

El cas clínic d'allò clàssic a allò cert

>> **Autora**

Elena Serrano Ferrández

Resident 4 Medicina Familiar i Comunitària , CAP El Carmel

>> **Correctors**

Sebastià Juncosa i Jaume Banqué

>> **Correspondència**

Elena Serrano Ferrández

Adreça electrònica: elenasf7@gmail.com

Publicat: 1 de març de 2010

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss1/6/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

La força narrativa del “cas” d’un pacient concret supera en molt el poder de qualsevol taula, nombre, comparació o percentatge. Potser la força del cas clínic tingui a veure amb la nostra ignorància sobre el que els metges saben i utilitzen en les seves decisions ¹. Per això, els casos clínics són essencials en l’ensenyament mèdic, tant per a estudiants, com per a residents i metges especialistes (pre i postgrau i desenvolupament professional continu) ^{2,5}.

Els casos clínics tenen a tendència a presentar-se segons un esquema relativament rígid, que gairebé sempre a l’estil propi dels “casos del *New England*” (*Case Records of the Massachusetts General Hospital*). En aquest sentit els casos clínics són molt biològics, orientats en general a problemes més del diagnòstic i de la terapèutica que a problemes del seguiment. El seu contingut predominant és el “dur” (basat en resultats de màquines, com anàlisis, imatges i altres), amb escassa atenció a les dades “toves” (sociològics, antropològics i altres) ⁵.

En tots els llocs es copia aquest esquema que acostuma a començar amb el mantra tipus “home caucàsic de 45 anys fumador de vint paquets/any que ve per...”. Es perd així l’oportunitat de considerar en cada caso la complexitat de l’emmalaltir, la repercussió en el pacient i en la família del procés que comporta l’adaptació a la malaltia i altre aspectes imprescindibles per potenciar el component docent del cas considerat. L’esmentat esquema dificulta, a més, la valoració de la complexitat humana, de forma que “refreda” la narració i la transforma gairebé en recitació. S’acompleix l’esquema clàssic, però la descripció perd “certesa”, proximitat i frescor, i amb això tota possibilitat de commoure el metge, d’ensenyar-li, de fer-lo pensar.

Els metges necessitem casos clínics “vius” que prenguin en consideració la complexitat del pacient i de la seva malaltia i el context de la seva atenció. Bé ho demostra el diferent enfocament quan es tracta de qüestions profundes i claus, com els fins de la medicina, la mort i els errors mèdics ^{6,10}.

Podem denominar els casos clínics habituals com “clàssics”, i aquells en què es consideren més aspectes “tous” podríem denominar-los “certs”, quant descriuen el que empíricament coneixem sobre el pacient. En concret, s’hauria de considerar:

1. Estructura familiar i repercussió de la malaltia en la mateixa.
2. Situació laboral del pacient i repercussió de la malaltia en aquesta.
3. Característiques socioculturals del pacient.
4. Problemes d’accessibilitat
5. Procés diagnòstic
6. Procés terapèutic
7. Aspectes personals en relació amb el cas de los professionals rellevants en el seu seguiment
8. Informació sobre l’evolució del pacient ⁵.

A continuació exposo un mateix cas segons les dues visions, clàssica i certa. Deixo al lector les conclusions.

CAS CLÍNIC CLÀSSIC

Home de 72 anys que demanda atenció a domicili per “femtes negres”. Entre els seus antecedents: hipertensió, dislipèmia, ictus isquèmic de l'arteria cerebral mitjana dreta en 2000, hemiplegia esquerra des d'aleshores, càncer de pròstata diagnosticat en 2000, infeccions urinàries de repetició en l'última dècada i síndrome lacunar motor pur dret en 2004. En tractament amb clopidogrel i tamsulosina. Visita a domicili del seu metge de capçalera amb un resident. Pacient estable, sense troballes d'interès en l'exploració. Es decideix mantenir-lo a casa, tractar-lo amb omeprazole, i sol·licitar una colonoscòpia i anàlisi. Anèmia en l'analítica que es tracta amb ferro. No es realitza colonoscòpia sinó gastroscòpia que porta al diagnòstic de “gastritis crònica atròfica congestiva amb úlceres bulbars Forrest III”.

CAS CLÍNIC CERT

Antonio Sendín va néixer fa 72 anys a El Cuadrón, poble de la Sierra Norte, a 80 Km. de Madrid. Està casat i té quatre fills (dos dones) i cinc nétes. Viu en una casa de la seva propietat, amb la seva dona, en la primera planta, en una parcel·la amb jardí privat. Compta amb familiars i amics al poble, però els fills viuen i treballen a Madrid.

Va ser ramader fins a la seva jubilació l'any 2000. Tenia per costum i plaer caminar per la serra, muntar a cavall, cultivar el seu hort i la lectura de novel·les i assaigs. Al poble té fama de bona persona culta.

La seva vida va canviar el primer dia del mes de desembre de l'any 2000, tot just uns mesos després de la seva jubilació, quan bruscament va començar a sentir pèrdua de força al braç dret. Els seus familiars van observar dificultat per parlar i desviar-se la seva boca cap a l'esquerra. Van anar a Urgències de l'Hospital (La Paz) més proper, a 90 Km., on el van ingressar amb el diagnòstic d'accident cerebrovascular. La dona explica que després dels primers dies d'estada a l'hospital el quadre va empitjorar per progressió de l'infart cerebral.

Va quedar paralitzada la meitat dreta del seu cos, motiu per la qual cosa durant mesos (gairebé un any) va realitzar rehabilitació, a l'hospital inicialment després va ser donat d'alta i va continuar la rehabilitació en el seu domicili on acudia a diari un fisioterapeuta. En l'actualitat, agost de 2008, el fisioterapeuta segueix venint, dos cops per setmana, i les despeses corren a compte del pacient.

Durant l'ingrés es va realitzar una biòpsia de pròstata davant d'un valor inesperadament elevat de PSA. El resultat de l'anatomia patològica va ser de neoplàsia *in situ*. El pacient sembla ignorar aquest diagnòstic, o almenys mai ha comentat o preguntat per aquest motiu. Va començar tractament amb clopidogrel i tamsulosina.

Després de mesos de rehabilitació, Antonio va poder tornar a caminar amb ajuda d'un familiar però persisteix l'hemiplegia i la part dreta del seu cos (diu, "mai tornaré a ser el que era"). El 2003 va expressar "no m'agrada que em vegin així" i va voler millorar per la qual cosa va ser derivat, a través del metge del poble, al centre de dia de la Residència d'Ancians de Robledillo, poble de l'entorn de El Cuadrón. Aquesta incorporació va demostrar el seu desig de mantenir-se actiu dins de les seves possibilitats i de disminuir la càrrega de la malaltia per a la família, als quals va canviar la vida també després d'aquest incident. Cada dia ho recollien pel matí i tornava a la tarda. Dos anys després, al 2005, va deixar d'assistir perquè "és depriment, al centre hi ha pacients que es troben en pitjor situació que jo". Va establir una excel·lent relació amb la metgessa de la residència, que conserva avui en dia.

Antonio sembla no entendre que la seva vida ha canviat; rebutja la paràlisi i les seves conseqüències. Aquesta no-adaptació es tradueix en un quadre ansioso-depressiu que requereix tractament farmacològic, però no respon al mateix. En 2006 va patir un shock hipovolèmic associat al tractament amb benzodiazepines (lorazepam i alprazolam). S'intenta el tractament amb mianserina que no tolera.

A desembre de 2007, presenta un quadre d'agitació. El seu metge de capçalera pauta haloperidol amb la qual cosa millora. És un nou metge, després el concurs de trasllat, incorporat a febrer de 2007; per aquestes casualitats de la vida aquest metge està casat amb la metgessa de la Residència d'Ancians de Robledillo, la qual cosa va facilitar molt l'establiment d'una bona relació amb el pacient.

Des de l'ictus acudeix al domicili una senyora que ajuda a la dona de l'Antonio a aixecar-lo al matí i a dutxar-se. Durant l'hivern l'Antonio dorm amb la seva esposa al llit del dormitori de matrimoni però a l'estiu dorm en una habitació amb llit individual que té un gran finestral amb vistes a la plaça del poble. Encara que aquest canvi també haurà afectat a la vida de la parella i a la seva sexualitat, la qüestió no s'ha tractat en cap moment ni pel metge, ni pel pacient, ni per la dona.

En ocasions, s'asseu en una cadira a la porta de casa, després de baixar amb dificultat les escales, sempre ajudat per la seva dona i/o els seus fills/gendres. Cada cop surt menys a passejar pels carrers perquè "no vull que em vegin així" i quan ho fa va en cadira de rodes.

Els caps de setmana, quan venen els seus fills i gendres, aprofiten per portar-lo a passejar en tot terreny per la serra i a gaudir de dinars familiars als restaurants preferits d'Antonio. Aquestes alegries no el compensen, creu que no val la pena viure així i manifesta "estic desesperançat" perquè amb el pas del temps no ha millorat, no "he tornat a ser el mateix d'abans". I al dir-ho mira la part dreta del cos, aixeca penosament el braç dret amb ajuda de l'esquerra i ho deixa caure bruscament.

El rebuig a la seva avaluació, la no-acceptació de la seva situació, és el que em va portar a conèixer l'Antonio aquest estiu, mentre feia una rotació rural que incloïa El Cuadrón. Un matí de mitjans del mes de juliol, va venir la seva esposa a la consulta per a receptes i va comentar que li havia sortit una ferida en l'esquena i volia que el visitéssim. Abans d'anar-se'n, explica que està una mica més "agressiu" últimament i amb major actitud negativa.

L'Antonio estava vestit, ben arreglat i assegut a la vora del llit de l'habitació amb el finestral que mira a la plaça. Amb el seu cap girat cap a l'esquerra semblava mirar l'activitat exterior, com si intentés no mostrar atenció ni a la seva part dreta ni a nosaltres. Primer explorem l'esquena, per valorar la ferida que ens havia comentat la seva dona, sense que trobéssim de moment lesió evident. Preguntem sobre símptomes diversos i sobre els seus sentiments i sensacions i va respondre gairebé sense paraules, encongint les espatlles i assenyalant la seva part dreta. Reconeix estar més irascible per la seva situació. Després d'una pobre "escolta terapèutica" (gairebé res que escoltar) i una mostra d'empatia (mà a l'espatlla del pacient del seu metge) es pauta de nou tractament amb haloperidol. En aquesta entrevista la seva dona, asseguda en un extrem de l'habitació aprofita per repetir amb monotonía, a cada moment, que "no té interès per res", "res li interessa", i per sospirar. Potser tradueix l'esgotament d'aquests vuit anys i potser tampoc entengui aquesta situació. Al menjador, al escriure la recepta, hi ha una estona per tractar d'escoltar a la dona, i per intentar recolzar-la.

Tot just quinze dies després, a la tarda, una de les seves filles contacta telefònicament amb el seu metge, el metge de El Cuadrón. Les femtes de l'Antonio tenien un aspecte diferent avui: molt pastoses, negroses i amb l'olor intensa. Només havia estat una defecació i l'Antonio es trobava bé. El metge el visitaria al dia al pacient i si sorgia un empitjorament en aquetes hores, haurien de portar-lo a urgències.

L'endemà vam visitar l'Antoni. Es trobava estirat al llit de la sala d'estar. Tenia bon aspecte, es trobava bé i no hi havia ni símptomes d'hipovolèmia. Al pacient semblava no preocupar-li aquest nou esdeveniment. La seva dona, al contrari, no ho expressava així; li semblava preocupant, i aprofitava per repassar en veu alta tot allò viscut des d'aquell mes de desembre de 2000.

Després d'explorar el pacient i confirmar amb el tacte rectal l'episodi de melena, es va explicar a la família (estaven acompanyats per una de les seves filles) que havia de realitzar-se una colonoscòpia per intentar aclarir l'origen de l'hemorràgia i una analítica de sang per comprovar la quantitat perduda. Després (en el moment no ho va pensar), el metge del poble va trucar per telèfon per recomanar tractament amb omeprazole per la sospita de gastritis erosiva per clopidogrel. L'anàlisi es va fer l'endemà (la família va portar l'Antonio al centre de salut, distant 15 Km., per fer-li l'extracció) i els resultats van arribar el mateix dia. Es va observar anèmia moderada i es va iniciar tractament amb ferro. Quedava pendent de realitzar la colonoscòpia. L'esposa estava preocupada per si es tractava d'un procés maligne cosa que permetia descartar la colonoscòpia. La sol·licitud telefònica va portar a una cita als tres mesos, però una de les filles es va passar directament pel servei corresponent en l'Hospital La Paz (amb una nota explicativa del metge del poble) i el van citar als quinze dies.

Realitzem una última visita a Antonio per reconèixer i entrevistar-lo a fons, mentre el seu metge revisava la història i parlava amb la seva esposa. Aquest dia estava assegut a la porta de casa seva i li demanem si no li importa pujar a l'habitació. Vaig ser present de la convivència familiar, de l'esforç al pujar les escales i en el camí pel passadís fins a l'habitació, de la resistència de l'Antonio a ser ajudat encara que fos per necessitat, de la reacció de la seva dona,...

L'Antonio estirat al llit i jo asseguda davant seu, a poca distància. Aprofito per escoltar-lo de prop

sobre la seva vida. La seva infància, la seva família, la seva feina, el seu poble, les seves aficions,... i la seva malaltia. Frases mig tallades amb mirades detingudes a la finestra. Finestra com a símbol de porta que s'obre a la vida, vida amb moviment: el que no té l'Antonio. Em transmet i m'explica la seva tristesa per no poder sortir al carrer, per no poder muntar a cavall, per no poder llegir (perquè se li obliden les coses... Mira al seu costat dret i arronsa les espatlles. M'emociono en escoltar-lo. No té sentit viure així perquè ell veu que els dies passen i no hi ha; pensava i tenia esperança en el fet que amb la rehabilitació recuperaria la seva mobilitat... Pensa que és una càrrega per a la seva dona, els seus fills, i gendres i nétes. Ells no poden fer res per solucionar la seva situació, m'explica.

Silenci. Li agafo la seva mà dreta i aquest contacte és correspost amb un lleugera i tímida encaixada de mans per part de l'Antonio. Silenci.

A la Unitat d'Endoscòpies decideixen realitzar gastroscòpia i no colonoscòpia, com s'havia sol·licitat. Troben una gastritis crònica atròfica congestiva, i dues úlceres bulbars Forrest III. Es manté el tractament amb clopidogrel i omeprazole.

Un mes després, amb motiu d'una gastroenteritis en cap de setmana, la família porta a l'Antonio a urgències hospitalàries. Sense ingrés, torna amb sonda urinària. A la visita per treure la sonda, l'Antonio aprofita un moment d'absència de la dona per demanar formalment al metge del poble eutanàsia. La dona des del passadís diu "si fa això el metge anirà a la presó".

Hi ha temps per parlar-ho a fons, no obstant.

BIBLIOGRAFIA

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.

AGRAÏMENT

El meu agraïment al meu tutor rural, Juan Gérvas, per transmetre'm el valor de la nostra feina amb dignitat y l'atenció del pacient més enllà de la consulta; també a l'Antonio i a la seva família per obrir-nos les portes de casa seva i compartir la seva vida.