

# El caso clínico de lo clásico a lo cierto

## » Autores

**Elena Serrano Ferrández**

Residente 4, Medicina Familiar y Comunitaria, CAP El Carmel

## » Correctores

Sebastià Juncosa y Jaume Banqué

## » Correspondencia

**Elena Serrano Ferrández**

Dirección electrónica: [elenasf7@gmail.com](mailto:elenasf7@gmail.com)

Publicado: 1 de marzo del 2010

**Butlletí 2010, 28:04**

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓN

La fuerza narrativa del “caso” de un paciente concreto supera en mucho el poder de cualquier tabla, número, comparación o porcentaje. Quizá la fuerza del caso clínico tenga que ver con nuestra ignorancia acerca de lo que los médicos saben y utilizan en sus decisiones <sup>1</sup>. Por ello, los casos clínicos son esenciales en la enseñanza médica, tanto para estudiantes, como para residentes y médicos especialistas (pre y postgrado y desarrollo profesional continuo) <sup>2,5</sup>.

Los casos clínicos tienden a presentarse según un esquema relativamente rígido, que casi siempre evoca el estilo propio de “los casos del *New England*” (los *Case Records of the Massachusetts General Hospital*). En ese sentido los casos clínicos son muy biológicos, orientados en general a problemas más del diagnóstico y de la terapéutica que a problemas del seguimiento. Su contenido predominante es el “duro” (basado en resultados de máquinas, como análisis, imágenes y demás), con escasa atención a los datos “blandos” (sociológicos, antropológicos y demás) <sup>5</sup>.

En todos sitios se copia ese esquema que suele empezar con el mantra tipo “varón caucásico de 45 años fumador de veinte paquetes año que acude por...”. Se pierde así la oportunidad de considerar en cada caso la complejidad del enfermar, la repercusión en el paciente y en la familia del proceso que conlleva la adaptación a la enfermedad y otros aspectos imprescindibles para potenciar el componente docente del caso considerado. Dicho esquema dificulta, además, la valoración de la complejidad humana, de forma que “enfrija” la narración y la transforma casi en recitación. Se cumple con el esquema clásico, pero la descripción pierde “certeza”, cercanía y frescura, y con ello toda posibilidad de conmover al médico, de enseñarle, de hacerle pensar.

Los médicos necesitamos casos clínicos “vivos” que tomen en consideración la complejidad del paciente y de su enfermedad y el contexto de su atención. Bien lo demuestra el distinto enfoque cuando se trata de tratar de cuestiones profundas y claves, como los fines de la medicina, la muerte y los errores médicos <sup>6,10</sup>.

Podemos denominar los casos clínicos habituales como “clásicos”, y aquellos en que se consideran más aspectos “blandos” podríamos llamarlos “ciertos”, en cuanto describen lo que empíricamente conocemos sobre el paciente. En concreto, habría que considerar:

1. Estructura familiar y repercusión de la enfermedad en la misma.
2. Situación laboral del paciente y repercusión de la enfermedad en la misma.
3. Características socioculturales del paciente.
4. Problemas de accesibilidad
5. Proceso diagnóstico
6. Proceso terapéutico
7. Aspectos personales en relación con el caso de los profesionales relevantes en su seguimiento

## 8. Información sobre la evolución del paciente (5).

A continuación expongo un mismo caso según las dos visiones, clásica y cierta. Dejo al lector las conclusiones.

### CASO CLÍNICO CLÁSICO

Varón de 72 años que demanda atención a domicilio por "heces negras". Entre sus antecedentes: hipertensión, dislipemia, ictus isquémico de la arteria cerebral media derecha en 2000, hemiplejia izquierda desde entonces, cáncer de próstata diagnosticado en 2000, infecciones urinarias de repetición en la última década y síndrome lacunar motor puro derecho en 2004. En tratamiento con clopidogrel y tamsulosina. Visita a domicilio de su médico de cabecera con un residente. Paciente estable, sin hallazgos de interés en la exploración. Se decide mantenerlo en casa, tratarlo con omeprazol, y solicitar una colonoscopia y análisis. Anemia en la analítica que se trata con hierro. No se realiza colonoscopia sino gastroscopia que lleva al diagnóstico de "gastritis crónica atrófica congestiva con úlceras bulbares Forrest III".

### CASO CLÍNICO CIERTO

Antonio Sendín nació hace 72 años en El Cuadrón, pueblo de la Sierra Norte, a 80 Km. de Madrid. Está casado y tiene cuatro hijos (dos mujeres) y cinco nietas. Vive en una casa de su propiedad, con su esposa, en la primera planta, en una parcela con jardín privado. Cuenta con familiares y amigos en el pueblo, pero los hijos viven y trabajan en Madrid.

Fue ganadero hasta su jubilación en el año 2000. Tenía por costumbre y placer caminar por la sierra, montar a caballo, cultivar su huerto y la lectura de novelas y ensayos. En el pueblo tiene fama de buena persona culta.

Su vida cambió el primer día del mes de diciembre del año 2000, apenas unos meses después de su jubilación, cuando bruscamente comenzó a sentir pérdida de fuerza en el brazo derecho. Sus familiares observaron dificultad para hablar y desviación de su boca hacia la izquierda. Acudieron a Urgencias del Hospital (La Paz) más cercano, a 90 Km., donde le ingresaron con el diagnóstico de accidente cerebrovascular. La mujer explica que tras los primeros días de estancia en el hospital el cuadro empeoró por progresión del infarto cerebral.

Quedó paralizada la mitad derecha de su cuerpo, motivo por el cual durante meses (casi un año) realizó rehabilitación, en el hospital inicialmente y después fue dado de alta y continuó la rehabilitación en su domicilio donde acudía a diario un fisioterapeuta. En la actualidad, agosto de 2008, el fisioterapeuta sigue viniendo, dos veces por semana, corriendo los gastos a cuenta del paciente.

Durante el ingreso se realizó una biopsia de próstata ante un valor inesperadamente elevado de PSA.

El resultado de la anatomía patológica fue de neoplasia *in situ*. El paciente parece ignorar este diagnóstico, o al menos nunca ha comentado o preguntado acerca del mismo. Empezó tratamiento con clopidogrel y tamsulosina.

Tras meses de rehabilitación, Antonio pudo volver a caminar con ayuda de un familiar pero persiste la hemiplejía y la parte derecha de su cuerpo (dice, “nunca volveré a ser lo que era”). En 2003 expresó “no me gusta que me vean así” y quiso mejorar por lo que fue derivado, a través del médico del pueblo, al centro de día de la Residencia de Ancianos de Robledillo, pueblo del entorno de El Cuadrón. Esta incorporación demostró su deseo de mantenerse activo dentro de sus posibilidades y de disminuir la carga de la enfermedad para la familia, a quienes cambió la vida también tras este incidente. Cada día lo recogían por la mañana y volvía por la tarde. Dos años después, 2005, dejó de asistir porque “es deprimente, en el centro hay pacientes que se encuentran en peor situación que yo”. Estableció una excelente relación con la médico de la residencia, que conserva hoy en día.

Antonio parece no entender que su vida ha cambiado; rechaza la parálisis y sus consecuencias. Esa no-adaptación se traduce en un cuadro ansioso-depresivo que requiere tratamiento farmacológico, pero no responde al mismo. En 2006 sufrió un shock hipovolémico asociado al tratamiento con benzodiazepinas (lorazepam y alprazolam). Se intenta el tratamiento con mianserina que no tolera.

En diciembre de 2007, presenta un cuadro de agitación. Su médico de cabecera pauta haloperidol con lo que mejora. Es un nuevo médico, tras el concurso de traslado, incorporado en febrero de 2007; por esas casualidades de la vida este médico está casado con la médica de la Residencia de Ancianos de Robledillo, lo que facilitó mucho el establecimiento de una buena relación con el paciente.

Desde el ictus acude al domicilio una señora que ayuda a la esposa de Antonio a levantarlo por la mañana y a ducharle. Durante el invierno Antonio duerme con su esposa en la cama del dormitorio de matrimonio pero en verano duerme en una habitación cuarto de estar con una cama individual que tiene un gran ventanal con vistas a la plaza del pueblo. Aunque este cambio también habrá afectado a la vida de la pareja y a su sexualidad, la cuestión no se ha tratado en ningún momento ni por el médico, ni por el paciente, ni por la esposa.

En ocasiones, se sienta en una silla a la puerta de casa, después de bajar con dificultad las escaleras, siempre ayudado por su mujer y/o sus hijos/yernos. Cada vez sale menos a pasear por las calles porque “no quiero que me vean así” y cuando lo hace va en silla de ruedas.

Los fines de semana, cuando vienen sus hijos y yernos, aprovechan para llevarlo a pasear en todo terreno por la sierra y a disfrutar de comidas familiares en los restaurantes preferidos de Antonio. Estas alegrías no le compensan, piensa que no merece la pena vivir así y manifiesta “estoy desesperanzado” porque con el paso del tiempo no ha mejorado, no “he vuelto a ser el mismo de antes”. Y al decirlo mira la parte derecha del cuerpo, levanta penosamente el brazo derecho con ayuda del izquierdo y lo deja caer bruscamente.

El rechazo a su evolución, la no-aceptación de su situación, es lo que me llevó a conocer a Antonio este verano, mientras hacía una rotación rural que incluía El Cuadrón. Una mañana de mediados del

mes de julio, acudió su esposa a la consulta para recetas y comentó que le había salido una herida en la espalda y quería que le visitásemos. Antes de marcharse, explica que está algo más “agresivo” últimamente y con mayor actitud negativa.

Antonio estaba vestido, bien arreglado y sentado en el borde de la cama de la habitación con el ventanal que mira a la plaza. Con su cabeza girada hacia la izquierda parecía mirar la actividad exterior, como si intentase no mostrar atención ni a su parte derecha ni a nosotros. Primero exploramos la espalda, para valorar la herida que nos había comentado su mujer, sin que encontráramos de momento lesión evidente. Preguntamos sobre síntomas varios y sobre sus sentimientos y sensaciones y respondió casi sin palabras, apenas encogiendo los hombros y señalando su parte derecha. Reconoce estar más irascible por su situación. Después de una pobre “escucha terapéutica” (casi nada que escuchar) y una muestra de empatía (mano en el hombro del paciente de su médico) se pauta de nuevo tratamiento con haloperidol. En esta entrevista su mujer, sentada en un extremo de la habitación aprovecha para repetir con monotonía, a cada momento, que “no tiene interés por nada”, “nada le interesa”, y para suspirar. Quizá traduzca el agotamiento de estos ocho años y quizá tampoco entienda esta situación. En el comedor, al escribir la receta, hay un rato para tratar de escuchar a la esposa, y para intentar apoyarla.

Apenas quince días después, por la tarde, una de las hijas contacta telefónicamente con su médico, el médico de El Cuadrón. Las heces de Antonio tenían un aspecto diferente hoy: muy pastosas, negruzcas y con olor intenso. Sólo había sido una defecación y Antonio se encontraba bien. El médico le visitaría al día al paciente y si surgía un empeoramiento en esas horas, deberían llevarlo a urgencias.

Al día siguiente visitamos a Antonio. Se encontraba tumbado en la cama del cuarto de estar. Tenía buen aspecto, se encontraba bien y no había signos ni síntomas de hipovolemia. Al paciente parecía no preocuparle este nuevo acontecimiento. Su mujer por el contrario no lo expresaba así; le parecía preocupante, y aprovechaba para repasar en voz alta todo lo vivido desde aquel mes de diciembre de 2000.

Tras explorar al paciente y confirmar con el tacto rectal el episodio de melena, se explicó a la familia (estaban acompañados por una de sus hijas) que debía realizarse una colonoscopia para intentar aclarar el origen de la hemorragia y una analítica de sangre para comprobar la cantidad perdida. Después (en el momento no lo pensó), el médico del pueblo llamó por teléfono para recomendar tratamiento con omeprazol por la sospecha de gastritis erosiva por clopidogrel. El análisis se hizo al día siguiente (la familia llevó a Antonio al centro de salud, distante 15 Km., para hacerle la extracción) y los resultados llegaron el mismo día. Se observó anemia moderada y se inició tratamiento con hierro. Quedaba pendiente de realizar la colonoscopia. La esposa estaba preocupada por si se trataba de un proceso maligno lo que permitiría descartar la colonoscopia. La solicitud telefónica llevó a una cita a los tres meses, pero una de las hijas se pasó directamente por el servicio correspondiente en el Hospital La Paz (con una nota explicativa del médico del pueblo) y lo citaron a los quince días.

Realizamos una última visita a Antonio para reconocerlo y entrevistarlo a fondo, mientras su médico

revisaba la historia y hablaba con su esposa. Ese día estaba sentado a la puerta de su casa y le pedimos si no le importaba subir a la habitación. Fui presente de la convivencia familiar, del esfuerzo en el subir las escaleras y en el camino por el pasillo hasta la habitación, de la resistencia de Antonio a ser ayudado aunque fuera por necesidad, de la reacción de su mujer,...

Antonio tumbado en la cama y yo sentada enfrente, a poca distancia. Aprovecho para escucharle acerca de su vida. Su infancia, su familia, su trabajo, su pueblo, sus aficiones,... y su enfermedad. Frases entrecortadas con miradas detenidas en la ventana. Ventana como símbolo de puerta que se abre a la vida, vida con movimiento: lo que no tiene Antonio. Me transmite y me cuenta su tristeza por no poder salir a la calle, por no poder montar a caballo, por no poder leer (porque se le olvidan las cosas),... Mira a su lado derecho y encoje los hombros. Me emociono al escucharle. No tiene sentido vivir así porque él ve que los días pasan y no hay mejoría; creía y tenía esperanza en que con la rehabilitación recuperaría su movilidad... Piensa que es una carga para su mujer, sus hijos y yernos y sus nietas. Ellos no pueden hacer nada para solucionar su situación, me explica.

Silencio. Le cojo su mano derecha y ese contacto es correspondido con un ligero y tímido apretón de manos por parte de Antonio. Silencio.

En la Unidad de Endoscopias deciden hacer gastroscopia y no colonoscopia, como se había solicitado. Encuentran una gastritis crónica atrófica congestiva, y dos úlceras bulbares Forrest III. Se mantiene el tratamiento con clopidogrel y omeprazol.

Un mes después, con motivo de una gastroenteritis en fin de semana, la familia lleva a Antonio a urgencias hospitalarias. Sin ingreso, vuelve con sonda urinaria. En la visita para quitar la sonda, Antonio aprovecha un momento de ausencia de la mujer para pedir formalmente al médico del pueblo eutanasia. La mujer desde el pasillo dice "si hace eso el médico irá a la cárcel".

Hay tiempo para hablarlo a fondo, no obstante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tannenbaum S. What physicians know. N Engl J Med. 1993; 329: 1268-71.
2. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1998.
3. Morris BAP. Suggested guidelines for the family case report. Can Fam Physician. 1990; 36: 1351-2.
4. Paños Zamora J, Gervas J. Una estudiante de sexto de medicina en un centro de salud. La opinión de la estudiante versus la del tutor. Dimens Hum. 1998; 2: 53-60.
5. Gervas J, Pérez Fernández M, Cuñat VA, Martínez Pérez JA. El caso clínico en medicina general. Aten Primaria. 2002; 30: 405-10.

6. Cassel EJ.- Learning to die .Bull N Y Acad Med. 1973; 49: 1110-18
7. Cassell, E. J. The nature of suffering and the goals of Medicine. N. Engl. J. Med. 1982; 306:639-645.
8. Porta Sales, J. Sedación paliativa y eutanasia.2007; 39: 45–8.
9. Watcher RM, Shojania KG, Sant S, Markovitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality ground rounds. A new case-based series on medical errors and patients safety. Ann Intern Med. 2002;136:850-2.
10. Wilson McL. Reviewing case record review. Qual Saf Health Care. 2005;12:402-3.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a mi tutor rural, Juan Gérvas, por transmitirme el valor de nuestro trabajo con dignidad y la atención del paciente más allá de la consulta; también a Antonio y su familia por abrirnos las puertas de su casa y compartir su vida.