Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):247

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/4045 - AHORA QUE YA LO SÉ, NO QUIERO TRATARME

L. Irigoyen Monclus[1], V. Guinaldo Losada[2], N. Martínez Cao[1] e I. Pereira Prada[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León. [3]Médico de Familia. Centro de Salud Santa María del Páramo. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón 55 años, exfumador, bebedor ocasiona, sin otros antecedentes. Disfagia de un año de evolución, empeoramiento progresivo últimos meses; sensación de stop esofágico y cuenta dos episodio de ahogo con trozos carne que se resolvieron tras realización de maniobra Heimlich. Clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) de joven. No tos. Ante la sospecha de neoplasia esofágica como primera opción; realización gastroscopia confirmando diagnóstico. El paciente, tras conocimiento del diagnóstico, decide que no quiere continuar con el estudio, ni conocer pronóstico y no quiere tratarse. El paciente toma la decisión con pleno uso de razón y es entonces donde vuelve a mi consulta y tratamos el tema. La comunicación ante un caso así, valorar bien todas las esferas por si existiera alguna patología de salud mental no valorada hasta ahora. Una vez descartado y reconociendo buen estado de salud mental, se habla sobre la muerte y la enfermedad, sobre cuidados paliativos. Entiende, acepta y dejamos la puerta abierta para futuras consultas.

Exploración y pruebas complementarias: Gastroscopia: esofagitis con estenosis de aspecto inflamatorio, probable esófago de Barrett, hernia hiato. Anatomía patológica: adenocarcinoma bien diferenciado que infiltra lámina propia y la muscular de la mucosa. TAC: estudio compatible con neoplasia en tercio distal esofágico, sin signos de extensión a distancia.

Orientación diagnóstica: Tras el conocimiento del diagnóstico y pronostico y tras saber que el paciente rechaza ser tratado con 55 años la primera orientación diagnóstica es valorar la existencia de patología de base psiquiátrica que pueda enturbiar su juicio a la hora de no querer tratarse. Siempre hay que valorar no solo síntomas físicos sino valoración psíquica en consulta. Hay que preguntar sobre el entorno social y laboral, descartar existencia de depresión o ansiedad o incluso la existencia de conflictos que puedan ayudar a una persona en mal momento tomar una decisión incorrecta.

Diagnóstico diferencial: Cáncer. Hernia de hiato. Esófago de Barrett. Candidiasis. Depresión. Espasmo esofágico difuso.

Comentario final: Damos por hecho que por ser joven todos nuestros pacientes lo afrontan de la misma manera y tienen que tratarse. La comunicación y la actuación médica con un paciente que decide no tratarse puede ser difícil. La comunicación, la empatía, la asertividad y sobre todo el lenguaje no verbal es prioritario.

Bibliografía

1. Loayssa Lara JR, García García J, Díez Espino J. La relación médico-paciente y la entrevista clínica. En: Gallo Vallejo FJ, et al (ed). Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: SemFYC; 2004. p. 410-9.
2. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. An Sis San Navarra. 2001;24 (Supl 2):55-63.

Palabras clave: Comunicación. Cáncer. Decisión.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.