

388/8 - IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE COMO PARTE DEL PLAN TERAPEÚTICO

S. Sáez Jiménez¹, P. Monfort Gil¹, A. Gorostidi Sesma¹, B. Alarcia Fernández².

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.,²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 56 años que acude a consulta por sensación de desorientación y comportamientos alterados de varios días de evolución acompañados de episodio de síncope el día previo con recuperación completa. Refiere además sensación de pesadez gástrica con un vómito aislado esa mañana. No fiebre ni otra clínica acompañante. Como antecedentes es fumadora importante y obesa. Ha presentado 3 episodios de trombosis venosa profunda (TVP) en extremidad inferior izquierda hace 3 meses, en tratamiento antiagregante con heparina y está siendo estudiada por parte de Medicina Interna. Episodios de ansiedad en tratamiento con venlafaxina y lorazepam. Intervenida de un pólipos endometrial por histeroscopia sin signos de malignidad.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta regular estado general, afebril, se encuentra consciente, con desorientación temporal pero orientada en persona y lugar. Ligeramente taquipneica en reposo, mantiene saturaciones de O₂ en torno a 95%. La auscultación cardiaca y pulmonar son normales. No presenta signos de TVP en el momento actual. En cuanto a la exploración neurológica presenta Glasgow de 15, parálisis del músculo recto lateral de ojo derecho y resto sin hallazgos significativos en el resto de pares craneales. No nistagmo, no pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Dado que la paciente lleva varias semanas con la clínica, se solicita una analítica sanguínea donde destaca un leve aumento de enzimas hepáticas (GOT 44 U/l, GPT 63 U/l) con lipasa de 89 U/l y bilirrubina normal. Se objetiva además leucocitosis a expensas de los neutrófilos. Se realiza un estudio más completo en el que se incluyen marcadores tumorales CA 19.9 (elevado), CEA (elevado), CA 125 y CA 15.3. Se solicita además una radiografía de abdomen que es normal. Por todo ello se comenta la sospecha clínica y la severidad de la situación con la paciente a través de las estrategias de comunicación de malas noticias y se acuerda la realización de un TC abdominopélvico preferente, que se realiza a través del servicio de Urgencias y donde se pone de manifiesto la presencia de neoplasia pancreática con metástasis hepáticas, múltiples adenopatías regionales e infartos renales bilaterales y esplénico. Desde allí solicitan TC craneal que no muestra ninguna alteración, salvo regiones de isquemia crónica.

Juicio clínico: Comunicación de malas noticias desde la consulta de Atención Primaria.

Comentario final: En muchas ocasiones relacionamos la comunicación de malas noticias con los servicios de Oncología o Cuidados Paliativos pero es frecuente tener que llevarlo a cabo en la consulta de Atención Primaria con la limitación que eso supone para los profesionales. Existen múltiples estrategias de comunicación de malas noticias pero una de las más utilizadas es la elaborada por Walter Baile y Robert

Buckman donde comentan 6 etapas importantes a seguir para que formen parte inicial del plan terapéutico del paciente.

Bibliografía

- González Guerra, E. Estrategias y comunicación: cómo dar malas noticias. *Más Dermatol.* 2011; 15: 20-24.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08. Anexo 3: protocolo de 6 etapas de Buckman. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo3_Comunicarnoticias.pdf