

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line

www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

EVALUACIÓN
YA DISPONIBLE
EN INTERNET

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,5 CRÉDITOS equivalentes a 2 horas lectivas**



Patrocinado por



CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL "EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME" (EACCME) DE LA UEMS

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE SANTA FÉ.
(GRANADA)

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL
LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

¡Qué difícil es ser enfermo cuando todo el mundo te cree sano!

Si resumimos en muy pocas palabras la labor del médico de Atención Primaria, ésta consiste básicamente en interpretar los síntomas que el paciente refiere desde su subjetivismo, detectar unos signos más o menos objetivos y relacionarlos con los síntomas aportados, y, entre unos y otros obtener una mezcla coherente (diagnóstico) para buscar la solución más adecuada. Y, todo esto en menos de ¡10 minutos!.

Pero no siempre es posible: hay síntomas y síntomas. En las consultas de Atención Primaria, hay un elevado porcentaje de síntomas físicos que no se pueden explicar satisfactoriamente desde el

punto de vista clínico. Los pacientes, con frecuencia, expresan sus problemas personales, sociales y espirituales en términos físicos ¿Se trata de pacientes especiales?

Si pedimos a cualquier compañero médico que recuerde a pacientes que ve casi a diario y que realmente no sabe lo que tienen, a pesar de múltiples interconsultas con diferentes especialistas, de numerosas pruebas complementarias y de variados y diferentes tratamientos con resultados irregulares, casi seguro que sería capaz de señalar sin apenas esfuerzo a 3 o 4 como mínimo. Pacientes somatizadores o hipocondriacos, que además de hacer un importante consumo de recursos sanitarios nos generan una importante frustración profesional, al no ser capaces de resolver sus reiteradas quejas: consulta tras consulta, los síntomas aparentemente orgánicos mantienen desconocida su causa y los pacientes tienden a no mejorar en absoluto, o incluso, a presentar cada vez mayor número de dolencias.

La somatización se define como “la expresión del malestar psicológico y social a través de quejas corporales orientadas a la búsqueda de ayuda médica”. Por tanto, la característica esencial es que, a pesar de tener un origen psicológico, se presenta con diferentes síntomas puramente físicos. Por otra parte, el hipocondríaco se caracteriza por la preocupación de tener una enfermedad física grave en función de síntomas corporales, experimentados como normales por la mayoría de las personas, es decir, son sujetos que podríamos definir como excesivamente sensibles a los cambios de sus funciones corporales (por ejemplo, tener conciencia del latido cardíaco, de la respiración...).

Lo biológico supone el eje central de la formación médica profesional, por lo que la mayoría de los médicos mostramos una clara tendencia biológica en la forma de abordar la consulta, lo que nos produce una continua inseguridad en el abordaje

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

terapéutico del paciente somatizador. Asimismo se experimenta una sensación de “engaño” ante las repetidas consultas por diferentes síntomas que no llegamos a entender. Por otra parte, las propias expectativas “orgánicas” de los pacientes, y las difíciles condiciones de trabajo en las que se deben afrontar unos problemas de salud realmente complejos (consultas saturadas, escasos minutos por paciente, difícil acceso a determinados medios diagnósticos, listas de espera para interconsultas, etc, etc...) alejan al médico de familia del marco teórico ideal donde tratar a estos pacientes. Para ello se necesita básicamente tiempo: tiempo para escuchar y tiempo para establecer relaciones terapéuticas estables.

CASO CLÍNICO

Paciente: ...¿Al psiquiatra...? ¡Yo no estoy loca! ¿qué se cree, que me estoy inventando lo que me pasa? Si usted no es capaz de curarme, mándeme al especialista...

Médico: Pepi, por favor. No se altere... Mire, tiene usted 41 años y, realmente no sé que le ocurre. Tampoco hemos tenido mejoría al enviarla al traumatólogo, al reumatólogo, al médico del corazón, al de digestivo y al de la piel. También la mandé al internista ya que usted quería una “segunda” opinión.

El hecho de enviarla al psiquiatra no quiere decir que esté loca, ni mucho menos, posiblemente nos ayude algo, puede que sus nervios, su stress tengan algo que ver...

Paciente: Al final va a ser cáncer. Ya verá... como a mi tía, cuando se lo descubrieron ya fue tarde... Y si me hiciera una resonancia...

Médico: Mire, creo que el tema del cáncer lo podemos apartar, no hay justificación... pero de todas formas cuando la vea el psiquiatra le prometo que seguiremos investigando qué le pa-

sa... de todas formas la última vez que acudió a urgencias le hicieron una ecografía y un TAC, que fueron totalmente normales... creo que no hace falta hacerle una resonancia.

Paciente: Ya está usted como mi marido, que si los nervios, que si el cambio del tiempo... ¡Yo no estoy loca!, lo que pasa es que no quieren hacerme caso, y al final...ya verán...

Pepi aceptó a regañadientes ir al psiquiatra pero subrayando que “sus síntomas eran de verdad y que no estaba loca”. Aunque no relataba bien lo que le pasaba en este momento, en los últimos meses había tenido dificultad para tragar, “digestiones pesadas” y gases; dolores lumbares, cervicales, dorsales y en las 4 extremidades; quemazón genital y anal, con intensa dispareunia; insomnio, “mareos”, dificultad de concentración y sensación de pérdida de memoria. Cuadros alternantes de sudoración “a chorros” y sensación de frialdad, según los días, y parestesias. Las múltiples exploraciones que le hemos realizado en la consulta son totalmente normales. Ella, por su cuenta, ha visitado a otro médico de familia y a varios especialistas “privados” en el último año. En este tiempo se le han practicado, al menos, 7 analíticas rutinarias de sangre y orina, un número indeterminado de pruebas específicas de laboratorio, varias radiografías, 3 ECG, una colonoscopia, 2 ecografías y un TAC. Entre sus medicaciones habituales tenemos: propranolol, benzodicepinas, ibuprofeno, antibióticos y varios fármacos de dudosa utilidad para la “circulación”. Todo ello sin aparente eficacia.

Nos refiere que estos síntomas comenzaron cuando era muy joven, en principio algún síntoma aislado al que se fueron sumando otros diferentes. Su curso es fluctuante, con periodos de remisión relativa y de reagudizaciones frecuentes de algún síntoma, que la obligan a acudir a urgencias de forma muy frecuente, y a permane-

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

cer largas temporadas de baja laboral, por lo que comienza a tener problemas en su trabajo, que ella define como “mobbing”.

DISCUSIÓN

La gran mayoría de pacientes como Pepi, deambulan reiteradamente por el sistema sanitario sin que su diagnóstico sea sospechado por los médicos que los atienden; por otra parte, la impotencia del “médico de cabecera” ante unas quejas aparentemente injustificadas e invulnerables a todos sus intentos terapéuticos, suele acabar en la derivación del paciente hacia otros especialistas en busca de “auxilio”, o como en el caso que nos ocupa, en la prescripción de pruebas y más pruebas diagnósticas, o en el intento de tratamientos placebo en los que se asumen riesgos de yatrogenia que deberían evitarse. Pero esta “solución” es temporal, ya que típicamente, estos intentos de derivación, en poco tiempo rebotan de nuevo hacia la consulta de Atención Primaria, siendo el paciente portador de un nuevo informe negativo respecto a la detección de un trastorno concreto.

Por el contrario, desde el punto de vista del paciente, la aparente ineptitud de los profesionales en resolver sus problemas acaban deteriorando su relación con los médicos y con el sistema sanitario en su conjunto, produciéndose una profunda insatisfacción con la atención recibida y continuas dificultades de relación en las diferentes consultas. Es propio de estos pacientes el carácter difícil, reivindicativo y poco confiado en el médico (del que por otra parte no saben prescindir), lo que en muchas ocasiones los lleva a acabar siendo etiquetados por los sanitarios como pacientes problemáticos o maleducados.

Aunque, como hemos reiterado con anterioridad, el diagnóstico es muy difícil (Tabla 1), su sospecha debe basarse en un perfil típico de pa-

TABLA 1. Pautas para el diagnóstico de trastorno por somatización según la CIE-10

Se requiere la presencia de, al menos 6 síntomas con las siguientes características:

- Síntomas somáticos múltiples y variables que han persistido por lo menos 2 años, sin explicación somática adecuada.
- Negativa persistente a aceptar explicaciones, o garantías reiteradas de diferentes médicos de que no existe base orgánica.
- Cierta grado de deterioro en el comportamiento sociofamiliar, atribuible a los síntomas y al comportamiento consecuente con los mismos.

Son muy características las conductas de búsqueda de atención médica, los tratamientos innecesarios y los cambios en el estilo de vida

ciente que acude a las consultas médicas con síntomas físicos muy variados, no atribuibles a enfermedades conocidas, malestar intenso, preocupación por la salud y una demanda de atención médica itinerante y problemática. Ante esta sospecha ¿cómo actuar?

Hoy día no existe un tratamiento biológico eficaz para estos pacientes; el factor terapéutico conocido más eficaz es un médico hábil, con un estilo flexible y empático; entre todas las habilidades, la empatía junto con la escucha activa son fundamentales, es decir intentar ver el mundo “con los ojos del paciente”, pero no hay empatía sin paciencia, y para ello se precisa del desbloqueo emocional del profesional. Hay que abordar todos los síntomas, conocer la biografía del paciente y valorar la presencia de comorbilidad psicológica, así mismo es recomendable una aproximación a sus experiencias personales y sociales derivadas de su trastorno (contacto previo con médicos, respuesta a diferentes tratamientos...). Un análisis adecuado de todos estos factores permite, en la mayoría de ocasiones, clarificar la naturaleza de los síntomas, excluir otras enfermedades, hacer el diagnóstico positivo y plan-

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

TABLA 2. Técnica de reatribución de síntomas de Goldberg (1981)

Fase I. Evaluación comprensiva

- Historia completa de los síntomas
- Factores emocionales
- Factores sociales y familiares
- Creencias acerca de la salud
- Examen físico focal

Fase II. Ampliación de los temas

- Exposición de los resultados exploratorios
- Subrayar la realidad de los síntomas
- Reformular las quejas y relacionar

Fase III. Explicaciones simples

- 3 fases de la ansiedad (emocional, fisiológica, somática)
- Disminución del umbral del dolor por depresión
- Demostración práctica
- Relación con acontecimientos vitales
- Mecanismos de proyección o identificación

tear los objetivos terapéuticos. Diferentes estudios han mostrado la eficacia de las siguientes “normas de actuación” a nivel de Atención Primaria para disminuir la sintomatología presente en estos pacientes, y la demanda asistencial de los mismos, aumentando de forma paralela su satisfacción, y la del médico que los atiende:

- 1) El paciente debe ser atendido por un solo médico.
- 2) Programar las visitas de forma regular cada 4-6 semanas, durante el primer año, evitando en la medida de lo posible dejar la elección de la próxima visita en manos del paciente.
- 3) Citas breves, concretas, evitando acciones “superfluas”.
- 4) Examen físico parcial del área u órgano afectado (como gesto simbólico ante el paciente, y reasegurador de nuestra convicción).

- 5) Buscar signos, e interpretar la aparición de los síntomas en su contexto: épocas de estrés, problemas familiares, laborales...
- 6) Evitar pruebas innecesarias, diagnósticos “de complacencia” y tratamientos innecesarios.
- 7) Tranquilizar y reasegurar.
- 8) Valorar la derivación a las unidades de Salud Mental

En determinados pacientes dispuestos psicológicamente, no abiertamente hostiles y con síntomas leves o de corta duración, se puede aplicar la técnica de reatribución de síntomas de Goldberg, en la que desde la primera visita, se pretende poner en contacto al paciente con los determinantes o desencadenantes de sus síntomas (punto 5 del anterior esquema), siguiendo las fases de evaluación comprensiva, ampliación de los temas y explicaciones simples (Tabla 2). Se ha comprobado que esta técnica es aplicable en Atención Primaria y que mejora la entrevista con los pacientes, pero su eficacia terapéutica no está probada en casos más graves.

En resumen, las técnicas de comunicación y de entrevista clínica no solamente centradas en el plano biológico, sino abordando toda la esfera psicosocial, con empatía, escucha activa, facilitando el vaciaje emocional, y disponer del tiempo suficiente para aplicarlas son fundamentales para tratar a estos pacientes, que por otra parte “sufren” su situación de forma muy intensa y angustiosa; como prueba, y para intentar ver el mundo desde los ojos de estos pacientes reproduzco el siguiente texto que me facilitó un “hipocondríaco” de mi consulta, al que le debo la frase con que inicié este artículo:

Soy hipocondríaco. Lo reconozco, vivo pendiente de todas las señales que me da mi cuerpo y siempre creo tener la última enfermedad que descubre el doctor House de la tele. Si me sale un grano, pienso que es cáncer.

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

La barriguita que nos sale a todos en septiembre después de un verano de excesos, para mí es un tumor del tamaño de una sandía. O un embarazo, y eso que soy hombre. Soy hipocondríaco. Y no es nada fácil vivir con esta condición.

Todos los médicos de mi ciudad me conocen. En urgencias, cuando me ven llegar, levantan la vista al cielo en busca de paciencia mientras me indican dónde está la sala de espera –como si no lo supiera ya- y me tienen ahí encerrado un par de horas para ver si se me pasa el susto. Pero a mí nunca se me pasa. Me conozco bien y sé que soy un exagerado, por eso no voy a urgencias al primer síntoma. Antes sí, antes lo hacía, pero el día en que un médico me llevó directamente a la consulta del psiquiatra cuando quise que me desinfectara un grano para que no se gangrenara, empecé a pensar que igual tenía que tomarme las cosas con un poco más de calma. Por eso ahora espero unas horas, a veces hasta un día entero, antes de acudir llorando al médico que esté de guardia, pero una vez que estoy allí quiero ser atendido. Si me he pasado veinticuatro horas viendo y sufriendo los cambios de mi cuerpo, no me importa esperar un par de horas más para que alguien me salve la vida.

La semana pasada fui a urgencias por una mancha que me había salido en la mano. No quise ser alarmista y pensé que quizás me había dado un golpe sin darme cuenta y que aquello no era más que un moratón, pero me extrañaba que no me doliera al tocarme. Esperé unas horas, de la mañana a la noche, y después de cenar ya no pude más y me dirigí al hospital. Me recibió una enfermera a la que nunca había visto antes: una sustituta. Me miró la mano, frunció el ceño y, en vez de hacerme pasar a la sala de espera, me indicó que esperara allí mismo mientras llamaba al doctor; por primera vez en mi largo historial médico, no iba a tener que esperar a que me atendieran.

El médico llegó volando, y cual sería mi alegría al darme cuenta de que éste también era nuevo, no me conocía, por tanto, me podía quejar todo lo que quisiera sin temor a ver de nuevo al psiquiatra. Me miró la ma-

no y frunció el ceño. Yo estaba preparado para desnudarme y tumbarme en una camilla, pero él se limitó a hacerme sentar y analizarme con detenimiento la mano. Me raspó con un instrumento metálico –le pregunté si estaba bien esterilizado, no la fuéramos a liar-, volvió a fruncir el ceño y me informó de que tenían que hacerme una biopsia.

–¿Es grave, doctor? –pregunté, muerto de miedo y de orgullo por no estar llorando.

–No lo sé. No quiero mentirle, podría ser leucemia. ¿Cuánto tiempo hace que tiene usted la mancha?

–Unas horas. Ha aparecido esta mañana, creo.

Me miró con gesto de sorpresa. Encima era un caso digno de estudio clínico.

–¿Tan grande? Entonces tenemos que darnos prisa. Si se ha desarrollado a esa velocidad, puede ser un cáncer muy agresivo. ¿Quiere tumbarse?

Pensé que me iba a reconocer, pero luego me di cuenta de que lo hacía porque me había quedado tan pálido que tuvo miedo a que me cayera de la camilla. Llamó a las enfermeras, les indicó que me llevaran a hacer análisis de sangre y que me ingresaran en urgencias. Yo sólo pensaba en llamar a mis padres, pero estaba tan nervioso que sabía que no iba a poder marcar ni el número. El médico me dio algo para calmarme. Temblaba de pies a cabeza mientras me preparaban para la operación. Me dijeron que era un procedimiento rutinario, que no me iba a doler nada, que la epidural era mano de santo e iba a poder estar despierto mientras me lo hacían. Por un lado me alegré, no quería que me pusieran anestesia general, la de gente que se muere en un quirófano cuando lo anestesian del todo, pero por otro me daba mucho respeto ver lo que me hacían, tenía la completa seguridad de que corregiría a los médicos en mitad de la operación. Tragué saliva y sentí la boca seca. Mi hipocondría me iba a salvar la vida, al fin y al cabo.

Me habían dado un montón de calmantes, así que sentía la cabeza ligera mientras nos deslizábamos por los pasillos hasta el quirófano. No sentía para nada la mano

PACIENTE PLURISINTOMÁTICO SIN CAUSA JUSTIFICADA

derecha, era como si mi cuerpo terminara a la altura del hombro. Miré a las enfermeras que iban a mi lado y les sonreí, bobalicón. Ninguna de ellas era conocida.

Por fin me pusieron en la camilla del quirófano. Sacaron toda la parafernalia para la operación y taparon la mano con una sábana azul colocada a modo de telón para que yo no pudiera ver lo que hacían. Mejor, pensé, tampoco es cuestión de tener pesadillas. Gracias a las drogas que me habían dado, era capaz de pensar en cómo iba a cambiar mi vida cuando me dijeran que tenía leucemia y no salir corriendo de pánico. Vi a una enfermera pasarle una esponja empapada en un líquido rojizo al médico y supe que me estaban desinfectando la mano. Sonreí al doctor, que no me miraba. Frunció el ceño de nuevo. Algo iba mal y todavía no me habían cortado.

-¿Pero qué es esto?

Yo intenté levantar la cabeza para mirar por encima de la sábana, pero alguien me sujetó y me dejó pegado a

la camilla. El médico siguió trapicheando con mi mano, su gesto cada vez más ceñudo. Cuando terminó lo que estuviera haciendo –era cierto, no había sentido nada, los milagros de la medicina–, se giró hacia mí, arrancó la sábana y me mostró mi mano. Estaba limpia.

-¡Doctor! ¡Me ha curado!

Nadie sonreía, nadie lloraba de emoción al ver semejante milagro, nadie gritaba “aleluya”. Todo el mundo me miraba con gesto serio tras las mascarillas del quirófano, algunos negando con la cabeza.

-Ha sido una broma de muy mal gusto, señor –masculló el médico.

-¿Qué quiere decir? ¿No es leucemia?

-No. Era tinta. Se le ha explotado un bolígrafo en la mano.

Soy hipocondríaco. Y no veas lo difícil que es serlo en un mundo donde todo el mundo se cree sano.

BIBLIOGRAFÍA

- Bataller Alberola R y Salgado Serrano P. “Trastornos somatoformes”. En: Trastornos neuróticos. Pag. 32-35. Grupo Aula Médica. Madrid, 1997
- Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas. SEMFYC Ediciones Doyma S.A. Barcelona 2004
- Caballero Martínez L y Caballero Martínez F. “Repercusión de la somatización en Atención Primaria”. En: Abordaje de los pacientes somatizadores en Atención Primaria. Módulo I: Concepto y clasificación de las somatizaciones. Pag. 7-11. Luzan 5, S.A. Madrid, 2001
- Caballero Martínez L y Caballero Martínez F. “Trastorno por somatización”. En: Abordaje de los pacientes somatizadores en Atención Primaria. Módulo II: Aproximación clínica a la somatización crónica. Pag. 6-15. Luzan 5, S.A. Madrid, 2001
- Fernández Casalderry C. “Situaciones difíciles”. En: Entrevista e historia clínica. Pag: 63-64. Semfyc y Semergen 2002. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.
- Rodríguez Bayón A y Ballesta Rodríguez MI. Entrevista clínica: situaciones esenciales y/o complicadas. El Médico 1066: 21-32; 2008
- Serrallonga J, Cardoner N y Pifarre J. “Historia Clínica”. En: Historia clínica en psiquiatría. Pag. 5-9. Grupo Aula Médica. Madrid, 1997.