



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

410/61 - YA NO TENGO MIEDO A LA MUERTE

L. Torezano Gonzalez¹, E. Rubio Santiago², R. Ramírez Pulido³

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

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años, no reacciones medicamentosas conocidas. Exfumador. No documento de voluntades vitales anticipadas. Tratamiento actual: morfina de liberación retardada 50 mg cada 12 horas, dexametasona 4 mg/12 horas, furosemida 40 mg/24 horas. Casado, padre de tres hijos, de profesión panadero hasta hace un año que se jubiló. Diagnosticado de cáncer de pulmón estadio IV, con afectación peritoneal y ósea, en las que solo se ha podido administrar 2 ciclos de Quimioterapia, teniendo que suspenderlas por progresión de la enfermedad. Paciente conocedor de su diagnóstico y de su pronóstico al igual que sus familiares, aunque éstos “no han tirado la toalla” y piensan que la quimioterapia le traería muchos beneficios. Enfermedad actual: Astenia y anorexia. Dolor irruptivo no incidental de características neuropáticas con EVA de 5/10. No náuseas, no vómitos, no estreñimiento. No disnea. Insomnio. Mucositis. Tristeza. En las primeras valoraciones el paciente se ha mostrado triste y en fase de negación, solo hemos podido valorar síntomas físicos, sociales, psicológicos, pero no hemos podido entrar en su esfera espiritual, a pesar de haber realizado preguntas dirigidas para la obtención de datos. Hemos conseguido mejorar su dolor, la mucositis y los edemas, pero no la tristeza. Tras varias visitas el paciente comienza a expresar frases tales como “me quiero morir”, “he traído la ruina a esta casa y al negocio” “todo es culpa mía”. Entre lágrimas abrió su corazón, su alma... se preocupaba de no haber sido un buen padre y un buen abuelo, quizás no había cogido en brazos lo suficiente a su nieto y ahora era demasiado tarde, se sentía culpable de ser una carga para su mujer y su hijo. Durante 20 minutos el paciente reflejó lo que llevaba dentro, pero no solo al equipo de cuidados paliativos sino a toda su familia que estaba presente.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, caquético, bien hidratado y perfundido. Karnosky 50%. Auscultación: taquicárdico. Hipoventilación izquierda. Abdomen: normal. Miembros inferiores: edemas. Mucositis. Se inicia trabajo con la elaboración de su biografía y valoración de su legado; el paciente se encuentra en paz y una semana después nos expresa “ya no tengo miedo a la muerte”... esa misma tarde el paciente fallece tranquilo en su domicilio.

Juicio clínico: Cáncer de pulmón. Dolor neuropático. Sufrimiento espiritual.

Diagnóstico diferencial: Síndrome depresivo.

Comentario final: Al final de la vida no solo están presentes los síntomas físicos sino los espirituales que debemos aprender a explorar y dar respuestas. Debemos conocer la parte intrapersonal, interpersonal y la transcendental para realizar una correcta valoración integral. La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado total y activo de aquellos pacientes con enfermedad terminal atendiendo a sus necesidades físicas,

psicológicas, sociales y espirituales; estas últimas van vinculadas al significado, al propósito, a la reconciliación (con uno mismo y con los demás), al perdón, a la liberación de la culpa y a la afirmación de valores. Buscar el sentido de la vida es parte de ella.

Bibliografía

Dones Sánchez M, et al. ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en España? Med Paliat. 2013;111:9.

Rousseau P. La espiritualidad y el paciente moribundo. Classic Papers. J Clin Oncol. 2003;21:54-6.