



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/24 - EXPERIENCIAS EN EL FINAL DE LA VIDA

N. Santos Méndez<sup>a</sup>, M. Carlos González<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, V. Acosta Ramón<sup>d</sup>, M. Abuhassira<sup>e</sup> y A. Fernández Pérez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tetuán. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Continuidad SCS. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 88 años de edad diagnosticada de adenocarcinoma gástrico, con clínica de astenia, dolor y vómitos. Como antecedentes personales destaca HTA y cardiopatía hipertensiva, fue diagnosticada en agosto de 2008 de adenocarcinoma de sigma estadio IA que fue resecado, FIS conservadas, autosuficiente para ABVD. En tratamiento habitual con enalapril, furosemida, omeprazol y lactulosa.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente es derivada desde el Servicio de Digestivo ya que no desea tratamiento quirúrgico y de acuerdo con la enferma y familia se desestima también tratamiento oncológico activo por lo que se deriva a la Unidad de Cuidados Paliativos para manejo sintomático ambulatorio. En la primera visita domiciliaria encontramos a la paciente consciente, orientada, bien hidratada y perfundida con palidez mucosa. Refiere clínica de plenitud posprandial y náuseas de predominio matutino con vómitos aislados, además hiporexia y estreñimiento a pesar de ello se moviliza en domicilio y sale a la calle. En la exploración física destaca abdomen con dolor a la palpación profunda y timpanismo. Se pautan antieméticos y enema con sonda. En las sucesivas visitas vemos como el estado de la paciente se va deteriorando, a pesar de lograr buena cobertura analgésica mediante metamizol, midazolam y morfina subcutánea, no se logran controlar los vómitos, se pauta octreotido y se realiza interconsulta al servicio de Digestivo para valorar colocación de endoprótesis en píloro que se desestima por no encontrar obstrucción a ese nivel. Nos sorprende a pesar de dicho deterioro físico encontrar a la paciente más risueña y calmada que en previas visitas, interrogándola asegura ver y hablar con su marido ya fallecido hace 25 años y con uno de sus hijos, también fallecido. La paciente fallece cinco días después de dicha visita.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma gástrico. Emesis secundaria a enfermedad de base. Situación de últimos días.

**Diagnóstico diferencial:** Situación de últimos días. Experiencias del fin de la vida. Alucinaciones inducidas por fármacos.

**Comentario final:** La muerte es emocional e intelectualmente desafiante. Ninguno de nosotros sabe realmente lo que sucede después, independientemente de nuestra religión o creencias. Sin embargo, sabemos que las experiencias de fin de vida han sido experimentadas por muchos pacientes en estado terminal en muchas culturas y prácticas religiosas diferentes. Dichas experiencias no sólo parece predecir la muerte próxima, a menudo pueden calmar la manera de morir. Pueden incluir visiones que involucran a miembros de la familia. Resultan profundamente significativas para el paciente ya que suponen un deseo de reconciliarse con los miembros de la familia. Para poder diferenciar estas experiencias de alucinaciones inducidas por drogas o demencias los cuidadores y los pacientes que experimentan alucinaciones inducidas por fármacos las describen como molestas, e irritantes y aparecen a menudo cuando se produce un cambio de medicamento. En contraste, las experiencias de fin de vida surgen en clara conciencia y tienen profundo significado personal. Si esto sucede, es importante que se escuche sin juicio, entenderlo como su proceso de morir, y no cuestionar o menospreciar su experiencia.

## **Bibliografía**

1. Brayne S, Lovelace H, Fenwick P. End-of-life experiences and the dying process in a Gloucestershire nursing home as reported by nurses and care assistants. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2008 (in press).