonías y signos de decorticación; finalmente nos encontrábamos ante vómitos de origen central que pudiera estar relacionado con su enfermedad oncológica u origen vascular. Añadimos midazolam al tratamiento para control de mioclonías y el paciente fallece en domicilio.

Juicio clínico: Dolor controlado. Vómitos incoercibles de origen central. Probable síndrome de los últimos días.

Diagnóstico diferencial: Gastroparesia. Vómitos por causa psicógena. Vómitos inducidos por opioides. Alteraciones metabólicas. Hipercalcemia.

Comentario final: El tratamiento de los síntomas debe ir enfocado a la posible etiología que lo provoque, por ello es importante establecer los diferentes diagnósticos diferenciales, para poder diseñar un adecuado plan terapéutico. Al final de la vida todos los síntomas son importantes y ninguno se debe minimizar para poder realizar un adecuado abordaje integral.

Bibliografía

Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J, et al. Report of the clinical protocol comité: developement of randomized trials for malignant bowel obstruction. J Pain Symptom Manage. 2007;34:49-59.

Critchley P, Plach N, Grantham M, Marshall D, Taniguchi A, Latimer E, et al. Efficacy of haloperidol in the treatment of nausea and vomiting in the palliative patient: A systematic review. J Pain Symptom Management. 2001;22(2):631-4.