



<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.