



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

410/65 - EL PACIENTE, EN SU SOFÁ. BONDADES DE LA ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

E. Rubio Santiago¹, L. Torezano González², A. Baena Morales³

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. ³Residente de 3^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Benito. Jerez. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años. No RAM. No hábitos tóxicos. Acude a consulta con su esposa y sus 3 hijos. DM II, HTA, dislipemia. Adenocarcinoma de pulmón estadio IV en progresión con metástasis óseas. Ha recibido 3 ciclos de quimioterapia. Es conocedor del diagnóstico y pronóstico. Familia informada.

Tratamiento: metformina 850 mg atenolol 50 mg pravastatina 20 mg metamizol 575 mg cada 8 h alternando con paracetamol 1 g.

Exploración y pruebas complementarias: COC. Independiente para las ABVD. Bien hidratado y perfundido. No síntomas digestivos ni alteración del hábito intestinal. Buena diuresis. Insomnio. Anorexia. Constantes estables. Refiere dolor moderado que últimamente es más intenso a nivel dorsolumbar (EVA 4/6). Ha comenzado con disnea de esfuerzo. Su esposa resta importancia, dice que es muy nervioso; él calla y los hijos explican que siempre ha sido “muy suyo”. Iniciamos tratamiento con morfina 5 mg si dolor y/o disnea, repetir a los 15 minutos si no cede y cada 4h si precisa. Metoclopramida previa a las comidas. Macrogol en desayuno y aumentar hasta 3 sobres si estreñimiento. Lorazepam 1 mg al acostarse. Explicamos funcionamiento de la unidad y proporcionamos teléfono de contacto. A los 3 días avisan de mal estado general, irritable, apenas come, no quiere salir ni recibir visitas, duerme mal. Anoche comenzó con tos, febrícula y aumento de expectoración. Indicamos que avise a su MAP y programamos visita domiciliaria. Hablamos con su MAP tras su visita. No había tomado la morfina prescrita porque dice que le atonta y su esposa refiere que no está tan malo como para eso que cuando se lo dieron a su madre se murió pronto y que además se va a “enganchar”. Nos dice que le ha explicado la situación; el paciente apenas habla, pero expresa signos de dolor y disnea. Su mujer está en fase de negación. Le prescribe levofloxacino 500 mg y morfina de liberación retardada 5 mg c/12h.

Juicio clínico: Infección respiratoria. Mal control del dolor.

Diagnóstico diferencial: Delirium.

Comentario final: Tanto el dolor como la disnea es una experiencia sensorial multidimensional que comparten bases fisiológicas y subjetividad. Esto requiere la valoración integral y continuada de EAP y ESCP aportando todos los recursos para un correcto tratamiento y cuidados. El uso de la morfina es uno de los temas más incomprendidos de la medicina por la creencia que ésta acelera la muerte o bien se indica cuando está próxima. Los enfermos que no comunican verbalmente que tienen dolor lo hacen mostrando

cansancio, insomnio, irritabilidad, aislamiento incluso distimia, suelen ser reacios a hablar de sus sentimientos y/o tener miedo a expresarlos. Suele llevar a una ruptura de comunicación en la familia que eleva el sufrimiento que ya de por sí da la enfermedad. Al entablar una conversación en el entorno de su casa, dejamos prejuicios y tenemos más tiempo para dar una oportunidad al silencio realizando una escucha activa para observar que hay detrás de las palabras. Es más importante valorar los suspiros que las palabras, el gesto que la lágrima y esto se extiende a la familia a la que no debemos demonizar por no aceptar la situación. Solo hace falta darles su espacio y nuestro tiempo... Más tiempo para las visitas domiciliarias.

Bibliografía

Batiz J. Responsabilidad deontológica de aliviar el dolor. Revista OMC. 2007 Sep-Oct:42.

Escobar, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. Med Paliat. 2013;20:150-7.