



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/58 - COMPROMETIDOS HASTA EL FINAL

A. Rey Sastre<sup>a</sup>, R. López Sánchez<sup>b</sup> y A. Azagra Calero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 72 años, sin AP de interés, IABVD, vive con su mujer y no tiene hijos. Diagnosticado en junio 2014 de adenocarcinoma en unión gastro-esofágica T3N0M0 HER2negativo. Recibió QRT neoadyuvante y posteriormente esofagectomía (nov 2014). Se realizaron varias dilataciones por estenosis de anastomosis esófago-gástrica y finalmente precisó colocación de prótesis (diciembre 2015). En seguimiento continuo por Oncología y Equipo de Atención Primaria (EAP) sin evidencia de enfermedad hasta marzo de 2016, que se documenta recidiva mediastínica, pleural y hepática, precisando tratamiento QT con respuesta parcial.

**Exploración y pruebas complementarias:** En TAC control (abril 2017) se describe herniación de colon transverso y ángulo hepático en defecto diafragmático que protruye hacia la cavidad torácica, comprimiendo parénquima pulmonar, observándose progresión de masa en pared costal derecha, lo que justifica los actuales síntomas del paciente: disnea de mínimos esfuerzos y dolor costal derecho que no cede con analgesia habitual. Se desestima en sesión conjunta multidisciplinar la administración de QT o intervención quirúrgica con carácter paliativo. Llegados a este punto, el paciente rechaza la opción de hospitalización en la Unidad de Cuidados Paliativos y solicita alta a domicilio, teniendo como soporte familiar a su mujer y una sobrina. Se realiza interconsulta al EECPP para que realice valoración, detección de necesidades reales/potenciales (Plan de Atención Inicial) y seguimiento del paciente en domicilio en colaboración con el EAP.

**Juicio clínico:** Disnea y dolor mal controlado secundario a enfermedad de base (carcinoma de esófago metastásico).

**Diagnóstico diferencial:** Dolor torácico osteomuscular, espasmo o estenosis esofágica, litiasis biliar, reflujo gastroesofágico, Tromboembolismo pulmonar, metástasis.

**Comentario final:** Como hemos visto en la descripción del caso, la atención paliativa del enfermo en situación terminal cuando éste desea permanecer en la comunidad y el nivel de complejidad/estabilidad sintomática lo permite, es responsabilidad de los EAP y el médico de especialidad hospitalaria. Pero siempre existe la posibilidad de realizar interconsulta al EECPP cuando esta situación aumente en complejidad, de modo que el trabajo pasa a realizarse conjuntamente entre el EAP y el EECPP. Las actividades incluidas dentro del manejo inicial del paciente terminal incluyen: 1. Valoración integral inicial de la situación/entorno para detectar necesidades reales/potenciales. 2. Seguimiento -monitorización del enfermo, familia y cuidadores en las diferentes fases de la enfermedad. Así, la frecuencia y lugar de la visita irá evolucionando en función de las necesidades. En nuestro caso, índice Karnofsky 50-60 conlleva 1 visita semanal en

domicilio del paciente, que se irá estrechando una vez identificada la fase agónica o "últimos días". 3. Actividades de prevención dirigidas al enfermo, cuidador principal (sobrina) y su familia (esposa). Incluye asesoramiento sobre los cuidados diarios (prevención del estreñimiento, tipo de comidas que puede deglutir o se toleran mejor en presencia de hiporexia) y el manejo de la medicación habitual y de rescate que pueda precisar (para el dolor y su disnea). 4. Preparación al duelo: Ayudar a verbalizar dudas, miedos y sentimientos. 5. Escucha activa y apoyo psicoemocional (en nuestro caso el paciente conoce la enfermedad, se encuentra muy cansado y con dolor. Tiene miedo de dejar sola a su esposa). Todo esto supone una dura tarea para el MAP, pero que no puede ser ignorada, precisamente porque somos los que mejor conocemos la Hº clínica y personal del paciente, tenemos un contacto estrecho con su entorno y familia, somos la persona en la que deposita su confianza y que puede aportarle mayor tranquilidad en sus últimos días.

## Bibliografía

1. Mejías Estévez MJ. Guía Práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas, 2ª ed. 2016.
2. Guía de consulta rápida. Manejo Integral de Síntomas al final de la Vida. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad, 2009.