



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

Caso clínico

MEDICINA PALIATIVA

Presenta

Yessenia Arlette López Hernández

DRA. Ana Laura Domínguez Silva

Comitán de Domínguez, Chiapas

Julio 2020

- ✓ Paciente 51 años, agricultor, fumador 2 paquetes al día.
- ✓ HTA desde los 42 años.
- ✓ DM y dislipemia desde los 44 años en tratamiento con ADO.
- ✓ Hace unos tres años alucinaciones auditivas. Fue diagnóstico de brote maniaco con síntomas psicóticos.

Hace un año acude a urgencias con un cuadro de sd constitucional de tres meses de evolución, artralgias (rodillas) y dolor costal derecho. RX Tórax: masa pulmonar, TAC masa pulmonar 8 cm diámetro, Ganglios aspecto patológico hilio derecho. Fibroscopia: broncopatía crónica., PAAF de la masa pulmonar: Adenocarcinoma de pulmón.

Comienza quimioterapia con 4 ciclos cisplatino y pemetrexed. Y posteriormente con mantenimiento de pemetrexed. Durante su nueva evaluación se observa progresión por lo que se solicita tratamiento con Nivolumab. Se deriva a paliativos para control del dolor. Debido a un sd paraneoplásico articular que tiene gran impotencia funcional en hombros y caderas y dolor con inflamación en rodillas y muñecas. Por lo que se prescribe dexametasona y es así como se observa la mejoría de dolor y movilidad.

Al intentar bajar el corticoide vuelve el dolor por lo que se prescribe tramadol y naproxeno que no es efectivo por lo que se vuelve a incluir el corticoide. Menciona que anteriormente controlaba su diabetes con dieta y posteriormente se incluyó la metformina (suspendida cuando le hacían TAC con contraste). En el momento actual se trataba con sitagliptina + metformina, pero había hiperglucemias significativas debido a los corticoides (> 300 mg/dl). El paciente comienza con fatiga, en alguna ocasión visión borrosa, algo deshidratado con sequedad de boca, poliuria nocturna y pérdida de peso.

Manejo

Dentro del manejo de cuidados paliativos debemos de tomar en cuenta que gran parte de los malestares es causado por los picos de hiperglucemia, pero sin dejar de tener en cuenta la patología principal.

- ✓ Tanto los síntomas de hiper como los de hipoglucemia pueden pasar desapercibidos en nuestros pacientes, puesto que se superponen a la sintomatología que el paciente presenta habitualmente.
- ✓ Seguir utilizando insulina basal de acción prolongada, aunque si la pérdida de peso es importante habrá que reducir dosis.
- ✓ Dosis más alta si el paciente tiene enfermedad o complicación intercurrente. (ej. Infección).
- ✓ Si la ingesta es variable o hay vómitos insulina prandial inmediatamente después de la comida para mejor estimación.
- ✓ Habrá que estar más pendientes y disponibles.

Con respecto al cáncer terminal, tratar de dar la mejor atención tanto al paciente como a los familiares, tratar de dar los cuidados psicológicos, tratando de llevar el duelo.

- ✓ Tratar de dar la mejor alimentación al paciente
- ✓ Dar la mejor hidratación al paciente
- ✓ Dar los cuidados psicológicos

Conclusión

Esta unidad básicamente se basó en aquellos cuidados paliativos éticos en los pacientes, en este caso en especial, creo que es mas de tratar de ver los aspectos psicológicos del paciente como de la familia, también habíamos visto que es necesario dar la mejor atención, aquí yo optaría por tratar de disminuir el más minio uso de medicamentos y dejarlo que coma y beba lo que se le antoje, quizá en aspectos éticos se verá mal por no querer tratar al paciente pero es la mejor opción dado que disminuiríamos también su preocupación, también es de vital importancia dar el apoyo espiritual independientemente del tipo de ideología que tenga.