



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/912 - COMPARTIENDO DECISIONES CON EL PACIENTE DIFÍCIL

A. González Gamarra<sup>1</sup>, M. González Alboniga Menor<sup>2</sup>, Z. Pérez García<sup>3</sup> y R. Pacheco Valle<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 63 años diagnosticado de diabetes, dislipemia e hipertensión. Hace 14 años no aceptando tratamiento. Durante estos años ha sido atendido por nosotros debido a quistes epidérmicos infectados y disfunción eréctil. Acudió por presentar un cuadro de comienzo súbito de visión doble. También refería parestesias en ambos pies.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca limitación de la abducción del ojo izquierdo, el resto de la movilidad ocular es normal. Presentaba pupilas isocóricas y normorreactivas. Sensibilidad tacto-algésica y vibratoria disminuida en miembros inferiores bilateral. IMC 23,5. Tensión: 146/93 mmHg. Resto normal. Analítica: glucemia 280 mg/dL, Creatinina 1,3 mg/dL, colesterol 242 mg/dL (HDL 51 y LDL 145 mg/dL), Triglicéridos 230 mg/dL, HbA1c de 8,5%. Microalbuminuria 79,7 mg/g. Pruebas de imagen normales. Eco-doppler de tronco supraórticos: placas de ateroma de predominio en bifurcación derecha sin estenosis significativa. Electromiograma: polineuropatía sensitivo-motora.

**Orientación diagnóstica:** Paciente con diabetes con complicaciones microvasculares (nefropatía, polineuropatía) y parálisis oculomotora del VI par que no acepta tratamiento médico salvo para la disfunción eréctil. Rechazo de tratamiento.

**Diagnóstico diferencial:** Diplopía: aneurismas cerebrales, procesos infecciosos, neuropatía diabética. Esclerosis múltiple. Accidentes cerebrovasculares. Tumores periorbitarios. Procesos con aumento de presión intracraneal. Idiopática. Las neuropatías clínicas en la diabetes son: Polineuropatía sensitivo motora simétrica distal. Mononeuropatía focal con afectación de un nervio periférico o craneal. Polirradiculopatía: amiotrofia, neuropatía autonómica.

**Comentario final:** La falta de conciencia de enfermedad o la influencia de los medios de comunicación pueden conducir al rechazo del tratamiento. Hay que aceptar su decisión tras informarle adecuadamente y valorar su capacidad legal. No debemos abandonar a los pacientes negadores-autodestructivos aunque nos provoquen sentimientos de aversión, miedo y culpa, ni imponerles el tratamiento a la fuerza. Hay que dejarle que decida en libertad recordando que siempre puede cambiar de opinión. Reflejar todo esto en la historia clínica. Al mes acepta el tratamiento hipoglucemiante, rechazando el resto.

### Bibliografía

1. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD001431.

**Palabras clave:** Consentimiento informado. Renuncia al consentimiento. Paciente difícil.