



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 410/26 - LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y EL DIFÍCIL CAMINO HACIA LA ACEPTACIÓN

M. Ordás Criado<sup>1</sup>, R. Cañas de Paz<sup>2</sup>, O. Muñoz Martínez<sup>3</sup>, C. Parramón Castillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid, <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 65 años sin antecedentes, fumadora, acude por tos con dolor costal. Tras antibióticos, con fiebre y sin mejoría, solicitamos radiografía donde observamos consolidación. Derivamos a urgencias hospitalarias para acelerar un diagnóstico diferencial entre neumonía, absceso y neoplasia pulmonar. Tras TAC y cita en Neumología, con sospecha de neoplasia pulmonar irresecable, decide abandonar el estudio, argumentando encontrarse mejor y decidiendo no contarla a su familia, pese a nuestra recomendación de no seguir este camino sola. Comenzamos a citarla en consulta con frecuencia, recomendándole que complete el estudio, obteniendo siempre la misma negativa. Se encuentra mejor, ha dejado de fumar y va a contárselo a sus hijos, tarea que invariablemente retrasa porque, por supuesto, siempre hay un momento mejor. Aun cuando comienza a encontrarse peor de `aquel catarro mal curado', mantiene su negativa a buscar un diagnóstico de certeza. Pasarán siete meses hasta que las circunstancias determinan que finalmente se lo cuente a su familia: la disnea ha empeorado tanto que ha decidido ir a urgencias. Ingresa poniéndole finalmente un nombre a ese `catarro mal curado': carcinoma microcítico de pulmón. Tras el alta de Oncología comienzan las visitas domiciliarias. Recomendamos comenzar una atención compartida con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria, pero tras la primera visita su hijo decide suspenderlas, ya que al estar recibiendo quimioterapia `activa', él no quiere que `le hablen de paliativos'. Fallece en el hospital un año después, tras quimioterapia, radioterapia holocraneal por metástasis cerebrales y radioterapia antiálgica tras fractura vertebral, que condicionó una quemadura que sería su principal causa de dolor. Durante ese año, nosotros intentamos mantener su calidad de vida mediante el control del dolor, disnea, estreñimiento, vómitos y por supuesto, el apoyo emocional y la escucha empática de sus miedos y esperanzas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: anodina. Radiografía tórax: consolidación LSD. TAC: masa LSD-LID con afectación vascular, bronquio principal, pared torácica, arcos costales, atelectasia, derrame pleural. Broncoscopia/AP: carcinoma indiferenciado neuroendocrino.

**Juicio clínico:** Carcinoma microcítico de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía, absceso, hidatidosis pulmonar.

**Comentario final:** Los cuidados paliativos, junto con otras medidas dirigidas a prolongar la vida, comienzan en fases tempranas de la enfermedad en un intento de mantener la calidad de vida y considerando la muerte como un proceso natural. El término `paliativo' es aún tabú en nuestra sociedad, educada para la supervivencia. Kübler-Ross describió cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y

aceptación. El tránsito entre ellas varía en cada paciente y no siempre se llega a la aceptación, en la cual uno se reconcilia consigo mismo y puede `decidir' qué hacer con el tiempo que resta. Nuestra labor es estar ahí para todas y cada una de estas fases.

## Bibliografía

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica. San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.

Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos, 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Grijalbo; 1993.